

Concepciones culturales sobre el dengue en contextos urbanos de México

Cultural conceptions on dengue in urban contexts in Mexico

Ramiro Caballero Hoyos^a, Teresa Torres López^b, Francisco Chong Villarreal^b, Alicia Pineda Lucatero^c, Marlene Altuzar González^d y Berenice López Coutiño^b

^aInstituto Mexicano del Seguro Social. Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud del Adolescente. Guadalajara, México. ^bDepartamento de Salud Pública. Universidad de Guadalajara. Guadalajara, México. ^cInstituto Mexicano del Seguro Social. Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud. Cuauhtémoc, Colima, México. ^dInstituto Mexicano del Seguro Social. Coordinación de Investigación, Delegación Chiapas. Tapachula, Chiapas, México

Descriptor

Dengue, prevención & control.
Factores culturales. Conducta de salud.
Entrevistas, utilización. Participación comunitaria.

Resumen

Objetivo

Explorar las dimensiones conceptuales del dengue en contexto urbano, a fin de generar hipótesis sobre actitudes comunitarias relacionadas a campañas preventivas.

Métodos

Estudio transversal exploratorio realizado entre marzo y abril de 2003 con 130 personas seleccionadas por muestreo propositivo en tres municipios con distintas prevalencias de dengue en México. Se aplicaron entrevistas semiestructuradas mediante técnicas de listados libres, sorteo de montones y triadas. Se indagaron términos asociados al dengue y grupos de dimensiones conceptuales. Se aplicó análisis de consenso mediante factorización de componentes principales y análisis dimensional mediante conglomerados jerárquicos y escalas multidimensionales.

Resultados

El modelo de consenso mostró alta homogeneidad en las concepciones del dengue (valores de 14.5 y 13.5 en los contextos de más prevalencia y de 5.4 en el de menor prevalencia). Las dimensiones comunes en las concepciones fueron: medidas de prevención, síntomas, causas y reservorios de *Aedes aegypti* (valor de verosimilitud: $\text{stress} < 0.28$). En los tres contextos, predominó una concepción de la prevención basada en acciones públicas de autoridades sanitarias, mientras que las acciones individuales y comunitarias casi no se mencionaron. En la concepción también apareció una dimensión moral basada en una noción de higiene como mecanismo diferenciador de la comunidad cercana (limpia) frente a personas y comunidades externas (sucias y enfermas).

Conclusiones

Las concepciones culturales del dengue desfavorecen la participación comunitaria autogestiva en las campañas preventivas verticales y generan barreras para la modificación de prácticas comunitarias e individuales de prevención y control.

Keywords

Dengue, prevention & control.
Cultural factors. Health behavior.
Interviews, utilization. Community involvement.

Abstract

Objective

To explore the conceptual dimensions of dengue in the urban context, aiming at creating hypotheses about community attitudes toward prevention campaigns.

Correspondencia/ Correspondence:

Ramiro Caballero Hoyos
Unidad Médica Familiar 93 IMSS 2º piso
Av. Tonalá 121, Tonalá
Código Postal 45400 Tonalá Jalisco, Mexico
E-mail: rchs@terra.com.mx

Presentado parcialmente en la IX Reunión Regional de Investigación en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guanajuato, México, 11 de agosto de 2003.

Los autores declaran no haber conflicto de intereses.

Recibido en 8/9/2004. Reapresentado en 8/8/2005. Aprobado en 6/9/2005.

Methods

An exploratory cross-sectional study was carried out between March and April 2003 comprising 130 people selected by proposition sampling in three municipalities with different dengue prevalences in Mexico. Semi-structured interviews were applied using free lists, pile sorts and triads. Dengue-related terms and groups of conceptual dimensions were investigated. A consensual analysis was performed by factorizing the major components as well as a dimensional analysis with hierarchical clustering and multidimensional scales.

Results

*The consensual model showed high homogeneity in dengue conceptions (values of 14.5 and 13.5 in the most prevalent contexts, and 5.4 in the least prevalent one). The common dimensions of conceptions were: preventive measures, symptoms, causes and reservoirs of *Aedes aegypti* (goodness of fit test values: <0.28). In the three contexts studied, a conception of basic prevention based on public actions by health officials predominated while individual and community actions were almost never mentioned. A moral dimension also appeared in the conception based on a notion of hygiene as a differentiating mechanism between the nearby community (clean) and outside people and communities (dirty and sick).*

Conclusions

The cultural conceptions of dengue do not favor self-managed community involvement in vertical prevention campaigns, and create obstacles to modifying community and individual prevention and control practices.

INTRODUCCIÓN

El dengue es un padecimiento viral, sistémico, agudo, transmitido a las personas por el mosquito *Aedes aegypti* que constituye un importante problema de salud pública en el mundo. Tiene inicio súbito y se caracteriza por tener diferentes consecuencias físicas, dependiendo de la forma en que se manifieste (dengue clásico que es el más leve, dengue hemorrágico y el síndrome de choque que pueden concluir en la muerte). Las difíciles condiciones ambientales y socioeconómicas en Latinoamérica condicionan brotes de dengue que tienen repercusiones negativas también en las economías nacionales. Las epidemias originan grandes costos de hospitalización, asistencia a enfermos y campañas de emergencia para el control de vectores.¹⁰

A fines de los años 70 del siglo XX, en México se registraron casos de dengue en la frontera sur y en menos de 10 años se diseminó por el país como reinfestación de una epidemia que en 1963 se había erradicado. En esta reinfestación, las tasas de dengue han permanecido moderadas en el tiempo.⁸

El dengue se presenta en contextos con climas cálidos (de 15 a 40°C) y con niveles de precipitación pluvial moderados y altos, donde se generan condiciones ambientales favorables para la reproducción del mosquito. A su vez estas condiciones son reforzadas por problemas de saneamiento ambiental como la ausencia de abastecimiento de agua potable, el

uso de cilindros y tanques destapados, y la recolección deficiente de desechos sólidos (como recipientes pequeños y neumáticos). Un factor adicional, quizá el más importante, es la falta de participación comunitaria autogestiva en los programas preventivos oficiales con enfoque vertical.⁵

En México, el sistema oficial de salud ha privilegiado un tipo de programa preventivo vertical basado en la movilización del personal técnico a las comunidades para la verificación de patios, aplicación de larvicida (abatización) e insecticida (nebulización) y en la difusión de material informativo por distintos medios de comunicación. En estos programas predominó la ausencia de una participación autogestiva de las comunidades. Un motivo central para esta ausencia podría ser la confianza exagerada de las autoridades gubernamentales, en las rutinas de aplicación de larvicidas e insecticidas como forma de erradicación de las causas de la enfermedad.²

Los factores que condicionan la propagación del dengue requieren de programas de prevención que integren el punto de vista de las comunidades y fomenten la participación social en la erradicación de las condiciones de crianza del mosquito.⁹ Para integrar la comunidad en los programas de prevención es importante partir de su sistema de significados culturales donde se destaquen las dimensiones que jerarquizan valores y orientan prácticas sociales en torno a la prevención, padecimientos y la atención, tomando en cuenta que muchas definiciones de lo

que constituye una enfermedad no tienen paralelo en el ámbito biomédico.⁶

En tal sentido, el propósito del actual trabajo fue realizar una exploración de las concepciones culturales del dengue en población de contexto urbano con diferente experiencia en relación al dengue, a fin de generar algunas hipótesis sobre las creencias y actitudes relacionadas a la participación en acciones preventivas.

MÉTODOS

El estudio se realizó en municipios urbanos de tres entidades federativas de México. El año 2002, las tres entidades reportaron distintas prevalencias de dengue clásico y hemorrágico. Mientras que en el país los reportes oficiales registraron 9,844 casos confirmados de dengue clásico y 1,429 de dengue hemorrágico. En la entidad federativa de Colima se reportaron 563 y 318 casos clásicos y hemorrágico respectivamente, en Chiapas 316 y 141 casos, y en Jalisco 929 y 50 casos. Los dos primeros estuvieron entre los tres estados con mayor prevalencia de casos.¹²

Los municipios donde se realizó el trabajo fueron: Cuauhtémoc (Colima) en la región centro-occidente de México, Tapachula (Chiapas) en la región suroeste y Tonalá (Jalisco) en la región centro-occidente. La selección de los contextos de estudio se basó en el supuesto de contraste cultural que sugiere que en los lugares con mayor experiencia con el dengue existen construcciones culturales más complejas sobre la enfermedad, frente a aquellos donde la presencia del dengue es menor. Cuauhtémoc y Tapachula eran municipios con mayor experiencia histórica en la enfermedad, mientras que Tonalá era un municipio donde el dengue se había reportado en los últimos años.

Se realizó un trabajo de recolección sistemática de datos bajo el enfoque de la antropología cognitiva que estudia cómo los sujetos de diferentes culturas adquieren información y la procesan para generar decisiones y actuar de acuerdo a los valores normativos de su entorno.¹

El diseño del estudio fue transversal exploratorio con niveles de análisis descriptivo y correlacional. El trabajo tuvo dos recolecciones sucesivas de datos, entre marzo y abril de 2003. En una primera etapa de entrevistas se aplicó la técnica de listados libres, a fin de obtener un repertorio de términos con los cuales se habilitó, posteriormente, la aplicación de las técnicas de sorteo de montones y triadas, a fin de describir la organización de las distintas dimensiones conceptuales que los informantes elaboran en torno al dengue.

En la fase de listados libres se entrevistaron 66 informantes (20 en Cuauhtémoc, 22 en Tapachula y 24 en Tonalá) y en la segunda de sorteo de montones (en Cuauhtémoc y Tapachula) y triadas (en Tonalá) se entrevistaron 64 informantes (20 en Cuauhtémoc, 22 en Tapachula y 22 en Tonalá). Totalizaron 130 informantes.

El tamaño de la muestra en cada contexto se basó en el supuesto del modelo de consenso cultural de Romney et al¹¹ para el estudio de patrones culturales. El supuesto plantea que, en estudios de descripción cultural, el tamaño de muestra no debe ser grande, debido a que la correlación promedio entre informantes tiende a ser alta (0.5 ó más). En ese sentido, Weller & Romney¹⁴ sugieren un tamaño mínimo de 17 informantes para clasificar el 95% de las preguntas correctamente, bajo un promedio de competencia cultural esperada (concordancia entre las respuestas individuales y el patrón estimado de respuestas correctas del grupo) de 0.5 y un nivel de confianza de 0.95.

La estrategia de muestreo para la selección de entrevistados fue no probabilística propositiva,⁷ orientada a encontrar cierta variación en algunas características de los informantes: de ambos sexos, distintas edades y diferentes experiencias con el dengue.

En Tapachula y en Tonalá, las entrevistas se efectuaron en unidades de medicina familiar (UMF) del Instituto Mexicano del Seguro Social, con usuarios de turno matutino. En Cuauhtémoc, las entrevistas se realizaron en la zona central del municipio, en horarios matutinos, debido a que en la UMF del lugar la asistencia de usuarios fue baja. Antes de cada entrevista se explicaron los objetivos del estudio y se obtuvo el consentimiento informado verbal, garantizándose a los informantes la confidencialidad y anonimato en la recolección y el análisis de la información. La participación de los entrevistados se sujetó a su aceptación voluntaria.

Las técnicas de recolección de datos se orientaron a la descripción del dominio cultural del dengue. En la antropología cognitiva se entiende por dominio cultural al conjunto organizado de palabras o frases que, en distintos niveles cognitivos, hacen referencia a una esfera conceptual específica.¹⁴

En ese sentido, en la primera fase del estudio se aplicó la técnica de listados libres,¹⁴ en todos los contextos. Esta técnica consiste en pedir a los informantes un listado escrito de términos o frases relacionados con una esfera conceptual particular. El cuestionario de la entrevista incluyó dos preguntas generales: a) "Escriba las palabras o frases que se le vengan

a la mente cuando escucha la palabra dengue”; y b) “A continuación explique porqué asoció cada una de las palabras o frases anteriores con la palabra dengue”. También incluyó preguntas sobre edad, sexo y experiencia con el dengue.

Luego de obtenidas las listas, se tabularon los términos por frecuencia de mención, porcentaje de la frecuencia respecto al total de informantes, lugar promedio en que cada término fue mencionado e índice de importancia cultural resultante de la combinación de los criterios anteriores. Esta tabulación permitió escoger 20 términos (en el caso de Cuauhtémoc y Tapachula) y 15 términos (en el caso de Tonalá) de cada listado, a fin de generar instrumentos de recolección de sorteo de montones y triadas, para su aplicación en la segunda fase del estudio.

En la segunda fase se aplicó la técnica de sorteo de montones¹⁴ en Cuauhtémoc y Tapachula, y las triadas¹⁴ en Tonalá. El sorteo de montones consiste en elaborar tarjetas para cada término (20 tarjetas diferentes para cada contexto) y pedir a los informantes que formen grupos de cartas que contengan los términos más parecidos, sin importar el número de grupos que se formen. Mientras que las triadas se expresan en un cuestionario con filas de tres términos, a fin de pedir a los informantes que señalen cuál de los términos es más diferente a los otros dos. En Tonalá con un repertorio de 15 términos se crearon cuestionarios de 35 filas de tres términos con combinaciones no repetidas, usando el diseño de bloques incompletos balanceados (BIB). Este diseño permitió también que cada uno de los cuestionarios tuviera combinaciones diferentes de términos.

Los datos generados por los métodos de recolección fueron tabulados en matrices de palabra por palabra y sus valores fueron transformados a proporciones de similitudes. Las matrices resultantes

fueron analizadas por separado para los valores agregados y los valores individuales.

En el caso de los valores agregados, las matrices fueron analizadas mediante conglomerados jerárquicos.¹ Este método asigna palabras a dimensiones conceptuales de acuerdo a la similitud percibida por los informantes. El grado de similitud entre palabras se expresó en una gráfica de diagrama de árbol con niveles de correlación. Por convención, se definieron los siguientes niveles de correlación entre las palabras: fuerte entre 1.0 y 0.75; moderado entre 0.74 y 0.50; débil entre 0.49 y 0.25; y mínimo entre 0.25 y 0.0.

En forma complementaria, se hizo la representación espacial en dos dimensiones de las similitudes de las palabras representadas en los árboles de conglomerados, mediante escalas multidimensionales no métricas.¹ Con esta técnica se calculó el valor de *stress* como medida de verosimilitud de la representación de los conglomerados. Esta medida se define como la suma de correspondencias entre pares de objetos dentro de la representación espacial. En el trabajo se siguió la propuesta de Sturrock & Rocha,¹³ quienes sugieren para una representación de 20 términos un valor de corte de *stress* menor a 0.28 y para 15 términos un valor menor de 0.23.

En el caso de los valores individuales, las matrices fueron analizadas mediante un modelo de consenso cultural ajustado a respuestas ordinales.¹⁵ Este modelo estima la verosimilitud de que un sistema homogéneo de conocimientos predomine en una cultura, a partir de la correspondencia entre los conocimientos del grupo y los del individuo. Para el efecto, se corrieron análisis factoriales de componentes principales que agrupan a los individuos en función de sus respuestas. El criterio de verosimilitud para la obtención del consenso en los modelos implica que el primer factor alcance una razón tres veces mayor a la del segundo factor, lo cual significa que hay una alta concordancia en las respuestas de los informantes.

Los distintos análisis se procesaron con el paquete Anthropic 4.1.

RESULTADOS

En el grupo de 130 entrevistados, 50.8% fueron mujeres y la media de edad fue de 40.1 años (46.9 años en Cuauhtémoc (15-89); 33.8 años en Tapachula (15-66); y 39.3 años en Tonalá (19-72). A la vez, 16 entrevistados reportaron haber tenido algún tipo de dengue alguna vez (nueve en Cuauhtémoc,

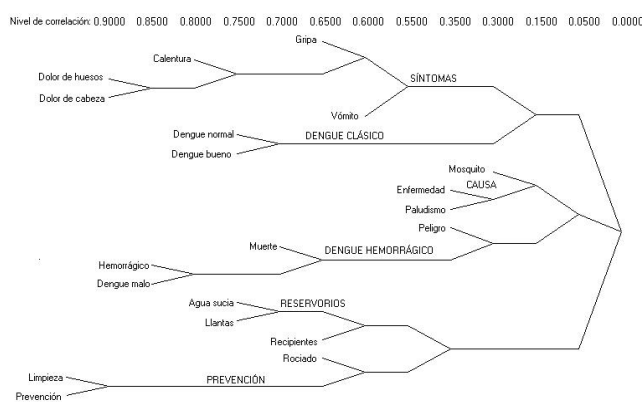


Figura 1 - Dimensiones conceptuales del dengue por conglomerados jerárquicos. Cuauhtémoc, México, abril 2003.

cinco en Tapachula y dos en Tonalá) y 53 dijeron conocer a alguna persona que tuvo algún tipo de dengue (21 en Cuauhtémoc, 29 en Tapachula y tres en Tonalá).

En Cuauhtémoc y Tapachula, las dimensiones conceptuales encontradas mediante análisis de conglomerados fueron: medidas de prevención, síntomas del dengue, causas del dengue, reservorios del mosquito y el dengue hemorrágico relacionado con la muerte y el peligro. Las dimensiones descritas tuvieron valores de verosimilitud adecuados ($stress < 0.28$ en ambos casos: Cuauhtémoc $stress = 0.123$ y Tapachula $stress = 0.071$), en el análisis de escala multidimensional no métrica (Figuras 1 y 2).

En ambos contextos, los informantes clasificaron dos dimensiones similares: la prevención asociada más a acciones públicas que a las individuales y el dengue hemorrágico asociado al peligro y la muerte. La composición de ambas dimensiones fue la siguiente:

- a) La prevención estuvo compuesta por elementos relacionados a las acciones públicas de los organismos oficiales de salud (rociado, abatización, acción de brigadas y difusión de información). La referencia a estas acciones fue acompañada frecuentemente por comentarios negativos hacia las campañas. En Colima, por ejemplo, un hombre comentó: “... el polvito ya no sirve porque ya no huele”; otro hombre dijo que “las brigadas de salud no siempre pasan o pasan cuando hay campañas políticas”. Una mujer de 32 años indicó que “cuando dejan el abate en las plantas yo lo quito porque el polvo las quema”. En Tapachula, un hombre de 27 años señaló “hay que lavar los tanques para que no haya sanguijuelas. El abate puro no funciona, no es efectivo”. Una mujer señaló: “mi papá se quejó porque no pasan los de las brigadas”.

En Cuauhtémoc, las acciones individuales no fueron mencionadas en la dimensión preventiva. Más bien hubo una referencia a la limpieza en general. Una mujer de 45 años comentó “nos enseñaron a ser humildes pero limpios, pero no todos son como yo, nos falta cultura”. En Tapachula apareció el elemento del aseo de la casa como acción preventiva individual y tuvo una baja correlación cuando se asoció con las acciones públicas (nivel 0.32 de la Figura 2). Algunos informantes dijeron que la basura era una fuente importante de propagación del dengue.

- b) La dimensión del dengue hemorrágico

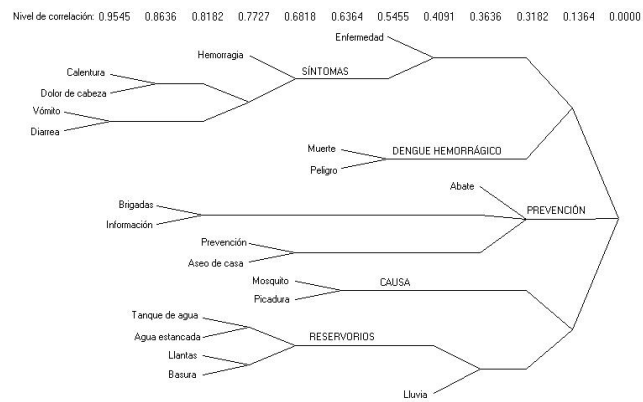


Figura 2 - Dimensiones conceptuales del dengue por conglomerados jerárquicos. Tapachula, México, abril 2003.

con elementos vinculados al peligro y la muerte. En Cuauhtémoc, se hizo una distinción particular entre el dengue malo (el hemorrágico) y el dengue bueno (el clásico), en función de la gravedad y el daño que pueden causar.

En el contexto de menor experiencia con el dengue, Tonalá (Jalisco), las dimensiones de conglomerados expresadas en el diagrama de árbol fueron: síntomas del dengue, causas del dengue, reservorios del mosquito y medidas de prevención. Las dimensiones descritas tuvieron un valor de verosimilitud adecuado ($stress = 0.214$), en el análisis de escala multidimensional no métrica (Figura 3).

A la vez, en este contexto, la dimensión de la prevención se relacionó a medidas de erradicación de aguas estancadas y recipientes de agua. También se asoció a la limpieza en términos generales, pero con una correlación más baja (nivel 0.41 de la Figura 3). No hubo referencia a las acciones individuales. En este contexto no apareció la dimensión del dengue hemorrágico.

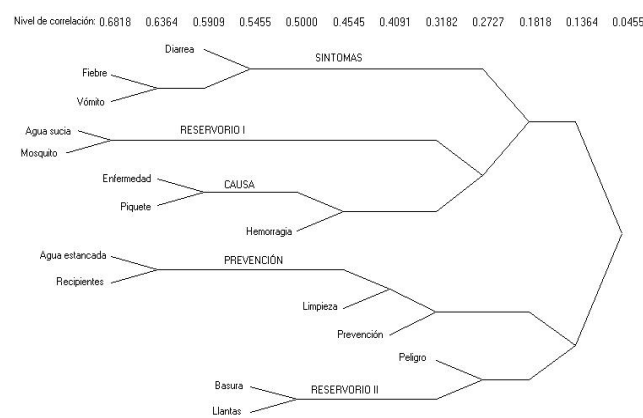


Figura 3 - Dimensiones conceptuales del dengue por conglomerados jerárquicos. Tonalá, México, abril 2003.

Tabla - Consenso cultural de conocimientos sobre el dengue en tres contextos de México: razón y varianza acumulada de factores, promedio de competencias culturales y concordancia grupal. Abril de 2003.

Contextos	Razón del Factor 1 (F1)	Varianza acumulada %	Razón del Factor 2 (F2)	Varianza acumulada %	Razón F1:F2	Competencia Cultural (Media ± DE)	Concordancia grupal*
Cuauhtémoc, Colima (N=20)	14.5	88.7	1.2	94.8	12.1	0.75±0.11	0.56
Tapachula, Chiapas (N=22)	13.5	88.3	1.3	94.9	10.4	0.76±0.09	0.58
Tonalá, Jalisco (N=22)	5.4	75.5	1.3	89.4	4.1	0.46±0.07	0.21

DE: Desviación Estándar

*Concordancia grupal: promedio de Competencia Cultural elevado al cuadrado

En términos comparativos, en los tres contextos hay una referencia a la prevención en la cual predominan las acciones de las autoridades públicas. El sentido de las acciones de participación comunitaria e individual es secundario o relacionado a una noción abstracta de limpieza. En los dos contextos de mayor experiencia con el dengue aparece la dimensión del dengue hemorrágico relacionado al peligro y la muerte, mientras que en contexto de menor experiencia esta dimensión no aparece.

La organización conceptual de las distintas dimensiones del dengue tuvo un amplio consenso cultural en los tres contextos estudiados. Sin embargo, alcanzó niveles de consenso muy altos en los lugares donde hay una mayor experiencia histórica con la enfermedad (Cuauhtémoc: razón=14.5 y Tapachula: razón=13.5), y un nivel menor en el lugar con menor experiencia (Tonalá: razón=5.4) (Tabla).

Este hallazgo muestra que en los contextos de mayor experiencia con el dengue hay dominios culturales más estructurados, homogéneos y complejos; mientras que en el contexto de menor experiencia el dominio está en proceso de estructuración, es más heterogéneo y simple.

DISCUSION

En los tres contextos mexicanos estudiados, predominaron patrones de clasificación normativa en los cuales los informantes concibieron como centrales a las acciones públicas que desarrollan instituciones oficiales de salud. Mientras otorgaron menor relevancia a las acciones de participación comunitaria e individual.

Estudios previos realizados en Colima y Tapachula, bajo el enfoque de la teoría del comportamiento, dan elementos para pensar, por una parte, que dicha concepción podría ser el resultado de la acción de las campañas verticales de prevención que han predominado por años. También podría ser parte de un mecanismo donde los conocimientos y creencias sobre el dengue no favorecen la modificación de las prác-

ticas individuales de prevención. En Colima, Espinoza et al⁴ realizaron una evaluación experimental sobre el impacto de tres formas de intervención (química, educativa y química-educativa). Ellos hallaron que la población no incrementó sustancialmente las prácticas de eliminación de criaderos del vector debido al falso sentimiento de seguridad que generan las campañas oficiales de fumigación. Por otra, en Tapachula, Arredondo* encontró en una encuesta transversal, la presencia del vector en 90% de las viviendas de los entrevistados que dijeron haber recibido información preventiva.

La concepción normativa de la prevención en todos los contextos estudiados tuvo como ingrediente complementario la noción de la higiene. Según el enfoque de la teoría cultural del riesgo,³ todas las comunidades tienden a organizar explicaciones dominantes en términos morales y políticos, a fin de restablecer el orden en situaciones de amenaza. El sentido moral implica reivindicar la limpieza como ritual de purificación, mientras que el sentido político implica culpabilizar por la enfermedad a personas que se consideran más pobres, menos educadas y externas al entorno social inmediato. Este doble mecanismo actuaría como sentimiento comunitario. Podría tener un efecto de distanciamiento en la percepción de riesgo del dengue (al atribuir la enfermedad a "otros" sin higiene) y de baja participación comunitaria en las acciones preventivas (al considerar que las acciones preventivas son terreno casi exclusivo de las instituciones oficiales de salud).

Otro hallazgo del presente estudio fue el alto nivel de consenso cultural en la elaboración de las dimensiones conceptuales del dengue en los informantes de los tres contextos. Este consenso implica que en todos los lugares hay patrones de estructuras cognitivas que conciben la prevención como acciones protagonizadas por autoridades públicas con baja participación comunitaria e individual.

La principal hipótesis que emerge del estudio es que las concepciones culturales sobre el dengue parecen favorecer tanto un enfoque preventivo de baja

*Arredondo J. A critical assessment to dengue vector control, prospects and perspectives: failures of entomological surveillance for dengue prevention. Ponencia presentada en el X Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, marzo de 2003.

participación comunitaria autogestiva (por ser muy dependiente de las acciones del sistema oficial de salud) como una percepción que atribuye el riesgo del dengue a personas que están fuera del entorno más cercano de la comunidad. La principal implicación de esta hipótesis sería que las campañas verticales de salud predominantes en el contexto mexicano. Ellas tendrían en el factor de las concepciones culturales normativas una barrera para lograr un mayor impacto sobre la modificación de prácticas comunitarias e individuales de prevención.

La consecuencia lógica para el diseño de las campañas de prevención sería la necesidad de integrar en ellas acciones educativas orientadas a modificar la percepción del riesgo basada en atributos morales. También buscar estrategias para fortalecer y promover distintos niveles de participación comunitaria, modificando las concepciones que otorgan toda la responsabilidad de la prevención a los organismos oficiales de salud.

Los hallazgos descritos deben apreciarse en función de dos limitaciones del diseño de la investigación: a) el estudio fue de tipo transversal exploratorio de patrones formales de organización conceptual sobre el fenómeno del dengue. Como resultado generó hipótesis sobre algunas dimensiones cognitivas que estarían operando como norma hegemónica en los contextos estudiados. Al basarse la indagación en técnicas formales de descripción, no abordó en profundidad los conocimientos y creencias que generan significados culturales e influyen

sobre las prácticas sociales; y b) la estrategia de muestreo no probabilística y propositiva hace que el trabajo constituya un estudio de caso que enriquece con algunas hipótesis la apreciación de la problemática preventiva del dengue en los contextos estudiados, sin generar elementos de estimación poblacional.

Del presente estudio se desprenden por lo menos tres preguntas para futura profundización: ¿cuál es el contenido de las dimensiones del distanciamiento preventivo y de higiene moral en los significados culturales del dengue de los pobladores de los contextos estudiados? ¿qué factores del contexto socioeconómico y cultural constriñen el desarrollo de esos significados? ¿cómo esos significados favorecen o desfavorecen el desarrollo de acciones comunitarias autogestivas de prevención generando condiciones de vulnerabilidad o protectoras? La investigación de tales preguntas debería abordarse con estrategias metodológicas que combinen observación etnográfica, entrevistas comunitarias de grupo y biográficas en profundidad, y análisis discursivos del lenguaje.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. José Moisés Hernández Hernández, Jefe de Enseñanza de la Unidad de Medicina Familiar # 93 de Tonalá, Delegación Jalisco del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y al Dr. Jorge Molina Padilla, Coordinador de Investigación de la Delegación Colima del IMSS por su orientación y decidido apoyo para la planeación y el desarrollo del trabajo de campo del estudio.

REFERENCIAS

1. Bernard HR. Research methods in anthropology: qualitative and quantitative approaches. Thousand Oaks (CA): Sage; 1994.
2. Chiaravalloti Neto F, Moraes MS, Fernandes M. Avaliação dos resultados de atividades de incentivo à participação da comunidade no controle da dengue em um bairro periférico do município de São José do Rio Preto, São Paulo, e da relação entre conhecimentos e práticas desta população. *Cad Saúde Pública* 1998;14 Supl 2:101-9.
3. Douglas M. Essays in cultural theory. In: Risk and blame London: Routledge; 1994. p. 3-21.
4. Espinoza-Gomez F, Hernandez-Suarez CM, Coll-Cardenas R. Education campaign versus malathion spraying for the control of aedes aegypti in Colima, México. *J Epidemiol Commun Health* 2002;56(2):148-52.
5. Gubler DJ, Clark GG. Community involvement in the control of aedes aegypti. *Acta Trop* 1996;61(2):169-79.
6. Koss-Chioino JD. What anthropology can contribute to tropical medicine?: overview of methods for control programmes. *Trop Med Int Health* 1997;2(11):A11-24.
7. Kuzel AJ. Sampling in qualitative inquiry. In: Crabtree BG, Miller WL, editors. Doing qualitative research. Newbury Park (CA): Sage; 1992. p. 31-44.
8. Narro-Robles J, Gómez-Dántes H. El dengue en México: un problema prioritario de salud pública. *Salud Pública Méx* 1995;37 Supl 1:S12-20.
9. Oliveira RM. A dengue no Rio de Janeiro: repensando a participação popular em saúde. *Cad Saúde Pública* 1998;14 Supl 2:69-78.
10. Organización Panamericana de la Salud. Dengue y dengue hemorrágico en las Américas: guías para su prevención y control. Washington (DC); 1994.
11. Romney AK, Batchelder WH, Weller SC. Recent applications of consensus theory. *Am Behav Sci* 1987;31:163-77.

12. Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica. Dengue clásico y hemorrágico: casos acumulados por entidad federativa de otras enfermedades de notificación semanal hasta la semana 52 de 2002. *Epidemiología* 2002;19:1-19. Disponible en <http://www.dgepi.salud.gob.mx/boletin/boletin.htm>
13. Sturrock K, Rocha J. A multidimensional scaling stress evaluation table. *Field Methods* 2000;12(1):49-60.
14. Weller SC, Romney AK. Systematic data collection. Newbury Park (CA): Sage; 1988.
15. Weller SC, Mann NC. Assessing rater performance without a gold standard using consensus theory. *Med Decis Making* 1997;17(1):71-9.