

**SABERES, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN LA PREVENCIÓN DEL DENGUE
EN UNA COMUNIDAD AFRODESCENDIENTE DE CÓRDOBA, 2022**



MILENA PATRICIA NARVÁEZ DE AGUAS

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
MONTERÍA, CÓRDOBA**

2023

**SABERES, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN LA PREVENCIÓN DEL DENGUE
EN UNA COMUNIDAD AFRODESCENDIENTE DE CÓRDOBA, 2022**

MILENA PATRICIA NARVÁEZ DE AGUAS

Tesis para optar el título de Magister en Salud Pública

Directora.

Magister. NYDIA NINA VALENCIA JIMENEZ

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

MONTERÍA, CÓRDOBA

2023

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Montería, agosto de 2023.

CONTENIDO	Pág.
RESUMEN	9
ABSTRACT	10
INTRODUCCIÓN	11
1. OBJETIVO	15
1.1 GENERAL.....	15
2. REFERENTE TEÓRICO	16
2.1 MARCO HISTÓRICO	16
2.1.1 Evolución cronológica y epidemiológica del dengue	16
2.1.2 Antecedentes de los lineamientos internacionales contra el dengue en las Américas.....	18
2.1.3 Evolución de la población afrodescendiente en América	21
2.2 MARCO TEÓRICO	22
2.2.1 La salud desde el enfoque de la medicina tradicional.....	22
2.2.2 Interculturalidad en salud	24
2.3 MARCO CONCEPTUAL	28
2.3.1 Generalidades del Dengue	28
2.3.2 Vector	30
2.3.3 Prevención del dengue	31
2.3.4 Saberes, actitudes y prácticas	32
2.3.5 Afrodescendientes	32
2.4 MARCO LEGAL	33

2.5 MARCO INVESTIGATIVO	36
2.5.1 Investigaciones relacionadas con conocimientos, actitudes y prácticas sobre el dengue	36
2.5.2 Investigaciones sobre dengue relacionadas con población afrodescendiente.....	43
3. METODOLOGÍA	45
3.1 TIPO DE ESTUDIO.....	45
3.2 UNIDAD DE ANÁLISIS	46
3.3 SUJETOS DEL ESTUDIO.....	46
3.4 ESCENARIO DEL ESTUDIO	46
3.5 MUESTREO Y CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES	48
3.5.1 Criterios de Inclusión.....	48
3.5.2 Criterios de exclusión.....	48
3.6 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	48
3.7 CRITERIOS DE RIGOR METODOLÓGICO	49
3.8 ESTRATEGIAS DE ANÁLISIS	49
3.9 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES	50
3.10 PROPIEDAD INTELECTUAL Y RESPONSABILIDAD.....	50
3.11 ESTRATEGIA DE SOCIALIZACIÓN DE LOS HALLAZGOS	51
4. RESULTADOS.....	52
4.2 CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS Y DEMOGRÁFICAS	52
4.2 SABERES, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN RELACIÓN CON EL DENGUE .	56
4.2.1 El tríptico del saber afro	58

4.2.1.1 “El mosquito te come”	58
4.2.1.2 “El dengue es cosa maluca”	64
4.2.1.3 El contexto geográfico y cultural: hábitat de mis creencias.....	65
4.2.1.4 Contraste entre los aciertos y desaciertos con el discurso oficial de la OMS y Minsalud.....	66
4.2.2 Salpicón de actitudes	69
4.2.2.1 “Y, el dengue mata...”	70
4.2.2.2 No se sabe en qué día lo pueda sorprender un mosquito que tenga el dengue	71
4.2.2.3 El sentir colectivo ante el dengue.....	75
4.2.3 Las prácticas: un coctel de tradición, cultura y saberes oficiales	76
4.2.3.1 Prevención= Control del mosquito+ medidas de protección+ fortalecimiento sistema inmune.....	76
4.2.3.2 La familia: primer respondiente para el manejo del dengue.....	84
5. DISCUSIÓN	96
6. CONCLUSIONES	99
7. RECOMENDACIONES	102
REFERENCIAS	103

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Servicios públicos de las viviendas donde residen las familias participantes	53
Tabla 2. Disposición de las basuras	53
Tabla 3. Ingresos mensuales promedio de los grupos familiares	54
Tabla 4. Ocupación de las personas laboralmente activas.....	54
Tabla 5. Tipología de familias	55
Tabla 6. Número de personas por vivienda	55
Tabla 7. Edad promedio según nivel educativo en los miembros de las familias participantes.....	55
Tabla 8. Ocupación y género del jefe de hogar	56
Tabla 9. Sitios para el criadero de <i>A. aegypti</i>	60
Tabla 10. Síntomas del dengue identificados por las familias afrodescendientes .	64
Tabla 11. Contraste entre los aciertos y desaciertos con el discurso oficial de la OMS y Minsalud.....	67
Tabla 12. Tipos de prácticas preventivas contra el dengue	77
Tabla 13. Prácticas acertadas y contradictorias para evitar la reproducción del mosquito	82
Tabla 14. Plantas utilizadas por las familias afrodescendientes para tratar los síntomas generales del dengue.....	87

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Estrategia de gestión integrada para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales, EGI-Arbovirus	20
Figura 2. Ciclo de transmisión del Dengue	28
Figura 3. Curso del dengue.....	29
Figura 4. Mosquito <i>A. aegypti</i> en su atapa adulta y larvaria.....	30
Figura 5. Ubicación geográfica del Municipio de San Bernardo del Viento.....	47
Figura 6. Condiciones de las viviendas.....	52
Figura 7. Categorización de saberes, actitudes y prácticas sobre prevención del dengue en las familias participantes.	57
Figura 8. Representaciones gráficas de las familias, sobre los lugares considerados como factores de riesgo para el dengue	62

RESUMEN

Introducción: El dengue es una arbovirosis que representa un problema de salud pública a nivel mundial, y a pesar que los Gobiernos han implementado diferentes acciones para controlarlo, estas no han generado el impacto esperado. Una de las razones atribuidas a la problemática es el déficit de participación y gestión de los grupos familiares, siendo necesaria la intervención en diferentes colectivos para obtener una panorámica global de la misma. **Objetivo:** Comprender los saberes, actitudes y prácticas sobre el dengue en una comunidad afrodescendiente del Departamento de Córdoba. **Metodología:** Enfoque cualitativo con diseño micro etnográfico. La información se recolectó en 19 familias afrodescendientes, a través de entrevistas semiestructuradas. **Resultados:** Las familias vinculan al dengue de manera general con los mosquitos, sin embargo, aún persisten ciertos vacíos de conocimiento. De igual forma, consideran al dengue como una enfermedad peligrosa que requiere atención médica y ante la aparición de síntomas, como primera medida se emplea una combinación de métodos tradicionales y modernos para aliviarlos. También se encontraron prácticas preventivas dirigidas al control del vector y otras ancestrales encaminadas a fortalecer el sistema inmune a base de bebidas de plantas; no obstante, a pesar de que reconocen varias medidas de prevención, también se observaron algunas prácticas contradictorias que favorecen la reproducción del mosquito. Por otro lado, aunque los participantes están dispuestos a recibir intervenciones educativas sobre el dengue, se evidenció una escasa participación comunitaria y desinterés en los sectores donde residen estas familias. **Conclusión:** Las estrategias de prevención del dengue en comunidades afrodescendientes, requieren de un enfoque intercultural, en el que se complementen los sistemas de medicina occidental y tradicional, partiendo desde los saberes, actitudes y prácticas de las familias, para promover la participación activa de las comunidades en el control del dengue.

Palabras clave: *Dengue, afrodescendientes, control de enfermedades transmisibles, Aedes aegypti, conocimientos actitudes y prácticas en salud.*

ABSTRACT

Introduction: Dengue is an arbovirus that represents a public health problem worldwide and despite the fact that governments have implemented different actions to control this disease in the entire population, they have not generated the expected impact. One of the reasons is the lack of participation and management of family groups among which Afro-descendants are distinguished. **Objective:** Understand the knowledge, attitudes and practices in an Afro-descendant community in the Department of Córdoba that contribute to the management of strategies for the prevention and control of dengue. **Methodology:** We worked under a qualitative approach with micro ethnographic design. The information was collected in 19 Afro-descendant families, through semi-structured interviews. **Results:** These family groups associate dengue in a general way with mosquitoes, however, certain knowledge gaps still persist. In the same way, they consider dengue as a dangerous disease that requires medical attention and when symptoms appear, as a first measure, a combination of traditional and modern methods is used to alleviate them. Preventive practices aimed at vector control and other ancestral ones aimed at strengthening the immune system based on plant drinks were also found; However, despite the fact that they recognize several prevention measures, some contradictory practices that favor the reproduction of the mosquito were also observed. On the other hand, although the participants are willing to receive educational interventions on dengue, there was little evidence of community participation and lack of interest in the sectors where these families reside. **Conclusion:** Dengue prevention strategies in Afro-descendant communities require an intercultural approach, in which the Western and traditional medicine systems are complemented, starting from the knowledge, attitudes and practices of families, to promote the active participation of the families. communities in dengue control.

Keywords: *Dengue, African Continental Ancestry Group, Communicable Disease Control, Aedes aegypti, Health Knowledge, Attitudes, Practice.*

INTRODUCCIÓN

La triada saberes, actitudes y prácticas movilizan un conjunto de lógicas sociales, culturales, políticas y económicas que dotan a las personas, familias y comunidades de herramientas para comprender y transformar el mundo desde diversos ángulos. Uno de ellos, lo constituye el ámbito de la salud que está integrado por sistemas culturales heterogéneos con capacidad de integrar los dispositivos terapéuticos, la experiencia ante el cómo enfrentar las situaciones de enfermar y las representaciones producidas por los sujetos sobre la prevención o curación. Bajo esta óptica, se admite el diálogo entre las formas de comprender los procesos sanitarios de los colectivos y las producciones de la ciencia como una manera de responder articuladamente a las problemáticas de salud pública (1–3).

Los saberes son conocimientos ligados a las formas particulares de representación del mundo por parte de algunos grupos sociales que poseen sistemas culturales homogéneos, mediante el cual las personas abordan sus necesidades sanitarias a partir de aquello que creen, sienten o comparten (4); en esta dirección, las actitudes se producen desde el lugar de las valoraciones, percepciones y sentimientos contruidos por el sujeto en diferentes aspectos de su vida cotidiana; en especial, en el plano de las ideas preconcebidas o creencias sobre determinados temas (5). Mientras que las prácticas refieren formas o mecanismos para aplicar los conocimientos y actitudes en función con las particularidades y necesidades humanas (6).

La diversidad de formas de concebir el mundo y las respuestas emitidas por los sujetos para conservar la salud y la vida, actúan acordes al grado de apropiación que hayan construido sobre algunas enfermedades o de las características en las que estas se producen (2). En el caso particular del dengue, es necesario involucrar la diversidad de formas para su abordaje y las dificultades derivadas de estas como: la falta de una vacuna para su control por la circulación de sus cuatro serotipos y en las últimas décadas del quinto que amenaza con complejizar las posibilidades de contención, y la ausencia de un tratamiento efectivo (7). En paralelo, es necesario considerar que los factores micro, meso y macro de las poblaciones ocupan un lugar preponderante en la movilización de los saberes, actitudes y prácticas para prevenir el dengue, lo cual podría favorecer u obstaculizar la efectividad de las acciones de salud pública.

El dengue se transmite a través de la picadura del mosquito hembra *Aedes aegypti*; y produce un gran impacto epidemiológico, social y económico, siendo considerado como un problema para la salud pública mundial. A nivel global, cerca de 2.500 millones de personas se encuentran en alto riesgo de infección, distribuidas en 128 países tipificados como endémicos y ubicados en las zonas de clima tropical y subtropical; siendo las regiones de Asia Sudoriental el Pacífico Occidental y las Américas, aquellos lugares con mayores reportes de casos en todo el planeta (8).

Durante el año 2021, en la Subregión Andina, Colombia fue el país con mayor número de casos (53.334), seguido de Perú (49.274), Ecuador (20.319), Bolivia (8.947) y Venezuela (5.536) (9).

En Colombia, el dengue constituye un desafío para la salud pública en todo el país debido a su resurgimiento y transmisión intensa, que muestra una tendencia al aumento de la enfermedad en ciclos epidémicos que se repiten cada dos o tres años. Además, el aumento en la ocurrencia de los brotes de dengue grave, la circulación simultánea de los cuatro serotipos del virus, la presencia del mosquito transmisor en más del 90% del territorio nacional por debajo de los 2.200 metros sobre el nivel del mar y el incremento de la urbanización, son entre otros aspectos, factores de riesgo relevantes en esta problemática (8).

De igual manera, los factores ambientales, económicos, sociales y culturales han contribuido a la propagación del vector (8), facilitando la infección por dengue; entre estos se destacan los comportamientos de la población que representan un reto para las políticas públicas de salud, debido a que estos no pueden ser intervenidos sin entender cómo la gente percibe y reacciona ante el riesgo de infección por dengue (10). Algunos estudios (11,12), evidencian como a pesar que la población conoce las medidas para controlar el vector del dengue, aún mantienen actitudes y prácticas inadecuadas, subestimando así, el riesgo de contraer la enfermedad. Por lo tanto, el fomento de la participación comunitaria es un elemento clave para el desarrollo de los diferentes programas de prevención del dengue (13).

En conexión con lo anterior, la gestión de la salud pública para el mejoramiento de las condiciones de salud de la población mundial no ha de concebirse como un sistema cerrado; en razón que las lógicas socioculturales de los grupos humanos de una manera u otra siempre harán parte de las formas de concebir y actuar ante las enfermedades. Asimismo, los comportamientos individuales o comunitarios pueden ser un factor de riesgo o protector en los procesos de promoción y mantenimiento de la salud o la prevención de las enfermedades, porque cuando las personas incrementan sus habilidades para el control de las enfermedades no solo reducen los peligros vinculados y previenen las enfermedades, sino también logran detener su avance y atenuar sus consecuencias (14).

En materia de dengue hay que tener presente que siempre y cuando se produzcan las condiciones necesarias: huésped susceptible, personas infectadas y vector; el dengue puede infectar a sujetos de diferente estrato social, sexo, nacionalidad y etnia, siendo esta última un factor a tomar en consideración no solo por la cultura sino por otros aspectos que incluyen la biología como es el caso de la población afrodescendiente. Al respecto, existen estudios (15–17), que han demostrado que este grupo poblacional presenta más resistencia a la forma grave de la enfermedad, que, si bien no es el propósito de esta investigación, si constituye un marco de referencia a explorar.

De acuerdo al Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), para el año 2018, en Colombia más de 4,6 millones de personas se autorreconocen como población negra, afrodescendiente, raizal o palenquera; equivalente al 9,4% de la población total (18); estos colectivos se reconocen en el territorio nacional por la riqueza cultural que comprende diversos saberes y tradiciones (19). Para el Departamento de Córdoba esta población es de 102.495 personas, lo cual constituye 6,5% del total poblacional. Se destaca el municipio de San Bernardo del Viento de la subregión costanera como uno de los territorios con mayor porcentaje de afros (51,92%) en Córdoba (18).

Por otra parte, es de interés anotar que existe una gran variedad de estudios sobre Comportamientos, Actitudes y Prácticas (CAPS) relacionados con la prevención del dengue en diversas poblaciones. Sin embargo, al realizar búsqueda de antecedentes respectivos, sobre prevención del dengue en población afrodescendiente se encontraron escasos estudios, reflejando un vacío de conocimiento; y, los estudios existentes se relacionan con mayor frecuencia a las manifestaciones clínicas del dengue, incidencia y resistencia (15–17).

Desde el punto de vista cultural, los saberes, actitudes y prácticas de la población pueden ser un factor clave en la transmisión del dengue o adopción de comportamientos adecuados para prevenir su propagación; y tomando en consideración que en el municipio de San Bernardo del Viento más de la mitad de la población se considera afrodescendiente (18), surge la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los saberes, actitudes y prácticas de una comunidad afrodescendiente de Córdoba que amplían la gestión de estrategias para la prevención y control del dengue durante el año 2022?

La respuesta a este interrogante facilitará comprender la perspectiva que tiene la población afrodescendiente acerca del dengue. No obstante, es pertinente realizar este estudio con un enfoque cualitativo para entender a profundidad la percepción que tiene esta comunidad, acerca de lo que consideran respecto a la prevención del dengue y de esta manera orientar mejor las acciones individuales y colectivas de las entidades territoriales desde la perspectiva comunitaria.

Cabe destacar que las comunidades afrodescendientes desarrollan saberes, actitudes y prácticas populares que podrían ser un factor protector o de riesgo para la infección por dengue, por lo cual es necesario identificar que sirvan de base a los programas de promoción y mantenimiento de la salud y prevención de las enfermedades para fomentar buenas prácticas. Los resultados de este estudio contribuirán a la construcción de estrategias colectivas con la misma comunidad afrodescendiente para la prevención del dengue y orientar de una mejor manera la toma de decisiones en salud pública, por parte de los gobiernos. Lo cual tendría un impacto positivo en la salud de esta población.

Este trabajo hace un aporte para el fortalecimiento de la línea investigativa “La salud en el contexto social” de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad de Córdoba, contribuyendo con elementos que permitan comprender desde el punto de vista afro-cultural el fenómeno del dengue y orientando futuras investigaciones que faciliten la consolidación de este ámbito investigativo.

1. OBJETIVO

1.1 GENERAL

Comprender los saberes, actitudes y prácticas en una comunidad afrodescendiente del Departamento de Córdoba que amplían la gestión de estrategias para la prevención y control del dengue.

2. REFERENTE TEÓRICO

2.1 MARCO HISTÓRICO

2.1.1 Evolución cronológica y epidemiológica del dengue. Aunque es difícil determinar de manera exacta el origen del dengue, los registros más antiguos encontrados hasta ahora están en una enciclopedia china en la que se detallan síntomas y remedios de enfermedades, que se publicó por primera vez durante la dinastía Chin (265 a 420 dC), en la cual se menciona una enfermedad llamada “veneno del agua” que de algún modo estaba relacionada con los insectos voladores asociados con el agua (20). También existen otros registros históricos que indican que esta enfermedad ha sido reconocida desde el año 1585, cuando el pirata Francis Drake desembarcó en la costa occidental de África y perdió más de dos centenares hombres después de ser picados por mosquitos (21) y es posible que dichos zancudos mencionados, se trataran de la especie *Aedes aegypti*, de origen africano, principal vector del dengue. Adicionalmente, el comercio de esclavos africanos que tuvo lugar durante los siglos XVII, XVIII y XIX, también contribuyó a la propagación del dengue en muchas zonas, principalmente en América, pues es posible que el vector y el agente etiológico hayan sido transportados en estos viajes desde África hasta el nuevo continente (22).

Las primeras epidemias parecidas al dengue se notificaron en 1635 en Martinica y Guadalupe (23,24) y en 1699 en Panamá. Sin embargo, es difícil atribuir estos brotes al dengue (23). En el siglo XVIII se reportó la primera epidemia de dengue en Filadelfia, Norte de los Estados Unidos de América, curiosamente en un área de clima frío; la cual fue descrita en 1780 por Benjamín Rush como fiebre “rompe huesos” caracterizada por los siguientes síntomas: cefalea, fiebre, mialgias y artralgias, náusea, vómito, exantema, manifestaciones hemorrágicas y astenia en la convalecencia (21,23–25).

Posteriormente, en el año 1818, aproximadamente 50.000 personas fueron afectadas por un brote de una enfermedad similar al dengue en Perú. Adicionalmente, entre 1827 y 1828 también se registró un brote que afectó al Caribe y el golfo de México iniciando en las Islas Vírgenes y después se propagó a Cuba, Jamaica, Colombia, Venezuela, algunas ciudades del sur de Estados Unidos y México. En el último año de esta epidemia en Cuba, la enfermedad por primera vez se llamó Dunga y luego cambió su nombre a Dengue (23,24).

Cabe anotar que a principios del siglo XX se iniciaron programas de control para el vector del dengue a través de la fumigación y la eliminación de los criaderos; en especial, de contenedores fuera de servicio, obteniendo resultados favorables en varios países y disminuyendo notablemente las infecciones antes de la década de los años 70 (7,23,24,26–28). No obstante, se resalta la Segunda Guerra Mundial

como el detonante que aumentó la expansión de la enfermedad desde mediados de siglo debido a la movilidad de los ejércitos y el transporte del arsenal que facilitó la propagación del virus y el vector (20,29). Otros factores que influyeron en el incremento de las epidemias fueron el crecimiento de la urbanización y el comercio (29).

Pese a los avances de los programas de control estos perdieron importancia en varios países y se fue afectando la capacidad de respuesta ante una nueva reinfestación; de igual forma, se agrega la resistencia del vector hacia los plaguicidas y la escasa participación comunitaria; generando de esta manera, nuevos aumentos en las epidemias a partir de este momento (7,23,24,27–29).

En los últimos 40 años, ha incrementado el número de casos de dengue en las Américas, pasando de 1.5 millones de casos registrados en la década de los 80, a 16.2 millones en la década del 2010-2019. Durante el año 2013 se reportaron por primera vez más de 2 millones de casos, con una incidencia de 430.8 por cada 100 mil habitantes; además de 37.692 casos de dengue grave y 1.280 muertes en el continente. Para el año 2019 se registraron un poco más de 3.1 millones de casos, 28.000 graves y 1.534 muertes. De manera tal que, aproximadamente 500 millones de personas están en riesgo de contraer dengue en las Américas (30).

A su vez, en el año 2016, en este continente se notificaron más de 2.380 millones de casos y 1.032 muertes por dengue, de los cuales, la subregión Andina registró un total de 210.859 casos, con una incidencia promedio de 151 casos por 100.000 habitantes, entre estos, 1.379 casos corresponden a dengue grave y reportaron 275 muertes por esta causa mencionada anteriormente. Los países que mayor cantidad de casos aportaron fueron Colombia y Perú con 101.016 y 31.868 respectivamente, siendo Colombia la nación que reportó la tasa de letalidad más alta de la sub-región (8).

En el territorio colombiano la tasa de incidencia de dengue ha tenido fluctuaciones desde el año 1978, con tendencia al incremento a lo largo del tiempo. En los años 90 se presentaban anualmente en promedio 30.000 casos notificados, sin embargo, durante la última década esta cifra se elevó a 50.000 registros. En cuanto a la tasa de letalidad por dengue grave, también se comporta de manera parecida; pasando de 1,3% en el año 1999, a 19% en el año 2016; convirtiéndose en una situación preocupante, pues según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la letalidad por dengue es 98% prevenible y, por lo tanto, no debe superar el umbral del 2%. En cuanto a la procedencia, 76% de los casos colombianos son de los siguientes Departamentos: Tolima, Valle, Santander, Norte de Santander, Cundinamarca, Meta, Cesar, Huila, Antioquia y Putumayo (8).

Para el año 2021, hasta la semana epidemiológica 33, el Instituto Nacional de Salud (INS) reportó 22.067 casos de dengue, de los cuales 51% corresponden a dengue

sin signos de alarma, 47,4% a dengue con signos de alarma y 1,7% a dengue grave. Se evidencia una disminución en la notificación, comparando la misma semana de los años 2018 (0,8%), 2019 (72,3%) y 2020 (66,7%), mientras que incrementó en la notificación de casos con respecto al año 2017 (16,4%). A nivel nacional los casos se están concentrando en un 81,3% en los departamentos del Valle del Cauca, Norte de Santander, Tolima, Meta, Putumayo, Cesar, Huila, Antioquia, Cundinamarca, Bolívar, Santander, Magdalena, Atlántico y Córdoba (31). En cuanto al Departamento de Córdoba, para el año 2019 se presentaron 4731 casos de dengue, de los cuales 92 corresponden al municipio de San Bernardo del Viento (32).

El dengue ha adquirido una relevancia global en el ámbito de la salud pública debido a diversas razones, entre ellas, su endemidad en las cinco regiones geográficas establecidas por la OMS (Asia Sudoriental, Pacífico Occidental, Mediterráneo Oriental, Américas y África), la amplia distribución geográfica del vector *A. aegypti*, crecimiento de las migraciones, la coexistencia de los cuatro serotipos del virus dengue, la aparición de nuevas cepas del virus, la magnitud y frecuencia de los brotes, así como el aumento de casos con manifestaciones graves de dengue (28).

2.1.2 Antecedentes de los lineamientos internacionales contra el dengue en las Américas. A principios del siglo XX las acciones de prevención contra el dengue, estuvieron principalmente encaminadas a erradicar al vector *A. aegypti*, por lo cual, se implementó una estrategia de control químico, mostrando resultados positivos en aquel momento, debido a que se contó con presupuesto, equipos e insecticidas de gran efectividad, logrando de esta manera la meta propuesta y reduciendo significativamente los casos de dengue. No obstante, como ya se mencionó varios países perdieron el interés por estas acciones en los años 70, y como consecuencia, el mosquito vector se propagó y aumentaron los casos de dengue (7,23,24,26–29,33).

Con el propósito de afrontar este problema de salud pública, en el año 1975, la OMS publica por primera vez la “Guía técnica para el diagnóstico, vigilancia, prevención y control de dengue” con el objetivo de orientar aspectos relacionados con la atención y manejo de la enfermedad. En cuanto al control del vector, se mantuvo la fumigación, pero en la década de los años 90 se descentralizaron los programas a causa de las reestructuraciones de los sistemas de salud en las naciones, lo que generó la reducción de recursos económicos y como consecuencia la estrategia no pudo sostenerse (7,28).

En medio de las dificultades de los programas de control del dengue, la Asamblea Mundial de la Salud emitió la Resolución 46.31 el 14 de mayo de 1993, donde se estableció como prioridad de la OMS el control y prevención del dengue. Pese al esfuerzo realizado, el dengue continuaba en aumento; por lo tanto, en el año 1995 esta misma institución propuso crear una estrategia integrada con fundamento en

los avances de iniciativas locales, y aprobó la Resolución CD39.11 emitida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la que se estableció un compromiso para la elaboración de un “*Plan Continental de ampliación e intensificación para el combate del Aedes aegypti*”. Para el año 1997 se publicó este plan, destacándose la participación comunitaria y comunicación social como elementos fundamentales en los programas nacionales, en articulación con los demás componentes y dos años más tarde la OPS planteó la necesidad de reforzar el componente de comunicación social (7,28,34).

En el año 2001, se aprueba la Resolución CD 43. R41 “*La Nueva Generación de Programas de Prevención y Control del Dengue*” cuyo objetivo era mejorar la ejecución de las acciones de comunicación social en los programas para promover un cambio conductual en la población buscando crear un entorno propicio para evitar la transmisión del dengue. Estos programas de la nueva generación dan como resultado la Estrategia de Gestión Integrada para Prevenir y Controlar el Dengue (EGI-Dengue), la cual busca una forma de cooperación técnica entre los países mediante la organización de un Grupo Técnico de expertos (GT- Dengue), y la implementación de la metodología COMBI por sus siglas en inglés (Communication for Behavioural Impact) destinada a la planificación de acciones de comunicación y movilización social con el objetivo de lograr un impacto en las conductas a través del conjunto de intervenciones de comunicación, dedicadas a involucrar individuos y familias en la adopción de comportamientos saludables recomendados, alentando a la obtención y el mantenimiento de esos hábitos (7,10,28).

Posteriormente, durante el año 2003 la OPS/OMS aprueba la Resolución CD44.R9, en la cual se adopta la EGI-Dengue, que incluye 5 componentes claves para el control y prevención del dengue: atención al paciente, epidemiología, laboratorio, manejo integrado de vectores y comunicación social; pero se adicionaron los componentes de medio ambiente, gestión y vacunas. Para el año 2007 se aprobó la Resolución CSP27.R15, buscando fortalecer los mecanismos de implementación y evaluación de la EGI-Dengue, en los países Miembros. En el año 2012, la EGI-Dengue se articuló con la Estrategia global de prevención y control del dengue de la OMS actualizada, comprendiendo los factores facilitadores para ser ejecutada a nivel nacional. Y en 2014, esta estrategia fue revisada por diversos actores ratificando que su implementación ha facilitado a los Estados contar con una herramienta metodológica robusta para la prevención y el control del dengue (7).

Entre los años 2003 y 2015, la EGI-Dengue fue implementada en diferentes Estados de la región y evaluada en múltiples ocasiones, así como también, ha sido probada en distintos escenarios epidemiológicos de varios territorios. Sin embargo, con la introducción y propagación de otras arbovirosis de interés en salud pública, surgió la necesidad de diseñar e implementar nuevas recomendaciones para abordar integralmente estas enfermedades que circulan de forma simultánea en la región de las Américas.

Por lo tanto, en el año 2016, la OPS recomendó la aprobación de la estrategia para prevenir y controlar las enfermedades transmitidas por arbovirus (EGI-Arbovirus), tomando en cuenta los elementos de la EGI-Dengue y motivando a los países miembros para fortalecer sus sistemas de vigilancia epidemiológica y entomológica, mejorar sus capacidades de diagnóstico para detectar arbovirus y desarrollar una estrategia integral para controlar estas enfermedades.

Además, la EGI-Arbovirus también se constituye de cinco componentes (gestión, epidemiología, manejo integrado de vectores, atención al paciente y laboratorio) y se basa en un enfoque transversal común para cada componente (investigación y comunicación operativa para el cambio conductual). Además, se incluyen factores facilitadores como la abogacía, movilización de recursos, alianzas, desarrollo de capacidades, monitoreo y evaluación. Sin embargo, después de la emergencia sanitaria por el virus Zika en 2016, se actualizó la EGI-Arbovirus y se agregó un nuevo componente de medio ambiente en el año 2018, como se muestra en la figura 1 (7).

Figura 1. Estrategia de gestión integrada para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales, EGI-Arbovirus



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (7).

Dicha estrategia se basa en cuatro líneas de acción principales: Fomentar un enfoque integrado para prevenir y controlar las enfermedades transmitidas por arbovirus; reforzar los servicios de salud para mejorar el diagnóstico y el manejo clínico de las enfermedades transmitidas por arbovirus; evaluar y fortalecer la capacidad de vigilancia y control integrado de los vectores en los países; por último, establecer y fortalecer la capacidad técnica de la Red de Laboratorios de Diagnóstico de Arbovirus en la Región de las Américas (RELDA) (7).

2.1.3 Evolución de la población afrodescendiente en América. Los orígenes de la población afrodescendiente en el continente americano se relacionan con los millones de personas esclavizadas que fueron traídas desde África de manera forzosa entre los siglos XV y XIX (35). Las primeras entradas de este grupo poblacional se dieron aproximadamente entre los años de 1518 y 1873; no obstante, después de esa fecha se registran la llegada de algunas embarcaciones adicionales destinadas al transporte de esclavos. Es decir que, por más de 350 años, América recibió población africana calculándose que cerca de 9,5 millones de africanos se transportaron para asumir oficios vinculados a la minería y la producción de arroz, tabaco, café, algodón y azúcar (36,37).

Las personas africanas que llegaron a las Américas procedían de diferentes regiones de África y pertenecían a diversas etnias. A través del tiempo, sufrieron un proceso de mestizaje con otras culturas y se extendieron por diferentes regiones llevando consigo sus prácticas y formas de atender las enfermedades. Algunos esclavizados lograron escapar de sus amos para formar asentamientos aislados, denominados palenques (37,38).

En Colombia, la llegada de la población africana tuvo lugar con el propósito de suplir la escasez de mano de obra indígena utilizada por los españoles en las actividades mineras y como resultado, se generaron movimientos migratorios de mano de obra esclava debido a los ciclos mineros, lo que llevó a la formación de asentamientos en áreas conocidas como "distritos mineros". Esto condujo a la abolición legal de la esclavitud a través de la promulgación de la Ley de libertad de los esclavos; aunque este proceso ocurrió de manera gradual, el principal desafío fue el debate político en relación con los derechos de propiedad y los intereses particulares de los propietarios de esclavos. Posteriormente, los antiguos esclavos, cimarrones y sus descendientes se dispersaron por diferentes áreas geográficas (19,39).

Por otra parte, con los diferentes procesos de independencia se originaron los nuevos estados postcoloniales, los cuales aún excluían a la población afrodescendiente, debido a que las personas negras eran consideradas inferiores. Por lo tanto, la abolición de la esclavitud no fue una garantía para incluir a estas personas con los mismos derechos de los demás ciudadanos (40).

Sumado a esto, la ausencia de políticas de integración para los ex esclavos contribuyó a seguir manteniendo la pobreza y pésimas condiciones de vida en estas personas. Por tal razón, la esclavitud dejó secuelas como el racismo, la pobreza, problemas de inclusión e integración de la población afrodescendiente a la sociedad, entre otros. Desde entonces la lucha por la igualdad y los derechos fundamentales ha sido constante para los afrodescendientes, generando estrategias de movilización en diferentes sectores, buscando garantizar todos sus derechos fundamentales (40).

Esta lucha continuó durante el siglo XX con diversas manifestaciones y entre los años 1900 y 1945 se llevaron a cabo varios congresos, en los que se logró tener en cuenta a las negritudes para la agenda política mundial, alimentando también las ideologías de diferentes organizaciones afrodescendientes en América Latina. Posteriormente, en el año 1977, se realizó en Colombia el Primer Congreso de Cultura Negra de las Américas, en el cual se ratificó la identidad de la diáspora africana, también se rechazó la discriminación y el racismo. Durante los próximos años este congreso se repitió en otras ciudades latinoamericanas, fortaleciendo así la articulación afrodescendiente en el continente y a lo largo de la década de 1990 se conformaron diferentes redes afrodescendientes en la región, cuya movilización logró impactos políticos y civiles, con nuevas políticas en contra del racismo, la pobreza y la desigualdad (40,41).

A comienzos del siglo XXI, las redes continentales afrodescendientes continuaron fortaleciéndose y el año 2011 fue declarado por las Naciones Unidas como el año internacional de los afrodescendientes y posteriormente se decretó el periodo 2015-2024 como el Decenio internacional de los afrodescendientes, en el que además de continuar con los avances alcanzados anteriormente, también se busca concretar compromisos y obligaciones para los estados y la sociedad con el fin de resolver los problemas de exclusión, discriminación y desigualdad para los afrodescendientes (40,41).

Con lo anteriormente expuesto, la población afrodescendiente ha tenido que afrontar una lucha que busca superar las barreras para acceder a empleo digno, vivienda, educación y salud, para tratar de cerrar la brecha de desigualdad que los ha afectado desde hace varios siglos y que se ha mantenido hasta la actualidad. Por otro lado, el resultado de la fusión de aspectos de tradición y modernidad, es la identidad étnica afrodescendiente, en la cual se manifiesta la habilidad de asimilar, incorporar y adaptar diferentes elementos culturales surgidos de la tradición africana o de otras culturas con las que los afrodescendientes hayan tenido contacto (37,42).

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 La salud desde el enfoque de la medicina tradicional. Los enfoques derivados de las perspectivas culturales de las civilizaciones originarias de América, Asia y África han generado diversas formas de comprender la vida, la salud y la enfermedad, a partir de las cuales se han desarrollado sistemas complejos para abordar los asuntos relacionados con la salud. Estos enfoques poseen sus propios procesos y representan un conocimiento ancestral de larga data, están arraigados en culturas y lenguas particulares, son vitalistas y se basan en métodos empíricos e inductivos. Además, su práctica se fundamenta en el conocimiento cotidiano empírico adquirido a través de tradiciones, costumbres y el valor de la unidad entre teoría y práctica como principio fundamental de la filosofía que estudia los

fundamentos, los principios, la extensión y los métodos del conocimiento humano (43).

Para ciertas culturas ancestrales, la concepción de salud se comprende como un estado dinámico de equilibrio interno y externo, considerando la integración del cuerpo, la mente y el espíritu como un todo, valorando también la armonía entre lo divino, la persona, la comunidad, la naturaleza, la energía y el mundo espiritual, entre otros elementos. La definición de salud trasciende del nivel individual, ya que se concibe como una construcción social que está intrínsecamente relacionada con el entorno en su totalidad. Por lo tanto, el concepto de la enfermedad es visto como una cuestión relacional, donde se entiende que las personas pueden experimentar un desequilibrio interno o un desajuste debido a factores externos que empeoran su armonía y desde estas perspectivas, no se busca aislar un síntoma o enfermedad, a diferencia del enfoque biomédico (43).

Según lo expuesto anteriormente, con el fin de fomentar la salud, prevenir y tratar enfermedades, el enfoque tradicional o ancestral busca restaurar y mantener el equilibrio interno y externo. La intervención equilibradora va más allá del modelo biopsicosocial, ya que la curación implica la atención de múltiples aspectos interrelacionados, como lo personal, lo colectivo, el entorno, la energía y el ámbito espiritual (44). La forma de abordar cada situación depende de la experiencia del sanador y la recuperación puede lograrse empleando recursos naturales como plantas, minerales o animales, la armonización energética, la conexión con lo divino o el cumplimiento de disposiciones colectivas o individuales (43).

Los sanadores actúan como intermediarios en el proceso de encontrar el equilibrio, teniendo la capacidad de identificar la causa de la desarmonía y abordarla a través de prácticas complejas. En muchas culturas, los curadores son seleccionados para aprender de maestros y sabios de su entorno, mientras que, en otras ocasiones, los saberes se transmiten de generación en generación. De igual forma, pueden especializarse en diferentes áreas; algunos se enfocan en lo divino, otros en lo empírico y otros en lo natural (44). Asimismo, existen prácticas ancestrales, como el uso de diversas plantas para tratar diversas dolencias, por ejemplo, el yarumo ha sido estudiado por sus propiedades para tratar afecciones pulmonares, quemaduras y picadura de mosquitos (45), al igual que el mango, el limón criollo, el limoncillo, el guineo, la menta y el llantén, que son usadas tanto para las picaduras del mosquito, como para el tratamiento de los dolores generados por el dengue y chikunguña (46).

En las Américas la medicina tradicional muestra particularidades distintas en cada región y país; para el caso específico de Colombia, la diversidad de prácticas medicinales ancestrales entre los grupos étnicos que habitan el territorio es amplia y variada, incluyendo la riqueza cultural de las comunidades afrocolombianas, negras, raizales y palenqueras (43). En este contexto, es útil aprovechar el potencial de la medicina tradicional para fortalecer la prevención del dengue en la población,

debido a que existen zonas con problemas de acceso a los servicios de salud, donde la medicina tradicional se convierte en la única opción para el manejo y prevención de las enfermedades constituyendo el único medio de atención sanitaria. De igual forma, también se reducen gastos económicos que implica recibir atención de la medicina occidental. Otra motivación para el uso de medicina tradicional son los arraigos culturales, en razón que en ciertas zonas es muy común acudir a la medicina tradicional a pesar de tener acceso a servicios de salud con calidad (47).

En consecuencia, la medicina tradicional puede ofrecer enfoques útiles para la prevención del dengue. El uso de plantas medicinales, técnicas de higiene y limpieza, y la fortificación del sistema inmunológico pueden ser practicas efectivas para reducir el riesgo de infección. Sin embargo, es importante recordar que estas prácticas han de complementar las recomendaciones emanadas por las autoridades sanitarias como el uso de medidas de repelente de mosquitos y la eliminación de criaderos de zancudos. En última instancia, la prevención efectiva del dengue requiere un enfoque integrado que combine los conocimientos y prácticas de la medicina tradicional con las prácticas científicas disponibles.

2.2.2 Interculturalidad en salud. La interculturalidad en salud es la relación armónica entre los procesos de salud y enfermedad con las distintas creencias, conocimientos y prácticas culturales (37). También es un proceso en el que las distintas percepciones y prácticas de salud actúan desde los diferentes sistemas médicos, ya sea tradicional u occidental (48); articulándose y complementándose con las estrategias de cuidado, las acciones de prevención y tratamiento de la enfermedad en contextos multiculturales. Asimismo, se tienen en cuenta las prácticas culturales ancestrales, los actores tradicionales (promotores, parteras, curanderos, chamanes, entre otros) y el lenguaje popular para la atención en salud, como un sistema integral (49). Para Boccara la salud intercultural es un subcampo de la salud pública (50), que comprende principalmente tres acciones: promoción de la salud y prevención de las enfermedades; racionalización de la atención curativa y el fortalecimiento del sistema de salud del grupo étnico (51).

La interculturalidad juega un papel fundamental en aquellas zonas donde la medicina ancestral es la única opción para la salud de las personas, debido a que se cuenta con servicios de salud limitados y deficientes. Por lo cual, es necesario fortalecer de manera sostenible, el enfoque intercultural de la salud buscando reducir las inequidades sanitarias que afectan a las poblaciones vulnerables, como los afrodescendientes (37). Lo anterior, se convierte en un elemento clave para el desarrollo de políticas públicas en salud y otros sectores relacionados, llevando al Estado a implementar herramientas que logren la participación de las poblaciones étnicas e integrando de esta manera la interculturalidad en salud (52).

Las comunidades afrocolombianas reconocen que su identidad cultural y sus saberes en salud proceden desde su cosmovisión, considerando fundamental

rescatar sus conocimientos tradicionales en salud y lograr la integración con el sistema de salud estatal (53). Esta perspectiva asegura el control sobre las diferentes facetas de la vida y las condiciones necesarias para acceder al empoderamiento de los conocimientos y prácticas que mejoran la calidad de vida de la población (54).

Por lo tanto, la posibilidad de establecer un diálogo intercultural en salud, evidencia la importancia de permitir que las personas que experimenten la salud y la enfermedad desde su visión cultural y étnica, encuentren en el diálogo una manera de restaurar la confianza para compartir su sabiduría. Esto permite que aquellos con una perspectiva biomédica entiendan la complejidad simbólica que forma parte de la comprensión de la vida de estas comunidades. Es así como el diálogo entre saberes implica el reconocimiento del significado histórico de las representaciones y las prácticas sociales en torno a la enfermedad y su tratamiento a nivel individual, colectivo y familiar, lo cual da forma al pensamiento de cada comunidad, pueblo o sociedad en diferentes momentos históricos (54); siendo necesario que los sistemas de salud enfatizen la participación familiar y de las personas que poseen saberes tradicionales, como base para generar espacios de encuentro en torno a la salud (55).

El rescate de la medicina tradicional y los saberes afrodescendientes en torno a la prevención de enfermedades transmisibles es una prioridad, debido a que apunta al fortalecimiento de estrategias del Plan Decenal de Salud Pública, recuperación de la salud para grupos vulnerables y el incremento de la calidad de vida. Por lo cual es necesario promover encuentros que fomenten el intercambio de conocimientos y prácticas en salud, mediante la creación de espacios de diálogo intercultural que faciliten la comunicación entre las comunidades de base, las organizaciones afrodescendientes, el personal del sistema de salud y la academia, con el objetivo de reconocer y sistematizar estos saberes y prácticas. Además, es importante lograr una articulación entre estos conocimientos y prácticas con las estrategias de Atención Primaria en Salud (APS) promovidas por el sistema de salud. Esto implica incorporar las visiones de salud de las comunidades afrodescendientes en las agendas de desarrollo y plantear estrategias que contribuyan a alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en lo que respecta a combatir el dengue y reducir las muertes por esta enfermedad (54,56).

Por otra parte, la interculturalidad positiva se refiere a la relación basada en la aceptación y el diálogo con personas que provienen de diferentes culturas, lo cual resulta en un enriquecimiento mutuo y en la oportunidad de aprender unos de otros (57). Esto implica que desarrollar procesos de interculturalidad no se limita a reproducir el modelo asistencial o la medicalización moderna de la salud, sino que implica poner en marcha un paradigma independiente que valore y fortalezca la medicina tradicional y los conocimientos ancestrales en el ámbito de la salud (54).

Adicionalmente, en el estudio realizado por Cunningham y posteriormente retomado por Espinosa y Ogazón (58), se identifican cuatro modelos que deben tenerse en cuenta al elegir el enfoque intercultural en la atención de la salud, tanto a nivel colectivo como individual:

Modelo paternalista o integracionista: Derivado de políticas de integración, asimilación o indigenismo. Aunque reconoce la diversidad, considera al personal sanitario como experto, relegando a las comunidades a ser solo receptores de conocimiento.

Modelo culturalista: Reconoce el pluralismo cultural y otorga mayor importancia al idioma y a los aspectos didácticos; sin embargo, las consultas se llevan a cabo sin información previa y se basan en metodologías diseñadas externamente, además tampoco se consideran los procesos pedagógicos ni la cosmovisión de las comunidades involucradas en los programas y proyectos de salud.

Modelo de convivencia: Busca la coexistencia armónica entre los distintos grupos étnicos y se promueven estudios etnográficos para comprender las culturas, sus tradiciones y utilizar esa información en la convivencia y organización de programas de salud.

Modelo autonómico o de empoderamiento: Parte del ejercicio de los derechos de los pueblos y comunidades hacia una relación de poder más equitativa, respetando sus representaciones sociales. También promueve la organización de servicios de salud surgidos de las propias comunidades, fortalece la identidad colectiva y fomenta la participación en las decisiones, desde la planeación hasta la implementación, evaluación y seguimiento de los servicios de salud. Su práctica permite que los individuos se conviertan en actores sociales, buscando su inclusión y visibilidad (54,58).

Teniendo en cuenta este último modelo, es esencial reconocer espacios de comunicación, discusión y negociación, donde cada sujeto social adopte una postura crítica y autocrítica para deliberar, elegir y decidir lo que beneficia al individuo en comunidad (58). Esto implica que el diálogo intercultural autonómico es la herramienta más adecuada para permitir que las comunidades culturalmente diversas gestionen la salud desde su perspectiva, es decir, desde sus valores, creencias, normas e historias compartidas, prácticas y con un proyecto en común, en constante diálogo con los actores sociales y culturales diferentes a su propia realidad política, social y cultural (54).

Estos cuatro modelos demuestran que la interculturalidad en salud no siempre conduce a los mismos resultados y que en el mejor de los escenarios, el enfoque autónomo sería el más apropiado en países con poblaciones indígenas y afrodescendientes en situación de vulnerabilidad social y de derechos (54). El

intercambio de saberes con las comunidades en entornos interculturales no solo permite recuperar las prácticas culturales de las comunidades afrodescendientes, sino también tener en cuenta las características de los diversos ecosistemas que las conforman y cómo estos han influido en el conocimiento de las plantas, minerales y técnicas tradicionales relacionadas con la salud. Estos conocimientos abarcan desde los métodos de producción hasta la vida cotidiana, especialmente la forma en que se abordan las enfermedades, los hábitos y los estilos de vida; todo esto forma parte de un folclore y un ritmo de vida característicos de una región diversa, llena de mitos y tradiciones (59). Desde esta perspectiva, el diálogo intercultural tiene el potencial de identificar los conocimientos y prácticas tradicionales en salud, así como rescatar estos saberes y prácticas médicas propias de las comunidades afrocolombianas en el ámbito de la promoción de la salud (54) y la prevención de enfermedades transmisibles, como el dengue.

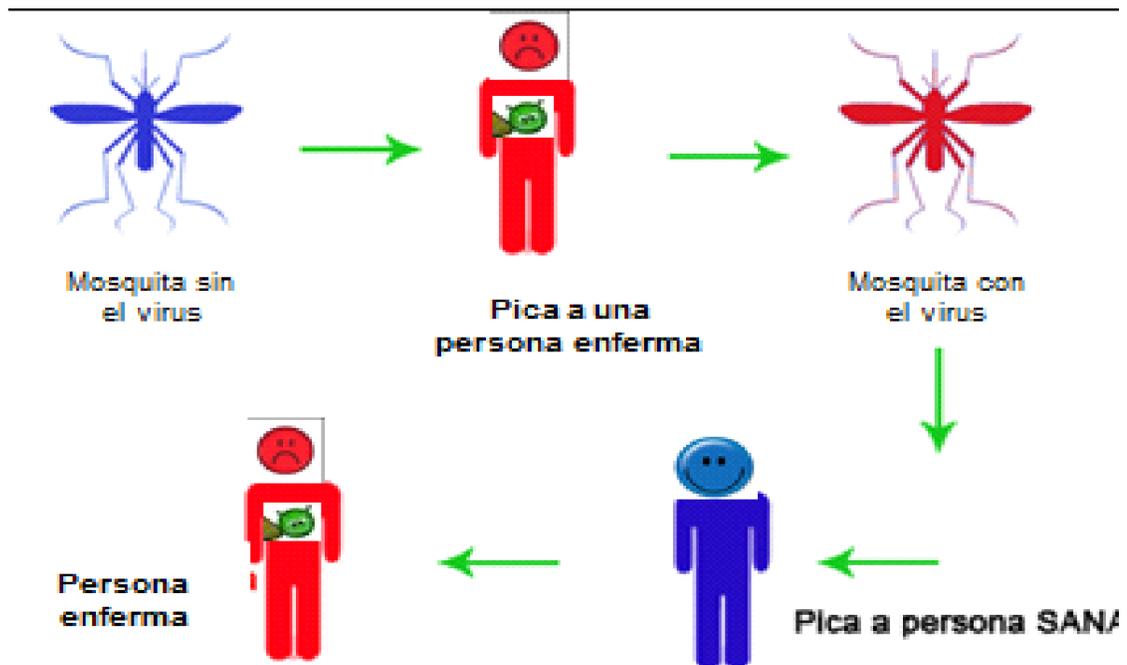
Trabajar en el ámbito de la salud desde una visión intercultural implica fomentar el diálogo y permitir que se expresen las perspectivas, opiniones y necesidades de las personas involucradas en el cuidado de la salud dentro de las comunidades. Esto significa que el diálogo de saberes, resultado de la interculturalidad autónoma, representa un encuentro no colonizador entre la cultura ancestral de los pueblos, en este caso, de las comunidades afrocolombianas y la cultura moderna de la salud. Este enfoque facilita la creación de espacios de diálogo intercultural donde se reconocen los conocimientos y las prácticas no medicalizadas que se entrelazan con los mitos, creencias y costumbres autóctonas o tradicionales de estas comunidades en relación con la salud y la enfermedad, el entorno cultural y las cosmovisiones en el contexto de enfermedades transmisibles. Por lo tanto, establecer dinámicas que promuevan diálogos interculturales de saberes en enfermedades transmisibles entre las comunidades y el sistema de salud podría contribuir a la reducción de enfermedades transmitidas por vectores, como el dengue, en las comunidades afrodescendientes (54).

En síntesis, la interculturalidad en salud se refiere a la comprensión y aceptación de las diferencias culturales en la atención de la salud, y aplicada a la prevención del dengue, significa que se deben considerar las creencias, prácticas y valores culturales de la comunidad afectada al diseñar e implementar programas de prevención del dengue. Esto puede incluir la adaptación de mensajes de prevención para que sean más relevantes para la comunidad, así como la participación activa de líderes y miembros de la comunidad en la planificación y ejecución de las actividades de prevención. Además, también se deben considerar las necesidades culturales específicas, como la disponibilidad de servicios de salud tradicionales y la inclusión de prácticas culturales en la prevención del dengue.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

2.3.1 Generalidades del Dengue. Dengue es la denominación de una enfermedad febril aguda, causada por un arbovirus, de la familia *Flaviviridae*, género *Flavivirus* del cual se han identificado 4 serotipos relacionados (DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4). Sin embargo, su infección no genera inmunidad cruzada entre otros serotipos (8,60). Esta enfermedad es transmitida principalmente a través de la picadura de las hembras infectadas del mosquito *Aedes aegypti* (aunque también se relaciona la especie *Aedes albopictus*) (28), las cuales requieren sangre humana para su metabolismo y el desarrollo de sus huevos (30). De acuerdo a lo ilustrado en la figura 2, la transmisión del virus del dengue requiere que el vector se alimente de una persona infectada durante la fase de viremia, que ocurre aproximadamente después de un período de incubación de 7 días; posteriormente la hembra del mosquito *A. aegypti* se convierte en transmisora después de un período de incubación de 7 a 14 días y puede transmitir el virus a otras personas sanas que eventualmente se infectaran y también pueden ser picadas por otros mosquitos, repitiendo este ciclo si no se interrumpe esta cadena de transmisión (8,61).

Figura 2. Ciclo de transmisión del Dengue

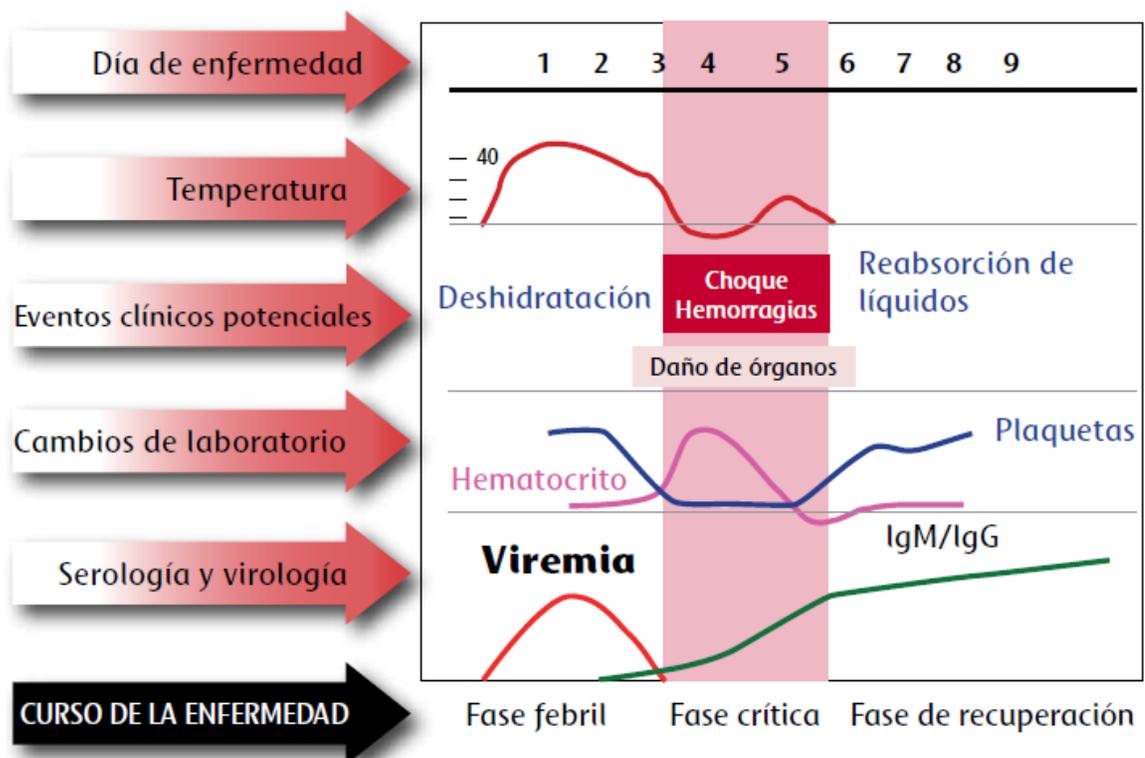


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (61).

Se reconoce un espectro de manifestaciones de la enfermedad que va desde procesos asintomáticos hasta cuadros severos. De acuerdo a la figura 3, después

del periodo de incubación, que dura entre 3 y 14 días (8), el dengue inicia de manera abrupta y continúa con tres fases: la febril, que puede durar de 2 a 4 días, se caracteriza por fiebre alta, mialgias, artralgias, cefalea, dolor retrocular y eritema; seguida de la fase crítica, que inicia con la caída de la temperatura, el hematocrito descendiendo por extravasación del plasma, hay trombocitopenia, son frecuentes las manifestaciones hemorrágicas, ascitis, derrame pleural y pericárdico; finalmente, continúa la fase de recuperación, en la cual se reabsorbe el líquido extravasado, las plaquetas alcanzan sus niveles normales y se da la mejoría del estado general (60,62).

Figura 3. Curso del dengue.



Fuente: OMS adaptado de Yip WCL, et al (62).

Desde el año 2009, la OMS clasificó el dengue en diferentes categorías según la complejidad del caso, las cuales incluyen el dengue sin signos de alarma (grupo A), el dengue con signos de alarma (grupo B) y el dengue grave (grupo C), que abarca el síndrome de choque por dengue (SCD) y otras complicaciones, como miocarditis, encefalitis y hepatitis asociadas a mortalidad en casos graves de dengue (8).

El dengue sin signos de alarma se caracteriza principalmente por la presencia de fiebre y al menos dos de los siguientes síntomas: náuseas, vómitos, sarpullido, cefalea, dolor retroocular, mialgias, artralgias, erupción cutánea, petequias o prueba del torniquete positiva, así como leucopenia. Por otro lado, el dengue con signos de alarma incluye todos los síntomas anteriores junto con cualquier signo adicional, como vómitos persistentes, dolor abdominal intenso y continuo, acumulación de líquidos en el abdomen, en los pulmones o alrededor del corazón, sangrado en las mucosas, diarrea, disminución de la temperatura corporal, letargo o irritabilidad (principalmente en niños), hipotensión postural, hepatomegalia dolorosa, trombocitopenia abrupta (menos de 100,000 plaquetas/ml) acompañada de aumento en el hematocrito. Por último, el dengue grave se refiere a cualquier caso que presente manifestaciones severas, como una extravasación de plasma que provoca un síndrome de choque por dengue, dificultad respiratoria debido a la acumulación de líquidos, hemorragias severas con afectación hemodinámica, al igual que daño grave en órganos como el hígado, corazón, el sistema nervioso central u otros órganos (8).

2.3.2 Vector. En Colombia el vector predominante del dengue es *A. aegypti*, el cual es un mosquito de origen africano, que se ha adaptado a diversos hábitats alrededor del mundo en las zonas tropicales y subtropicales, conviviendo con el ser humano en áreas domiciliarias y extra domiciliarias (61,63,64). Generalmente se ubica por debajo de los 1200 metros sobre el nivel del mar, aunque también se puede encontrar en alturas cercanas a los 2200 metros sobre el nivel del mar (7,63). El ciclo de vida de este mosquito se caracteriza por tener tres etapas inmaduras (huevo, larva y pupa) que se desarrollan en medio acuático y una adulta que vive en el medio aéreo; morfológicamente en su etapa adulta se caracteriza por ser de color oscuro y tener bandas blancas o plateadas en las patas y en el tórax, con un aspecto en forma de lira, como se muestra en la figura 4 (63,64).

Figura 4. Mosquito *A. aegypti* en su etapa adulta y larvaria.



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (61).

Este mosquito es más activo en las primeras horas de la mañana y al inicio de la noche, por lo cual, son más frecuentes las picaduras a estas horas del día, aunque, en otros momentos también continúan alimentándose de sangre las hembras que lo necesiten. Después de tres días de ingerir suficiente sangre, la hembra realiza la ovoposición en recipientes que contengan aguas claras y se encuentren en lugares frescos y sombreados; al cabo de dos días eclosionan las larvas, pero estos huevos pueden resistir durante largo tiempo en condiciones de desecación, después del cual eclosionan al entrar en contacto con agua (63,64).

En su fase larvaria se desarrollan en temperaturas entre los 10 y 45°C y pasan por cuatro etapas de desarrollo cambiando su exoesqueleto; también se caracterizan por tener cabeza, tórax y abdomen; además sus movimientos son serpenteantes, son sensibles a la luz y al ser perturbadas se refugian en el fondo del recipiente. Posteriormente evolucionan al estadio de pupa, con una duración de dos días, en los cuales no se alimentan y se producen cambios fisiológicos y morfológicos, que dan lugar a la fase de mosquito adulto que emerge del agua para reproducirse y alimentarse, aunque solo las hembras son las que ingieren sangre, ya que esta contiene las proteínas necesarias para el desarrollo de sus huevos y de esta forma se da continuidad al ciclo de vida del mosquito (63,64).

2.3.3 Prevención del dengue. El *A. aegypti* deposita sus huevos en aguas limpias y estancadas que se encuentran en diversos recipientes como tanques, foreros, botellas, llantas, contenedores fuera de servicio, tapas o cualquier otro depósito que acumule agua y pueda brindar las condiciones propicias para la reproducción del mosquito. Por lo tanto, al eliminar estos depósitos, evitar la recolección de agua en los mismos o mantenerlos completamente cubiertos, el mosquito no puede poner sus huevos y esto le impide multiplicarse para continuar el ciclo de transmisión del dengue (30,61,63,64).

Otra manera de interrumpir este ciclo es proteger del mosquito transmisor a las personas infectadas, evitando ser picadas con el uso de toldillos o repelente durante el periodo de viremia. De esta manera se puede impedir que los mosquitos se infecten con el virus y posteriormente puedan infectar a otras personas sanas (8,65).

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, la OPS afirma que la distribución del vector del dengue en las Américas es muy amplia y seguirá aumentando en los próximos años, paralelamente con el detrimento de las condiciones ambientales, económicas y sociales (28). Es por esta razón que la prevención del dengue juega un papel fundamental, para mejorar las condiciones de vida de la población, buscando empoderar a las personas para que adopten medidas sobre el mantenimiento de su propia salud, reduciendo así los factores de riesgo asociados al dengue e identificando oportunamente signos de alarma que deben ser tratados oportunamente, evitando de esta manera desenlaces fatales.

Dentro de los elementos clave para el control del dengue se encuentra la participación social en salud, que, según la OPS, se refiere a las acciones de actores sociales, mediante las cuales identifican problemas y enfrentan retos haciendo uso de capacidades y habilidades para analizar, negociar y formular propuestas para satisfacer sus necesidades en salud de una manera deliberada, concertada y democrática (66).

2.3.4 Saberes, actitudes y prácticas. Los saberes constituyen un sistema de conocimientos empíricos y abstractos, que no permanecen estáticos, sino que se mantienen en constante evolución a través del tiempo, es decir tienen un comportamiento dinámico y se actualizan permanentemente; también se alimentan de experiencias previas de la cotidianidad, adquiridas en el entorno familiar y comunitario en un proceso de circulación en el que los sujetos son tanto receptores como productores de conocimiento (1–4). Mientras que las actitudes son los sentimientos, creencias, percepciones y valoraciones que tienen las personas sobre un tema determinado (5), es decir, hacen referencia al comportamiento frente a dicha situación, que en el caso de este estudio es la prevención del dengue. Asimismo, las prácticas se refieren a la forma de aplicar los saberes y actitudes en los diferentes entornos a través de acciones (2,6).

Esta triada da lugar a la generación de hábitos y comportamientos en la población, con relación a una condición de salud, que en este caso es el dengue, que pueden constituir un factor de riesgo o protector relacionado a la propagación de esta enfermedad. De esta manera, los comportamientos o conductas de las personas juegan un papel determinante en la transmisión del virus del dengue. Por ejemplo, en muchas comunidades afectadas por el dengue, es frecuente que las personas almacenen agua en depósitos destapados, mientras que otras les dan un manejo inadecuado a los residuos sólidos, acumulando potenciales reservorios de aguas estancadas a la intemperie; siendo esta conducta un factor de riesgo para la propagación del dengue (28).

2.3.5 Afrodescendientes. El término afrodescendiente surge a partir de los esfuerzos de movimientos sociales y políticos en América Latina, que buscaban un concepto inclusivo que representara a las personas descendientes de la diáspora africana, reconociéndolas como sujetos de derecho y como actores sociales y políticos en la lucha contra el racismo y la discriminación (67). En el año 2000, durante la Conferencia Regional de las Américas se acogió este término, que fue reconocido como un concepto de carácter jurídico y político por los Estados y las Naciones Unidas. Sin embargo, esta palabra se ha interpretado de diversas formas de acuerdo a las percepciones en cada zona, pero básicamente se refiere a las personas descendientes de ancestros africanos que no solamente se distinguen por su aspecto físico sino también por su identidad étnica, que aporta una riqueza cultural a los territorios. No obstante, en la mayor parte de las naciones, la aceptación total del término afrodescendiente, aún es limitada y las diferentes

denominaciones utilizadas están cargadas de estigmas y prejuicios debido a una historia de discriminación y racismo (68,69); por lo cual, todavía continua el debate acerca de la pertinencia de utilizar otras maneras de ser nombrados (67).

De acuerdo a la ubicación, la población afrodescendiente de Latinoamérica puede clasificarse en tres grupos: dispersa en el territorio, tiene un mayor grado de mestizaje y presenta dificultades para reconocer alguna pertenencia étnica; el segundo grupo lo constituyen comunidades rurales estructuradas, ocupadas desde hace varias décadas, que poseen rasgos propios de la cultura y son conscientes de su identidad y pertenencia; mientras que el tercer grupo corresponde a barrios urbanos, generalmente en los suburbios de las ciudades, y a pesar de que presentan mayor pluriétnicidad, mantienen lazos de comunidad y prácticas culturales autónomas (70).

Por otro lado, el concepto de afrodescendiente se amplía en respuesta a la dinámica migratoria global, incluyendo nuevas poblaciones descendientes que no han experimentado la esclavitud. De esta manera, miles de africanos dispersos por todo el mundo, provenientes de diversos países, llegan a las Américas con nuevas expresiones culturales y sociales (71), enriqueciendo aún más la diversidad cultural del continente. Sin embargo, la mayoría de las poblaciones afrodescendientes forman parte de los grupos más vulnerables en la región, debido a su precaria calidad de vida, extrema pobreza, marginación, segregación social y territorial, así como al deterioro de sus entornos rurales y urbanos; todo esto se encuentra arraigado en la persistencia de formas de discriminación racial heredadas del sistema colonial y la esclavitud (67).

2.4 MARCO LEGAL

En el contexto de la cobertura universal en salud, es fundamental implementar medidas que ayuden a superar los obstáculos que dificultan el acceso a la atención integral de salud, ya la vez garantizar su calidad. Estas medidas deben incluir la incorporación de enfoques diferenciales e interculturales de atención, priorizando las necesidades de las personas, las familias y las comunidades. Por lo tanto, es importante lograr una integración armoniosa en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que considere diversas preferencias, características culturales, perspectivas conceptuales y terapéuticas (72,73).

En distintos países alrededor del mundo, las personas han recurrido a Medicinas y Terapias Alternativas y Complementarias (MTAC) como parte de su cuidado de salud, conllevando a los gobiernos a considerar la implementación de políticas que incorporen estas prácticas en los sistemas de atención sanitaria y aquellos estados que han logrado una integración adecuada de la MTAC brindan a las personas la opción de beneficiarse tanto de tratamientos convencionales como de enfoques tradicionales, complementarios y alternativos, sin generar conflictos. Por el

contrario, la exclusión de la MTAC en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) impone barreras culturales y económicas para acceder a servicios de atención médica, lo cual dificulta el pleno ejercicio del derecho a la salud. Es así como la integración de la MTAC con el SGSSS tiene el potencial de contribuir a la salud de las personas, a la sostenibilidad del sistema y a la reducción de los gastos de bolsillo, además facilitará el desarrollo de mecanismos innovadores que respalden de manera integral la autogestión en salud y la provisión de servicios. De igual forma, la integración de la MTAC promueve enfoques relevantes en cuanto a la promoción de la salud, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación, los cuidados paliativos y sirve como complemento en el manejo de situaciones agudas (43).

En Colombia, estos aportes se deben realizar mediante la integración de las Medicinas y Terapias Alternativas y Complementarias (MTAC) con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) del país, siendo la interculturalidad uno de los principios fundamentales y pilares de las políticas actuales de salud en el SGSSS, lo que implica la inclusión transversal de las MTAC en los distintos componentes del sistema (53). En relación a la normativa sobre interculturalidad, se destaca la Ley 1438 de 2011, que reforma el SGSSS para la implementación de la Atención Primaria en Salud (APS), incluyendo también las prácticas alternativas y complementarias en la atención médica (74).

Por otro lado, se menciona la Ley Estatutaria 1751 de 2015 en la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se incluye dentro de sus elementos o principios la interculturalidad, la aceptabilidad y el respeto por los pueblos y comunidades afrodescendientes (75). Asimismo, esta ley también fundamenta a la Resolución 429 de 2016, mediante la cual se adoptó la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones. De igual forma en esta resolución, la PAIS también establece el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), el cual, mediante ciertas estrategias y herramientas, busca garantizar los principios básicos y la calidad de la atención en salud de la población (76).

Posteriormente, la Resolución 2626 de 2019 introduce modificaciones a la PAIS y unifica en un solo documento los elementos y acciones que la componen, también se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), el cual consiste en un conjunto de acciones y herramientas implementadas mediante acuerdos interinstitucionales y comunitarios, con el propósito de atender las prioridades de la población para mejorar la salud; además, reconoce e incorpora los avances logrados a través del MIAS y facilita la coordinación entre los diversos actores del SGSSS, con un enfoque centrado en la salud familiar, comunitaria, territorial y diferencial, con el objetivo de lograr una cobertura y acceso a la salud para todas las personas (77).

Por otra parte, mediante la Resolución 1841 de 2013, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) adoptó el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021, que representa una política de estado que integra todas las capacidades técnicas en diferentes ámbitos territoriales, con el propósito de planificar, ejecutar, dar seguimiento y evaluar las intervenciones en salud. Su objetivo principal es abordar los problemas que afectan la salud pública a través de estrategias de intervención tanto a nivel individual como colectivo, involucrando a todos los sectores pertinentes, tomando en cuenta los Objetivos de Desarrollo del Milenio establecidos por las Naciones Unidas. En dicho Plan, también se establece que las entidades territoriales deben adoptar y adaptar cada 4 años, el contenido del mismo a las características y necesidades de cada territorio, por medio del Plan Territorial de Salud (PTS) que, a su vez, es ejecutado de manera anual, mediante el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual es regulado por la resolución 518 de 2015 (78,79).

El PDSP incluye varios enfoques complementarios, entre los cuales se encuentra el enfoque étnico, que protege las prácticas tradicionales en salud y cosmovisión de las etnias, considerando que las características sociales y culturales de cada grupo étnico, marcan diferencias en cuanto a las condiciones de vida y el acceso de atención en salud, las cuales deben ser tenidas en cuenta para garantizar el derecho a la salud de estas poblaciones y reducir tanto inequidades como desigualdades. También aborda la situación en salud pública desde 10 dimensiones, de las cuales existen 2 transversales que son la de gestión diferencial de poblaciones vulnerables y fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud, que permean a las otras 8 dimensiones prioritarias que son: salud ambiental; vida saludable y enfermedades no transmisibles; convivencia social y salud mental; seguridad alimentaria y nutricional; sexualidad, derechos sexuales y reproductivos; vida saludable y enfermedades transmisibles; emergencia y desastres; salud y ámbito laboral (79).

En cuanto a la dimensión de vida saludable y enfermedades transmisibles, esta busca garantizar el derecho a vivir libre de dichas enfermedades, reducir las exposiciones a situaciones de riesgo, así como también crear condiciones y capacidades a nivel intersectorial y comunitario para disminuir la posibilidad de adquirir enfermedades transmisibles (79), entre las que se encuentra el dengue, que actualmente constituye un problema de salud pública que requiere ser intervenido. Por tal motivo, a principios del año 2019, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) lanzó el Plan de Contingencia Nacional con la campaña "córtale las alas al dengue" (80) y en articulación con la Superintendencia Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Salud (INS), emitieron la circular conjunta externa 08 de 2019, la cual proporciona instrucciones para intensificar y fortalecer las acciones de vigilancia, prevención, atención integral y control del dengue en Colombia (81). Sin embargo, debido a la persistencia de la situación epidémica, estas mismas entidades emitieron la circular conjunta externa 31 de 2019, instando a las

direcciones territoriales y otros actores del sistema de salud a seguir fortaleciendo e intensificando las acciones establecidas en la circular anterior (80).

Posteriormente, en el año 2022 se formuló el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022-2031, que se basa en los éxitos y legados del PDSP 2012-2021 y tiene como núcleo la perspectiva de la Salud Pública en Colombia para el año 2031. Para lograr esta visión, se establecen cuatro objetivos generales en salud pública y se implementan a través de cinco estrategias clave que establecen los fundamentos esenciales para la administración de la salud pública en la próxima década, dentro del contexto del acceso a la salud como un derecho, la consideración diferenciada de los derechos y la diversidad, el desarrollo humano sostenible y los factores sociales que afectan la salud. Estas estrategias se basan en la garantía del derecho a la salud, la consideración diferenciada de los derechos y la diversidad, el desarrollo humano sostenible y los factores sociales que afectan la salud. Las principales áreas de acción son: la administración del Gobierno y la Gobernanza de la Salud Pública, la coordinación de los Determinantes Sociales de la Salud entre diferentes sectores, la Gestión Integral de la Atención Primaria en Salud, la Gestión Integral del Riesgo en Salud Pública y la Gestión del Conocimiento para la Salud Pública (82).

2.5 MARCO INVESTIGATIVO

2.5.1 Investigaciones relacionadas con conocimientos, actitudes y prácticas sobre el dengue. A nivel mundial se encuentra la investigación realizada por Kumaran et al. (83), en Camboya, durante el año 2018, la cual, tuvo como objetivo evaluar el conocimiento de las personas sobre el vector del dengue y los métodos de control, su riesgo percibido de contraer la fiebre del dengue y comparar las prácticas domésticas informadas versus las observadas. Se realizó un muestreo aleatorio por conglomerado, aplicando una encuesta en 600 hogares de 30 aldeas, en la Provincia de Kampong Cham; mostrando que los participantes tenían altos niveles de conocimientos sobre transmisión del dengue y prevención, además consideraban estar en riesgo de contraer la enfermedad; sin embargo, no se encontró una correlación entre estos conocimientos y las prácticas observadas. Por lo cual, los investigadores manifiestan que es necesario incorporar una estrategia más integral que busque el cambio de comportamiento en la población, como la metodología COMBI.

Posteriormente, en Bangladesh durante el año 2019, Bashar et al. (84), llevaron a cabo un estudio que buscó explorar el conocimiento, las actitudes y la práctica (CAP) de la fiebre del dengue, entre los habitantes de la ciudad de Dhaka y los posibles factores asociados. Se empleó un muestreo intencional, con una encuesta transversal; mostrando que gran parte de los participantes desconoce las medidas preventivas contra el dengue y los autores afirman que posiblemente este desconocimiento se debe a la falta de cobertura de acciones de información,

educación y comunicación (IEC), por lo tanto, para reducir la carga de la enfermedad en ciudades altamente endémicas, recomendaron iniciar los programas IEC en el menor tiempo posible.

Por su parte, Kazaura (85), realizó otro estudio en el año 2019, cuyo objetivo fue evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue, en personas adultas que viven en la región de Pwani, Tanzania; para generar datos que ayuden a diseñar medidas de control y prevención. Se llevó a cabo una investigación descriptiva transversal, con un muestreo aleatorio, en el cual se aplicaron entrevistas a 427 participantes. Los resultados mostraron que la falta de conocimientos y la poca actitud positiva acerca de los síntomas del dengue, medidas de prevención y control constituyen un alto riesgo de contraer la enfermedad en esta población; por lo cual, el autor considera que es necesario mejorar las estrategias de información, comunicación y educación.

Por otro lado, en el año 2020 se publicó una investigación, realizada por Alghazali et al. (86), durante la guerra de 2016 en Yemen, con el propósito de describir la prevalencia de la infección por el virus del dengue (DENV) entre los pacientes febriles de la gobernación de Taiz, así como sus conocimientos, actitudes y prácticas preventivas (CAP) con respecto a la fiebre del dengue, e investigar los factores asociados con las prácticas preventivas del dengue durante la guerra. Se desarrolló un estudio transversal, con un muestreo aleatorio, recolectando la información de 384 pacientes, a través de pruebas de laboratorio para detectar el dengue (ELISA IgM y RT-RPA) y usando un cuestionario estructurado. La población mostró un escaso conocimiento sobre el dengue, así como también sobre su forma de prevención. Los autores concluyen que estos hallazgos, sumados a la interrupción en los servicios de salud por la guerra, podrían agudizar la situación epidemiológica del dengue.

Otro estudio realizado en la India y publicado en el año 2020 por Mathur et al. (87) tenía el objetivo de abordar las barreras y oportunidades a nivel comunitario usando un modelo de intervención de educación en salud para ayudar en el control del dengue. Se realizó una investigación transversal, con enfoque mixto, aplicando encuestas en una zona urbana; seguido de una intervención en educación sanitaria. Los hallazgos mostraron que el conocimiento general de la población fue bueno, pero las actitudes y prácticas eran insuficientes, requiriendo una intervención educativa más prolongada; en cuanto a las barreras más importantes se destacan: problemas de seguridad, escasa mano de obra y vehículos, falta de participación comunitaria y coordinación departamental. Por lo tanto, los autores concluyen que es necesario adoptar mejores actividades de vigilancia y seguimiento en coordinación departamental para garantizar una mayor participación comunitaria enfocada en el cambio comportamental.

Por otra parte, en China, para el año 2021, Liu et al. (88), publicaron una investigación que tuvo como finalidad investigar las percepciones, conocimientos y la voluntad para participar en el control del dengue, e identificar los factores asociados, en la comunidad étnica Dai. Se llevó a cabo un estudio transversal con enfoque mixto, utilizando entrevistas cualitativas y encuestas cuantitativas para recolectar la información en 18 informantes clave y 261 jefes de hogar, en 3 aldeas de la prefectura de Xishuangbanna, provincia de Yunnan. Los resultados mostraron que a pesar de que la mayoría de la población tiene conocimientos sobre el dengue y la forma de transmisión, la mitad de los participantes percibe la gravedad de la enfermedad, mientras que solo la tercera parte informó estar dispuesta a buscar tratamiento en las instituciones de salud pública. Por lo cual, los investigadores sugieren que las intervenciones educativas en salud se deben orientar a promover la susceptibilidad y severidad percibida frente al dengue en esta comunidad.

Adicionalmente, Lamaurt et al. (89), publicaron un estudio en el año 2022, que se realizó en la isla francesa de La Reunión, cuyo objetivo fue describir los conocimientos, actitudes, creencias y prácticas (KABP) relacionados con la transmisión y prevención del dengue entre la población y comprender el impacto de los KABP informados en el cambio del dengue a la endemidad. Para cumplir con este propósito, se ejecutó un estudio mixto, con un muestreo probabilístico, usando cuestionarios y entrevistas semiestructuradas. Se evidenciaron comportamientos contradictorios respecto a las medidas recomendadas, a pesar de que la población tiene buenos conocimientos sobre el dengue; conllevando a una mala adherencia a los programas de control vectorial; además se mostró una pérdida de confianza en las autoridades sanitarias por parte de la población.

En la región de América Latina, para el año 2017 en Honduras, se publicó una investigación realizada por Delcid et al. (90), para determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre las arbovirosis, las medidas de control y prevención del *Aedes spp.*, en la población mayor o igual a 18 años. Se llevó a cabo un estudio descriptivo, cuantitativo, con un muestreo bietápico y sistemático, los datos se recolectaron a través de observación del entorno domiciliario y empleando una encuesta que se aplicó en 70 viviendas del Municipio de Marcovia, Departamento de Choluteca. Los autores encontraron que la población no tiene un conocimiento claro sobre las arbovirosis y el ciclo del vector, no obstante, se mostró una buena actitud y disposición al cambio de estrategias para la prevención de estas enfermedades, así como de tener en cuenta las recomendaciones del personal sanitario. De igual forma, esta población se encuentra en potencial riesgo de infectarse, debido al escaso control peri domiciliario del vector en su entorno.

Para el mismo año, en Ecuador, Kenneson et al. (91), publicaron otro trabajo, con el propósito de evaluar el impacto de los conocimientos, actitudes y prácticas y los factores socio ecológicos sobre la presencia o ausencia de infecciones por DENV en el hogar. Se realizó un estudio de tipo prospectivo, con muestreo aleatorio,

utilizando pruebas para detección de dengue (PCR, pruebas rápidas y ELISA) y encuestas aplicadas a los participantes, distribuidos en 219 hogares en la ciudad de Machala. Los investigadores identificaron que los factores de riesgo para el dengue incluían la cercanía a predios abandonados, deficiencias en el servicio de acueducto, así como tener un patio muy sombreado; mientras que los factores protectores incluyeron el uso de toldillos, la fumigación dentro de la vivienda y acceso permanente a agua corriente dentro del hogar.

Otra investigación realizada en Ecuador por Velásquez-Sierra et al (46), en población indígena, tuvo entre sus objetivos identificar el uso de plantas medicinales en enfermedades comunes, así como la especie más frecuente en los hogares y modos de uso de la misma; para lo cual se llevó a cabo un estudio descriptivo, de campo, documental y de corte transversal, en la comunidad Chachi de Esmeraldas, aplicando un cuestionario para posteriormente cotejar las propiedades repelentes de las plantas identificadas por los participantes con la revisión bibliográfica. Esta comunidad emplea plantas medicinales como primera opción para el control del dengue y el chikunguña, siendo más frecuentes las especies de *Cymbogogon citratus* (limoncillo), *Mentha piperita* (menta) y *Eryngium foetidum* (chilangua), atribuyéndole más efectividad repelente a la primera especie, de igual forma, la parte más utilizada de la planta son las hojas trituradas y quemadas para ahuyentar los zancudos, lo cual también coincidió con la literatura revisada.

Otro estudio publicado en el año 2017 fue el de Leslie et al. (92), realizado en la isla de Sint Eustatius del Caribe Oriental, cuyo objetivo fue determinar cómo la población de la isla percibe el mosquito *A. aegypti*, las enfermedades transmitidas por mosquitos, así como las medidas de prevención y control. Se llevó a cabo un estudio con enfoque mixto, con un muestreo a conveniencia, tipo bola de nieve; empleando entrevistas semiestructuradas y discusiones de grupos focales entre la comunidad y profesionales de la salud, entre los años 2013 y 2015. Se evidencio que, aunque la población tiene conocimientos sobre el virus, el vector, medidas de control y prevención, este conocimiento no se refleja en acciones colectivas; lo cual también puede atribuirse a la percepción que tienen los pobladores de que los mosquitos y las enfermedades que transmiten no son una prioridad, en comparación con otros problemas de salud. Los autores afirman que esta situación puede representar el fracaso de las autoridades sanitarias para utilizar las redes comunitarias; por lo que se requiere más investigación sobre las razones de la poca cooperación en los diferentes sectores de esta isla.

También se destaca la investigación de Paiva y Zamora (93), realizada en Perú y publicada en el año 2018, la cual tuvo el propósito de determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el dengue, así como los niveles de infestación de *A. aegypti*. Se trató de un estudio analítico descriptivo, observacional, de corte transversal y de enfoque cuantitativo; con un muestreo aleatorio, empleando una encuesta que se aplicó a 120 viviendas en la localidad de Motupe,

Departamento de Lambayeque. Los hallazgos evidenciaron que, la mayor parte de la población encuestada no tiene los conocimientos adecuados sobre el dengue y el control del vector, así mismo, más de la mitad mostro una actitud indiferente y de poca colaboración frente al control de esta epidemia, de igual forma, también se encontraron practicas deficientes que favorecen la propagación de esta enfermedad.

Otro estudio realizado en Venezuela por Guevara et al. (94) y publicado en el año 2019, tuvo como objetivo propiciar el intercambio entre saberes comunitarios y los de los servicios de salud con sectores urbanos del municipio Mario Briceño Iragorry, para construir una estrategia que permita disminuir los criaderos del mosquito transmisor del dengue; bajo un enfoque cualitativo, de tipo hermenéutico-interpretativo, a través de grupos focales. Los resultados revelaron que los entrevistados tienen conocimiento sobre las medidas de prevención del dengue, pero no ponen en práctica dichas medidas y además se evidenció una actitud de poca participación; por lo tanto, existe una necesidad de educación que se debe tener en cuenta desde el nivel básico, así como también mantener un trabajo constante con las comunidades.

Para el año 2022, se publicó un estudio realizado en Perú por Carhuamaca et al. (95), cuyo objetivo fue determinar los factores asociados a la no prevención del dengue, con un enfoque cuantitativo, transversal, utilizando un muestreo no probabilístico en el que se recolectó la información de 111 familias en un distrito de Lima. Los resultados reflejaron que las personas con un alto nivel educativo aplican más las medidas de prevención en comparación con las personas con un nivel educativo primario, por lo cual es necesario que las entidades del sector salud refuercen los programas de prevención del dengue en esta población; adicionalmente, los autores recomiendan realizar más estudios epidemiológicos con mayor cantidad de muestra incluyendo otras comunidades cercanas.

A nivel nacional, Castrillón et al. (11), publicaron un estudio en el año 2017, que tuvo el propósito de Identificar la relación existente entre los conocimientos, hábitos y la participación comunitaria, frente a la transmisión del dengue y chikungunya en la ciudad de Pereira. Para lo cual, se desarrolló una investigación descriptiva, transversal y de enfoque cuantitativo, con un muestreo aleatorio sistemático, mientras que la recolección de información se hizo mediante inspección de reservorios, al interior de las viviendas y aplicando una encuesta en 240 hogares del barrio El Dorado I y II. Los investigadores encontraron que tener conocimientos sobre el dengue no es un factor protector, al igual que las charlas comunitarias, ya que no generan impacto en la conducta de la población; también se halló un alto índice aéxico, constituyendo un factor de riesgo para la transmisión de estas arbovirosis; de igual manera, la participación comunitaria activa propicia la ausencia del vector, previniendo la propagación del dengue y chikungunya.

Por otro lado, para el año 2018 se publicó la investigación de Castañeda-Porras y Zuleta-Dueñas (96), realizada en el Departamento de Casanare, donde se buscó indagar sobre los conocimientos, actitudes y prácticas para el control de enfermedades transmitidas por vectores. Se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal, aplicando encuestas en 43 viviendas de la zona rural dispersa, del municipio de San Luis de Palenque. Los hallazgos evidenciaron que, en la población estudiada, existe un bajo conocimiento acerca de las enfermedades transmitidas por vectores, así como también sobre sus medidas de control y aplicación de las mismas, a pesar de reconocer el control de vectores como responsabilidad de todos; por lo cual, las autoras sugieren mejorar las estrategias de información, comunicación y educación hacia la comunidad, principalmente en las mujeres, quienes en la mayoría de los casos son las encargadas del cuidado en el hogar.

Adicionalmente, Benítez-Díaz et al. (97), publicaron otro trabajo en el año 2020, cuyo propósito fue estimar la asociación entre la percepción del riesgo y la experiencia de dengue con los conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue, en Riohacha. El tipo de estudio que se realizó fue analítico de cohorte, transversal, con muestreo probabilístico polietápico por conglomerados y se usaron encuestas que recolectaron la información de 206 familias. Se evidenció que la percepción del riesgo de adquirir dengue se asoció con los conocimientos de esta enfermedad; además las experiencias previas con casos de dengue se relacionaron con una actitud positiva respecto a su prevención; por lo cual, los investigadores afirman que, al momento de planificar las estrategias de prevención basadas en comunicación y movilización social, es necesario tener en cuenta el contexto individual y colectivo.

Otra investigación del año 2020, realizada por Hormiga et al (98), tuvo el objetivo de dilucidar las construcciones sociales del dengue, zika y Chikunguña en el municipio de Floridablanca – Santander; para lo cual se realizó un estudio con enfoque cualitativo, aplicando entrevistas semiestructuradas y abiertas en 61 personas, posteriormente el análisis se hizo bajo el método inductivo de la investigación social. Se identificaron dos modos de percibir el dengue: como una enfermedad “normal” o como una enfermedad grave que puede ocasionar la muerte; mientras que el zika y el Chikunguña son percibidas como enfermedades nuevas, que no son fáciles de identificar y ante el escaso número de casos, pasan a un segundo plano; además, se evidenciaron dos rutas de tratamiento para estas enfermedades, que dependen de la gravedad de los síntomas y de cómo se percibe la atención recibida de los servicios médicos, siendo las droguerías un elemento fundamental en estos itinerarios terapéuticos. Los autores concluyen que la construcción social de estas enfermedades está marcada por una tensión entre el reconocimiento y el olvido; por lo tanto, las políticas y medidas utilizadas para prevenir y controlar estas enfermedades deben hacer frente al “olvido” de la cotidianidad; por consiguiente, no se deben limitar a enfoques que ignoren cómo las personas viven y afrontan estas enfermedades.

Dentro del ámbito local, para el año 2020, Tuiran (12) publicó una investigación que tuvo el objetivo de determinar los factores que actúan como facilitadores y barreras en la adopción de prácticas preventivas cotidianas del dengue en familias de Montería, Córdoba. Para esto, desarrollo un estudio de tipo descriptivo, correlacional, transversal, con enfoque cuantitativo, empleando un muestreo probabilístico multietapico para recolectar los datos a través de encuestas estructuradas que se aplicaron a 187 personas que padecieron dengue o algún miembro de su familia. Se encontró un alto porcentaje de población con buenos conocimientos sobre el dengue y su prevención, pero aún mantienen las conductas de riesgo, sumado a la escasa participación comunitaria para las actividades preventivas, así como las debilidades de la autoridad sanitaria para ejecutar las actividades de promoción y prevención. Por lo cual, la autora recomienda intervenciones con mayor regularidad a las entidades responsables de la educación en salud y estrategias encaminadas al cambio conductual.

Por su parte, en el año 2021, Vergara (99) desarrolló un estudio con población indígena, bajo el propósito de interpretar los saberes, actitudes y prácticas de los indígenas de un resguardo del Departamento de Córdoba, relacionados con la prevención y control del dengue con miras a construir una estrategia comunitaria que contribuya con la reducción del evento en el territorio. Se utilizó un enfoque cualitativo con diseño micro etnográfico y para recolectar la información se empleó una entrevista semiestructurada, con grupos de discusión y cartografía social en 23 participantes. Los resultados mostraron que la población estudiada tiene conocimientos básicos sobre los síntomas del dengue, su transmisión y el vector, los cuales aún necesitan ser reforzados; sin embargo, se evidenció una actitud pasiva y negativa que debe ser intervenida; de igual forma, también se encontraron prácticas relacionadas con la prevención del dengue y medidas de prevención tradicionales como sahumeros y fumigación casera, las cuales se deben tener en cuenta para diseñar estrategias comunitarias que integren un enfoque diferencial étnico.

Para el año 2022, se publicó la investigación realizada por Valencia-Jiménez et al (100), cuyo objetivo fue explorar los saberes sobre el dengue en una comunidad indígena del municipio de Momil - Córdoba, con un enfoque cualitativo y un diseño micro etnográfico, utilizando una entrevista semiestructurada que se aplicó a 20 participantes. Los resultados mostraron que los entrevistados tienen conocimientos sobre los criaderos del vector, síntomas y percepción del riesgo de mortalidad por dengue; no obstante, existen falencias sobre la ecología del vector y el mecanismo de transmisión; de igual manera, se utilizan diferentes plantas como el matarratón, el orégano, el nin y la albahaca para repeler el vector y manejar los síntomas del dengue en las primeras etapas de la enfermedad. Estos saberes indígenas se deben tener en cuenta para el diseño y la implementación de programas de promoción y mantenimiento de la salud, que conlleven a adoptar prácticas preventivas frente al dengue desde un enfoque étnico.

En el mismo año, Puello et al (101) publicaron otro estudio realizado en población indígena, que tuvo el propósito de explorar las prácticas ancestrales de la comunidad Embera Katío para el control dengue en el departamento de Córdoba; para lo cual se llevó a cabo un estudio de tipo microetnográfico, mediante entrevista a profundidad en 20 participantes. Se evidenció que aún persisten las prácticas ancestrales, dentro de las cuales se encuentran el uso de plantas en bebidas y baños; de igual manera, los rituales realizados por el Jaibaná también juegan un papel importante en el control de las enfermedades, desde el punto de vista cultural y espiritual. Las autoras concluyen que es necesario hacer un abordaje interdisciplinario desde la transculturalidad para empoderar a las familias como cuidadoras primarias, para lograr identificar de forma temprana de las necesidades y ejecución de rutas de cuidado.

Adicionalmente, otra investigación de Valencia-Jiménez et al (102), realizada en el Departamento de Córdoba, tuvo el objetivo de examinar la relación entre las características sociodemográficas y los factores de riesgo del contexto, con el fin de establecer diferentes tipos de familias en términos de control y prevención del dengue; para lo cual se llevó a cabo un estudio analítico transversal, con un muestreo estratificado, aplicando una encuesta en 328 familias distribuidas en la ciudad de Montería y los municipios de San Bernardo del Viento, Pueblo Nuevo y San Andrés de Sotavento. La asociación entre las variables se evaluó mediante la prueba de chi-cuadrado, también se empleó un análisis de correspondencias múltiples para evaluar conjuntamente las asociaciones entre las variables. Como resultado, se identificaron cuatro tipologías de familias, siendo dos de ellas las más destacadas: el primer grupo, conformado por 163 hogares, principalmente ubicados en Montería, estaba compuesto por familias con niveles educativos más altos, mayores ingresos económicos, mayor participación en programas de prevención, mejor acceso a servicios públicos y menor presencia de aguas estancadas; mientras que el segundo grupo, en el que se encuentra el municipio de San Bernardo del Viento, estaba conformado por familias con primaria incompleta, dificultades en el acceso a servicios de agua potable y/o alcantarillado, ingresos económicos más bajos y una mayor prevalencia de factores desencadenantes para la propagación del dengue. Los autores concluyen que el análisis de la relación entre la familia y la prevención del dengue resalta la necesidad de profundizar en estudios adicionales sobre este tema, con el fin de implementar estrategias integrales adaptadas al contexto, que deben tener en cuenta las particularidades del territorio y la diversidad de las características sociodemográficas.

2.5.2 Investigaciones sobre dengue relacionadas con población afrodescendiente. A nivel mundial, en el año 2017, Sierra et al. (103), publicaron un estudio realizado en Cuba durante un brote de dengue en el año 2006, en el que se genotipificaron muestras de personas con diagnóstico de dengue confirmado en las ciudades de la Habana y Guantánamo. Se logró identificar un gen que juega un papel fundamental en la entrada del virus del dengue a las células, así como

también en su proceso de replicación; sin embargo, se evidencio que este gen tiene una expresión menor en los afrodescendientes, lo cual confiere una protección contra el dengue en personas con esta ascendencia. De igual forma, para el mismo año Xavier-Carvalho et al. (104), realizaron una revisión literaria, en la cual encontraron que la ascendencia africana se asocia a la protección contra el dengue grave.

Para el año 2018 Boillat-Blanco et al. (15) publicaron una investigación, que tuvo el objetivo de describir las características clínicas del dengue, teniendo en cuenta la raza, durante un brote en Dar es Salaam, Tanzania; para lo cual se realizó un estudio de cohorte prospectivo en pacientes con dengue confirmado, reclutados en 5 clínicas, entre diciembre de 2013 y Julio de 2014. Los resultados mostraron que a pesar de que los pacientes estaban infectados con el mismo genotipo del virus, la raza negra protegió contra un curso severo del dengue, por lo cual los autores plantean la presencia de factores protectores genéticos o ambientales entre las personas de ascendencia africana. Además, la forma clínica más leve en pacientes afrodescendientes, podría ser la razón del subregistro de los casos de dengue en África, confundiendo muchas veces esta enfermedad con la malaria; por lo tanto, recomiendan implementar pruebas de dengue en los puntos de atención, con el fin de detectar brotes y tener un diagnóstico más acertado. Adicionalmente, en el mismo año Oliveira et al. (105) también realizaron un metanálisis genético sobre siete genes asociados con el riesgo de gravedad del dengue, evidenciando que las poblaciones descendientes africanas tienen mayor protección contra las formas graves del dengue, comparadas con otros grupos ancestrales.

Finalmente, para el año 2022 Gainor et al. (106) realizaron una revisión de la literatura electrónica, que incluyó otras 172 publicaciones relacionadas con la carga del dengue en poblaciones africanas, para debatir si la ascendencia africana protege contra la forma grave del dengue. La investigación sugiere que existe una relación entre un componente genético protector en poblaciones afrodescendientes, además, se debe tener en cuenta el abordaje de los factores socioeconómicos que puedan contribuir en esta relación; no obstante, aún son necesarios más estudios que soporten esta afirmación.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, es evidente que en poblaciones afrodescendientes existen diversos estudios sobre aspectos clínicos, inmunológicos y epidemiológicos del dengue; sin embargo, hasta el momento no se han encontrado investigaciones específicas relacionadas con saberes actitudes y prácticas en el control de esta enfermedad en este tipo de colectivos, lo cual indica que existe un vacío de conocimiento en este ámbito, que requiere ser abordado desde una perspectiva intercultural en comunidades afrodescendientes.

3. METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Esta investigación se enmarcó en el enfoque cualitativo que se fundamenta en el paradigma interpretativo y se centra en la comprensión de los fenómenos sociales desde la perspectiva de los participantes, para explorar y comprender los significados, valores, creencias y experiencias subjetivas de las personas, utilizando una variedad de técnicas de recolección de datos no numéricos, como entrevistas en profundidad, observación participante, grupos focales y análisis de documentos, entre otras, para recopilar información rica y detallada que determina una comprensión más completa de los fenómenos sociales estudiados (107–110).

Uno de los aspectos distintivos de la investigación cualitativa es su enfoque en el contexto y la subjetividad, ya que los investigadores cualitativos reconocen que los fenómenos sociales están enraizados en contextos específicos y que la interpretación de estos fenómenos varía según las perspectivas de los participantes; por lo tanto, se centran en la comprensión de las prácticas, las interacciones y los significados en los contextos sociales en los que ocurren (108–110). También se caracteriza por tener un proceso de análisis inductivo, donde los conceptos y teorías se derivan de los datos en lugar de imponerlos de antemano, es decir, a medida que los investigadores recopilan datos, analizan e interpretan la información, se retroalimentan continuamente y ajustan sus preguntas de investigación y métodos en respuesta a las emergentes (110).

Este enfoque permite captar la complejidad de las experiencias humanas y las dinámicas sociales, brindando una visión holística de los contextos culturales en los que se desarrollan, por lo cual se aplica en una amplia gama de campos, como la sociología, la antropología, la psicología, la educación y la salud, entre otros (109,110). Por ejemplo, en el área de la salud es de gran utilidad para ayudar a comprender de manera más profunda las experiencias, percepciones y significados que las personas atribuyen a la enfermedad, tratamiento o proceso de atención médica, proporcionando información valiosa para mejorar la calidad de la atención, identificar necesidades no satisfechas y diseñar estrategias de prevención más efectivas (110,111). Por lo tanto, el enfoque cualitativo se ajusta a las necesidades de este estudio en el cual se pretendió comprender los saberes, actitudes y prácticas sobre prevención del dengue en una comunidad afrodescendiente, para responder a la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los saberes, actitudes y prácticas en una comunidad afrodescendiente del Departamento de Córdoba que contribuyen con la gestión de estrategias para la prevención y control del dengue?

En lo referente al tipo de estudio, se adoptó la micro etnografía, que es una sub clasificación de la etnografía, que comúnmente se ha utilizado para estudiar culturas y sociedades enteras, sin embargo, el nivel micro se centra en una escala más

reducida y se enfoca en el estudio intensivo y detallado de pequeños grupos o comunidades. La micro etnografía se basa en la inmersión del investigador en el contexto estudiado, lo que le permite captar los aspectos sutiles de las interacciones sociales, las dinámicas grupales y las prácticas culturales; por lo tanto, estos investigadores suelen pasar largos períodos de tiempo en el campo, se relacionan de manera cercana con los participantes y recopilan datos a través de la observación participante y las entrevistas en profundidad; es así que, a través de la inmersión en el contexto de estudio, pueden capturar los matices y las sutilezas en la vida de las personas, así como los significados y las interpretaciones que subyacen a sus acciones. De esta manera, los investigadores tienen la oportunidad de examinar las dinámicas sociales en su contexto natural, impidiendo la imposición de categorías predefinidas, para facilitar que los fenómenos emerjan, revelando aspectos significativos que podrían pasarse por alto en investigaciones más convencionales, fomentando también una mayor empatía y comprensión al permitir que los investigadores se sumerjan en la realidad de los participantes y vean el mundo desde su perspectiva (108,112–114).

De este modo, la micro etnografía es el tipo de investigación que se adaptó en el presente estudio, para comprender aquellos aspectos que se conectan con los saberes, actitudes y prácticas sobre la prevención del dengue en una población afrodescendiente.

3.2 UNIDAD DE ANÁLISIS

Conjunto de saberes, actitudes y prácticas en una comunidad afrodescendiente del Departamento de Córdoba que amplían la gestión de estrategias para la prevención y control del dengue.

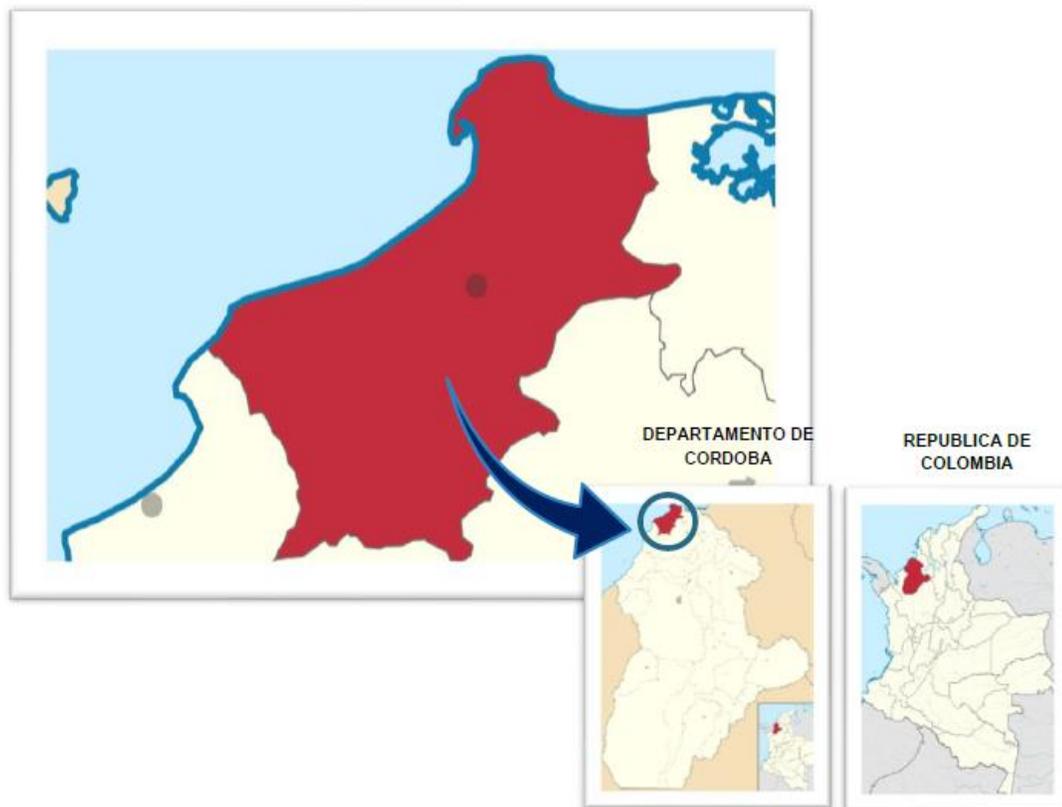
3.3 SUJETOS DEL ESTUDIO

Los sujetos del estudio fueron las familias de una comunidad afrodescendiente del Departamento de Córdoba que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos.

3.4 ESCENARIO DEL ESTUDIO

Este estudio se llevó a cabo en el municipio de San Bernardo del Viento, ubicado al norte del departamento de Córdoba, exactamente a los 9° 2' 21" de latitud Norte y los 75° 57' 2" de longitud oeste. Teniendo en cuenta la figura 5, este municipio se encuentra dentro de la subregión costanera y comprende una extensión de 321 kilómetros cuadrados que representan el 0,61% del total del departamento. Está conformado por 23 barrios en la zona urbana y 62 veredas distribuidas en 17 corregimientos en la zona rural (115).

Figura 5. Ubicación geográfica del Municipio de San Bernardo del Viento.



Fuente: Alcaldía Municipal de San Bernardo del Viento (116).

Este municipio tuvo un origen diferente al de los demás municipios costeros por estar situado a 8 km de la costa y en la desembocadura del río Sinú, siendo un importante puerto fluvial con entrada y salida al mar; aunque actualmente la navegación comercial ha sido sustituida por las vías de acceso terrestre. San Bernardo del Viento fue fundado por Antonio de la Torre y Miranda, el 28 de noviembre de 1776 (116), posteriormente fue reconocido jurídicamente por la ordenanza número 27 de 1932 y en el año 1944 a través de la Ley 22, se autorizó su creación como municipio, por la asamblea de Bolívar (115).

En cuanto al contexto poblacional, según el DANE, la población del municipio proyectada para el año 2020 es de 37075 habitantes, teniendo un aumento poblacional cercano al 4,2% entre los años 2009 y 2020; contando con una densidad poblacional de 115 habitantes por kilómetro cuadrado. Siendo un municipio con predominio de población rural en un 75,5%, mientras que en la zona urbana habita el 24,5%. Asimismo, el 51,9% de la población residente, se considera como Negro, mulato, afrocolombiano o afro descendiente (115).

En lo referente a las enfermedades transmisibles del territorio, los casos de dengue han venido aumentando en los últimos años hasta completar un total de 92 casos en el año 2019, de los cuales 41 corresponden a la zona urbana y 51 a la zona rural. Entre los corregimientos con mayor número de casos se encuentran Pajonal, las Cañas, José Manuel de Altamira, Barcelona, el Castillo, Sicará Limón, Brisas del Mar y Paso Nuevo (32).

3.5 MUESTREO Y CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES

En este estudio se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, con el fin de acceder a la información de mejor calidad en el menor tiempo, permitiendo seleccionar a las familias más accesibles y disponibles para participar en la investigación; teniendo en cuenta el entorno de los grupos familiares y el investigador. Además, el número de familias participantes se obtuvo bajo el punto de saturación teórica.

La selección de las familias participantes en el estudio se realizó teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

3.5.1 Criterios de Inclusión.

- Autorreconocerse como afrodescendiente
- Tener residencia permanente en el municipio de San Bernardo del Viento
- Contar con al menos un integrante del grupo familiar que posea conocimientos ancestrales y estar presente al momento de la familia.

3.5.2 Criterios de exclusión.

- Tener estadía transitoria en el municipio de San Bernardo del Viento
- Ausencia de las personas con conocimientos ancestrales durante la entrevista familiar.
- Personas con conocimientos ancestrales que tengan limitaciones físicas o mentales que les impidan brindar información y expresarse.

3.6 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

En esta investigación se recolectó la información a través de entrevistas semiestructuradas, observación participante e iconografía con técnicas gráficas como el dibujo. Inicialmente se socializó el estudio a realizar con la Secretaría de Salud del municipio de San Bernardo del viento, después se procedió a contactar a los líderes de las zonas con mayor incidencia de casos de dengue, quienes proporcionaron un listado de potenciales familias participantes, sin embargo, no fue posible seleccionar a dichas familias, debido a que no cumplieron con todos los

criterios de selección establecidos o no tenían la disponibilidad para participar. Por lo tanto, se continuó con la búsqueda de familias que cumplieran con estos criterios, en las áreas de media y baja incidencia de dengue, a través de los líderes de estas zonas, logrando entrevistar a 19 familias que cumplieron con los criterios de selección y accedieron a participar.

El instrumento (entrevista semiestructurada) fue sometido a evaluación por un panel de expertos en el área de la salud. Previamente, se leyó y explicó el consentimiento informado a las familias y posteriormente cada representante procedió firmar este consentimiento, expresando la voluntad de participar en el estudio y autorizando también la participación de los menores de edad del grupo familiar.

De igual forma, también se registró la información del entorno en un diario de campo y en un formato de encuesta entomológica adaptado del Ministerio de Salud y Protección Social

3.7 CRITERIOS DE RIGOR METODOLÓGICO

En lo referente a la rigurosidad, este estudio contó con estrategias que facilitaron ajustar el instrumento para recolectar la información y se tuvieron en cuenta los criterios de rigor para investigaciones cualitativas, planteados por Guba y Lincoln (117), entre los que se encuentran la confirmabilidad, aplicabilidad y credibilidad.

Confirmabilidad: Esta estrategia permitirá evaluar la información obtenida, teniendo en cuenta la documentación en la que el investigador plasme sus ideas y decisiones durante el estudio. Por lo cual, será necesario describir el contexto físico e interpersonal del estudio, las características de los sujetos de estudio y el análisis de las entrevistas

Aplicabilidad: Facilitará que los resultados obtenidos puedan ser aplicados en otros contextos.

Credibilidad: Se da cuando los hallazgos de la investigación son reconocidos por los participantes, por lo que es necesario documentar conversaciones y observaciones.

3.8 ESTRATEGIAS DE ANÁLISIS

Para procesar y analizar la información recolectada se utilizó el método de análisis conversacional de Bardin (118), que consiste en un conjunto de técnicas para examinar y clasificar el material verbal o textual según unos criterios previamente definidos. En este caso se examinaron las interacciones verbales de los participantes, teniendo en cuenta todos los detalles expresados al momento de hablar; para describir, categorizar y parafrasear la información aportada con el fin

de comprender los saberes, actitudes y prácticas de los sujetos de estudio; para esto se desarrollaron tres fases: recopilación de la información, transcripción y análisis de la conversación.

Las entrevistas se grabaron en formato audio, luego se transcribieron teniendo en cuenta las normas Jefferson, posteriormente se codificaron para agrupar la información en categorías y subcategorías que faciliten la interpretación y comprensión de la misma.

3.9 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Para la ejecución de esta investigación se tuvo en cuenta la resolución 8430 de 1993, en la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia. En su artículo 5 menciona que se debe respetar la dignidad, los derechos y el bienestar de los sujetos de estudio; por lo cual, durante el desarrollo del estudio se consultó previamente con las familias su voluntad de participar en el mismo, teniendo en cuenta sus creencias, costumbres y puntos de vista; de tal forma que no se impondrá otra ideología diferente.

De igual manera, el artículo 8 hace referencia a la privacidad de los sujetos de estudio, por tal razón se identificaron las respuestas con una codificación específica para las entrevistas y no se socializarán nombres o información personal de los participantes.

Por otro lado, el artículo 11 señala la clasificación del riesgo en la investigación, que en este caso corresponde a un estudio sin riesgo, porque no se intervendrá o modificará ninguna característica de los sujetos de estudio. Mientras que en los artículos 14 y 15 se resalta la relevancia del consentimiento informado, que fue diseñado para solicitar autorización a las familias participantes con el fin de utilizar la información obtenida de las entrevistas.

Esta investigación no tuvo la finalidad de generar beneficios económicos para los participantes, miembros del sector académico u organizaciones del sector salud que contribuyeron en la misma.

Adicionalmente, se hizo retroalimentación a las familias participantes de las entrevistas transcritas, con el propósito de que puedan conferir el sentido de lo expresado durante la entrevista. De igual manera la grabación también puede ser remitida a la familia que lo solicite.

3.10 PROPIEDAD INTELECTUAL Y RESPONSABILIDAD

Tanto la propiedad intelectual de los resultados como la responsabilidad de los análisis, conclusiones y conceptos emitidos en el estudio, pertenecen a la

investigadora principal en su condición de maestranda en Salud Pública y a su directora, quien con autorización de la dirigida podrá hacer uso del contenido, con finalidades académicas.

3.11 ESTRATEGIA DE SOCIALIZACIÓN DE LOS HALLAZGOS

Los hallazgos de la investigación se socializarán a través de la sustentación ante evaluadores expertos y jurados de la Maestría en Salud Pública de la Universidad de Córdoba; así como también ante la Secretaría de Salud del Municipio de San Bernardo del Viento, con el fin de contribuir a orientar la toma de decisiones en el territorio. De igual manera se redactará un artículo científico para ser publicado en una revista académica.

4. RESULTADOS

4.2 CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS Y DEMOGRÁFICAS

A continuación, se presentan los resultados de las entrevistas aplicadas a 19 familias afrodescendientes del municipio de San Bernardo del Viento, las cuales residen tanto en el área urbana como rural del municipio, incluyendo los corregimientos Camino Real, Paso Nuevo (zona costera), así como las veredas Chiquilito y Nueva España. La mayoría de las viviendas son propias y están construidas con paredes de cemento, aunque también se encuentran algunas de bareque, tabla y palma.

Figura 6. Condiciones de las viviendas.



Fuente: Galería fotográfica del trabajo (propiedad de la autora).

De acuerdo a la información de la tabla 1, todas las viviendas cuentan con el servicio de energía, mientras que una gran parte de familias cuenta con servicio de acueducto, aunque este no se presta de manera regular y es deficiente, por lo cual

los hogares se ven en la necesidad de recolectar agua en diferentes tanques y recipientes, constituyendo una práctica que puede favorecer la reproducción del mosquito transmisor del dengue, si no se toman las medidas adecuadas.

Tabla 1. Servicios públicos de las viviendas donde residen las familias participantes

Servicios Públicos de la vivienda	Área		Total de familias	Porcentaje
	Rural	Urbana		
Energía	15	4	19	100
Acueducto	10	3	13	68,4
Recolección de basuras	6	3	9	47,4
Gas natural	0	2	2	10,5

Fuente: información de las visitas a las viviendas.

Por otro lado, teniendo en cuenta la tabla 2, el servicio de recolección de basuras solamente se presta en menos de la mitad de las viviendas, las cuales corresponden al casco urbano y el corregimiento de Paso Nuevo, aun así algunas de estas familias mantienen la costumbre de quemar los residuos sólidos de manera simultánea, mientras que la mayoría de las familias que no tienen acceso a este servicio también optan por la quema y solo una familia arroja las basuras a otro predio, lo que también puede contribuir a la acumulación de recipientes inservibles que facilitan la reproducción del vector del dengue.

Tabla 2. Disposición de las basuras

Disposición de basuras	Número de viviendas	Porcentaje
Quema	9	47,4
Servicio de recolección	7	36,8
Servicio de recolección y quema	2	10,5
Las arrojan en otro predio	1	5,3

Fuente: Información de la encuesta de caracterización.

En cuanto al aspecto económico, casi todas las familias reciben ingresos por debajo del salario mínimo legal vigente y la mayoría recibe ingresos entre los \$200000 y \$600000 (Tabla 3), los cuales son obtenidos a través del sector informal, principalmente en actividades como la pesca, el comercio, la agricultura y varios oficios, como se refleja en la tabla 4.

Tabla 3. Ingresos mensuales promedio de los grupos familiares

Ingresos mensuales del grupo familiar	Número de familias	Porcentaje
Menos de \$200000	2	10,5
De \$200000 a \$400000	8	42,1
De \$401000 a \$600000	4	21,1
De \$601000 a \$800000	1	5,3
De \$801000 a \$1000000	2	10,5
Más de \$1000000	2	10,5

Fuente: Información de la encuesta de caracterización.

Tabla 4. Ocupación de las personas laboralmente activas

Ocupación de las personas laboralmente activas	Número de personas	Porcentaje
Oficios varios	9	37,5
Pescador	4	16,7
Comerciante	2	8,3
Agricultor	2	8,3
Chancero	1	4,2
Triciclero	1	4,2
Vendedora ambulante	1	4,2
Manicurista	1	4,2
Auxiliar de cocina	1	4,2
Carpintero	1	4,2
Lavandera	1	4,2

Fuente: Información de la encuesta de caracterización.

Por otro lado, aunque se encontraron diferentes tipos de familias, predominan las extensas, donde conviven más de dos generaciones, seguido de las familias nucleares y en menor proporción las monoparentales y recompuestas. Además, las familias conformadas por dos personas constituyen el mayor porcentaje, que por lo general se trata de parejas de adultos mayores que viven solos y cuyos hijos ya formaron sus propios hogares fuera de la vivienda; seguido de las familias conformadas por 4 y 3 personas, mientras que en menor proporción están los grupos familiares más numerosos; es decir que la mayoría de familias participantes están compuestas por menos de 5 integrantes.

Tabla 5. Tipología de familias

Tipo de familia	Número de familias	Porcentaje
Extensa	9	47,4
Nuclear	5	26,3
Monoparental	3	15,8
Recompuesta	2	10,5

Fuente: Información de la encuesta de caracterización.

Tabla 6. Número de personas por vivienda

Número de personas por vivienda	Número de familias	Porcentaje
1	1	5,3
2	5	26,3
3	3	15,8
4	4	21,1
5	2	10,5
6	2	10,5
7	1	5,3
9	1	5,3

Fuente: Información de la encuesta de caracterización.

Cabe destacar que los miembros de estas familias cuentan con edades que van desde los 5 hasta los 90 años, siendo las personas jóvenes quienes tienen mayores niveles de escolaridad y un conocimiento con tendencia biomédica; mientras que los adultos mayores son quienes cuentan con los niveles educativos más bajos, pero poseen diversos saberes ancestrales. Esta situación posiblemente se debe a que hace varios años el acceso a la educación básica era más difícil y existían más barreras, sobretodo en la zona rural.

Tabla 7. Edad promedio según nivel educativo en los miembros de las familias participantes

Nivel educativo	Número de personas	Edad promedio en años
Ninguno	18	67
Primaria incompleta	12	62
Primaria	8	58
Técnico	2	51
Bachillerato incompleto	8	47
Bachiller	9	35

Nivel educativo	Número de personas	Edad promedio en años
Bachillerato en curso	5	15
Primaria en curso	10	9
Preescolar en curso	2	5

Fuente: Información de la encuesta de caracterización.

Otro aspecto importante es la caracterización de los jefes de hogar, con predominio de sexo masculino, sin embargo, llama atención el hecho que la ocupación más común entre estas personas, es labores del hogar, principalmente en las mujeres; es decir que, en más de un tercio de las familias participantes es la mujer quien asume el rol de dirigir el hogar a pesar de no ejercer una actividad con retribución económica. Por otro lado, en casi la mitad de las entrevistas los jefes de hogar fueron quienes tuvieron una participación más activa, mientras que en el resto de entrevistas la participación fue más equitativa con otros miembros de la familia y en ciertos casos el jefe de hogar tuvo una participación menos visible.

Tabla 8. Ocupación y género del jefe de hogar

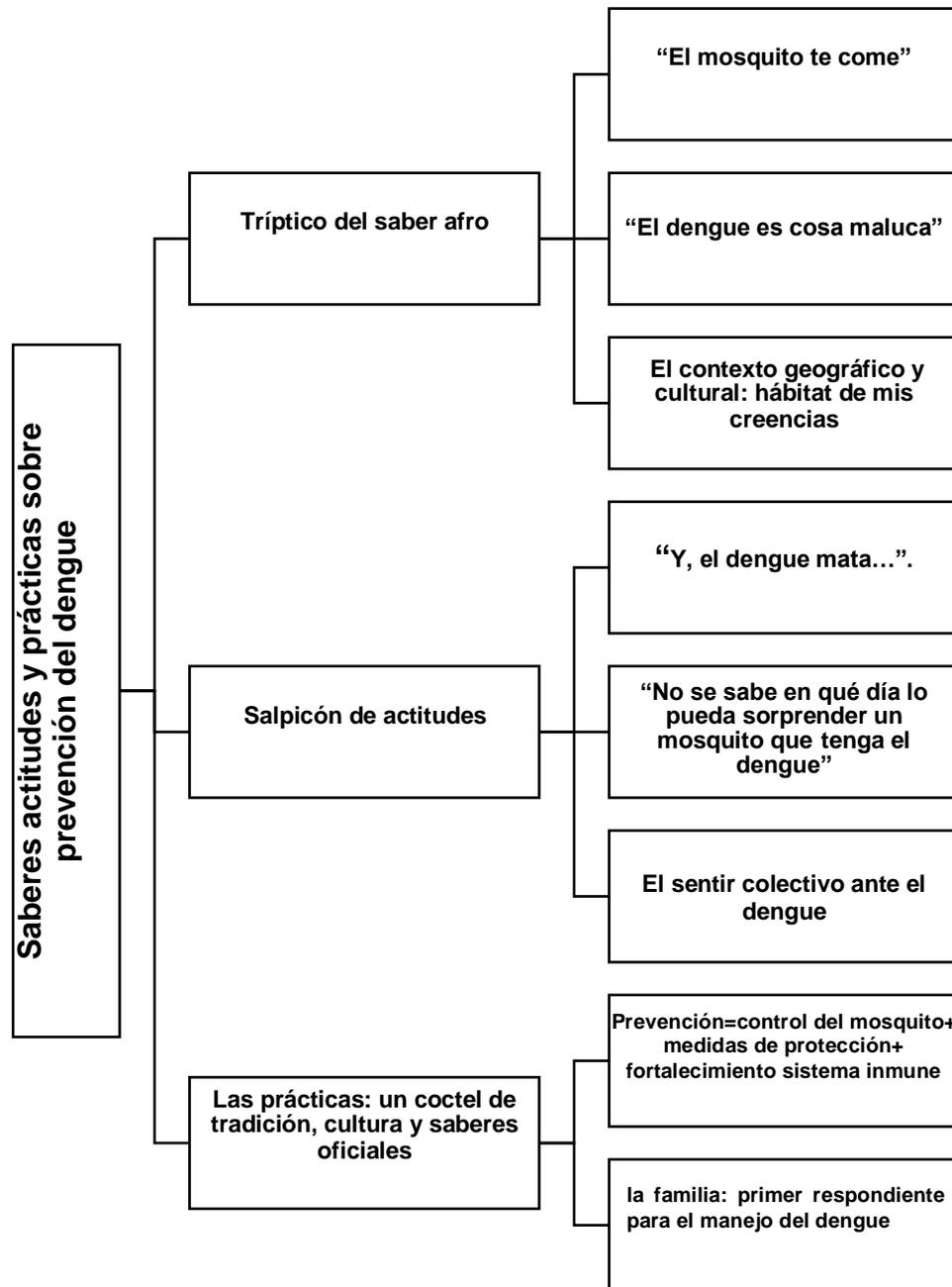
Ocupación del jefe de hogar	Género		Total general	Porcentaje
	Femenino	Masculino		
Labores del hogar	6	1	7	36,8
Oficios varios		4	4	21,1
Pescador		3	3	15,8
Ninguna		1	1	5,3
Comerciante		1	1	5,3
Vendedora ambulante	1		1	5,3
Agricultor		1	1	5,3
Manicurista	1		1	5,3
Total general	8	11	19	100

Fuente: Información de la encuesta de caracterización.

4.2 SABERES, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN RELACIÓN CON EL DENGUE

Dentro de los grupos familiares entrevistados se identificaron saberes actitudes y prácticas sobre prevención y control del dengue, que se agruparon en tres grandes categorías, que a su vez dan lugar a varias subcategorías, cuya interpretación constituye un rol fundamental en la gestión de las estrategias de prevención y control del dengue en esta población:

Figura 7. Categorización de saberes, actitudes y prácticas sobre prevención del dengue en las familias participantes.



Fuente: Categorización de las entrevistas.

4.2.1 El tríptico del saber afro. Esta categoría expresa las concepciones de la comunidad afrodescendiente ubicada en la subregión costanera del Departamento de Córdoba, como una red vinculante entre el conocimiento oficial emanado de los lineamientos del sector salud, los saberes locales y las creencias populares transmitidas de generación en generación.

La primera categoría se expresó a través de tres subcategorías: “el mosquito te come”, “el dengue es cosa maluca” y “el contexto geográfico y cultural: hábitat de mis creencias”

4.2.1.1 “El mosquito te come”. La primera subcategoría expresa los saberes sobre la ecología del vector construidos por la población afro, la cual evidencia que los participantes reconocen que la enfermedad se produce por la picadura de un mosquito. Al respecto, la OMS como la voz oficial del sector de la salud en el mundo informa que: el dengue es una de las infecciones víricas más importante en el mundo y es transmitida por los mosquitos *Aedes aegypti* y en menor proporción *Aedes Albopictus*, siendo los climas tropicales y subtropicales las zonas con mayor riesgo a enfermar en el planeta; sin embargo, en la región Caribe colombiana predomina la especie *A. aegypti* (63).

Algunos de los relatos de las familias afrodescendientes entrevistadas coinciden en conectar las condiciones climáticas de la región con la enfermedad del dengue. Este aspecto es importante por considerarse que el clima es uno de los factores principales que influye en la ecología del vector; y, que el Caribe colombiano presenta la temperatura y precipitaciones requeridas para propiciar condiciones favorables o desfavorables para los vectores (63).

"(...) allá llueve en esta época y cuando llega esta época allá se da esa enfermedad debido al invierno y al estancamiento de las aguas " F14

"(...) esa es una enfermedad muy vieja, lo que pasa es que que... ella tiene sus temporadas, esa enfermedad más que todo en el invierno, cuando hay un invierno prolongado ahí es donde más actúa el mosquito del dengue (.) en las aguas estancadas" F19

Si bien las familias identifican los vínculos con las temporadas de lluvias; sin establecer conexión aparente entre las precipitaciones y los criaderos, sino que lo relacionan con la actividad de alimentación (picadura) del zancudo; los entrevistados reportan que “se da esa enfermedad” términos que dan a entender acerca de los comportamientos estacionales del vector, pues en estos tiempos se incrementan las poblaciones de *Aedes* y por tanto se les aprecia a simple vista; sin embargo los mosquitos están presentes en todo el año.

Los pronunciamientos del Gobierno acerca del estado de alerta de los pueblos de la costa Caribe colombiana como consecuencia de la fuerte temporada de lluvia, expanden el requerimiento de intensificar las acciones de control del dengue en esta región, sobre todo en época de invierno. Asimismo, conecta el saber popular y el lenguaje oficial sobre este asunto.

Por otro lado, aunque las familias no identificaron de manera acertada las características morfológicas del mosquito transmisor del dengue, si se evidencia el reconocimiento de algunos hábitos del vector:

"(...) uno lo pica ese mosquito aja y uno ni conoce ese mosquito" F1

"(...) bastante mosquito, tipo 6 de la tarde tu estas aquí tú no te puedes quedá quieta porque el mosquito te come" F16

La expresión que da nombre a esta categoría “el mosquito te come” es un conjunto de palabras que denotan la cantidad excesiva de mosquitos que pican a la persona a determinada hora del día, se entiende entonces que estas familias afro, lo que identifican son ciertos hábitos del vector, más no reconocen las características morfológicas del mismo.

Según la OMS, las hembras del mosquito *Aedes aegypti* pueden alimentarse a cualquier hora del día, pero las picaduras se intensifican durante las primeras horas de la mañana y al inicio de la noche; lo cual coincide con las observaciones antes enunciadas.

Aunque no se identificaron de manera acertada las características físicas del vector en su fase adulta como como son las franjas blancas en las patas y el tórax e incluso algunas familias manifestaron no conocer al mosquito transmisor, si existe la conciencia del vínculo entre la enfermedad y el vector, aspecto que guarda relaciones de diferencias con otros grupos poblacionales no étnicos entre quienes se ignora o no se acepta que tal enfermedad sea transmitida por un mosquito. En cambio, para otros grupos sociales del Departamento, la morfología es uno de los aspectos más conocidos, reconociéndose que el dengue es transmitido por un mosquito grande de patas blancas y delgado (100).

Otro vínculo detectado correspondió a: mosquito/agua estancada, lo cual es coherente con los lineamientos del sector salud por cuanto la OMS señala entre los factores de riesgo las prácticas de almacenamiento de agua articuladas con las actitudes y conocimientos de las comunidades sobre el dengue y al desarrollo de actividades del mundo cotidiano de las familias; estas son algunas de sus observaciones:

"(...) bueno que el dengue es un mosquito, que lo produce las aguas... no era como uno pensaba que era las aguas sucias, que son las aguas limpias y tienen mucho tiempo de... de estar envasadas" F4

"(...) por ejemplo, yo tengo esos tanques, yo sé que esos tanques si los deajo destapados ahí se mete el mosquito y ahí pone huevo" F6

"(...) bueno ese ese es como dice mami que ehh... es porque están sucios que no los limpian ca' rato, sino que lo dejan ahí envasao', entonce eso es lo que cría el gusarapo y ahí es que viene to' el dengue" F7

"(...) porque cuando el tanque tiene bastante gusarapo se produce mucho mosquito, y ahí es que puede venir el dengue" F17

Las familias entrevistadas reconocen que los depósitos de agua recolectada por periodos prolongados, sin protección, ni el mantenimiento adecuado, pueden favorecer la reproducción del mosquito. Asimismo, detectan de forma general al vector en su estadio inmaduro, pues al identificar en sus observaciones o narrativas la palabra "gusarapo o guasarapo" que hace referencia a la larva del mosquito *A. aegypti* (63), constituye signos de saberes vinculados con la enfermedad.

Los participantes también lograron identificar los sitios de reproducción del mosquito transmisor del dengue de forma correcta y otros errónea, como se muestra en la tabla 9:

Tabla 9. Sitios para el criadero de *A. aegypti*

Criaderos identificados del vector	
Afirmativo	Negativo
F2: <i>"(...) nos dijeron que las botellas en el agua, botellas sucias que no la tuviéramos por ahí, porque ahí es donde..."</i>	F3: <i>"(...) las aguas negras producen esos mosquitos"</i>
F4: <i>"(...) aja, la llanta está afuera y la llanta (1.5) atrae mucho mosquito"</i>	F9: <i>"(...) en la ciénaga se se produce zancudo"</i>
F7: <i>"(...) no tené nada estancado, no tené llanta, no tener botella llena de agua"</i>	F18: <i>"(...) ya, si como por aquí esta cuneta uno ve esa agua y esa agua se pone negra ahí, entonce' ahí también produce"</i>

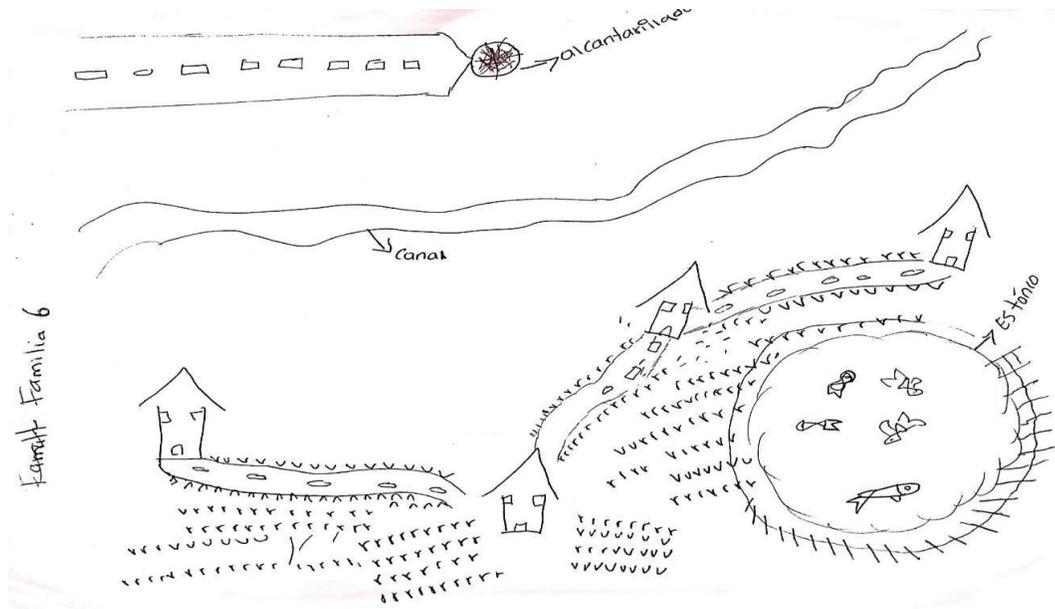
Criaderos identificados del vector	
Afirmativo	Negativo
F7: <i>"(...) y la porcelana porque hay que limpiarla cada quincena y porque también tiene gusarapo"</i>	
F10: <i>" (...) donde bebe el agua los animales, uno no los lava no los desinfecta con límpido, (...) produciendo ese mosquito, porque eso el que lo da es un mosquito"</i>	
F15: <i>"(...) vamos a poné ese tanque que está ahí se llena de agua uno lo deja ahí to´ el tiempo ahí, ahí nace un mosquito (.) raro (0.5) más o menos por ahí viene el dengue"</i>	
F19: <i>"(...) porque ellos se alojan en la parte donde están las aguas estancadas, ... las las materas, en las materas en las botellas, en los ... en las llantas"</i>	

Fuente: respuestas de las familias participantes

Según el Ministerio de Salud y Protección Social, el *A. aegypti* deposita sus huevos en contenedores de aguas limpias estancadas que cuenten con las condiciones propicias para su desarrollo, mientras que las aguas sucias o nauseabundas y otros entornos similares, no pueden garantizar la supervivencia del mosquito en sus primeros estadios de vida, porque no ofrecen el oxígeno que requieren (61,63,64).

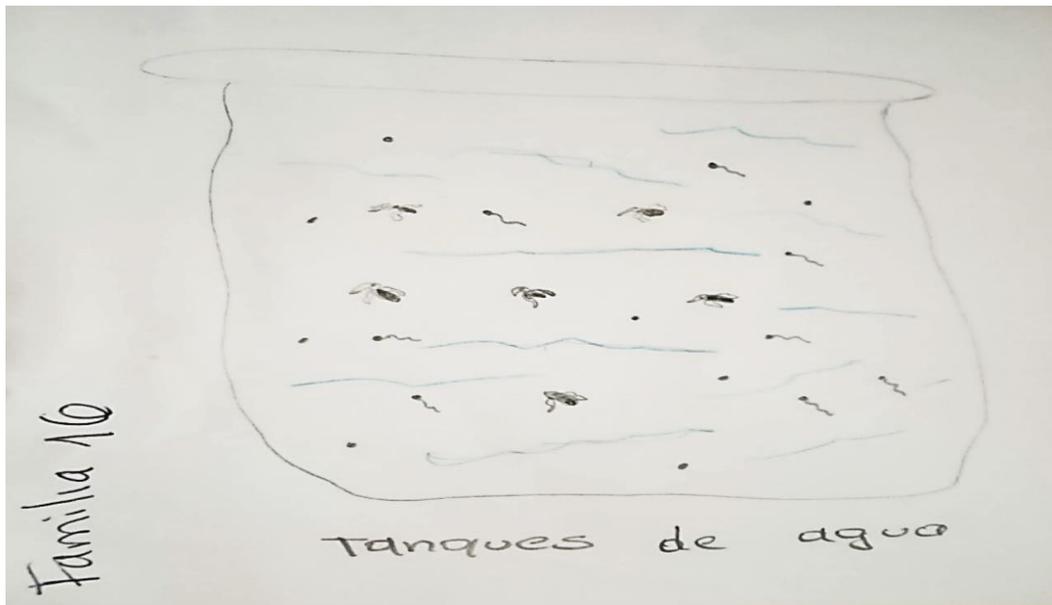
Por otra parte, la participación de los niños, niñas y adolescentes se produjo en mayor escala a través de los dibujos. En este grupo de participantes se pudo constatar la misma tendencia de los adultos que circuló entre aciertos (familia 7 y 16), desaciertos (familia 6) y fusiones (familia 19) al momento de plasmar los lugares considerados como factores de riesgo para el dengue:

Figura 8. Representaciones gráficas de las familias, sobre los lugares considerados como factores de riesgo para el dengue



Familia 7





Fuente: elaborado por las familias participantes.

Las familias participantes reconocen de manera acertada algunos de los riesgos para la transmisión del dengue, el cual se relaciona con los criaderos más comunes del vector como botellas, llantas, tanques, "palanganas", bebederos de animales, macetas y otros recipientes; lo cual es coherente con lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social (119); y, coincide también con lo señalado por Vergara en población indígena (99). Sin embargo, algunos grupos familiares tienen

desaciertos al momento de identificar los criaderos cuando afirman que el mosquito se reproduce en aguas negras y las ciénagas.

4.2.1.2 “El dengue es cosa maluca”. En esta subcategoría los síntomas del dengue son identificados por distintos miembros de las familias afrodescendientes; y, aunque no logran identificar con certeza la clasificación actual del dengue establecida por la OMS (8,60), si se evidencia el reconocimiento de algunos de sus síntomas, como se muestra en la tabla 10:

Tabla 10. Síntomas del dengue identificados por las familias afrodescendientes

Dengue		
Dengue sin signos de alarma	Dengue con signos de alarma	Dengue grave
<p>F3: "(...) le da fiebre se pone paalido, porque allá yo (cuide a uno así) flaaaco"</p> <p>F5: "(...) tiene la piel... se le pone la piel roja... y la fiebre y la fiebre y los ojos rojos"</p> <p>F9: "(...) cuando ya le cae ese dengue, ese es como... ya ese escalofrío, un frío en huesos"</p> <p>F10: "(...) también otra cosa que uno puede ver, el dengue comienza en sarpullido, cosas así, uno le da fiebre"</p> <p>F11: "(...) traen la boca desabría todo por dentro que no le provoca ni comer nada"</p> <p>F16: "(...) que el malestar en el cuerpo, que dolor en los huesos, dolor de cabeza"</p>	<p>F6: "(...) vomita sangre, el dengue, el dengue uno vomita sangre"</p> <p>F8: "(...) bueno a mi hija también le pasó eso, a ella le dio eso, a ella se le infló el estómago, se brotó toda, fiebre"</p> <p>F10: "(...) a vece da por obradera de sangre, fiebre y eso"</p> <p>F14: "(...) la gente se se descoyonta (.) se descoyonta y (.) están mal (2) se ponen mal"</p> <p>F15: "(...) vea los ojos porque se le ponen amarillos"</p>	<p>F19: "(...)por una, el dengue puede causar una hemorragia"... "y así sucesivamente se puede contagia eh la persona se puede contaminar y puede causarle la muerte cuando hay la hemorragia"</p>

Fuente: respuestas de las familias participantes

Las respuestas de las familias afrodescendientes muestran la identificación de manera inespecífica de síntomas como fiebre (siendo más frecuente), malestar general, palidez, ojos rojos, dolor de cabeza, pérdida de apetito, escalofríos, sarpullido y otros síntomas comunes que coinciden con la clasificación de dengue sin signos de alarma; otro grupo de familias identificó ciertas manifestaciones como vomito con sangre, distensión abdominal, diarrea con sangre, ojos amarillos y adinamia, que están asociadas al dengue con signos de alarma; mientras que en lo que respecta a dengue grave, solo un grupo familiar identifica las hemorragias como una manifestación que puede conducir a la muerte. Se destaca la similitud con resultados de investigaciones con indígenas en lo concerniente a la sintomatología del dengue (99,100).

Durante las entrevistas se pudo evidenciar que las familias afrodescendientes construyen sus saberes a partir de un tríplico que navega entre sus experiencias en el cuidado de familiares o los saberes de sus padres o abuelos transmitidos de generación en generación, la información que reciben de los medios de comunicación y de las intervenciones del sector salud o por medio de la construcción popular de diversos aspectos sobre el dengue.

4.2.1.3 El contexto geográfico y cultural: hábitat de mis creencias. Esta subcategoría emerge recoge las principales construcciones culturales sobre el dengue, las cuales están fundamentadas, entre otros aspectos, en la idiosincrasia de la región donde viven las familias afrodescendientes. Los hallazgos señalan que la percepción familiar está ligada con el entorno costanero, las creencias y las condiciones del medio cotidiano, como se expresan en los siguientes relatos:

“(...) yo digo que será a nivel, porque como estamos cerca al mar eso nos protege” F14

“(...) directamente no sé si es el yodo del mar o el estado físico, pero eso mantiene uno a salvo de esos problemas” F14

La revisión de literatura no muestra evidencia científica que sugiera que la proximidad con el mar o el yodo marino otorguen una protección específica contra el dengue; sin embargo, las familias residentes en la zona costanera del municipio mantienen la creencia que sí.

En cuanto a la ecología del vector se relacionaron los huecos de cangrejo como lugares donde también se produce el mosquito:

“(...) los huecos de cangrejo también producen mucho mosquito, y pa’ allá donde yo vivo hay mucho hueco de cangrejo” F19

Sin embargo, en los ecosistemas costaneros de San Bernardo del Viento, las madrigueras de cangrejo son el hábitat de otras especies de mosquitos que no corresponden a *A. aegypti* (120), por tanto, estas creencias se pueden catalogar como un arraigo cultural de las familias entrevistadas.

Otro aspecto a destacar es la relación etiología/factores del hospedador, como se muestra en las siguientes expresiones:

"(...) pues sí, cuando uno tiene las defensas bajas también" F4

"(...) porque el dengue, lo que es un mosquito que le pica a uno y todo el veneno se lo pone a uno por dentro" F11

"(...) y el dengue, el dengue al bebedor muy poco... muy poco lo ataca a él, por el alcohol" F15

Algunas familias participantes relacionan la aparición de enfermedades como el dengue con falencias en el sistema inmune, lo cual podría justificarse porque estas falencias pueden reducir la capacidad del organismo para combatir agentes infecciosos como el virus del dengue, y por lo tanto también existe un mayor riesgo de desarrollar complicaciones (121).

Adicionalmente, otro grupo familiar percibe al dengue como un "veneno" que es inoculado por el mosquito al ser humano. Esta construcción es parcialmente acertada de acuerdo a la OMS, debido a que el dengue es una enfermedad transmitida por un mosquito, sin embargo, este insecto no inyecta un veneno o toxina, sino el virus DENV, que es el agente etiológico del dengue y es transmitido de una persona infectada a otra persona sana mediante la picadura del mosquito *A. aegypti* que actúa como vector (65). Reflejando de esta manera que, en este grupo familiar en particular, aún persiste un vacío de conocimiento sobre el agente etiológico del dengue.

Otra creencia identificada en las familias entrevistadas atribuye cierta protección contra el dengue al consumo de alcohol, lo cual resulta ser una afirmación no acertada, porque las personas que consumen alcohol tienen más riesgo de ser picadas por mosquitos que podrían transmitir enfermedades como el dengue (122), además el consumo excesivo de alcohol también puede debilitar el sistema inmunológico, constituyendo un factor de riesgo para contraer enfermedades infecciosas, entre las que se encuentra el dengue (123).

4.2.1.4 Contraste entre los aciertos y desaciertos con el discurso oficial de la OMS y Minsalud. Las familias entrevistadas manifestaron algunas creencias en torno al agente etiológico, ecología del vector, ciclo de vida, riesgos de complicación, modos de complicación y factores de riesgos que fueron contrastada

con los pronunciamientos de la OMS y el Ministerio de Salud y Protección Social, como se muestra en la tabla 11 (8,61,64,65):

Tabla 11. Contraste entre los aciertos y desaciertos con el discurso oficial de la OMS y Minsalud

Aspecto	Fuente oficial	Aciertos	Desaciertos
Agente etiológico	El dengue es una enfermedad causada por el virus DENV perteneciente a la familia <i>Flaviviridae</i> , del cual existen 4 serotipos (8,65)	F7: <i>"debe ser una enfermedad, ese es un virus"</i>	F19: <i>"por una bacteria"</i>
Ecología del vector	Aunque el mosquito <i>Ae. aegypti</i> puede alimentarse a cualquier hora del día; sus picaduras se intensifican durante las primeras horas de la mañana y al inicio de la noche (65).	F8: <i>"Si, ellos si tienen su hora, ya, a lo que llega desde la 6 pa' adelante"</i>	
Ciclo de vida del vector	Los mosquitos transmisores tienen capacidad de adaptarse a nuevos climas y entornos (65)	F14: <i>"al mar van, con este vientecito que no sopla casi y uno está afuera pescando y allá se le acercan, o sea que se fueron de contrabando... de pronto ahí en la estadía del bote a la orilla se (.) se metió uno y allá llega"</i>	
Ciclo de vida del vector	La etapa de desarrollo embrionario en los mosquitos se completa en 48 horas en ambientes cálidos y húmedos, una vez finalizada, los huevos pueden mantenerse en condiciones de desecación durante largos períodos de tiempo y cuando entran en contacto con agua, la mayoría de los huevos eclosionan rápidamente y dan lugar a	F14: <i>"una poza se llena de agua y después se seca, (...) al tiempo produce un mosquito, dura 3 días para formarse (...) encuentra uno el poco de de vainita andando (...) si, ahí al tiempo dura aparecen con las alas, a los dos días que aparecen con las alas está bobo (.) el mosquito... es decir"</i>	

Aspecto	Fuente oficial	Aciertos	Desaciertos
	<p>una larva de primer estadio. Estas larvas pasan por cuatro etapas de desarrollo, cambiando su exoesqueleto en cada una de ellas, y tienen mucha movilidad en su búsqueda de alimento y sombra. El tiempo promedio que cada individuo permanece en esta fase es de ocho días. Luego, la larva se transforma en pupa, pasando alrededor de dos días sin alimentarse. Finalmente, emerge un mosquito adulto, rompiendo el dorso de la pupa y posándose en la superficie del agua mientras su cutícula se endurece (64).</p>	<p><i>buscando de fortalecerse (0.5) cuando ya se fortalece consigue alas y vuela, ya es un hombre libre sale a mantenerse de lo que encuentre, ya"</i></p>	
Riesgo de complicación	<p>Algunos casos desarrollan una forma grave del dengue, lo que puede causar una variedad de complicaciones relacionadas con sangrado grave, fallo de órganos o derrame de plasma; si no se trata adecuadamente, el dengue grave tiene un mayor riesgo de mortalidad (65).</p>	<p>F19: <i>"hay más evidencia de que puede morir la persona cuando hay sangrado una hemorragia"</i></p>	
Modo de transmisión	<p>Las hembras de los mosquitos <i>A. aegypti</i> y <i>A. albopictus</i> adquieren el virus al momento de picar a una persona infectada con dengue y posteriormente pueden transmitirlo al picar otra persona sana (65)</p>	<p>F2: <i>"como digamos ahora le picó a él y viene y me pica a mi acá, ahí es donde se contagió y ahí es donde todos caemos con el dengue ese"</i></p>	<p>F5: <i>"eso a la, el dengue le da porque si uno bebe agua en el mismo vaso y eso y se acuesta como (.) se acuesta con dos personitas entonces el resuello y eso se le pega se le pega"</i> F6: <i>"esos huevos se los traga uno y ahí va"</i></p>

Aspecto	Fuente oficial	Aciertos	Desaciertos
			contaminando a nosotros también"
Factores de riesgo para la propagación	Después de alimentarse, las hembras del mosquito transmisor del dengue ponen sus huevos en aguas limpias y estancadas, que se albergan en contenedores naturales o artificiales. Mientras que las aguas sucias o fétidas, no ofrecen las condiciones necesarias para el desarrollo del mosquito en sus primeras etapas de vida, debido a que estas no cuentan con el oxígeno necesario (61).	F19: "entonces nosotros podemos evitar de que eso suceda no teniendo esos elementos en la casa lo que son las llantas los tanques que tengan aguas ahí estancadas"	F6: "que es una enfermedad... que la produce las alcantarilla"

Fuente: OMS y Ministerio de Salud y Protección Social

Este ejercicio de contraste permitió evidenciar la apropiación, aunque parcial, de los aspectos de ecología, ciclo de vida del vector y los riesgos de complicación como los principales aciertos de las familias entrevistadas; entretanto, en el modo de transmisión, los factores de riesgo para la propagación y el agente etiológico los participantes presentaron aciertos y desaciertos.

4.2.2 Salpicón de actitudes. La segunda categoría da cuenta de las actitudes familiares ante el dengue. Estas se evidenciaron en el plano individual, interpersonal y social a partir de lenguajes coherentes con los significados que los grupos sociales realizan en torno al fenómeno de estudio y al contexto sociocultural que los produce; así como también, se pudo visibilizar las respuestas cognitivas, afectivas y conductuales ligadas al desarrollo actitudinal de los participantes, las cuales se expresaron a partir de tres subcategorías: "Y, el dengue mata...", no se sabe en qué día lo pueda sorprender un mosquito que tenga el dengue, Y el sentir colectivo ante el dengue.

4.2.2.1 “Y, el dengue mata...”. Con respecto al componente cognitivo, las familias expresaron hechos, creencias o conocimientos de carácter evaluativo acerca del dengue, las cuales resaltan el valor que las personas otorgan al dengue en términos de percepción del riesgo y los peligros vinculados a la enfermedad, la cual constituye la primera subcategoría del componente de actitudes.

En esta subcategoría las familias perciben al dengue como una enfermedad peligrosa que puede traer complicaciones de salud e incluso ocasionar la muerte en el peor de los casos, como lo expresan en sus afirmaciones:

“(...) bueno yo he escuchao que el dengue ees mortal” F6

“(...) bueno yo digo que sobre el dengue es una enfermedad muy peligrosa ¿si me entendiste?”... “lo que yo te, si una persona tiene dengue y, y, la gente no se no se alerta rápido que esa persona se se cubre to’itico se contamina ¿si me entendiste?” F9

“(...) que a veces mueren bastantes niños y adultos ” F14

“(...) esa enfermedad es mortal mata, cierto” F16

“(...) hay más evidencia de que puede morí la persona cuando hay sangrado, una hemorragia” F19

Estas respuestas muestran que los grupos familiares perciben la existencia de un riesgo de adquirir dengue en su región por la presencia del mosquito, y además reconocen que de no ser intervenida oportunamente esta enfermedad puede llegar a ser mortal, afectando tanto a niños como a adultos. De igual forma, también se asocian las manifestaciones hemorrágicas del dengue con una mayor probabilidad de mortalidad, en concordancia con lo establecido por la OMS y el Ministerio de Salud y Protección Social, porque algunos casos pueden evolucionar a dengue grave con hemorragias severas, representando un mayor riesgo de muerte si no se trata a tiempo (8,65).

El componente afectivo de las actitudes comprende los procesos que sustentan o discuten los fundamentos de las creencias de las personas, sus estados de ánimo o las emociones experimentadas ante el dengue. Las familias expresaron un estado de preocupación ante el hecho de enfermar o morir como consecuencia del dengue:

“(...) pero yo me preocupo porque no se sabe en qué día lo pueda sorprender un mosquito que tenga el dengue” F14

" (...) y el dengue mata"... "esa enfermedad (1) le voy a decir la verdad que ya ella está dando miedo porque esa enfermedada ´ es complicada" F15

La respuesta conductual ligada a las actitudes mostró evidencias de un proceso de actuación que es de gran interés para el estudio de las actitudes porque no solo incluye las consideraciones asumidas por los sujetos en términos de intencionalidad, sino que se equipara a las conductas propiamente dichas.

4.2.2.2 No se sabe en qué día lo pueda sorprender un mosquito que tenga el dengue. Esta subcategoría integra la visión de los grupos familiares en torno al vínculo actitudes/conducta, dado que cuando las familias expresan su forma de actuar en torno a un posible caso de dengue en su contexto, muestran en paralelo la valoración cognitiva y emocional de la actitud:

"(...) bueno estar alerta, y pues más que todo mantener los sitios, las casas (.) limpias de cosas, o sea donde ellos puedan habitar, o sea donde puedan estar reproduciéndose como aguas estancadas que de pronto no estén utilizando de pronto en el momento no" F8.

El hecho de percibir el estado de alerta integrado con la práctica de mantener la higiene de la vivienda y evitar las aguas estancadas es un signo de conciencia en torno al vínculo sentir/actuar que representa una dimensión comportamental de las actitudes. En el estudio de las actitudes no se trata de separar la dimensión cognitiva de lo emocional o de lo comportamental porque se espera abrir la reflexión para pensar las problemáticas desde una perspectiva integral.

Para, Fishbein y Ajzen, autores del Modelo de la Acción Razonada, se ha de integrar los factores actitudinales y comportamentales que puedan explicar las conductas saludables. Asimismo, consideran que este tipo de conductas surge directamente de la intención concebida por el sujeto ante un determinado comportamiento, porque las personas suelen comportarse de forma voluntaria; de ahí que parte de sus planteamientos expongan que cuando se reconocen las intenciones para realizar o no un comportamiento es factible predecir la conducta de una persona sobre un determinado evento (124).

Este tipo de intenciones comportamentales se leen desde la naturaleza personal (actitudes) y desde la influencia social (norma subjetiva). En este caso, las primeras se definen como un factor personal que incluye los sentimientos positivos o negativos con respecto a la ejecución de una conducta preventiva y la percepción ante el apoyo social que se establezca de dicha conducta; sin embargo, las actitudes dependen de la percepción que el sujeto haga de las consecuencias de los actos humanos, y, la norma subjetiva no es más que la percepción sobre las tensiones sociales que son impuestas como cánones que indican lo correctamente

válido para una sociedad o aquellas acciones que no son aprobadas socialmente (124).

Los hallazgos permiten evidenciar la integración entre la naturaleza personal y la norma subjetiva, que proponen Fishbein y Ajzen:

“(...) por lo menos, si tú tienes un botellerio y se llena de agua, los mosquitos se se... y también ahí ponen el que los huevitos y se reproduce, se reproducen más”
E16

“(...) yo me preocupo porque no se sabe en qué día lo pueda sorprender un mosquito que tenga el dengue, aunque aquí, yo digo que será a nivel porque como estamos cerca al mar eso nos protege, pero si hay que toma cartas en el asunto”
E14

“(...) si una persona tiene dengue y, y, la gente no se no se alerta rápido, que esa persona se se cubre to'itico se contamina ¿si me entendiste?” E9

“(...) yo conozco un pescaito que hay por ahí por los caños un pescaito así yo cojo mis tres cuatro pescaitos chup chup chup (1) en los tanques...yo le echo pescaito, ese pescaito es de agua dulce y él ahí se mantiene” E15

Estas observaciones inéditas de las familias develan el conocimiento sobre los mecanismos de reproducción del vector, la preocupación ante el riesgo de enfermar por dengue, la alerta de estar ante un caso de dengue en su comunidad y algunas prácticas populares con respecto al control biológico como fruto de las actividades humanas. Esta integración de saberes, actitudes y prácticas de su mundo cotidiano ponen en evidencia las posibilidades de cambios actitudes con respecto a la prevención del dengue; bajo el supuesto que las actitudes, así como se aprenden se pueden transformar en conductas saludables para las personas, familias y comunidades.

Otro aspecto que llama la atención es el de los actuares o prácticas ante la aparición de un posible caso de dengue en su entorno, como lo expresan las familias:

“(...) bueno hay que mantenerse aislado, no si la familia ahí se infecta toda del dengue, ya eso si yo digo que o sea hay que cogé directamente un centro de salud que traten a uno, porque yo no sé cómo se trata el dengue” F8

“(...) tienen entonces que irse a saca la sangre pa' que entonces en el examen le vean si es dengue o no es dengue” F16

“(...) acudir al médico... no quedarse cruzados de brazos dormidos, sino que moverse rápido” F19

"(...) se hacen los remedios caseros y si eso no funciona, ya hay que acudir al médico, porque eso no da espera" F19

Los hallazgos muestran en primera medida que ante los síntomas comunes las familias recurren a remedios caseros, pero también resaltan la importancia de buscar atención médica de manera oportuna en caso de sospecha de síntomas de dengue, para diagnosticar la enfermedad y recibir el tratamiento adecuado; también reconocen que es necesario realizar pruebas de laboratorio para confirmar o descartar un caso de dengue. De igual manera, mencionan la necesidad de mantenerse aislado para evitar la propagación del virus cuando hay sospecha de dengue en la familia.

Además, se destaca la necesidad de tomar medidas inmediatas y ser proactivos en el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad, con el fin de reducir complicaciones severas, lo cual es coherente con las recomendaciones dadas por la OMS, que estipula que ante la aparición de síntomas sospechosos de dengue es necesario acudir a los servicios médicos para realizar un diagnóstico oportuno y un manejo adecuado al caso, con el fin de vigilar la aparición de complicaciones que puedan desencadenar en desenlaces fatales (65).

Otro punto de interés es el relacionado con la percepción de la responsabilidad en la prevención del dengue, como se muestra en las siguientes afirmaciones:

"(...) los médicos tienen que evitarlo, son los médicos, porque son los que tienen que sabé, digo yo pues" F1

"(...) la responsabilidad es de uno mismo... porque como es que, si yo tengo como decí los chócoros esos llenos de agua (1) (no comprensible) si los tengo si yo quiero que mi hijo le caiga yo no le o sea los tengo lleno, pero si yo mi hijo que no me le caiga dengue yo los puedo lavar porque mi hijo no sea afectado" F10

"(...) de pronto yo digo que de parte del Gobierno... todos esos son los que tienen al mando en la nación" F14

"(...) de la misma familia claro, prevenir (.) prevenir y ve los chócoros que hay por ahí (0.5) uh" F15

" (...) yo digo que de nosotros mismos la comunidad y los, o sea, que nosotros somos los que tenemos que está pendiente atento" F18

"(...) bueno eso es responsabilidad de todos" F19

Ante la responsabilidad de prevenir el dengue se encontraron percepciones enfocadas a cada individuo, la familia o la comunidad, bajo los argumentos que cada

persona puede tomar medidas desde su hogar y alrededores cercanos, como limpiar recipientes que puedan acumular agua, para evitar que los mosquitos se reproduzcan en su entorno. Mientras que otras familias sostienen que los médicos son los únicos responsables de la prevención por poseer el saber específico y ser considerados como los expertos en el tema. Por otra parte, algunos grupos familiares consideran que esta prevención es responsabilidad del Gobierno, debido a que tiene el poder para tomar decisiones e implementar medidas para combatir el dengue.

Las estrategias de control del dengue lideradas por la OPS buscan involucrar más a las personas, familias y comunidades en la prevención de esta enfermedad, con el objetivo de asegurar la sostenibilidad de estas acciones a nivel local; debido a que la población todavía percibe que la prevención del dengue solo es responsabilidad del Estado, lo que dificulta la implementación de acciones de control (7,125). Sin embargo, es importante recordar que el control de esta arbovirosis es responsabilidad de todos los actores a nivel individual y colectivo, incluyendo a los Gobiernos que también deben garantizar la prestación de servicios de saneamiento básico que faciliten la implementación de las prácticas preventivas del dengue en todos los hogares y entornos.

También se destaca la disposición que tienen las familias entrevistadas para recibir educación sobre el dengue y las medidas de prevención, como lo expresan a continuación:

"(...) Si usted tiene conocimiento de eso y nos explica de eso si lo recibimos, si lo recibimos con mucho gusto" F1

"(...) pero eso si es bueno cuando es así la reunión que hablan respecto a las enfermedades es bueno uno ir escuchar" F3

"(...) entonces eso es lo que nosotros queremos y quiero una charla sobre el dengue para aprender y explicarle a muchas personas que en verdad lo necesitan," F9

Las familias reconocen que no cuentan con el conocimiento suficiente sobre esta enfermedad, pero están dispuestas a recibir educación al respecto; también resaltan la importancia de las intervenciones educativas en la comunidad como una oportunidad para aprender más y estar mejor informado; también se refleja un interés en compartir la información aprendida con otras personas de la comunidad que puedan estar en riesgo, demostrando un deseo de contribuir a la lucha contra el dengue mediante la difusión de información precisa y útil.

En general, las familias entrevistadas reflejan una actitud favorable y comprometida con la prevención y control del dengue, mostrando un interés en aprender más sobre

la enfermedad y compartir esta información con otras personas para ayudar a prevenir la enfermedad. Esta actitud es esencial para la prevención y control de enfermedades como el dengue, ya que facilita las intervenciones y articulación con los demás actores involucrados en la Estrategia de gestión integrada para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales, establecida por la OPS (7).

4.2.2.3 El sentir colectivo ante el dengue. Esta subcategoría trasiega entre actitudes positivas y negativas para el trabajo comunitario. Por un lado, se evidencia cierta apatía y desinterés para trabajar de manera conjunta en acciones colectivas y organizadas que busquen evitar la aparición y propagación del dengue, como se muestra a continuación:

"(...) aquí es más fregao porque mientras unos hacen los otros no quieren hacer... y todo el barrio debe de ponerse de acuerdo" F7

"(...) pero así que se haga alguna (2) como te digo (.) alguna asociación o algo así digamos así para prevenir eso no" F8

"(...) la comunida no, no le para bola a eso" F15

Los hallazgos anteriores reflejan una actitud desfavorable que constituye una barrera para la prevención y control del dengue, porque dificulta la implementación de acciones e intervenciones en la comunidad a largo plazo, obstaculizando también la articulación entre la comunidad y otros sectores, pues es esencial el trabajo en equipo y que cada individuo asuma su responsabilidad en el control del dengue que es un problema de salud pública que puede afectar a todos los miembros de la comunidad (11,28,126).

Por otro lado, se evidenció en algunas familias la voluntad de gestión comunitaria ante el gobierno local y los demás miembros de la comunidad, para que se implementen medidas de control y prevención del dengue:

"(...) nosotros los comunitarios tenemos que controlarla, ¿cómo? con la higiene, sobre todo, la limpieza, hacer una avanzada de di de casa en casa fulano limpie" F6

"(...) porque ahí estaba esa alcantarilla, estaba ahí que se vaciaba ¿qué hizo la comunidad? Habló con el alcalde que de ese poco de agua que se vaciaba del alcantarillo, eso jedia, era muy contaminante, entonces eso lo controlaron" F6

"(...) claro, yo digo que (0.5) hay que invitar a varios de aquí de mi pueblo que vayamos a secretaría y nos quejemos para que nos prevengan de algo (1) si porque (.) porque la verda es que yo no he visto nadie de la secretaría de salud

hace prevención (2) entonces yo tengo la incógnita y quisiera que eso se realizara"
F14

Los hallazgos muestran como ciertos líderes comunitarios que hacen parte de algunas familias entrevistadas se reconocen como actores fundamentales en las acciones de control del dengue, y comprenden que un trabajo articulado con todos los miembros de la comunidad y motivando a las demás familias mejora las medidas preventivas desde su hogar.

En esta línea, otras familias expresaron la idea de tomar la iniciativa con la comunidad para solicitar de manera colectiva medidas efectivas de prevención y control del dengue al gobierno local y la entidad territorial en salud, destacando la importancia de la participación comunitaria contra la propagación de esta enfermedad:

"(...) la verda es que como dice (.) los vecinos son todo para ayudarlo uno a los otros, entonce si esa persona tiene no es uno apartarse de ella sino ayudarla" F7

"(...) bueno ahí yo si te diría como sería alertá a la comunidá cuando se da de cuenta que esa persona tiene ese esa enfermedad ¿si me entendiste?" F9

Estas respuestas destacan la importancia de las redes de apoyo comunitario al momento de presentarse los casos, mostrando una empatía y solidaridad con las personas que puedan estar enfermas con dengue; de igual forma, reconocen la necesidad de tomar medidas preventivas, mantener una vigilancia activa y movilización comunitaria cuando se presenten casos de dengue en el entorno cercano. En este sentido se refleja una actitud positiva que favorece el empoderamiento comunitario como componente fundamental para el control del dengue.

4.2.3 Las prácticas: un coctel de tradición, cultura y saberes oficiales. Esta categoría evidenció las prácticas de las familias para prevenir el dengue encontrándose la mezcla entre lo popular, la cultura y la movilización de conocimientos del sector salud y de los medios de comunicación. Los hallazgos se expresaron a través de dos subcategorías: Prevención=control del mosquito+ medidas de protección+ fortalecimiento sistema inmune y La familia: primer respondiente para el manejo del dengue

4.2.3.1 Prevención= Control del mosquito+ medidas de protección+ fortalecimiento sistema inmune. La primera subcategoría comprende las medidas adoptadas por las familias para prevenir el dengue. Estas se organizaron en tres aspectos: el control del vector, las medidas de protección y las dirigidas al fortalecimiento del sistema inmune, y se analizaron en coherencia con la influencia del sector salud y los medios de comunicación, los arraigos culturales y las

congruencias entre las prácticas tradicionales, la cultura y los saberes oficiales, como puede observarse en la tabla 12.

Tabla 12. Tipos de prácticas preventivas contra el dengue

Tipo de influencia	Medidas de control para evitar la propagación del vector	Medidas de protección	Medidas para fortalecer el sistema inmune
Sector salud y medios masivos de comunicación	<p><i>"(...) cuando yo voy a cambia mi agua, cuando yo voy a llena mi agua, yo cojo mis tanques los lavo, les echo límpido y los dejo limpiecito" F2</i></p>	<p><i>"(...) no, ella yo en la tarde la protejo mucho, porque yo le pongo su ropa, pantalones largos, le digo que se ponga sus camisetas, también pa protegerla, y está uno pendiente..."</i></p>	
	<p><i>"(...) entonces, ¿qué hago yo? los tapo, se le echa un poquito de cloro ¿pa' que? pa' que el mosquito, los huevos se mueran" F6</i></p>	<p><i>Ahh pues nos protegemos es cuando nos acostamos sacudiéndonos y cerramos las puertas (1) en la noche temprano" F4</i></p>	
	<p><i>" (...) todo lo barro y las basuras las quemo pa' que no haya nada, el chócoro del agua yo se lo limpio, le echo a veces hasta límpido a la agüita donde beben las gallinas" F10</i></p> <p><i>"(...) eh manteniendo los</i></p>	<p><i>"su repelente eso lo hacemos aquí nosotros" F6</i></p>	

Tipo de influencia	Medidas de control para evitar la propagación del vector	Medidas de protección	Medidas para fortalecer el sistema inmune
	<p><i>tanques del agua tapadas, precisamente pa' que los mosquitos no entren y se reproduzcan" F16</i></p>		
<p>Arraigos culturales</p>	<p><i>"(...) echándole cosa a los tanques porque los tanques también esos tanques son (.) se le echa agua caliente" F7</i></p>	<p><i>"(...) y a veces uso la concha de coco y hacemos un humito" F1</i></p> <p><i>"(...) echamos humo... Yo echo humo aquí... porque yo cojo esas cositas donde venden los huevos" F2</i></p> <p><i>" (...) Aquí regamos loursban líquida (2) a veces la echamos también en agua y la colamos y fumigamos con la bombita que tengo por ahí" F3</i></p> <p><i>"(...) ahhh, quemo una basurita, luego la quemo pa' que se vayan los mosquitos, y se van" F7</i></p>	<p><i>"(...) eso hay un palo de eso que se llama (1) le dicen manisuarra... le echa también panela y eso pone a la persona fuerte... eso se prepara con varias plantas...yo tomo un palo que muy poco se enferma uno, porque las defensas permanece usted limpias, el que está con las defensas limpias no se enferma" F3</i></p> <p><i>"(...) está (2) el anamú, estaa (1.5) la santa maría, estaa la este esa cetaminofen y to' eso se pone a cociná y uno le da sus tomitas a sus hijos como pa' que no lo atropelle ni na' ... Las pongo a</i></p>

Tipo de influencia	Medidas de control para evitar la propagación del vector	Medidas de protección	Medidas para fortalecer el sistema inmune
		<p>"(...) Si, ellos si tienen su hora ya a lo que llega desde la 6 pa' alante ya llegaron los mosquitos (4) desde esa hora empieza uno a como a prendé el katori a cerrá las puertas, todo pa' que de pronto el mosquito no (.) no se meta" F8</p>	<p>cocinar y así las prevengo " F7</p>
		<p>"(...) aquí echo cuando es así que hay mucho mosquito lo que echo es creolina, compro baygon con gas con todo eso le echo por to' eso... neftalina, todo eso... el ACPM, le echamos en una bombita y yo riego por to'as partes por to' los cuartos por todo eso (.) y eso con eso por fuera así por ahí con creolina" F9</p>	<p>"(...) vea... sobre el dengue yo conozco una plantica que es muy buena pal dengue (0.5) se llama la moringa... bueno, esa es buena pa' eso, (.) y hay otra matica que llama uno... que tiene la hojita figura del corazón alguna gente la llama la hoja de Santamaría, también es buena pal dengue, sí, y hay otra que también la conoce uste que parece que no fuera así que es la balsamina... la balsamina se prepara también cocía o cruda porque la balsamina sirve para otras cosas. Ella cocía sirve para el dengue... y ahí está esa vea el ajengibre también sirve pal dengue"</p>
		<p>"(...) el mosquito normal ese que anda, ya le pica a uno, ya uno hace un humo, hace</p>	<p>F15</p>

Tipo de influencia	Medidas de control para evitar la propagación del vector	Medidas de protección	Medidas para fortalecer el sistema inmune
		<p><i>cualquier cosa una fogata un (.) se le echa el matarratón que eso hace di ... matarratón... o el paraíso, eso también lo retira"</i> F11</p> <p><i>"(...) matarratón ese ...las echo en un chismecito y entonces le echo las brasitas y forman el humito para retirarlos y es que se van... matarratón anamú... martinica, sequecita ya están secas... mami lo mete en los cuartos lo coloca en la sala en el comedor" F19</i></p>	
<p>Prácticas tradicionales que coinciden con las recomendaciones del sector salud</p>	<p><i>"(...) poco poco gusarapo se cría aquí porque yo soy pescador entonces yo conozco un pescaito que hay por ahí por los caños, un pescaito así yo cojo mis tres cuatro pescaitos chup chup chup (1) en los tanques... claro, esos pescaitos no dejan</i></p>	<p><i>"(...) compré un toldo y ya duermo en el toldo y no me pica el mosquito" F5</i></p> <p><i>"(...) si yo si duermo con toldo ((risas)) yo no sé dormí sin toldo ((risa)) ... porque en las casas hay una una una vainita un lobito ... que se monta mucho en las casas"</i> F13</p>	

Tipo de influencia	Medidas de control para evitar la propagación del vector	Medidas de protección	Medidas para fortalecer el sistema inmune
	<i>nacé gusarapo ahí"</i> F15		

Fuente: respuestas de las familias participantes.

Las expresiones anteriores reflejan el uso de diferentes practicas preventivas entre las cuales existen algunas dirigidas a evitar la reproducción del vector como el lavado de tanques, tapado y aplicación de hipoclorito de sodio en los mismos, aseo del hogar y sus alrededores, quema de basuras para evitar acumulación de recipientes que puedan ser criaderos de mosquito, limpieza frecuente de bebederos y mantener en los tanques peces que se alimentan de las larvas del vector. Estas afirmaciones coinciden con las recomendaciones del Ministerio de Salud y Protección Social para evitar la proliferación del mosquito transmisor del dengue (64,119).

No obstante, pese a que las familias manifiestan realizar las prácticas anteriores, en varias viviendas se pudo evidenciar mediante la inspección ocular en el momento de la visita, algunas prácticas contradictorias con lo expresado durante las entrevistas, tales como la presencia de tanques destapados, basuras en los alrededores, recipientes en desuso a la intemperie, floreros con agua sin cambiar, presencia de llantas, latas, botellas e inservibles, elementos que son potenciales criaderos del mosquito e incluso en algunas viviendas se observó la presencia de larvas del mosquito transmisor del dengue.

Tabla 13. Prácticas acertadas y contradictorias para evitar la reproducción del mosquito

Prácticas acertadas

Prácticas contradictorias



Prácticas acertadas

Prácticas contradictorias



Fuente: Galería fotográfica del trabajo (propiedad de la autora).

Otras prácticas familiares son encaminadas a la prevención de las picaduras del mosquito mediante el uso de toldos, repelentes, camisas y pantalones largos, sahumeros a base de plantas de uso tradicional (matarratón, paraíso, martinica y anamú) con algunas propiedades insecticidas (127–129), quema de espirales, basuras o cartones de huevo, aplicación o fumigación de diferentes productos químicos (creolina, baygón, neftalina, lorsban y ACPM), así como cerrar puertas y ventanas al anochecer. Mientras que otras prácticas que se han transmitido de generación en generación, y, buscan fortalecer el sistema inmune empleando bebidas caseras a base de plantas medicinales como la manisuarra, anamú, santamaría, acetaminofén, moringa, balsamina y jengibre.

Si bien el uso de toldos, repelentes y ropa larga, es recomendado por el Ministerio de Salud y Protección Social para evitar las picaduras de mosquitos, sobre todo en las personas enfermas con dengue (119); el uso de ciertos productos químicos como la neftalina tiene poco efecto como repelente de mosquitos y su uso solo se recomienda para el control de las polillas en la ropa, pudiendo ocasionar molestias en el estado de salud si no se le da el manejo adecuado (130). En cuanto al uso de espirales anti mosquitos, poco se menciona sobre las precauciones que debe tener la población al momento de utilizar estos productos, pues contienen piretroides, que son pesticidas clasificados por la OMS como levemente peligrosos (131), que al quemarse producen humo que puede ser inhalado hasta llegar a los pulmones, convirtiéndose en un factor de riesgo relacionado con afectaciones del sistema respiratorio si se utilizan de manera permanente, como lo han evidenciado ciertos estudios (132–134). Adicionalmente, los vectores del dengue también han mostrado resistencia a ciertos insecticidas utilizados para su control, incluidos los piretroides (135–137), por lo cual la fumigación con varios productos químicos ya no resulta ser la medida más eficaz para combatir al mosquito.

La recomendación entonces, es hacer énfasis en las prácticas que busquen evitar la reproducción del vector, siendo más sostenibles y efectivas a largo plazo para prevenir el dengue, porque las medidas de control químico solo matan al mosquito adulto y no tienen ningún impacto en los estadios inmaduros que seguirán perpetuando el ciclo del mosquito; sumado a los efectos en la salud y el medio ambiente que podría implicar el uso inadecuado de estos productos químicos.

4.2.3.2 La familia: primer respondiente para el manejo del dengue. La segunda subcategoría agrupó los hallazgos encontrados sobre el manejo de los síntomas del dengue en la familia. Aunque la mayoría de los participantes refieren no conocer un tratamiento popular específico para el dengue, si se evidenciaron prácticas dirigidas a aliviar los principales síntomas generales del dengue que son comunes con otras enfermedades, empleando métodos populares, como se refleja en las siguientes afirmaciones:

"(...) la hierba limón, a veces cocina uno la tapita limón, algo así y se la toma con la pastilla y entonces uno se arropa y dice que suda y ya, se bajó la fiebre" F1

"ahh pues tomamos ehh (.) antibiótico" F2

"(...) hay un palo de eso que se llama (1) le dicen manisuarra ... yo lo preparo (.) y eso se (.) lo toma uste y cómo cambia (1.5) cambia la persona por to's lados (.) las defensas" F3

"(...) para el dolo del cuerpo se compra uno una cajeta e mentolín (1) entonce al mentolín se coge el mentolín y se echa en un frasco, así se echa el mentolín y se le echa una (.) una pastilla de alcanfó y se le da una friega a la persona"... "ah para

bajar la fiebre que uste tenga un dolor de cabeza y una fiebre, uste coge unas hojas de matarratón cogollo e matarratón... y te pones un poco cogollo matarratón en la cabeza así con mentolín aquí y te la pones así ((se pone las manos en su frente)) te relaja el dolor de cabeza" F5

"(...) Ah pero es que el dengue verda creo que tiene que ponerlo a vapor" F6

"(...) uno coge y le pone su paño de agua aquí ((toca la frente de Lina)) y aquí en el estomaguito que es lo que (no comprensible) y acá pa' que llegue allá y vaya cediendo o de no se baña... hay cabeza e negro hay anamú hay este rosa vieja hay esa (2) como es que se llama esa (2) santamaría, hay (.) de to'as esas plantas se pone a herví, se baña"... "tiene que darle dole...y lo arropa uno... lo arropa de vaporud y lo acuesta" F7

" (...) y yo siempre he visto todo es la balsamina machuca'a (.), esa si esa si es buena pa' eso ... si, esa se machuca coge y se cuela y y el agüita que uste... el extracto con... sin echarle y sin na' uste lo exprime y le voy a decí que eso es una yel de pesca'o pero eso si es buenísimo y eso a muchas personas lo ha cura'o el (.) el dengue ese" F9

"(...) porque uno conoce la cosa, la vaina del cuerpo disgusta'o el cuerpo y la fiebre dolor de cabeza y (.) pero uno a veces coge uno y cocina sus baños de planta (0.5) sus baños de planta y se toma su buena pastilla y se le baja la fiebre a uno"... "el dengue no ve que esa fiebre tiene por dentro una infección, una infección que lo ataca a uno por dentro, esa infección tiene que matarla uno con cuestión de penicilina esas inyecciones así pa' que mate la enfermeda esa, ya, aja y la fiebre la pastilla y eso (.) cuestión pa' uno toma pa' esa fiebre dolor de cabeza malestar en el cuerpo" ... "aquí se busca esa buscapina acetaminofén pa' los dolores pa' to' " F11

"(...) pues los pelaos cuando tienen fiebre así que no tengo pa' darle jarabe, alcohol con periódico limpiecitos puestos abajo o café y le ha baja'o la fiebre así " F12

" (...) hay un remedio casero pues si la caraña... si a uste le duelen los senti'os o, eso pica el palito entonces se coge un parchecito entonces se pone uno de este lado y otro de este lado los parchecitos ... la lechita que echa el árbol"... "pa' la fiebre (1) cuando los pelaos están enfermos que no se les quiere quita la fiebre hay una mata que llaman mata Andrea... eso se cocina (1) se cocina se buscaa ¿uste sabe que mata es buena que también la tiene uno y no le para bola? La Zaragoza ¿uste sabe cuál es la Zaragoza? Ese que nace en la playa... se cogen tres cogollos (.) tres hojas de mata Andrea... y se cocina eso (0.5) cuando uno está con fiebre y no se le quita báñelo mano cocínelo y báñelo con esa vaina" F15

"(...) si yo cuando tengo dolorcito de cabeza me dijeron que pusiera un tanque de agua en el sol y me bañara así, si a veces que me dan esos dolores por aquí " F16

"(...) el ron compuesto cuando uno tiene rasquiña y uno, el ron compuesto, (.) también uno se echa... si, esta se le echa el ñeque, este ya esté está encargado ... tiene doló e cabeza hasta pal doló de muela si tiene doló de muela puede cogé un buche" F18

"(...) el anamú con limón... porque el anamú es un es un antibiótico fuerte, por eso nosotros casi siempre usamos esa bebida cuando hay fiebre o hay gripa porque uno no sabe de de donde qué (1) porque le produjo esa fiebre entonces eso le ayuda a uno bastante, más que todo el anamú con limón"... "dolor de cabeza la martinica también" F19

Las expresiones anteriores indican que las familias participantes utilizan infusiones, cataplasmas y baños de plantas que en su mayoría son del entorno, para tratar síntomas como fiebre, dolor de cabeza, malestar general, entre otros; combinado con el consumo de ciertos analgésicos de venta libre. También utilizan masajes con ungüentos populares para aliviar los dolores musculares, otros métodos son el uso de paños con agua tibia para disminuir la fiebre, así como el alcohol combinado con matarratón o café. Otro método para aliviar dolores es la aplicación por vía tópica de ron compuesto, que consiste en una mezcla de corteza y hojas de varias plantas con ñeque en una botella; de igual forma, otro grupo familiar utiliza baños de agua calentada previamente con la luz del sol para aliviar dolores.

En algunos casos también se automedican con antibióticos como la penicilina para tratar estos síntomas, sin embargo, el uso de antibióticos no es efectivo en el manejo del dengue, ya que estos fármacos solo están dirigidos a combatir infecciones bacterianas y no virales, como es el caso del dengue; por lo tanto, no es recomendable el uso de antibióticos en el tratamiento de los síntomas de esta enfermedad, además la implementación de esta práctica de manera indiscriminada representa un riesgo de resistencia antimicrobiana que también es un problema de salud pública (138–140).

Aunque es importante reconocer que estas prácticas no reemplazan una atención médica adecuada y pueden incluso ser perjudiciales si se utilizan incorrectamente, también cabe señalar que no todas son necesariamente ineficaces o dañinas, ya que muchas plantas utilizadas por las familias entrevistadas tienen propiedades curativas, que coinciden con las descritas por los participantes y pueden ayudar a aliviar los síntomas generales del dengue como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 14. Plantas utilizadas por las familias afrodescendientes para tratar los síntomas generales del dengue

Nombre mencionado por los participantes	Nombre científico	Usos atribuidos por los participantes	Usos y propiedades documentadas
Acetaminofén	<i>Plectranthus ornatus codd</i>	Se emplea como bebida y en baños junto con otras plantas para el manejo de la fiebre.	Se trata de una planta de hoja perenne, suculenta y aromática; es conocida por sus efectos analgésicos y en el tratamiento de problemas digestivos (141).
Albahaca	<i>Ocimum basilicum L</i>	Se emplea como bebida y en baños junto con otras plantas para el manejo de la fiebre, dolor de cabeza y malestar general.	Es una planta aromática útil en el tratamiento de afecciones gastrointestinales y con propiedades anti fúngicas y antimicrobianas (127)
Anamú	<i>Petiveria alliacea L</i>	Se emplea como bebida y en baños junto con otras plantas para el manejo de la fiebre, dolor de cabeza y malestar general.	Planta de uso ancestral para tratar estados gripales e inflamaciones, además posee propiedades analgésicas, antipiréticas, antiespasmódicas, sudoríficas, diuréticas abortivas, antiparasitarias, antibacterianas, anticancerígenas, entre otras (127).
Balsamina	<i>Momordica charantia L</i>	Se emplea como bebida (infusión o zumo) y en baños junto con otras plantas para el manejo de la fiebre, dolor de	Es una hierba silvestre, que ha sido utilizada como antipirético, antiinflamatorio, antimalarico,

Nombre mencionado por los participantes	Nombre científico	Usos atribuidos por los participantes	Usos y propiedades documentadas
		cabeza, malestar general y malaria.	antiparasitario, hipoglucemiante y en el tratamiento de afecciones gastrointestinales; sin embargo, podría ocasionar efectos teratógenos, por lo cual está contraindicada en el embarazo (127).
Caraña	<i>Bursera simaruba</i>	La resina se aplica directamente de manera tópica para aliviar el dolor de cabeza, mientras que la corteza es utilizada en la preparación de baños para el manejo de la cefalea y los dolores musculares.	Es un árbol que tiene propiedades desinflamatorias, también ha sido utilizada en el tratamiento de resfriados, gripe, picaduras de insectos, erupciones cutáneas, quemaduras solares, infecciones urinarias, hemorragias nasales, dolor de cabeza y fiebre (142,143).
Cedrón	<i>Simaba cedron</i>	La semilla se emplea para preparar una infusión que se ingiere para aliviar malestares gastrointestinales.	Tradicionalmente esta planta se ha utilizado para tratar el dolor estomacal, cólicos e hipertensión (144,145).
Guácimo	<i>Guazuma ulmifolia</i>	Se emplea en la preparación de baños junto con otras plantas para el manejo de la fiebre.	La corteza y las hojas de este árbol se utilizan para el control de la fiebre, afecciones gastrointestinales, cutáneas, respiratorias, hepáticas, prostáticas, urinarias y diabetes; además se ha

Nombre mencionado por los participantes	Nombre científico	Usos atribuidos por los participantes	Usos y propiedades documentadas
Guanábana	<i>Annona muricata</i>	Sus hojas se emplean en la preparación de baños junto con otras plantas para el manejo de la fiebre.	demostrado su capacidad antimicrobiana, antiparasitaria, antioxidante, antidiarreica y efecto cardioprotector (146).
Hierba limón	<i>Cymbopogon citratus</i>	Se emplea como bebida y en baños junto con otras plantas para el manejo de la fiebre.	Es una planta que tradicionalmente se ha utilizado como insecticida, parasitocida, antipirético, sedante, malaria, en el tratamiento de afecciones gastrointestinales, respiratorias, hepáticas, cardíacas y renales; además en los últimos años se ha usado como hipoglucemiante, hipotensor y anticancerígeno (147).
Limón criollo	<i>Citrus aurantifolia</i>	El extracto del fruto se emplea en bebidas calientes, mientras que las hojas se utilizan en la preparación de baños	Tiene efectos analgésicos, antipiréticos, antiinflamatorios, antibacterianos,

Nombre mencionado por los participantes	Nombre científico	Usos atribuidos por los participantes	Usos y propiedades documentadas
		junto con otras plantas para el manejo de la fiebre.	antioxidantes, hipolipidemicos, anticancerígenos; además también es útil en el manejo del resfriado, gripa, tos, diarrea y conjuntivitis (148).
Mango	<i>Mangifera indica</i>	Las hojas se emplean en la preparación de baños junto con otras plantas para el manejo de la fiebre.	Es un árbol frutal con propiedades antiinflamatorias, analgésicas, antialérgicas, antibacterianas, antifúngicas, antioxidantes, anticancerígenas; también es útil en el tratamiento de la tos, bronquitis, indigestión, hemorroides y diabetes (148).
Martinica	<i>Lippia alba</i>	Se emplea como bebida junto con otras plantas para el dolor de cabeza y la fiebre.	Esta planta aromática se usa como sedante, analgésico, antipirético, sodorífero, expectorante, para tratar afecciones del sistema digestivo y respiratorio (127).
Matandrea	<i>Renalmia alpinia</i>	Se emplea en la preparación de baños junto con otras plantas para el manejo de la fiebre.	Es una planta que se usa como antipirético, analgésico, antiinflamatorio, antihemorragico y neutralizante del veneno de la serpiente mapaná

Nombre mencionado por los participantes	Nombre científico	Usos atribuidos por los participantes	Usos y propiedades documentadas
			<i>(Bothrops asper)</i> (149,150).
Matarratón	<i>Gliricidia sepium</i>	Se utiliza en la elaboración de bebidas y baños junto con otras plantas para el manejo de la fiebre. También se pueden colocar las hojas directamente en la cabeza para aliviar la cefalea	Esta planta tiene propiedades antipiréticas, antiinflamatorias, antiespasmódicas, insecticidas y también se usa para tratar afecciones cutáneas (127).
Matimbá o cabeza de negro	<i>Annona purpurea</i>	Se emplea en la preparación de baños junto con otras plantas para el manejo de la fiebre.	Se ha demostrado que esta planta contiene sustancias con propiedades anticancerígenas, hipoglucémicas, antibacteriales e insecticidas; además se ha utilizado ancestralmente para el manejo del resfriado, congestión, fiebre, diarrea y disentería. (151–153).
Meao perro	<i>Bidens pilosa L.</i>	Se emplea en la preparación de baños junto con otras plantas para el manejo de la fiebre.	Es una hierba silvestre que tradicionalmente se ha utilizado para tratar afecciones gastrointestinales, respiratorias, fiebre, diabetes, hepatitis y dolores osteoarticulares; también se ha demostrado que tiene propiedades antimaláricas, antioxidantes, antihipertensivas,

Nombre mencionado por los participantes	Nombre científico	Usos atribuidos por los participantes	Usos y propiedades documentadas
			antinflamatorias y antialérgicas (127).
Naranja	<i>Citrus sinensis</i>	Las hojas se emplean en la preparación de baños junto con otras plantas para el manejo de la fiebre.	Esta planta frutal tiene actividad antibacteriana, antioxidante, anticancerígena, antifúngica, antidiabética e inmunomoduladora; también se emplea en el manejo de afecciones respiratorias, conjuntivitis, diarrea, fiebre y como analgésico (148).
Noni	<i>Morinda citrifolia</i>	Se emplea en la preparación de baños junto con otras plantas para el manejo de la fiebre.	Es una planta que tradicionalmente se ha usado como antineoplásico y para estimular el sistema inmune; además se ha evidenciado que puede tener propiedades analgésicas, antinflamatorias, anticancerígenas, antimicrobianas, antiparasitarias, entre otros; sin embargo, su consumo en altas dosis puede tener un efecto hepatotóxico (154).
Orégano	<i>Origanum vulgare</i>	Se emplea como bebida junto con otras plantas para el dolor de cabeza, tos y fiebre.	Es una planta aromática que ancestralmente se ha utilizado como antiespasmódico, antiinflamatorio, así como para tratar afecciones

Nombre mencionado por los participantes	Nombre científico	Usos atribuidos por los participantes	Usos y propiedades documentadas
			respiratorias y digestivas; también se ha evidenciado que tiene actividad antioxidante y antimicrobiana (127).
Paraíso	<i>Melia azedarach</i>	Se emplea en la preparación de baños junto con otras plantas para el manejo de la fiebre.	Se ha evidenciado que esta planta tiene propiedades antivirales, antifúngicas, antiparasitarias e insecticidas. Tradicionalmente se ha usado como analgésico, para tratar afecciones cutáneas y gastrointestinales, cistitis, así como diurético y antipirético (129).
Santamaría	<i>Pothomorphe peltata</i>	Se emplea en la preparación de baños junto con otras plantas para el manejo de la fiebre.	Esta planta silvestre tiene usos tradicionales como diurético, antipirético, antiinflamatorio y como antídoto para el veneno de serpientes; también se han evidenciado propiedades antioxidantes (155).
Toronjil	<i>Melissa officinalis</i>	Se emplea como bebida para la fiebre y malestares gastrointestinales.	Es una planta aromática que popularmente se usado como calmante, antipirético, antiespasmódico, para aliviar malestares gastrointestinales y para tratar picaduras de insectos (127).

Nombre mencionado por los participantes	Nombre científico	Usos atribuidos por los participantes	Usos y propiedades documentadas
Totumo	<i>Crescentia cujete L</i>	La flor de este árbol se usa en la preparación de baños junto con otras plantas para el manejo de la fiebre.	Tradicionalmente los frutos se han utilizado para tratar afecciones respiratorias, gastrointestinales y dermatitis (127).
Venturosa	<i>Lantana camara L</i>	Se emplea en la preparación de baños junto con otras plantas para el manejo de la fiebre.	Tradicionalmente se ha usado esta planta como antiparasitario, analgésico y en el tratamiento de afecciones respiratorias; también se sugiere su aplicación como antimicrobiano, antidiarreico e insecticida; sin embargo, su toxicidad podría afectar el hígado y los riñones (156).
Verbena	<i>Heliotropium indicum</i>	Se emplea en la preparación de baños junto con otras plantas para el manejo de la fiebre.	Es una planta silvestre considerada como maleza, pero que popularmente se ha usado en el control de la fiebre y las infecciones respiratorias (157).
Zaragoza	<i>Conocarpus erectus</i>	Se emplea en la preparación de baños junto con otras plantas para el manejo de la fiebre.	Es una planta manglar de la que se han evidenciado propiedades antioxidantes y cicatrizantes; tradicionalmente se ha utilizado para tratar el cáncer, sífilis, hemorragias,

Nombre mencionado por los participantes	Nombre científico	Usos atribuidos por los participantes	Usos y propiedades documentadas
			hipertensión e infecciones (158,159).

Fuente: tomado de varios autores.

Existe una diversidad de prácticas curativas en relación con el dengue, que se basan en creencias populares desde la cosmovisión de las comunidades afrodescendientes, que se han transmitido de generación en generación y han evolucionado a través del tiempo. Por lo tanto, es importante que los servicios de salud se esfuercen por tener en cuenta estas creencias y prácticas, desde la perspectiva intercultural, para poder brindar una atención adecuada y efectiva a las personas que puedan estar afectadas por el dengue.

5. DISCUSIÓN

El dengue es una enfermedad que afecta principalmente a las zonas tropicales del planeta, entre ellas el municipio de San Bernardo del Viento, ubicado en la zona costanera del departamento de Córdoba, donde se llevó a cabo esta investigación con un grupo de familias afrodescendientes, que en su mayoría son extensas, es decir que conviven más de dos generaciones, lo cual es similar a los resultados encontrados por Vergara en la población indígena del Departamento (99). En cuanto al aspecto socioeconómico, se evidenció que la mayoría de las personas laboralmente activas de los núcleos familiares se dedican a actividades informales como la pesca, agricultura, comercio y varios oficios, devengando ingresos por debajo del salario mínimo, coincidiendo con lo encontrado por Vergara en la población indígena y por Benítez-Díaz et al en Riohacha (97,99).

En cuanto al nivel educativo, la mayoría de las personas cuenta con bajos niveles de escolaridad, siendo más común el analfabetismo en el grupo de adultos mayores, aunque son ellos los custodios de los saberes ancestrales. El déficit educativo en la población longeva del municipio puede obedecer a las dificultades para acceder a la educación básica en décadas pasadas, sobre todo en la zona rural; en concordancia con los datos hallados en población indígena por Vergara, Puello et al y Valencia-Jiménez et al, quienes hallaron una gran parte de los participantes en la condición de analfabetas (99,101,102); de igual forma, Carhuamaca et al y Valencia-Jiménez et al, también evidenciaron que las personas con baja escolaridad implementan menos prácticas preventivas del dengue, en comparación con las personas de alto nivel educativo (95,102), lo cual se convierte en un factor de riesgo para la transmisión de esta enfermedad.

Por otro lado, el servicio de acueducto presenta deficiencias, por lo cual las familias se ven en la necesidad de recolectar agua en diferentes recipientes, constituyendo una práctica de riesgo para la propagación del dengue, como también lo evidenció Kenneson et al en Ecuador (91), al igual que lo encontrado en población indígena por Valencia-Jiménez et al y Vergara (99,100), en contraste con Tuirán quien evidenció una alta cobertura del servicio de acueducto y alcantarillado en la ciudad de Montería (capital del Departamento de Córdoba) (12). Esta situación evidencia la brecha existente entre las ciudades y los municipios más pequeños respecto a la prestación de los servicios de acueducto y alcantarillado; quedando más propensos a tener una mayor infestación por *A aegypti*, en concordancia con los hallazgos de Valencia-Jiménez et al (102).

En lo concerniente a los saberes sobre el dengue, las familias participantes asociaron esta enfermedad con el mosquito y reconocen algunos hábitos del mismo, aunque no tienen claridad sobre la especie del vector y en algunos casos refieren que el dengue puede ser transmitido por cualquier clase de mosquito; siendo un aspecto que todavía es necesario reforzar en las comunidades, en concordancia

con lo encontrado por Vergara en población indígena de Córdoba (99). En cuanto a las características físicas del vector ninguna familia logró reconocerlo en su fase adulta de manera acertada, lo cual difiere con lo evidenciado por Guevara et al y Valencia-Jiménez et al, donde la población estudiada identificó a *A. aegypti* como el mosquito “pata blanca” (94,100), lo cual coincide con las características morfológicas del vector, como son las franjas blancas en las patas y el tórax. No obstante, los participantes de este estudio identificaron al mosquito en su etapa larvaria como “gusarapo”, término que también se encuentra relacionado en varias zonas del país para referirse a la larva de *A. aegypti* (63), reconociendo que los tanques y recipientes con agua almacenada por largo tiempo sin protección ni mantenimiento adecuado pueden crear un ambiente propicio para la reproducción del mosquito, lo que aumenta el riesgo de propagación del dengue; al igual que en las poblaciones estudiadas por Valencia-Jiménez et al, Benítez-Díaz et al y Guevara et al (94,97,100).

Los síntomas más reconocidos son la fiebre, cefalea, malestar general, vómitos, dolores, pero todas las familias perciben al dengue como una enfermedad peligrosa que de no intervenir a tiempo puede tener consecuencias fatales, sobre todo si hay hemorragias, siendo uno de los signos de alarma más relevantes; lo que coincide con lo encontrado por Vergara, Benítez-Díaz et al y Valencia-Jiménez et al (97,99,100).

En cuanto a las actitudes, las familias entrevistadas muestran preocupación ante el riesgo de enfermar por dengue y son conscientes que ante la sospecha de un caso en la familia es necesario buscar atención médica, a diferencia de lo evidenciado por Liu et al en China, donde solo una tercera parte de la población estudiada estaría dispuesta a buscar tratamiento en instituciones de salud (88). De igual forma, estas familias se mostraron abiertas a recibir educación sobre el dengue, lo cual es similar a lo encontrado en la población estudiada por Delcid et al, donde a pesar de que los participantes no tienen un conocimiento claro sobre las arbovirosis como el dengue, si hay una actitud favorable y una disposición para tener en cuenta las recomendaciones del sector salud (90). Sin embargo, en las comunidades de las familias entrevistadas, se percibió un desinterés por participar de manera articulada en actividades colectivas que busquen prevenir el dengue, lo que también es común con lo evidenciado por Tuirán, Mathur et al y Leslie et al, quienes encontraron una escasa participación comunitaria en las poblaciones estudiadas (12,87,92).

Respecto a las prácticas para prevenir y afrontar el dengue, existe un grupo dirigido a evitar la reproducción del mosquito o el contacto con el mismo, entre las cuales se encuentran tapar tanques, lavar bebederos, mantener peces en los depósitos de agua, mientras que para repeler el mosquito se utilizan productos químicos como el baygon, creolina, ACPM y también se encienden espirales antimosquitos o sahumeros con conchas de coco y plantas como el matarratón (*Gliricidia sepium*), aunque también es común quemar cartón de huevo, basuras o cualquier otro

material que genere humo que pueda ahuyentar a los mosquitos, además de dormir con toldillo, cerrar puertas y ventanas cuando se intensifican las picaduras de mosquitos, así como sacudir con un trapo; varios de estos hallazgos también coinciden con los de Guevara et al, Vergara y Valencia-Jiménez et al (94,99,100). Por otro lado, se identificaron algunas prácticas ancestrales que buscan fortalecer el sistema inmunológico con bebidas a base de plantas, al igual que lo encontrado por Hormiga et al en el municipio de Floridablanca (98). No obstante, también se observaron prácticas contradictorias con los saberes, como tanques destapados, recipientes en desuso a la intemperie y presencia de larvas de mosquito en algunas viviendas; coincidiendo con los hallazgos en las poblaciones estudiadas por Kumaran et al, Mathur et al, Lamaurt et al; Guevara et al; Castrillón et al. y Tuirán, donde a pesar de tener conocimientos, las personas tenían prácticas inadecuadas (11,12,83,87,89,94).

También se encontró otro grupo de prácticas que corresponde a las medidas para aliviar los síntomas del dengue, que comprenden una variedad de métodos tanto modernos como tradicionales que van desde el consumo de analgésicos de venta libre y antibióticos auto medicados, hasta el uso de plantas en emplastos, bebidas y baños; entre las utilizadas con más frecuencia están el matarratón (*Gliricidia sepium*), la balsamina (*Momordica charantia*), acetaminofén (*Plectranthus ornatus codd*), hierba limón (*Cymbopogon citratus*), anamú (*Petiveria alliacea*) entre otras, que poseen propiedades medicinales y también son de uso común en la población indígena estudiada por Vergara y Puello et al en el departamento de Córdoba (99,101); estos hallazgos también coinciden con los de Hormiga et al, en los cuales la población estudiada se automedica y utiliza remedios caseros a base de plantas como primer recurso para afrontar el dengue antes de buscar atención médica (98).

Aunque estos saberes y prácticas populares no reemplazan en su totalidad una atención médica oportuna para tratar el dengue, es importante hacer un abordaje intercultural que permita integrar estos saberes tradicionales en la prevención del dengue, teniendo en cuenta la cosmovisión afrodescendiente y que se trata de un proceso dinámico y en constante retroalimentación donde cada uno de los actores recibe y aporta saberes desde su experiencia, cultura y condiciones de vida.

Otro aspecto que llama la atención en este estudio, es el hecho de que los niños se cohibían durante el desarrollo de la entrevista familiar ante la presencia de los adultos y solo se expresaban abiertamente al momento de explicar los dibujos realizados por ellos, por lo cual se recomienda para futuras investigaciones tener en cuenta los saberes actitudes y prácticas sobre prevención del dengue en población infanto-juvenil.

6. CONCLUSIONES

La prevención del dengue es un asunto de interés para diversas regiones del mundo, en especial el municipio de San Bernardo del Viento, en el departamento de Córdoba, donde residen familias afrodescendientes. En este contexto, es importante comprender los saberes, actitudes y prácticas de estas familias en relación con la prevención del dengue desde una perspectiva intercultural, por lo cual esta investigación brinda la oportunidad para analizar aspectos con este enfoque, que influyen en la prevención de esta enfermedad.

En cuanto a las condiciones de saneamiento básico con las que cuentan los hogares de las familias entrevistadas, el servicio de acueducto presenta deficiencias, ya que no se presta con regularidad, mientras que el servicio de recolección de basuras solo se presta en la zona urbana y algunos centros poblados del municipio, condiciones que propician la acumulación de agua en diferentes recipientes e inservibles, facilitando la reproducción del mosquito transmisor del dengue; por lo que es prioritario que el estado garantice el acceso a los servicios de saneamiento básico en esta población, ya que es un derecho humano fundamental.

Por otro lado, estas familias reciben ingresos inferiores al salario mínimo, que provienen de la informalidad en actividades como la pesca, la agricultura, el comercio y varios oficios. Adicionalmente, en estos núcleos familiares, los adultos mayores cuentan con niveles educativos más bajos, pero son quienes poseen más saberes populares que han pasado de generación en generación, constituyendo una riqueza cultural y un ejemplo de ello es el hecho de que las familias de la zona costanera del municipio atribuyen propiedades protectoras contra el dengue, al yodo marino y la cercanía con el mar, lo cual constituye una creencia cultural característica de la región. Por lo tanto, este tipo de creencias culturales deben ser tomadas en cuenta al diseñar estrategias de prevención de enfermedades en esta población, ya que puede ser un factor que influya en las actitudes y prácticas de las personas.

En relación a los saberes sobre prevención del dengue, se evidenció que las familias entrevistadas tienen nociones generales y asocian esta enfermedad con los mosquitos, aunque no especifican la especie *A. aegypti* ni la identifican de manera acertada en su etapa adulta, mientras que, si logran relacionar el estado larvario con el mosquito adulto, reconociendo que las aguas almacenadas sin protección favorecen la proliferación de los zancudos que pueden transmitir el dengue. Además, también lograron identificar algunos hábitos del mosquito que coinciden con el vector del dengue, como son las horas en las cuales los zancudos son más activos, así como algunos aspectos del ciclo de vida del mismo. Sin embargo, aún persisten ciertos vacíos de conocimiento sobre el modo de transmisión de la enfermedad y las medidas de prevención, que deben ser abordados, partiendo desde los saberes de las familias y teniendo en cuenta las creencias culturales. Por

otro lado, también reconocen síntomas del dengue como fiebre, cefalea, mialgias, vómitos, diarrea, lipotimia y hemorragias, por lo cual consideran al dengue como una enfermedad peligrosa y son conscientes de que es necesario buscar atención médica ante la sospecha de un contagio.

Respecto a las actitudes, además de mostrar preocupación por riesgo de adquirir dengue y desarrollar complicaciones, como primera medida se utilizan remedios caseros y métodos tradicionales, pero en caso de no presentar mejoría acuden a los servicios de salud. De igual forma, también existe una disposición para recibir intervenciones educativas sobre el dengue y su forma de prevención. No obstante, en las comunidades de las familias participantes se evidenció apatía y desinterés por participar y trabajar de manera articulada en actividades colectivas orientadas a prevenir el dengue; constituyendo una barrera para las acciones de control de esta arbovirosis, la cual requiere ser intervenida de manera intercultural, trabajando con las comunidades para entender sus motivaciones y diseñando estrategias de participación que tengan en cuenta sus perspectivas y necesidades. En este sentido, es fundamental promover la participación activa y el compromiso de las comunidades en la prevención del dengue y en la promoción de condiciones de saneamiento básico adecuadas.

En lo concerniente a las prácticas para prevenir y afrontar el dengue, los participantes utilizan tanto métodos tradicionales como actuales y se encontraron tres tipos de prácticas preventivas, el primer grupo corresponde a las prácticas dirigidas a evitar la reproducción del vector, como son mantener los tanques tapados, lavar bebederos de animales y mantener en los tanques peces depredadores de lavas del mosquito; sin embargo, aún persisten prácticas contradictorias. El segundo grupo comprende las prácticas encaminadas a impedir el contacto con el mosquito, tales como fumigar o aplicar diferentes productos químicos, quemar espirales antimosquitos, cartones de huevo, sahumeros de plantas autóctonas y otros elementos que generen humo que pueda ahuyentar a los zancudos, de igual forma también es común el uso de toldillos, así como cerrar puertas y ventanas cuando se intensifican las picaduras de zancudos. Mientras que existe otro grupo de prácticas ancestrales dirigidas a fortalecer el sistema inmune, tales como el consumo de debidas a base de plantas nativas de región y foráneas. Por otra parte, también se evidenciaron otras prácticas para el manejo de los síntomas relacionados con el dengue, en las que se combinan recursos tradicionales y actuales, incluyendo el consumo de analgésicos de venta libre y antibióticos automedicados, así como el uso de plantas medicinales en bebidas, emplastos y baños.

Es importante reconocer que las prácticas preventivas no son exclusivas de la medicina occidental, y que las prácticas tradicionales pueden tener un valor cultural y simbólico importante para las comunidades. Por lo tanto, al diseñar estrategias de prevención de las arbovirosis, es importante tener en cuenta las prácticas, actitudes

y creencias culturales de la población, para trabajar en conjunto con las comunidades con el fin de desarrollar prácticas preventivas que sean culturalmente sensibles y efectivas.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, la prevención del dengue en comunidades afrodescendientes como la de San Bernardo del Viento requiere de una perspectiva intercultural que reconozca y valore los saberes tradicionales, fomentando la complementación de estos con los conocimientos científicos. Es fundamental promover la participación activa y el compromiso de las comunidades en la prevención del dengue y en la promoción de condiciones de saneamiento básico adecuadas, así como garantizar el acceso a servicios de salud de calidad que respeten y valoren la diversidad cultural, de esta forma se podrá abordar de manera efectiva la prevención del dengue en estas comunidades y mejorar su calidad de vida.

7. RECOMENDACIONES

A la academia: Promover y realizar más estudios relacionados con saberes, actitudes y prácticas sobre dengue en poblaciones afrodescendientes, así como también continuar investigando sobre la problemática de esta enfermedad en la población de San Bernardo del Viento, con el fin de generar evidencia científica que permita el diseño de políticas y estrategias efectivas para la prevención. Además, se puede trabajar en conjunto con las entidades del sector salud para diseñar estrategias educativas que tengan en cuenta los saberes populares y las creencias culturales de las comunidades.

A las entidades del sector salud: Se debe llevar a cabo una intervención integral en las comunidades de la región, en la cual se promueva la participación activa de las familias y se fomente el compromiso con la prevención del dengue. Además, es importante que se diseñen estrategias interculturales que tengan en cuenta las creencias culturales de las comunidades y que se realice una educación sobre la prevención de la enfermedad, abordando los vacíos de conocimiento identificados. Cabe destacar que también es fundamental garantizar los recursos humanos y financieros que permitan darle continuidad de manera ininterrumpida a las acciones de prevención y control del dengue, así como también realizar un seguimiento y evaluación de las mismas.

A los gobiernos: Aumentar el acceso en las comunidades y mejorar la calidad de los servicios de saneamiento básico como acueducto y recolección de residuos sólidos, con el fin de reducir los factores de riesgo que favorecen la reproducción del mosquito y la propagación del dengue. Así como también liderar iniciativas que busquen reducir el índice de necesidades básicas insatisfechas en la población, con el fin de mejorar la calidad de vida de las familias.

A la comunidad y las familias: Empoderarse y participar de manera conjunta en todas las acciones de prevención y control del dengue, además de mantener una vigilancia activa, que permita desarrollar un trabajo articulado con las entidades de salud. De igual manera, es necesario retroalimentar saberes tradicionales con los proporcionados por el sector salud, para complementar y adoptar prácticas preventivas del dengue.

REFERENCIAS

1. Jones Sánchez A. Diálogo, producción y sincretismo de saberes populares y tradicionales sobre la enfermedad en Guinea Ecuatorial. AIBR Rev Antropol Iberoam [Internet]. 1 de mayo de 2019 [citado 7 de septiembre de 2022];14(02). Disponible en: <https://www.aibr.org/antropologia/netesp/numeros/1402/140204.pdf>
2. Ospina CG. Algunas reflexiones sobre la Educación para la Salud. Hacia Promoc Salud. 21 de diciembre de 2001; 6:6-12.
3. Acevedo MB, Becerra FNP, Ospina JNT, Paucar GE, Córdoba AA, Correa FP. El diálogo de saberes como posición humana frente al otro: referente ontológico y pedagógico en la educación para la salud. Investig Educ En Enferm. 2009; XXVII(1):104-11.
4. Leal D. Saberes populares: Una estrategia para la educación holística en la escuela integral bolivariana Francisco de Miranda. Rev Arbitr Cent Investig Estud Gerenciales Barquisimeto–Venezuela. 2011;(3):1-18.
5. CHILDFUND. Propuesta de encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP). Modelo me quiero, me cuido. [Internet]. [citado 23 de octubre de 2022]. Disponible en: http://regionalamericacf.org/3_MeQuiero/anexos/Anexo_9_Encuesta_CAP.pdf
6. Holman A. Knowledge, Attitude and Practice Surveys in Child Protection [Internet]. Save the Children; 2012 [citado 23 de octubre de 2022]. Disponible en: https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/kap_report_sp_hi-res_0.pdf
7. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia de gestión integrada para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales en las Américas [Internet]. 2019 [citado 23 de octubre de 2022]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51787/9789275320495_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Dengue [Internet]. 2022 [citado 23 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Dengue.pdf
9. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. PAHO/WHO Data - Casos de dengue | OPS/OMS [Internet]. PLISA Plataforma de Información en Salud para las Américas. 2015 [citado 23 de octubre de 2022]. Disponible en:

<https://www3.paho.org/data/index.php/es/temas/indicadores-dengue/dengue-nacional/9-dengue-pais-ano.html>

10. Rodríguez Reyes AJ, Roncancio Melgarejo CP, Misnaza Castrillón SP. Estrategias de comunicación para impactar conductas (COMBI) en enfermedades vectoriales en América Latina. Rev Médica Risaralda [Internet]. 30 de junio de 2020 [citado 23 de octubre de 2022];26(1). Disponible en: <https://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/18721>
11. Castrillón A, Santa V, Loaiza D, Ortiz DJ, Aragon V. Relación entre conocimientos, hábitos y participación comunitaria frente a la transmisión del dengue y chikungunya. CES Salud Pública. 8 de noviembre de 2017;8(1):70-81.
12. Tuirán Cardona K del C. Facilitadores y barreras en la adopción de prácticas preventivas del dengue en habitantes de Montería, Córdoba [Internet] [tesis de maestría]. [Montería]: Universidad de Córdoba; 2021 [citado 23 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.unicordoba.edu.co/handle/ucordoba/4352>
13. Escolar JH, Consuegra-Mayor C, Herazo-Beltrán Y. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre Dengue en un barrio de la ciudad de Cartagena de Indias. Rev Salud Pública. 1 de marzo de 2014;16(2):281-92.
14. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud Glosario [Internet]. 1998 [citado 23 de octubre de 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf
15. Boillat-Blanco N, Klaassen B, Mbarack Z, Samaka J, Mlaganile T, Masimba J, et al. Dengue fever in Dar es Salaam, Tanzania: clinical features and outcome in populations of black and non-black racial category. BMC Infect Dis. 12 de diciembre de 2018;18(1):644.
16. Rojas Palacios JH, Alzate Sánchez A, Martínez Romero HJ, Concha Eastman All. AfroColombian ethnicity, a paradoxical protective factor against Dengue. Colomb Medica. 1 de enero de 2016;133-41.
17. Agudelo IY, Piedrahita LD, Álvarez LG, Avendaño E, Bedoya G, Restrepo BN. Factores asociados a extravasación plasmática en pacientes con dengue de Antioquia y Chocó entre el 2000 y 2013. Colombia. CES Med. 2015;29(1):23-34.

18. Departamento Administrativo Nacional De Estadística – DANE. Población Negra, Afrocolombiana, Raizal Y Palenquera [Internet]. 2019 nov [citado 23 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/grupos-etnicos/presentacion-grupos-etnicos-poblacion-NARP-2019.pdf>
19. Sierra JCP. Afrodescendientes en Colombia: una revisión de los últimos seis años. *Jangwa Pana*. 15 de mayo de 2014;13(1):131-9.
20. Gubler DJ. Dengue and Dengue Hemorrhagic Fever. *Clin Microbiol Rev*. julio de 1998;11(3):480-96.
21. Florián D, Vargas S, Alvarado M. Dengue: Un reto constante. *Pediátr Panamá*. 2015;44(1):16-22.
22. Bacallao GC, Quintana O. Dengue. Revisión bibliográfica. *Acta Médica Cent* [Internet]. 2013 [citado 23 de octubre de 2022];7(1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2013/mec131r.pdf>
23. Dick OB, Martín JLS, Montoya RH, Diego J del, Zambrano B, Dayan GH. The History of Dengue Outbreaks in the Americas. *Am J Trop Med Hyg*. 3 de octubre de 2012;87(4):584-93.
24. Badii M, Landeros J, Cerna E, Abreu J. Ecología e historia del dengue en las Américas. *Daena Int J Good Conscience*. 2007;2(2):248-73.
25. Mattar S, Montero J, González M. La historia del dengue aún no termina. *Rev MVZ Córdoba*. 19 de marzo de 2019;24(2):7177-9.
26. Pinto O. Eradication of the Aedes Aegypti Mosquito from the Americas. En: *Yellowfever, a symposium in commemoration of Carlos Juan Finlay, 1955* [Internet]. 1955. Disponible en: https://jdc.jefferson.edu/yellow_fever_symposium/6
27. Organización Panamericana de la Salud. The feasibility of eradicating Aedes aegypti in the Americas. *Rev Panam Salud Pública*. enero de 1997;1:68-72.
28. Organización Panamericana de la Salud. Sistematización de Lecciones aprendidas en proyectos COMBI en dengue en la Región de las Américas [Internet]. 2a. ed. Washington, D.C.: Organización Panamericana de Salud; 2011 [citado 23 de octubre de 2022]. Disponible en: www.paho.org/leccionescombi

29. Martínez de Cuellar C. Dengue, una historia inacaba. *Pediatría Asunción*. 12 de agosto de 2021;48(2):92-4.
30. Organización Panamericana de la Salud. Dengue - OPS/OMS [Internet]. [citado 23 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/dengue>
31. Instituto Nacional De Salud. Boletín epidemiológico semanal 33 de 2021. *Bol Epidemiológico Sem*. 14 de agosto de 2021;1-29.
32. Gobernación de Córdoba, Secretaría de Desarrollo de la Salud. Dengue semana epidemiologica 1 a 52 Córdoba, 2019.
33. Rodríguez R. Estrategias para el control del dengue y del *Aedes aegypti* en las Américas. *Rev Cuba Med Trop*. 2002;189-201.
34. Clark GG. Situación epidemiológica del dengue en América. Desafíos para su vigilancia y control. *Salud Pública México*. 1 de enero de 1995;37(1):5-11.
35. Organización de Estados Americanos. Plan de Acción del Decenio de las y los Afrodescendientes en las Américas (2016-2025) [Internet]. [citado 23 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.oas.org/es/sadye/documentos/PA_Afrodesc_ESP.pdf
36. Fragnals MM. Aportes culturales y deculturación [Internet]. *Revista Cubana de Pensamiento Socioteológico*. 2012 [citado 23 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://revista.ecaminos.org/aportes-culturales-y-deculturacion-2>
37. Organización Panamericana de la Salud. La salud de la población afrodescendiente en América Latina [Internet]. Pan American Health Organization; 2021 [citado 23 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54503>
38. Naciones Unidas. Pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina y el Caribe: información sociodemográfica para políticas y programas [Internet]. Naciones Unidas; 2006 [citado 23 de octubre de 2022]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4099/S2006017_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
39. Gutiérrez C, Arguello E, Rodríguez R. Análisis de inclusión social de población afro-descendiente en centros de práctica de medicina ancestral Kilombos en Bogotá [Internet] [tesis de maestría]. [Bogotá]: Universidad de La Salle; 2017. Disponible en: https://ciencia.lasalle.edu.co/maest_gestion_desarrollo/118

40. Naciones Unidas. Situación de las personas afrodescendientes en América Latina y desafíos de políticas para la garantía de sus derechos [Internet]. Naciones Unidas; 2017 [citado 23 de octubre de 2022]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/42654/1/S1701063_es.pdf
41. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Afrodescendientes y la matriz de la desigualdad social en América Latina: retos para la inclusión [Internet]. Naciones Unidas; 2020 [citado 23 de octubre de 2022]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46191/4/S2000226_es.pdf
42. Del Popolo F, Susana Schkolnik. Pueblos indígenas y afrodescendientes en los censos de población y vivienda de América Latina: avances y desafíos en el derecho a la información. *Notas de Población*. 2013;(97):205-48.
43. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos Técnicos Para La Articulación De Las Medicinas Y Las Terapias Alternativas Y Complementarias, En El Marco Del Sistema General De Seguridad Social En Salud [Internet]. 2018 [citado 23 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/lineamientos-mtac-sgsss.pdf>
44. Vides A, Álvarez A. La medicina tradicional como un modelo de atención integral en salud. *Rev Univ Val Guatem*. 2013;25:58-60.
45. Garzón-Garzón L. Conocimiento tradicional sobre las plantas medicinales de Yarumo (*Cecropia sciadophylla*), Carambolo (*Averrhoa carambola*) y Uña de Gato (*Uncaria tomentosa*) en el Resguardo Indígena de Macedonia, Amazonas. *Rev Luna Azul*. 2016;(43):386-414.
46. Velásquez-Serra G, Licuy R, Taipe B, Zurita S, Jácome C, Preciado O, et al. Los Chachis: Cosmovisión Ancestral Con La Evidencia Científica En La Prevención Y Control Del Dengue. *Rev Investig Talent*. 3 de diciembre de 2017;4(2):63-9.
47. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023 [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 [citado 23 de octubre de 2022]. 75 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/95008>
48. Vega R. Evaluación de Políticas de Salud en Relación con Justicia Social. *Rev Salud Pública*. 2001;3(2):97-126.

49. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos Incorporación Del Enfoque Intercultural En Los Procesos De Formación Del Talento Humano En Salud, Para El Cuidado De La Salud De Pueblos Indígenas En Colombia [Internet]. 2017 [citado 23 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Incorporacion-enfoque-intercultural-formacion-ths-pueblos-ind%C3%ADgenas.pdf>
50. Boccara GB. Etnogubernamentalidad. La Formación Del Campo De La Salud Intercultural En Chile. *Chungara Rev Antropol Chil.* 2007;39(2):185-207.
51. Arteaga EL, San Sebastián M, Amores A. Construcción participativa de indicadores de la implementación del modelo de salud intercultural del cantón Loreto, Ecuador. *Saúde Em Debate.* septiembre de 2012; 36:402-13.
52. Aguilar-Peña M, Tobar MF, García-Perdomo HA. Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. *Rev Salud Pública.* 1 de julio de 2020;22(4):1-5.
53. Unión Temporal Alianza Progreso Afro. Plan De Desarrollo Comunidades Negras Afrocolombianas Raizales Y Palenqueras 2010-2014 [Internet]. [citado 24 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.academia.edu/4283330/PLAN_DE_DESARROLLO_COMUNIDADES_NEGRAS_AFROCOLOMBIANAS_RAIZALES_Y_PALENQUERAS_2010_2014
54. Astaiza NX, Rodríguez S, Guerrero NY, Portela H. Diálogo intercultural en salud: una estrategia para rescatar los saberes y prácticas médicas en torno a la salud materno infantil de las comunidades afrocaucanas. *Rev Virtual Univ Católica Norte.* 2012;(37):180-211.
55. Departamento Nacional de Planeación. Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 Tomo I [Internet]. 2011 [citado 24 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/PND/PND2010-2014%20Tomo%20I%20CD.pdf>
56. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Colombia PNUD. Proyección Milenio Una apuesta para avanzar hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en municipios del Norte del Cauca con población significativamente afrodescendiente [Internet]. [citado 24 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/proyeccion_milenio_afros_cauca_.pdf
57. Madariaga C, Gavilán V, Viguera P, Madariaga V. Salud e Interculturalidad en América Latina: Perspectivas Antropológicas. *Chungara Rev Antropol Chil.* junio de 2006;38(1):152-5.

58. Espinosa LM, Ysunza A. Diálogo de saberes médicos y tradicionales en el contexto de la interculturalidad en salud. *Cienc Sum Rev Científica Multidiscip Prospect*. 2009;16(3):293-301.
59. Vesga BA. Encuentro internacional de agentes tradicionales, partería y enfermería. *Entramado*. 2007;3(1):102-11.
60. Organización Panamericana de la Salud. Dengue: guías para la atención de enfermos en la Región de las Américas Segunda edición 2015 [Internet]. 2016 [citado 24 de octubre de 2022]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28232/9789275318904_esp.pdf?sequence=1&isAllowed=y
61. Ministerio de Salud y Protección Social. Manual operativo para la vigilancia en Salud Pública de Aedes, su prevención y control [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/VSP/manual-operativo-vigilancia-entomologica-aedes.zip>
62. Organización Panamericana de la Salud. Guía de Bolsillo Diagnostico y manejo clínico de casos de dengue [Internet]. 2013 [citado 24 de octubre de 2022]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3467/Guia_bolsillo.pdf?sequence=1&isAllowed=y
63. Padilla JC, Rojas DP, Sáenz-Gómez R. Dengue en Colombia: Epidemiología de la reemergencia a la hiperendemia [Internet]. Primera. Bogotá; 2012 [citado 18 de enero de 2023]. 248 p. Disponible en: <http://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RSB/article/view/186>
64. Ministerio De La Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Organización Panamericana de la Salud AD. Gestión Para La Vigilancia Entomológica Y Control De La Transmisión De Dengue [Internet]. [citado 18 de enero de 2023]. Disponible en: https://www.paho.org/col/dmdocuments/Entomologia_DENGUE.pdf
65. Organización Mundial de la Salud. Dengue y dengue grave [Internet]. 2022 [citado 6 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>
66. Hoyos Rivera A. Intervención comunitaria en el dengue como una necesidad social. *Rev Cuba Salud Pública*. diciembre de 2011;37(4):500-9.

67. Agudelo C. Paradojas de la inclusión de los afrodescendientes y el giro multicultural en América Latina. Cuad Intercamb Sobre Centroamérica El Caribe. 22 de junio de 2019;16(2):e37746.
68. Lazcano CB. Reflections on the Afro-Chilean Social Movement [Internet]. ReVista Harvard Review of Latin America. [citado 24 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://revista.drclas.harvard.edu/reflections-on-the-afro-chilean-social-movement/>
69. Naciones Unidas Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Mujeres afrodescendientes en América Latina y el Caribe. Deudas de igualdad [Internet]. Naciones Unidas; 2018. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/43746/1/S1800190_es.pdf
70. Valencia IH. Etnicidad, mestizaje y diáspora: Un marco analítico de la diferencia social para las poblaciones afrodescendientes en América Latina y el Caribe. Rev História Comp. 2014;8(2):254-91.
71. Quezada MF, Granados JA. Los nuevos escenarios de la migración internacional indígena en México. En: La población afro descendiente e indígena en América Latina - puntos de reflexión para el debate sobre Cairo + 20 [Internet]. 1.^a ed. Belo Horizonte; 2014 [citado 24 de octubre de 2022]. p. 237. (e-Investigaciones). Disponible en: https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/6944/capitulo_del_libro_los_nuevos_escenarios_de_la_migracion_pdf.pdf
72. 53.o Consejo Directivo 66.a Sesión Del Comité Regional De La OMS Para Las Américas [Internet]. Washington, D.C.; 2014 [citado 24 de octubre de 2022]. p. 17. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf>
73. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud [Internet]. 2016 [citado 24 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
74. Congreso de Colombia. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones [Internet]. ene 19, 2011. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf
75. Congreso de Colombia. Ley estatutaria 1751. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones [Internet]. feb

- 16, 2015 p. 13. Disponible en:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
76. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0429 de 2016. Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud [Internet]. feb 17, 2016 p. 6. Disponible en:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf
77. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución No. 2626 de 2019. Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud - PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE [Internet]. sep 27, 2019. Disponible en:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf
78. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1841 de 2013. Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 [Internet]. may 28, 2013 p. 326. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>
79. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021 [Internet]. 2013 [citado 24 de octubre de 2022]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>
80. Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Instituto Nacional de Salud. circular conjunta externa No 31 de 2019. Instrucciones para mantener la intensificación y fortalecimiento de las acciones de prevención, atención integral, vigilancia y control de dengue en Colombia [Internet]. oct 21, 2019 p. 6. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/circular-31-de-2019.pdf>
81. Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Instituto Nacional de Salud. Circular Conjunta Externa No. 08 de 2019. Instrucciones para la intensificación y fortalecimiento de las acciones de vigilancia, prevención, atención integral y control de dengue en Colombia [Internet]. feb 17, 2019. Disponible en:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%20Conjunta%20Externa%20No.%2008%20de%202019.pdf

82. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2022-2031 [Internet]. 2022 [citado 19 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/documento-plan-decenal-salud-publica-2022-2031.pdf>
83. Kumaran E, Doum D, Keo V, Sokha L, Sam B, Chan V, et al. Dengue knowledge, attitudes and practices and their impact on community-based vector control in rural Cambodia. *PLoS Negl Trop Dis*. 16 de febrero de 2018;12(2):e0006268.
84. Bashar K, Mahmud S, Asaduzzaman, Tusty EA, Zaman AB. Knowledge and beliefs of the city dwellers regarding dengue transmission and their relationship with prevention practices in Dhaka city, Bangladesh. *Public Health Pract*. 1 de noviembre de 2020;1:100051.
85. Kazaura M. Knowledge, attitude and practices about dengue fever among adults living in Pwani Region, Tanzania in 2019. *Afr Health Sci*. 16 de diciembre de 2020;20(4):1601-9.
86. Alghazali KA, Teoh BT, Sam SS, Abd-Jamil J, Johari J, Atroosh WM, et al. Dengue fever among febrile patients in Taiz City, Yemen during the 2016 war: Clinical manifestations, risk factors, and patients knowledge, attitudes, and practices toward the disease. *One Health*. 1 de junio de 2020;9:100119.
87. Mathur D, Patel M, Vyas P, Kaushal R, Dash GC, Goel AD, et al. Revitalising community engagement and surveillance challenges for strengthening dengue control in Jodhpur, Western Rajasthan, India — A mixed method study. *J Infect Public Health*. 1 de noviembre de 2020;13(11):1755-61.
88. Liu H, Fang CJ, Xu JW. The health perceptions, dengue knowledge and control willingness among Dai ethnic minority in Yunnan Province, China. *BMC Public Health*. 12 de octubre de 2021;21(1):1843.
89. Lamaurt F, De Santis O, Ramis J, Schultz C, Rivadeneyra A, Waelli M, et al. Knowledge, Attitudes, Beliefs, and Practices Regarding Dengue in La Réunion Island, France. *Int J Environ Res Public Health*. enero de 2022;19(7):4390.
90. Delcid AF, Barcan M, González CH, Barahona DS. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre las arbovirosis. *Arch Med*. 2017;13(1):5.
91. Kenneson A, Beltrán-Ayala E, Borbor-Cordova MJ, Polhemus ME, Ryan SJ, Endy TP, et al. Social-ecological factors and preventive actions decrease the risk of dengue infection at the household-level: Results from a prospective

dengue surveillance study in Machala, Ecuador. PLoS Negl Trop Dis. 18 de diciembre de 2017;11(12):e0006150.

92. Leslie TE, Carson M, Coeverden E van, De Klein K, Braks M, Krumeich A. An analysis of community perceptions of mosquito-borne disease control and prevention in Sint Eustatius, Caribbean Netherlands. *Glob Health Action*. 1 de enero de 2017;10(1):1350394.
93. Paiva JA, Zamora P. Nivel de conocimientos, actitudes, prácticas y niveles de infestación de *Aedes Aegypti*. *UCV - HACER Rev Investig Cult*. 2018;7(2):55-63.
94. Guevara M, Marruffo M, Rattia J. Los saberes comunitarios y el control de dengue. Una experiencia en el Municipio Mario Briceño Iragorry. Venezuela. *Espac Abierto Cuad Venez Sociol*. 2019;28(1):227-52.
95. Carhuamaca AC, Hermoza RV, Arellano C. Factores relacionados con la no prevención del dengue en un distrito de Lima, Perú, 2021. *Rev Investig Univ Norbert Wien*. 20 de mayo de 2022;11(2):a0009-a0009.
96. Castañeda-Porras O, Zuleta-Dueñas LP. Conocimientos, actitudes y prácticas para el control de enfermedades transmitidas por vectores en zona rural dispersa, San Luis de Palenque, Casanare-Colombia, 2017. *Rev Médica Risaralda*. 2018;24(2):108-14.
97. Benítez-Díaz L, Diaz-Quijano FA, Martínez-Vega RA. Experiencia y percepción del riesgo asociados a conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue en Riohacha, Colombia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 6 de marzo de 2020;25:1137-46.
98. Hormiga C, Cortes C, Becerra Y, Ariza J, Garzón D, Cadena L. Significados de las fiebres del dengue, chikungunya y zika e itinerarios terapéuticos en un municipio endémico de Colombia. *Saúde E Soc*. 2020;29(3):e190093.
99. Vergara Esquivel LM. Saberes, actitudes y prácticas de los indígenas de un resguardo del departamento de Córdoba para la prevención y control del dengue, 2021 [Internet] [tesis de maestría]. [Montería]: Universidad de Córdoba; 2022 [citado 24 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.unicordoba.edu.co/handle/ucordoba/5152>
100. Valencia-Jiménez NN, Amador-Ahumada CE, López-Ortiz MC. Enfermería transcultural: puente entre los conocimientos indígenas y científicos sobre dengue. *Rev Cienc Cuid*. enero de 2022;19(1):31-41.

101. Puello EC, Valencia NN, Atencia AC. Prácticas ancestrales para el control del dengue en una comunidad indígena Embera Katío, Córdoba, Colombia. *Rev Cuba Enferm [Internet]*. junio de 2022 [citado 23 de febrero de 2023];38(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192022000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
102. Valencia-Jiménez NN, Ortega-Montes JE, Puello-Alcocer EC. Tipologías familiares para la prevención del dengue en Colombia. *Cad Saúde Pública*. 28 de noviembre de 2022;38:e00038622.
103. Sierra B, Triska P, Soares P, Garcia G, Perez AB, Aguirre E, et al. OSBPL10, RXRA and lipid metabolism confer African-ancestry protection against dengue haemorrhagic fever in admixed Cubans. *PLOS Pathog*. 2017;13(2):e1006220.
104. Xavier-Carvalho C, Cardoso CC, de Souza Kehdy F, Pacheco AG, Moraes MO. Host genetics and dengue fever. *Infect Genet Evol*. 1 de diciembre de 2017;56:99-110.
105. Oliveira M, Saraiva DP, Cavadas B, Fernandes V, Pedro N, Casademont I, et al. Population genetics-informed meta-analysis in seven genes associated with risk to dengue fever disease. *Infect Genet Evol*. 1 de agosto de 2018;62:60-72.
106. Gainor EM, Harris E, LaBeaud AD. Uncovering the Burden of Dengue in Africa: Considerations on Magnitude, Misdiagnosis, and Ancestry. *Viruses*. 25 de enero de 2022;14(2):233.
107. Salgado AC. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*. 2007;13:71-8.
108. Creswell JW, Poth CN. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. SAGE Publications; 2016. 489 p.
109. Denzin NK, Lincoln Y. *Manual de investigación cualitativa [Internet]*. Gedisa; 2012 [citado 25 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=490631>
110. Figueredo Borda N. La Investigación Cualitativa en Ciencias de la Salud: contribuciones desde la Etnografía. *Enferm Cuid Humaniz*. octubre de 2017;6(SPE):14-9.
111. Ribeiro J, Souza DND, Costa AP. Investigação qualitativa na área da saúde: por qué? *Ci nc Saúde Coletiva*. agosto de 2016;21(8):2324-2324.

112. Fernández AC. El método etnográfico como construcción de conocimiento: un análisis descriptivo sobre su uso y conceptualización en ciencias sociales. *Márgenes Rev Educ Univ Málaga*. 30 de enero de 2020;1(1):83-103.
113. Goetz JP, LeCompte MD. *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Morata; 1988. 280 p.
114. Atkinson P, Hammersley M. *Ethnography: Principles in Practice*. Routledge; 2007. 288 p.
115. Alcaldía Municipal de San Bernardo del Viento - Córdoba, Secretaría de Salud Municipal. Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud 2020 [Internet]. 2022. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/results.aspx?k=ASIS+sucre&sc_ope=Todo
116. Alcaldía Municipal de San Bernardo del Viento. Plan de Desarrollo Municipal 2020 - 2023 Comprometidos Contigo [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.sanbernardodelviento-cordoba.gov.co/wp-content/uploads/2020/08/PDM-ALCALDIA-DE-SAN-BERNARDO-2020-2023.pdf>
117. Guba EG, Lincoln YS. Epistemological and Methodological Bases of Naturalistic Inquiry. *Educ Commun Technol*. 1982;30(4):233-52.
118. Bardin L. *Análisis de contenido*. Ediciones AKAL; 1991. 188 p.
119. Ministerio de Salud y Protección Social. Dengue [Internet]. [citado 31 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/dengue.aspx>
120. Hoyos-López R, Suaza-Vasco J, Rúa-Uribe G, Uribe S, Gallego-Gómez JC. Molecular detection of flaviviruses and alphaviruses in mosquitoes (Diptera: Culicidae) from coastal ecosystems in the Colombian Caribbean. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 3 de octubre de 2016;111:625-34.
121. Malavige GN, Jeewandara C, Ogg GS. Dysfunctional Innate Immune Responses and Severe Dengue. *Front Cell Infect Microbiol*. 23 de octubre de 2020;10:590004.
122. Shirai O, Tsuda T, Kitagawa S, Naitoh K, Seki T, Kamimura K, et al. Alcohol ingestion stimulates mosquito attraction. *J Am Mosq Control Assoc*. 1 de junio de 2002;18(2):91-6.

123. Debes JD, Ashhab A. Acute Liver Failure and Dengue: Alcohol Matters. *Am J Trop Med Hyg.* 8 de marzo de 2017;96(3):760.
124. Fishbein M, Middlestadt SE, Hitchcock PJ. Using Information to Change Sexually Transmitted Disease-Related Behaviors. En: DiClemente RJ, Peterson JL, editores. *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions* [Internet]. Boston, MA: Springer US; 1994 [citado 2 de mayo de 2023]. p. 61-78. (sobre prevención del SIDA y salud mental). Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1193-3_4
125. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia de Gestión Integrada para la prevención y control del dengue en la Región de las Américas [Internet]. 2017 [citado 26 de enero de 2023]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34859/OPSCHA17039_spa.pdf?sequence=8&isAllowed=y&ua=1
126. Cáceres F de M, Hernández A. Participación comunitaria y control del dengue. *Rev Univ Ind Santander Salud.* 2008;40(3):222-8.
127. Ministerio De La Protección Social. vademecum Colombiano de Plantas Medicinales.pdf [Internet]. Bogotá; 2008 [citado 19 de febrero de 2023]. 311 p. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SA/vademecum-colombiano-plantas-medicinales.pdf>
128. Aldana F, Cruz S. Actividad larvicida de aceites esenciales de *Lippia alba* y *Lippia graveolens*, contra *Aedes aegypti* L. *Rev Científica Fac Cienc Quím Farm.* 2017;26(2):36-48.
129. Araújo SAC de, Teixeira MFS, Dantas TVM, Melo VSP, Lima FES, Ricarte ARF, et al. Usos Potenciais De *Melia Azedarach* L. (Meliaceae): Um Levantamento. *Arq Inst Biológico.* 28 de mayo de 2021;76:141-8.
130. National Pesticide Information Center. ¿Puedo usar bolas contra polillas para repeler insectos o animales? [Internet]. 2021 [citado 13 de febrero de 2023]. Disponible en: <http://npic.orst.edu/faq/mothball.es.html>
131. Wexler P, van der Kolk J, Mohapatra A, Agarwal R, editores. Inter-Organization Programme for the Sound Management of Chemicals. En: *Chemicals, Environment, Health* [Internet]. 0 ed. CRC Press; 2011 [citado 3 de febrero de 2023]. p. 379-82. Disponible en: <https://www.taylorfrancis.com/books/9781420084702/chapters/10.1201/b11064-28>

132. John NA, John J. Prolonged use of mosquito coil, mats, and liquidators: A review of its health implications. *Int J Clin Exp Physiol*. 31 de octubre de 2015;2(4):209-13.
133. Chen SC, Wong RH, Shiu LJ, Chiou MC, Lee H. Exposure to Mosquito Coil Smoke May be a Risk Factor for Lung Cancer in Taiwan. *J Epidemiol*. 28 de febrero de 2008;18(1):19-25.
134. Ontiveros K. Variación Espacial de la Resistencia KDR a Insecticidas Piretroides en *Aedes Aegypti* (L.) en México [Internet] [tesis de maestría]. Universidad Autónoma de Nuevo León; 2021 [citado 13 de febrero de 2023]. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/22226/1/1080315297.pdf>
135. Vargas- Miranda K, Troyo A, Calderón- Arguedas Ó. Resistencia de *Aedes aegypti* (diptera: culicidae) a insecticidas organofosforados y piretroides en la localidad de Orotina, Alajuela, Costa Rica. *Rev Costarric Salud Pública*. junio de 2019;28(1):15-24.
136. López-Solís AD, Castillo-Vera A, Cisneros J, Solis-Santoyo F, Penilla-Navarro RP, Black IV WC, et al. Resistencia a insecticidas en *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus* (Diptera: Culicidae) de Tapachula, Chiapas, México. *Salud Pública México*. 12 de junio de 2020;62(4, jul-ago):439.
137. Calderón-Arguedas Ó, Vargas K, Troyo A. Resistencia a insecticidas en cepas de *Aedes aegypti* (Diptera: Culicidae) de tres distritos de la Región Pacífico Central de Costa Rica. *Rev Cubana Med Trop*. 2018;70(3):1-9.
138. López AJS. Automedicación con antibióticos en habitantes de la comuna tres del municipio de San Juan de Pasto. *Rev Criterios*. 10 de octubre de 2019;26(1):37-55.
139. González-Muñoz F, Jiménez-Reina L, Cantarero-Carmona I. Automedicación en estudiantes de último curso de Enfermería, Fisioterapia y Medicina de la Universidad de Córdoba. *Educ Médica*. 1 de mayo de 2021;22(3):124-9.
140. Salazar ZK, Ochoa AC, Arcos M, Guapisaca CI, Rea DF, Sánchez GM. Factores asociados a la automedicación con antibióticos, Cuenca-Ecuador, periodo 2017. *Arch Venez Farmacol Ter*. 2018;37(1):52-6.
141. Toth M, Burgos A, Cenóz P. Multiplicación agámica de *Plectranthus ornatus* por medio de estacas. *Hortic Argent*. 2013;32(79):25-31.
142. Coley LF, Ahumada WE. Modelo de uso de la planta medicinal *Bursera Simaruba* y su actividad antiinflamatoria [Internet] [tesis de maestría].

- [Barranquilla]: Universidad Libre Seccional Barranquilla; 2019 [citado 26 de febrero de 2023]. Disponible en: <http://repository.unilibre.edu.co/handle/10901/17816>
143. Noguera B, Díaz E, García MV, Feliciano AS, López-Perez JL, Israel A. Anti-inflammatory activity of leaf extract and fractions of *Bursera simaruba* (L.) Sarg (Burseraceae). *J Ethnopharmacol*. 1 de mayo de 2004;92(1):129-33.
144. Santiago A. Conocimiento tradicional y valor de uso de plantas medicinales de San Sebastián Coatlán, Miahuatlán, Oaxaca [Internet] [tesis de maestría]. [Oaxaca]: Instituto Politécnico Nacional; 2018 [citado 28 de febrero de 2023]. Disponible en: http://literatura.ciidiroaxaca.ipn.mx:8080/xmlui/handle/LITER_CIIDIROAX/342
145. Fuquene YV. Uso de plantas para el manejo de las enfermedades prevalentes en San Andrés de Tumaco en el Pacífico Colombiano y su posible implementación como tratamiento primario [Internet] [tesis de maestría]. [Bogotá]: Universidad Nacional de Colombia; 2018 [citado 28 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/69489>
146. Sanabria N, Utrera N. Guácimo (*Guazuma Ulmifolia* Lam): Fuente De Compuestos Bioactivos Beneficiosos Para La Salud. *Rev Agrollania Cienc Tecnol* [Internet]. 22 de junio de 2022 [citado 27 de febrero de 2023];21. Disponible en: <http://200.11.218.106/index.php/agrollania/article/view/1588>
147. Coria-Téllez AV, Montalvo-González E, Yahia EM, Obledo-Vázquez EN. *Annona muricata*: A comprehensive review on its traditional medicinal uses, phytochemicals, pharmacological activities, mechanisms of action and toxicity. *Arab J Chem*. 1 de julio de 2018;11(5):662-91.
148. Torres NL, Laurido C, Pavan MF, Zapata A, Martínez JL. Plantas medicinales de Panamá 2: Etnobotánica de la Reserva Forestal La Tronosa, Provincia de Los Santos. *Bol Latinoam Caribe Plantas Med Aromáticas*. 30 de julio de 2017;16(4):361-84.
149. Patiño AC, López J, Aristizábal M, Quintana JC. Efecto inhibitorio de extractos de *Renealmia alpinia* Rottb. Maas (*Zingiberaceae*) sobre el veneno de *Bothrops asper* (mapaná). *Biomédica*. septiembre de 2012;32(3):365-74.
150. Alarcón P JC, Martínez R DM, Quintana C JC, Jiménez R S, Díaz C A, Jiménez I. Propagación in vitro de *Renealmia alpinia* (Rottb), planta con actividad antiofídica. *Vitae*. enero de 2008;15(1):61-9.

151. López CR. Atributos nutricionales, nutraceuticos y citotoxicos de tres especies de anonáceas: guanábana (*Annona muricata* L.), chirimoya (*Annona cherimola* MILL.) y chincuya (*Annona purpurea* Moc. et Sess) [Internet] [tesis de doctorado]. [Chapingo, estado de México]: Universidad Autónoma Chapingo; 2021 [citado 27 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12098/1090>
152. Topete-Corona C, Cuevas-Guzmán R, Sánchez-Rodríguez EV, Moreno-Hernández A, Morales-Arias JG, Núñez-López NM, et al. Estructura poblacional y hábitat de un árbol tropical con frutos comestibles, *Annona purpurea* (Annonaceae), en el occidente de México. *Rev Biol Trop*. diciembre de 2020;68(4):1171-84.
153. Vidal-Lezama E, Villegas-Monter Á, Vaquera-Huerta H, Robledo-Paz A, Martínez-Palacios A. *Annona purpurea* Moc. & Sessé ex Dunal especie nativa de México, subutilizada. *Agro Product* [Internet]. 7 de marzo de 2019 [citado 27 de febrero de 2023];12(3). Disponible en: <https://www.revista-agroproductividad.org/index.php/agroproductividad/article/view/1326>
154. Valencia M, Ancona J, Reyes J, García M, León F. Evaluación de los metabolitos del Noni (*Morinda citrifolia*). *Rev Iberoam Cienc*. agosto de 2017;4(4):16-22.
155. Puertas-Mejía MA, Gómez-Chabala L, Rojano B, Sáez-Vega JA. Capacidad antioxidante in vitro de fracciones de hojas de *Piper peltatum* L. *Rev Cuba Plantas Med*. junio de 2009;14(2):1-11.
156. Arrieta EJ, Arcón AM, Pérez JJ, Argel A, Alvarez M, Pérez JE. Fitoquímica de *Ambrosia artemisiifolia* L, *Croton conduplicatus* kunth, *Lantana camara* L, de la región norte de Colombia. *Rev Asoc Colomb Cienc Biológicas*. 12 de diciembre de 2018;1(30):44-51.
157. Castellanos K, Carrillo-Rosario T, González D, Perdomo-Carrillo D. Formas Tradicionales De U So De Plantas Medicinales En La Comunidad De Mocoy Abajo, Estado Trujillo, Venezuela. *Rev Acad*. 5 de enero de 2019;18(42):95-106.
158. Raza SA, Ch AR, Mumtaz MW, Bashir S, Ahmad M, Touqeer T, et al. Los metabolitos en las hojas de *Conocarpus erectus* atenúan la actividad de la α -amilasa al modular los residuos de aminoácidos de la α -amilasa: un estudio in vitro y de acoplamiento. *Bol Latinoam Caribe Plantas Med Aromáticas*. 2022;21(3):352-64.

159. Nascimento MA. Avaliação das atividades antioxidante, citotóxica e cicatrizante de *Conocarpus erectus* sobre lesões cutâneas em ratos wistar [Internet] [masterThesis]. [Recife]: Universidade Federal De Pernambuco; 2018 [citado 28 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/30939>