



Tesis en Opción al Grado de Máster en Salud Pública

Título: Aceptabilidad de intervenciones para el control de *Aedes aegypti*. Revisión sistemática de la literatura.

Autora: Lic. Marelys Martínez Hernández

Tutores: DrC. Denis Verdasquera Corcho

DrC. Dennis Pérez Chacón

La Habana

2022

“Lo importante en la ciencia no es tanto obtener nuevos datos, sino descubrir nuevas formas de pensar sobre ellos”.

William Lawrence Bragg

Deseo agradecer

A mi esposo, sin su apoyo no hubiera sido posible,

A mi prima Ismy por estar a mi lado en todo momento,

A Dennis por ser mi guía, maestra y amiga,

A Denis mi tutor,

A Alicia Reyes por confiar en mí,

A Yisel y Yosiel, por su colaboración,

A José, Pierre, Tine, Veerle, Patrick, Dirk, Nick, por su participación,

A las amistades que siempre me apoyan,

A mis compañeras de trabajo Yeny y Liani, por toda su ayuda,

A los profesores y a las amistades que se sumaron con la maestría,

Resumen:

Introducción: La aceptabilidad ha sido de atención frecuente en la investigación de intervenciones de control de *Aedes aegypti*. Sin embargo, existe poca literatura sobre cómo definirla y evaluarla. El objetivo del presente estudio es examinar prácticas y resultados de investigación sobre aceptabilidad de intervenciones de control de *Aedes aegypti* con efecto poblacional reportados en la literatura científica en los últimos 50 años.

Métodos: Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura según las guías PRISMA. La estrategia de búsqueda incluyó PubMed y Scielo como bases bibliográficas; y se realizó en dos fases: diciembre 2019 y agosto 2022. Se realizó una descripción detallada de métodos de evaluación, resultados y determinantes de aceptabilidad. Se efectuaron análisis comparativos de los datos con el soporte de Nvivo 10.

Resultados: La revisión incluyó 79 artículos. La tendencia de la producción científica sobre aceptabilidad de métodos de control de *Aedes aegypti* fue ascendente. Se utilizaron diversas variables *proxy* de aceptabilidad y se aportaron pocas definiciones de las mismas. Predominaron los estudios con diseños de métodos cuantitativos (50,6 %) y mixtos (38 %). Los resultados en términos de aceptabilidad fueron predominantemente positivos (72,2 %). Los determinantes de aceptabilidad fueron diversos y se manifestaron en dependencia de los métodos de investigación y del tipo de intervenciones evaluadas.

Conclusiones: Es posible plantear la hipótesis de la existencia de una posible relación entre los resultados y determinantes de la aceptabilidad de los métodos de control de *Aedes aegypti* y el abordaje metodológico de los estudios así como el tipo de intervenciones evaluadas.

CONTROL SEMÁNTICO	I
INTRODUCCIÓN.....	1
Problema de investigación.	5
Objetivo general	5
Objetivos específicos.	5
CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO.....	6
I.1 Arbovirosis	6
<i>I.1.1. Características de las Arbovirosis.</i>	<i>6</i>
<i>I.1.2 Distribución, carga mundial e impacto de las Arbovirosis en las Américas.....</i>	<i>6</i>
<i>I.1.3 Situación del dengue y las arbovirosis en Cuba.</i>	<i>9</i>
I.2 Aedes aegypti y métodos para su control.	11
<i>I.2.1. Características y distribución del mosquito Aedes aegypti.</i>	<i>11</i>
<i>I.2.2. Métodos de control de Aedes aegypti.</i>	<i>14</i>
I.3 Aceptabilidad de intervenciones de salud. Abordajes teóricos-metodológicos de su evaluación.	19
I.4 Síntesis de evidencia científicas y estudios de revisión de la literatura.....	26
CAPÍTULO II. MÉTODOS.....	34
II.1 Diseño del estudio.....	34
II.2. Criterios de elegibilidad.	36
II.2. Fuentes de información y estrategia de búsqueda.	36
II.3. Selección de los estudios.	38
II.4. Extracción de datos.....	38
II.5. Operacionalización de variables.....	39
II.6. Análisis de los datos.....	41
II.7.Consideraciones éticas	42

CAPÍTULO III. RESULTADOS.....	43
III.1. Resultado de la búsqueda.....	43
III.2. Producción científica sobre aceptabilidad de intervenciones de control de Aedes aegypti.	45
III.3. Abordajes teórico-metodológicos de los estudios publicados sobre aceptabilidad de intervenciones de control de Aedes aegypti, a lo largo de los años.....	47
III.4. Resultados en términos de aceptabilidad y sus principales determinantes reportados en los estudios publicados.....	51
III.5. Posible relación entre los resultados en término de aceptabilidad y sus determinantes y las características de los estudios y los tipos de intervenciones.....	52
IV. DISCUSIÓN	56
CONCLUSIONES.....	59
RECOMENDACIONES.....	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
ANEXOS.....	86

CONTROL SEMÁNTICO

Revisiones Sistemáticas: Investigaciones científicas en las que la unidad de análisis son los estudios previamente publicados. Proporcionan un alto nivel de evidencia sobre la eficacia de las intervenciones en temas de salud

Arbovirosis: Enfermedades virales agudas emergentes, causadas por arbovirus o virus transmitidos por artrópodos entre las que se encuentran el dengue, el Zika, el chikungunya y la fiebre amarilla.

Mosquito *Aedes aegypti*: Miembro del subgénero *Stegomyia* dentro del género *Aedes*. Principal transmisor del dengue y de la fiebre amarilla así como de otras arbovirosis como el chikungunya y el Zika.

Intervenciones para control de *Aedes aegypti*: Cualquier método utilizado para reducir o erradicar las poblaciones de *Aedes aegypti* y, consecuentemente, los patógenos infecciosos que transmite.

Resultados de implementación: Efectos de las acciones deliberadas e intencionales llevadas a cabo para implementar nuevos tratamientos, prácticas y servicios. Su tipología incluye: aceptabilidad, sostenibilidad, costos, entre otros.

Aceptabilidad: Resultado de implementación referido a la percepción que tienen los actores involucrados en la implementación que determinado servicio, práctica o innovación es agradable y satisfactoria.

Índice de transitoriedad: Los autores transitorios son aquellos que presentan una sola publicación. El índice de transitoriedad se refleja a partir del porcentaje de autores con una publicación atendiendo al total de autores. La forma de cálculo es la siguiente: $IT = (AT/Ta) \times 100\%$. Donde **AT**: Autor transitorio y **Ta**: Total de autores identificados en la muestra.

INTRODUCCIÓN

En el mundo en los últimos años ha tenido lugar la emergencia de nuevas enfermedades infecciosas, sus agentes etiológicos y su fisiopatogenia. De igual forma, se ha observado la reemergencia de otras enfermedades que alcanzaron determinados niveles de control, y que ahora muestran incidencias cada vez más altas convirtiéndose en problemas sanitarios de primera magnitud, tanto en países de medianos y bajos ingresos como en aquellos de altos ingresos.⁽¹⁾ Dentro de las más conocidas y que constituyen hoy una amenaza para la salud pública a nivel regional y mundial se encuentran las arbovirosis o enfermedades por arbovirus.⁽²⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe los arbovirus como un grupo de virus que existen en la naturaleza y cuyo agente etiológico se transmite a huéspedes vertebrados susceptibles, principalmente por la picadura de ciertos artrópodos hematófagos infectados; de ahí su nombre del inglés *arthropod-borne viruses* o “virus transmitidos por artrópodos”.⁽³⁾

Los arbovirus que más afectan a los humanos pertenecen a diferentes familias del sistema de clasificación actual de virus (*Bunyaviridae*, *Flaviviridae*, *Reoviridae* y *Togaviridae*);⁽⁴⁾ y tienen una distribución mundial.

La familia *Flaviviridae*⁽⁵⁾ está formada por tres géneros, los *flavivirus*, los *Pestivirus* y la *Hepatitis C*. El género *Flavivirus* lo constituyen aproximadamente 69 virus, destacándose aquellos transmitidos por mosquitos, principalmente del género *Aedes*, los cuales han tenido un incremento en su propagación mundial y una transmisión epidémica notable durante las últimas siete décadas.^(5, 6)

La hembra de la especie *Aedes aegypti* es el principal vector trasmisor de las arbovirosis de importancia epidemiológica, siendo las más conocidas el dengue, el Zika, la fiebre amarilla y el chikungunya.^(7, 8) La emergencia y reemergencia de

estas enfermedades es de los eventos epidemiológicos más relevantes de los últimos 60 años.⁽⁹⁾

Existen múltiples factores que favorecen la presencia del mosquito *Aedes aegypti* en el ambiente y que inciden en la transmisión de las arbovirosis. Entre estos se encuentran: el cambio climático; el crecimiento poblacional sostenido; el incremento de las migraciones, del tráfico internacional y del turismo; la urbanización no controlada ni planificada; la gestión ambiental inadecuada; el incumplimiento de los programas de control vectorial; y la falta de voluntad política y de recursos humanos y financieros suficientes para adoptar métodos eficaces en el control del vector. Estos factores operan simultáneamente a diferentes escalas espaciales y temporales, creando complejos patrones de transmisión, persistencia y dispersión.⁽¹⁰⁻¹²⁾ La identificación de estos patrones de transmisión y sus escalas operativas es una necesidad urgente, impuesta por la situación epidemiológica que atraviesan los países de América Latina y el Caribe.

Ante la ausencia de vacunas preventivas eficaces y de terapias antivirales eficientes, las medidas de salud pública se centran en el control de vectores, como herramienta primordial para la prevención y el control de las arbovirosis.⁽¹³⁾ Son múltiples las intervenciones o métodos que se utilizan para el control de *Aedes aegypti*: la gestión ambiental, el control químico, el control biológico y la manipulación genética, entre otras alternativas prometedoras bajo investigación. Se recomienda, además, el control integrado de vectores como proceso racional de toma de decisiones para optimizar el uso de recursos con este fin.⁽¹⁴⁾ Este tiene como objetivo la mejora de la eficacia, la rentabilidad, la congruencia ecológica y la sostenibilidad del control de vectores.

La utilización de los métodos de control antes mencionados, al igual que de otras intervenciones en salud, deben realizarse en base a los principios de la ética médica y con consentimiento informado de los beneficiarios previo a su aplicación.

Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, éste nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de las personas que en ella participan.⁽¹⁵⁾

De igual forma, muchos de estos métodos de control presentan dificultades operacionales en su aplicación y daños potenciales de su uso en el medio ambiente; por lo que su implementación efectiva es prácticamente imposible sin el apoyo y la aceptación de cualquiera de las partes involucradas en la misma: población beneficiaria, proveedores, productores, financistas y decisores.⁽¹¹⁾

Ciertamente, la falta de aceptabilidad ha sido considerada como un reto para la implementación de intervenciones de salud.⁽¹⁶⁾ Es por ello que los estudios de aceptabilidad de intervenciones o de métodos específicos utilizados en intervenciones de salud (por ejemplo: medicamentos, insecticidas, vacunas, procedimientos diagnósticos) sean muy frecuentes en la literatura científica en el campo de la salud pública.⁽¹⁷⁾

Son múltiples las acepciones del término aceptabilidad. En un sentido amplio, aceptabilidad es la percepción que tienen los actores involucrados en la implementación que determinado servicio, práctica o innovación es agradable y satisfactoria.⁽¹⁸⁾ Varias han sido los trabajos publicados con el interés de avanzar en la noción y la taxonomía de siete resultados de implementación conceptualmente diferentes.⁽¹⁸⁻²¹⁾ Estos sugieren que la aceptabilidad (o lo que es aceptable) es específico para una intervención en un contexto de salud pública dado; y que ésta solo puede ser evaluada sobre la base del conocimiento o la experiencia directa de los actores involucrados sobre el contenido y la complejidad de la intervención, entre otros aspectos. Asimismo, los autores de estos trabajos presumen que los niveles de aceptabilidad alcanzados para una intervención varían de acuerdo a la definición, la operacionalización y el abordaje metodológico

utilizado. Así, los resultados podrían variar, por ejemplo, si la aceptabilidad se evalúa antes, durante o posterior a la implementación de la intervención.⁽¹⁸⁻²¹⁾

La aceptabilidad también ha sido un aspecto de atención frecuente en la investigación de intervenciones de control de *Aedes aegypti* o conjunto de estudios secuenciales (de eficacia/efectividad, replicación y diseminación)⁽²²⁾ que se llevan a cabo para informar las políticas y las prácticas. Una valoración rápida realizada por la autora sobre estudios publicados sobre este particular mostró: amplia variedad de definiciones del término empleadas; utilización recurrente de variables *proxy* con disímiles significados tales como “cobertura”, “uso” y “disposición a pagar”; diversidad de perspectivas y abordajes metodológicos utilizados para su evaluación con predominio del paradigma de investigación cuantitativa; y presencia de lo que se ha dado a llamar “sesgo del producto”⁽¹⁷⁾. Este último es la creencia de que si las intervenciones o métodos evaluados son beneficiosos para la salud de la población, estos serán percibidos de igual forma por sus beneficiarios. Consecuentemente, el foco de atención de los estudios de aceptabilidad sería identificar la manera en que el producto debe ser modificado (en caso de ser necesario) para incrementar su aceptabilidad.

La falta de sistematicidad teórica y versatilidad metodológica de los estudios de aceptabilidad de intervenciones para el control de *Aedes aegypti* impactan negativamente en la validez interna y externa de sus resultados. Es por ello que la presente investigación ofrece una síntesis de evidencias de los estudios de aceptabilidad sobre este particular, y analiza los aspectos teóricos y metodológicos que sustentan los estudios que han sido reportados en la literatura científica sobre la aceptabilidad de las intervenciones para control de *Aedes aegypti* y la prevención de las arbovirosis desde la perspectiva de los diferentes actores involucrados en su implementación. Es por ello que se plantea como problema de investigación, y objetivos general y específicos lo siguiente:

Problema de investigación.

¿Cuáles son las prácticas y los resultados de investigación sobre aceptabilidad de intervenciones de control de *Aedes aegypti* con efecto poblacional reportados en la literatura científica en los últimos 50 años?

Objetivo general.

Examinar las prácticas y los resultados de investigación sobre aceptabilidad de intervenciones de control de *Aedes aegypti* con efecto poblacional reportados en la literatura científica, en los últimos 50 años.

Objetivos específicos.

1. Describir la producción científica sobre aceptabilidad de intervenciones de control de *Aedes aegypti*.
2. Caracterizar los abordajes teórico-metodológicos de los estudios publicados sobre aceptabilidad de métodos de control de *Aedes aegypti*.
3. Describir los resultados en términos de aceptabilidad y sus principales determinantes reportados en los estudios publicados.
4. Explorar la posible relación entre los resultados en término de aceptabilidad y sus determinantes y las características de los estudios y los tipos de intervenciones.

CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO

I.1 Arbovirosis

I.1.1. Características de las Arbovirosis.

Los arbovirus son, como lo describió la OMS en 1967,⁽³⁾ un grupo de virus que existen en la naturaleza principalmente, debido a la transmisión biológica entre huéspedes vertebrados susceptibles por hematófagos; de ahí su nombre del inglés *arthropod-borne viruses*” o “virus transmitidos por artrópodos”.

Estos arbovirus transmitidos por artrópodos propician un conjunto de enfermedades víricas febriles, denominadas arbovirosis, que afectan a millones de personas en áreas tropicales y subtropicales de África, Asia y América principalmente.^(23, 24) Suelen presentarse de forma epidémica y son similares entre sí en su expresión clínica. Hasta nuestros días existen unas 500 enfermedades producidas por arbovirus,⁽²⁵⁾ pero las que tienen mayor incidencia son el dengue, la fiebre amarilla, el chikungunya y el Zika.

Las arbovirosis representan una amenaza permanente para la salud a escala mundial y regional.⁽²⁶⁻²⁸⁾ Particularmente, en América, su principal vector son los culícidos pertenecientes al género *Aedes* como *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*.⁽¹¹⁾

I.1.2 Distribución, carga mundial e impacto de las arbovirosis en las Américas.

Las enfermedades causadas por arbovirus transmitidos por *Aedes aegypti*, como el dengue (Flaviviridae: *Flavivirus*; DENV-1, DENV-2, DENV-3, DENV-4), el chikungunya (*Togaviridae: Alphavirus*, CHIKV) y la fiebre por Zika (*Flaviviridae: Flavivirus*; ZIKV) están aumentando tanto en incidencia como en distribución geográfica en los últimos decenios.^(29, 30) Este incremento es uno de los principales problemas de salud pública en la región de las Américas.^(13, 25, 27, 31)

De manera general las arbovirosis, transitaron de una endemicidad baja a hiperendemicidad trasladándose de zonas selváticas a zonas urbanas; propiciando el desarrollo de brotes explosivos acompañados de gravísimas anomalías congénitas y trastornos neurológicos, hasta convertirse en una de las mayores crisis de salud en los últimos años.⁽³²⁾

El avance de estas enfermedades alcanza elevados niveles de morbimortalidad y se da en un contexto epidemiológico sumamente complejo, determinado por la diversidad de causas simultáneas y concomitantes de su transmisión como son la variabilidad de las condiciones ambientales, y los elementos demográficos y socioeconómicos que favorecen su presencia.^(25, 33, 34) Por lo que los países de la región han fortalecido sus sistemas de salud para la prevención y control de las arbovirosis con el establecimiento de sistemas de vigilancia integrales que incluyen la vigilancia clínico-epidemiológica y de laboratorio y la vigilancia entomológica y ambiental.⁽³⁵⁻³⁷⁾

En las Américas el dengue se considera la arbovirosis más importante debido a su frecuencia de aparición, distribución, incidencia y al número de muertes que ocasiona.^(2, 29, 38-40) Es una enfermedad viral aguda, debido a la considerable variabilidad genética de este arbovirus.^(41, 42) La combinación de micro y macrofactores determinantes favorecen su transmisión.

La situación epidemiológica causada por el virus del dengue (DENV) es compleja y tiene un impacto negativo, no solo en la salud pública sino también en los ámbitos social, económico y político.⁽⁴³⁾ Después de un período de más de 50 años en los que la enfermedad estuvo casi ausente en Las Américas, el dengue se ha tornado gradualmente hiperendémico en la mayoría de los países de la región, con circulación de más de un serotipo y epidemias frecuentes.

A finales de 1970 diferentes factores incidieron en la emergencia del dengue hemorrágico en el Caribe, América Central y del Sur e islas del Pacífico.⁽⁴⁴⁾ En la actualidad el dengue clasifica como una enfermedad emergente y reemergente debido al incremento en el número de casos y a la diseminación de sus cuatro serotipos. Esta reemergencia tuvo lugar hace 20 años^(45, 46) y desde entonces tanto el vector que la transmite, como los serotipos del virus, se han expandido geográficamente y han provocado un aumento de la actividad epidémica, unido a la aparición de sus manifestaciones clínicas graves.⁽⁴²⁾

Además de la reaparición del DENV y del virus de la fiebre amarilla (YFV), nuevos arbovirus patógenos antaño confinados a regiones específicas del mundo, como el virus del chikungunya (CHIKV) y el virus del Zika (ZIKV), han causado recientemente diversas pandemias con importante morbilidad.^(47, 48)

La introducción en América de los CHIKV en 2014 y ZIKV en 2015 creó un nuevo desafío para la salud pública. La circulación de ambos dio lugar a brotes explosivos en la región. El CHIKV se identificó primero en la Isla de Pascua (Chile) en el 2014, después en el nordeste de Brasil en el 2015 y, finalmente, se difundió por toda América.^(43, 47) Particularmente, la infección por ZIKV a finales del 2015 se convirtió en una de las mayores crisis mundiales de salud en los últimos años, asociada a gravísimas anomalías congénitas como la microcefalia, el síndrome de Guillain-Barré y otros trastornos neurológicos, y con capacidad para diseminarse por contacto sexual.^(13, 49, 50)

En 2016 se creó una situación sin precedentes: la circulación simultánea de estas arbovirosis transmitidas por *Aedes aegypti* en el mismo tiempo y lugar. Las intensas y prolongadas temporadas de lluvias, unidas a un aumento de 2°C en la temperatura media, probablemente contribuyeron también a una abundancia de mosquitos vectores.⁽⁵¹⁾

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su resumen sobre la situación epidemiológica⁽⁵²⁾ hasta la semana epidemiológica 21 de 2020, refiere un total de 1 645 678 casos de arbovirosis: 1 600 947 casos de dengue para una tasa de incidencia acumulada de 16 418 por 100 000 habitantes, 37 279 casos de chikungunya y 7 452 de ZIKV. Se detectó una circulación simultánea de los cuatro serotipos del virus de dengue en Brasil, Colombia y México; mientras que en Guatemala, Guadalupe, Guayana Francesa y San Martín se reportaron los serotipos DENV-1, DENV-2 y DENV-3; y en Argentina y Paraguay, DENV-1, DENV-2 y DENV-4.⁽⁴³⁾

1.1.3 Situación del dengue y las arbovirosis en Cuba.

Cuba no ha estado exenta de riesgo de dengue y de otras arbovirosis.⁽⁵³⁾ Por lo que su prevención y control ha sido y es una prioridad de las máximas autoridades de salud y del gobierno. La situación epidemiológica del país con relación a las arbovirosis ha seguido un patrón similar que el resto de la región con sus particularidades.

En 1981 se produce en Cuba la primera epidemia de dengue hemorrágico (DH) del hemisferio occidental. Esta fue ocasionada por el DENV-2, que genéticamente se correspondió con una cepa del Sudeste Asiático. Se notificaron 344 203 casos, de los cuales 10 312 fueron graves y 158 fallecieron (60 % con menores de 15 años).⁽⁵⁴⁾ Esta epidemia afectó a todas las provincias del país.⁽⁵⁵⁾ La transmisión se detuvo después de una intensa campaña de control del vector que duró 4 meses y se logró la eliminación de la enfermedad.

El país estuvo libre de transmisión desde 1982 hasta 1996. En el verano de 1997, en Santiago de Cuba se reporta una epidemia causada por DENV-2, con más de 5 000 casos, de ellos 205 de DH y 12 adultos fallecidos.^(46, 56) La transmisión se detuvo en aproximadamente seis meses. En 2001-2002 se reporta una nueva

epidemia causada por DENV-3, que afectó principalmente la Ciudad de La Habana.^(57, 58) Esta epidemia, que comenzó en junio de 2001, fue precedida por un pequeño brote por DENV-3 y DENV-4 en cuatro áreas de salud de los municipios Boyeros, Playa y La Lisa a finales de 2000.⁽⁵⁹⁾

Durante el período 1970-2002, los brotes de dengue estuvieron bien delimitados en el tiempo y se controlaron rápidamente, evitando la endemidad de la enfermedad en el país.⁽⁶⁰⁾

En 2005, se produjeron tres brotes pequeños de DENV-3 y DENV-4 en Ciudad de La Habana y Camagüey; los que fueron eliminados rápidamente. En 2006 se produce una epidemia por DENV-3 y DENV-4 que afectó a 12 provincias del país, con circulación de ambos serotipos en cinco de ellas y con casos de DH. La epidemia fue controlada a principios de 2007.⁽⁶¹⁾ Durante el periodo de 2007 a 2017, se registraron y controlaron pequeños brotes de dengue en diferentes provincias, con circulación de varios serotipos virales.⁽⁶²⁾ De 2018 a la actualidad, aunque se ha reportado circulación de DENV, se observa una disminución aparente de la enfermedad.⁽³⁷⁾

Con relación a la fiebre chikungunya, a excepción de un pequeño brote ocurrido en 2015 que fue eliminado rápidamente, no se ha reportado la transmisión de este agente viral.⁽³⁷⁾ La introducción y transmisión de la enfermedad por ZIKV se confirma en 2016, precedido del diagnóstico de casos importados. La circulación de su agente viral se mantiene y se ha extendido a varias provincias del país.

En conferencia de prensa la Dra. Carilda Peña García, directora nacional de Vigilancia y Lucha Antivectorial y el Dr. Francisco Durán García, director nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud de Cuba (MINSAP),⁽⁶³⁾ ofrecen un resumen reciente de la situación actual de las arbovirosis donde refieren que actualmente solo se notifican casos de dengue con circulación del serotipo DENV-

2, el cual posee una tendencia a generar casos clínicos más severos; que desde 2016 no se registran casos de CHIKV; que el último reporte de ZIKV data del primer semestre de 2018; y que la fiebre amarilla está erradicada en el país desde 1909.

1.2 Aedes aegypti y métodos para su control.

1.2.1. Características y distribución del mosquito Aedes aegypti.

A nivel mundial, *Aedes (Stegomyia) aegypti* (Linnaeus, 1762) (*Diptera: Culicidae*), es una de las principales especies de mosquito en áreas urbanas. Sus hábitos son netamente antropófilos,^(64, 65) es una especie predominantemente doméstica que se desarrolla en recipientes de agua limpia naturales o artificiales de las viviendas y sus alrededores.^(66, 67) Las hembras hematófagas poseen hábitos de alimentación diurnos, aunque se le ha observado picando a determinadas horas de la noche cuando está muy hambrienta.^(65, 67, 68) Es el principal vector en la transmisión de arbovirus de importancia médica.⁽⁶⁹⁾

Su ciclo de vida comprende cuatro formas: huevo, larva, pupa y adulto; el mismo se completa en 10 días en óptimas condiciones de temperatura y alimentación. Una de las características que lo distingue de otras especies de mosquito es su gran plasticidad ecológica,⁽⁷⁰⁾ que le permite utilizar una amplia gama de recipientes para realizar su puesta y el posterior desarrollo de sus estadíos inmaduros.

Los huevos, menores que un milímetro de largo, son inicialmente de color blanco, para tornarse negros con el desarrollo del embrión, que evoluciona en óptimas condiciones de temperatura y humedad en un lapso de 2 a 3 días.^(65, 66, 71) Tal vez uno de los aspectos más críticos en el control de *Aedes aegypti* es la resistencia de los huevos a la desecación, pues pueden permanecer viables en los recipientes por meses. Esta adaptación le confiere una gran resistencia como población ante

las medidas de control y los fenómenos ambientales adversos como las sequías.^(72, 73) Ello le confiere a *Aedes aegypti* una gran resiliencia o capacidad de recuperarse luego de una perturbación.⁽⁷²⁾

Las larvas que emergen inician un ciclo de cuatro estadíos larvarios, creciendo a lo largo de tres mudas desde un largo de 1mm a los 6 o 7mm finales. Estas destacan por su color negro, poseen como caracteres morfológicos típicos fuertes espículas torácicas laterales quitinizadas, peine de escamas unilinear en octavo segmento y sifón con forma de oliva corta. Se alimentan la mayor parte del tiempo de cualquier material orgánico acumulado en las paredes y en el fondo del recipiente que habitan.^(65-67, 74)

La función de las pupas es la metamorfosis del estadío larval al del adulto, su estadío dura generalmente de 2 o 3 días. Estas no se alimentan⁽⁶⁵⁾ y son diferentes a las de otros insectos holometabólicos porque reaccionan inmediatamente a los estímulos externos. Las pupas se desplazan activamente y cuando están inactivas se mantienen en la superficie del agua debido a su flotabilidad; propiedad que le facilita la emergencia al insecto adulto. Se diferencian de otras del género *Aedes* porque tienen cerdas robustas y bien desarrolladas en los vértices sub-apicales de los segmentos abdominales.⁽⁶⁷⁾

El adulto es un mosquito de color negro, con diseños blanco-plateados formados por escamas claras que se disponen simulando la forma de una "lira". En el dorso del tórax, muestran un anillado característico a nivel de tarsos, la tibia y fémures de las patas.⁽⁶⁵⁾ Su vuelo es rápido e irregular y aunque el tiempo que vive un mosquito adulto varía, el promedio no excede de cinco semanas.⁽⁷⁵⁾

El comportamiento hematofágico de las hembras de *Aedes aegypti* se debe a que necesitan de una serie de aminoácidos que se encuentran en los eritrocitos y el plasma sanguíneo para sintetizar proteínas del vitelo durante la producción de

huevos.⁽⁷⁶⁾ Una vez que los mosquitos se posan sobre el organismo del cual se alimentarán, buscan un lugar adecuado para realizar la picadura con su probóscide que insertan causando laceraciones en los tejidos adyacentes. Esto genera vasoconstricción, coagulación de sangre y agregado de plaquetas.^(65, 66)

Para contrarrestar los efectos del sistema inmune del hospedero, los mosquitos segregan saliva que es inyectada también y contiene vasodilatadores, antihistamínicos y anticoagulantes;⁽⁷⁷⁾ proceso que continúa mientras sucede la alimentación de sangre. El contacto entre la sangre y la probóscide de los mosquitos activa una serie de señales moleculares con las que la ingesta comienza.⁽⁷⁸⁾

Generalmente, después de cada alimentación sanguínea la hembra desarrollará y pondrá aproximadamente 100 huevos por lote,⁽⁶⁷⁾ por lo que posee una gran capacidad reproductiva. Su potencial se maximiza cuando se encuentra a bajas densidades, como ocurre después de la aplicación de las medidas de control. Además, en años recientes se ha descrito con frecuencia el uso de hábitats acuáticos crípticos por parte de *Aedes aegypti*, como drenajes de aguas pluviales en calles y casas, pozos sépticos, tanques elevados, etc. Estos criaderos no se pueden localizar visualmente por su naturaleza oculta o de difícil acceso; por lo que son inmunes a los métodos tradicionales de control vectorial.^(73, 79-81)

Otro aspecto importante es que *Aedes aegypti* puede transmitir los arbovirus aun cuando su densidad poblacional es muy baja. Algunos modelos matemáticos sugieren que basta con al menos una hembra por persona por día para causar transmisión local de dengue en zonas a 28°C, en población con inmunidad hasta 67%.^(73, 82)

Originaria de África,^(75, 83-86) *Aedes aegypti* es una especie tropical y subtropical ampliamente distribuida por el mundo;⁽⁸⁷⁾ especialmente favorecida por las

condiciones ambientales de temperatura y humedad. La especie está dentro de los límites de las latitudes 35°N y 35°S y es altamente susceptible a temperaturas extremas y climas cálidos y secos. Se encuentra comúnmente hasta los 1 700 m sobre el nivel del mar y, aunque raro, puede hallarse hasta los 2 200m sobre el nivel del mar y a una humedad relativa alta o moderada.^(42, 88)

La densidad poblacional de *Aedes aegypti* generalmente fluctúa con las lluvias y la cantidad de contenedores desechados, los cuales constituyen criaderos que favorecen una población constante de mosquitos en áreas urbanas.⁽⁶⁷⁾ Otros factores como la urbanización, el crecimiento poblacional, el cambio climático, las modificaciones en el uso de la tierra, el incremento en el comercio internacional y los viajeros alrededor del mundo benefician la capacidad vectorial de *Aedes aegypti* y la dinámica de transmisión de las arbovirosis.⁽⁸⁹⁾ Algunos mosquitos con distribución geográfica limitada y un ciclo típicamente selvático/enzoótico se han adaptado e introducido a nuevas regiones y centros urbanos, dando lugar a ciclos de transmisión autóctonos.⁽⁸⁴⁾

1.2.2. Métodos de control de Aedes aegypti.

El propósito del control vectorial es, en general, prevenir la picadura de mosquitos, mantener sus poblaciones a densidades aceptables que permitan minimizar el contacto vector-humano y reducir la longevidad de las hembras adultas,⁽⁷³⁾ además de eliminar de forma sostenible la reproducción masiva del mosquito o reducir su potencial para transmitir las infecciones de interés en salud pública.⁽⁹⁰⁾

El control de *Aedes aegypti* surgió como una campaña continental ambiciosa en 1947,⁽⁹¹⁾ dirigida a eliminar el vector de la región de las Américas. En 1949 y 1950 la campaña recibió un gran impulso creando el método perifocal, este ocupaba una situación intermedia entre el llamado método intradomiciliario, o de tratamiento con diclorodifeniltricloroetano (DDT).⁽⁹²⁾ La OPS^(73, 93) continua

desarrollando programas con una organización especializada y desvinculada de los servicios de salud, cuyo abordaje técnico fue el uso exclusivo de larvicidas e insecticidas. Después de muchas décadas trabajando bajo este enfoque, se fueron incorporando otros abordajes que acercaron esa estructura rígida y vertical a las visiones de las poblaciones afectadas (participación social y comunitaria), apoyándose en los cambios de conducta y la promoción de prácticas en la comunidad para el control de criadero.^(93, 94)

Los métodos de control de *Aedes aegypti* actualmente disponibles se pueden clasificar según el estadio del vector al cual están dirigidas (huevo, larva, pupa o adulto); el tipo de control o las opciones (físico-mecánico, ambiental, biológico, químico, conductual, genético, etc.);⁽¹³⁾ la forma de aplicación (aérea, terrestre, espacial, focal o dirigida) y el usuario (responsable) o nivel de aplicación (individual, familiar, vivienda, barrio, localidad, municipio).^(73, 93, 95)

El control físico-químico de estadios inmaduros (huevos, larvas y pupas) y adultos de *Aedes aegypti* es una parte importante de las estrategias integradas para la prevención y el control de las arbovirosis en la mayoría de los países. En los estadios inmaduros,⁽⁷³⁾ los larvicidas pueden aplicarse manualmente, (cuando el criadero es accesible), o con equipos terrestres, para cubrir una mayor área de tratamiento en menos tiempo.

En el caso de las intervenciones dirigidas a la fase adulta,⁽⁹⁶⁾ los insecticidas han sido la intervención de primera elección, si bien la capacidad de los profesionales de campo para aplicarlas de acuerdo con los requisitos técnicos ha sido limitada.

Los adulticidas pueden aplicarse como tratamientos residuales sobre superficies dentro y fuera de las viviendas (rociado residual con bombas manuales) o como tratamientos espaciales (rociado espacial a ultra bajo volumen en frío o térmico, con equipos portátiles o manuales, montados en vehículos terrestres o aéreos),⁽⁹⁷⁾

utilizando los principales grupos químicos: piretroides, organofosforados y carbamatos; recomendados por el plan de evaluación de plaguicidas de la Organización Mundial de la Salud (WHOPES), tanto para fumigación de interiores como exteriores⁽⁹⁸⁾ o con los aceptados por las autoridades locales en cada país.

La nebulización a ultra bajo volumen busca reducir de manera inmediata las densidades de mosquitos hembra, su longevidad y otros parámetros de transmisión; está recomendada en situaciones epidémicas, pero su efecto es efímero. El rociado residual busca reducir el contacto vector-humano mediante una barrera química intradomiciliaria⁽⁹⁹⁾ que actúe por tiempo prolongado (3-6 meses), eliminando, disuadiendo o repeliendo a los mosquitos.

A nivel de protección personal se utilizan los insecticidas domésticos y comerciales (aerosoles, espirales y vaporizadores), los repelentes (naturales o sintéticos), materiales impregnados o no con insecticidas (cortinas y mallas mosquiteras) y pinturas que liberan insecticidas (menos frecuente); siendo los domésticos y comerciales los productos más utilizados como protección personal. En su gran mayoría, el principal ingrediente activo es un piretroide,^(100, 101) este pueden reducir el contacto vector-humano de dos maneras: funcionando como una barrera física y por su efecto insecticida o repelente.⁽⁷³⁾

La resistencia a los insecticidas en las poblaciones de *Aedes aegypti* compromete la efectividad del control químico de las arbovirosis⁽¹⁰²⁾ La resistencia a los insecticidas, que es hereditaria, suele desencadenar una reducción importante en la susceptibilidad de las poblaciones de insectos, lo que a su vez resta eficacia a los tratamientos con insecticidas. Esta resistencia a insecticidas se puede monitorear a través de bioensayos en larvas y mosquitos adultos.⁽¹⁰²⁻¹⁰⁵⁾

Existen herramientas diseñadas para incidir sobre la oviposición (trampas), impedir la emergencia a la fase adulta (poliestireno, tapas o mallas en recipientes),

evitar el contacto con el humano (repelentes, mallas y cortinas) o limitar su sobrevivencia (insecticidas). Todas ellas se han visto beneficiadas y fortalecidas con el componente de participación comunitaria y movilización social.⁽⁹³⁾

El control biológico se aplica en los estadios inmaduros a partir de la introducción de organismos que parasitan, compiten o de alguna manera reducen las poblaciones de la especie. Para ello se utilizan de forma restringida algunas especies de peces larvívoros y copépodos depredadores (pequeños crustáceos de agua dulce).^(106, 107) Aunque su eficacia ha sido probada en el contexto operacional en hábitats y contenedores específicos, rara vez se utilizan a gran escala.⁽⁷³⁾

En el método de manejo ambiental se refiere a las transformaciones físicas permanentes y temporales de los hábitats de los estadios inmaduros del vector. En ambos casos se busca modificar el ambiente para prevenir o minimizar la propagación del vector y el contacto vector-humano mediante la destrucción, la alteración, la eliminación o el reciclaje de contenedores inservibles (no útiles) que funcionan como criaderos del vector.⁽⁹⁰⁾ En ocasiones, el control ambiental se combina con acciones para reducir el contacto humano-vector, como instalación de mallas mosquiteras en ventanas, puertas y otros puntos de entrada y uso de pabellones mientras se duerme durante el día.⁽⁷³⁾

Más recientemente, se han propuesto métodos novedosos de control como la manipulación biológica y genética de *Aedes aegypti*. Estos se emplean en mosquitos adultos e incluyen la liberación de machos infectados con bacterias del género *Wolbachia*, mosquitos genéticamente modificados o esterilizados mediante radiación; así como la autodiseminación de mosquitos autocidas.⁽⁷³⁾

Las nuevas tecnologías se benefician de los avances recientes sobre la fisiología y la biología molecular de insectos para su manipulación genética. Consisten en la inserción de genes en el genoma del mosquito o la transferencia de la infección por

Wolbachia, ya sea para suprimir poblaciones vectoras (que no emergen, mueren de forma prematura, matan solo a las hembras o las vuelven inviables) o para inducir la resistencia a la infección por patógenos (inhiben la replicación viral, acortan la sobrevivencia) en los mosquitos infectados con *Wolbachia* o manipulados genéticamente.⁽¹⁰⁸⁾ Estas innovaciones tecnológicas que prometen mayor cobertura, impacto y sostenibilidad son propuestas para mejorar la efectividad y durabilidad de las intervenciones. Sin embargo, estas también plantean dificultades de organización y capacidad operativa que deben atenderse antes, durante y después de su introducción como medidas de control.⁽⁹³⁾

En sentido general, muchas de las intervenciones rutinarias de control de *Aedes aegypti* no han tenido los resultados deseados,^(109, 110) por causa de la cobertura insuficiente, los efectos transitorios, la falta de implementación como estrategia integrada y, por último, pero no menos importante, porque su utilización suele ser intensa sólo durante los períodos de transmisión, es decir, en situaciones de emergencia. La sostenibilidad de las acciones es clave, ya que las poblaciones de mosquitos se recuperan rápidamente una vez que la aplicación de los métodos de prevención se relajan.⁽¹¹¹⁾

Las herramientas y las estrategias existentes son efectivas en la reducción de la transmisión de las enfermedades vectorizadas por *Aedes aegypti*, en dependencia de sus características y del manejo satisfactorio de las dificultades operacionales de su puesta en práctica en condiciones reales de programa.⁽¹¹²⁾ También se ha documentado en la literatura que la implementación de los métodos de control anteriormente descritos es está condenada al fracaso sin la participación activa o, al menos, la aceptabilidad de las comunidades.^(109, 113, 114)

1.3 Aceptabilidad de intervenciones de salud. Abordajes teóricos-metodológicos de su evaluación.

La OMS plantea que las políticas y programas de salud pueden promover o violar los derechos humanos, en particular el derecho a la salud, en función de la manera en que se formulen y se apliquen. La adopción de medidas orientadas a respetar y proteger los derechos humanos afianza la responsabilidad del sector sanitario respecto de la salud de cada persona. Es por ello que las intervenciones de salud para conseguir un enfoque basado en los derechos humanos se rigen por el principio de la no discriminación y por normas de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad, rendición de cuentas y universalidad.⁽¹¹⁵⁾

Antes de experimentar una intervención, tanto los pacientes como los profesionales sanitarios pueden formarse una opinión sobre si esperan que la intervención sea aceptable o inaceptable. Estos juicios pueden basarse en la información proporcionada sobre la intervención o en otros factores en su conceptualización de la aceptabilidad de la intervención.⁽¹¹⁶⁾ La evaluación de la aceptabilidad prevista antes de la participación puede poner de manifiesto qué aspectos de la intervención podrían modificarse para aumentar la aceptación y, por tanto, la participación.

En las intervenciones realizadas sobre las actitudes de los ciudadanos y sus conductas sociales, a partir del consumo de alcohol, tabaquismo, dieta y actividad física; existen autores que examinan la aceptabilidad en función de las características del comportamiento de los individuos en la sociedad.⁽¹¹⁷⁾ La mitad de los estudios investigan las actitudes o condiciones políticas inminentes diseñadas para el cambio de comportamiento social y la aceptación de las intervenciones gubernamentales.

Son múltiples las acepciones del término aceptabilidad. Definir la aceptabilidad de una intervención, acción o servicio de salud no es una cuestión sencilla. En la literatura se encuentran expresiones como "*aceptabilidad del tratamiento*"^(116, 118, 119) y "*aceptabilidad social*".⁽¹²⁰⁻¹²²⁾ Lo cual sugiere que la aceptabilidad puede considerarse desde una perspectiva individual, pero también puede reflejar un juicio compartido.⁽¹²³⁾

Donabedian,⁽¹²⁴⁾ define la aceptabilidad como el grado de satisfacción de los usuarios respecto a la atención; entendida esta última como la capacidad que tiene el profesional de la salud para utilizar de la mejor manera sus conocimientos a fin de proporcionar cuidados y satisfacción a los pacientes.⁽¹²⁵⁾ Este autor especifica que la aceptabilidad es una de las dimensiones de la calidad en los servicios de salud y que se evalúa a partir del grado de satisfacción de los usuarios respecto a la atención. Similar es el criterio Wallace y Enriquez-Haass,⁽¹²⁶⁾ en su estudio sobre el proceso de evolución de los servicios médicos. Estos autores se refieren a la aceptabilidad como la disponibilidad y accesibilidad de los servicios médicos; su correspondencia con los valores de los usuarios, y la utilización adecuada de los mismos. Ciertamente, la aceptabilidad de los servicios médicos con frecuencia se estudia a través de la satisfacción que manifiestan los pacientes o beneficiarios.^(127, 128)

Algunos autores afirman que la aceptabilidad social se refiere a "*la evaluación de los pacientes sobre la aceptación, la conveniencia, la adecuación o la eficacia de la atención y el tratamiento*".⁽¹²²⁾ Sin embargo, esta definición es en parte circular, pues afirma que la aceptabilidad social conlleva a la aceptabilidad de la intervención. Estos autores omiten cualquier orientación teórico-metodológica sobre cómo evaluar la opinión de los pacientes sobre la atención y el tratamiento.⁽¹²³⁾ Plantean que la aceptabilidad depende de la actitud de los pacientes hacia las opciones de tratamiento y de su juicio sobre la aceptabilidad

percibida antes de participar en una intervención.^(116, 123) La aceptabilidad percibida puede implicar la valoración de aspectos diversos tales como adecuación, conveniencia y eficacia de la misma en relación al problema clínico en cuestión y su compatibilidad con estilo de vida de los usuarios, entre otros.⁽¹¹⁶⁾ Otros autores sostienen que las percepciones de aceptabilidad pueden cambiar con la experiencia real de la intervención.⁽¹²⁹⁾

En un sentido más amplio, aceptabilidad es la percepción que tienen los actores involucrados en la implementación de determinado servicio, práctica o innovación es agradable y satisfactoria.⁽¹⁸⁾ Varios han sido los trabajos publicados con el interés de avanzar en la noción y la taxonomía de siete resultados de implementación conceptualmente diferentes.⁽¹⁸⁻²¹⁾ Estos sugieren que la aceptabilidad (o lo que es aceptable) es específico para una intervención en un contexto de salud pública dado; y que esta solo puede ser evaluada sobre la base del conocimiento o la experiencia directa de los actores involucrados sobre el contenido y la complejidad de la intervención, entre otros aspectos. Asimismo, los autores de estos trabajos presumen que los niveles de aceptabilidad alcanzados para una intervención varían de acuerdo a la definición, la operacionalización y el abordaje metodológico utilizado. Así, los resultados podrían variar, por ejemplo, si la aceptabilidad se evalúa antes, durante o posterior a la implementación de la intervención.⁽¹⁸⁻²¹⁾

Ciertamente, la falta de aceptabilidad ha sido considerada como un reto para la implementación de intervenciones de salud.⁽¹⁶⁾ Es por ello que no sea de extrañar que los estudios de aceptabilidad de intervenciones o de métodos específicos utilizados en intervenciones de salud (por ejemplo: medicamentos, insecticidas, vacunas, procedimientos diagnósticos) sean muy frecuentes en la literatura científica en el campo de la salud pública.⁽¹⁷⁾

La aceptabilidad se ha convertido en la clave para el diseño, la evaluación y la aplicación de las intervenciones de salud. Los desarrolladores de intervenciones se enfrentan al reto de diseñar intervenciones sanitarias eficaces que garanticen el mejor resultado con los recursos disponibles.^(130, 131) La aceptabilidad es una condición necesaria pero no suficiente para la eficacia de una intervención. El éxito de la implementación depende de la aceptabilidad de la misma tanto para los que la llevan a cabo como para los beneficiarios.^(117, 123, 132) Es por esta razón que la aceptabilidad puede valorarse desde el punto de vista de varias partes interesadas y, se supone, cambia con la experiencia por lo que puede ser calificada como dinámica.⁽¹⁸⁾

El Consejo de Investigación Médica (MRC) del Reino Unido, ha publicado varios documentos de orientación metodológica para investigadores y financistas en relación con los métodos adecuados para diseñar y evaluar intervenciones complejas.⁽¹³³⁻¹³⁵⁾ El número de referencias al término aceptabilidad ha aumentado con cada publicación, lo que refleja la creciente importancia de este constructo. El primer documento de orientación metodológica del MRC publicado en 2008⁽¹³³⁾ no hace referencia a la aceptabilidad. El de 2015⁽¹³⁴⁾ se refiere a la aceptabilidad, pero no ofrece una definición del término ni proporciona instrucciones claras para su evaluación. Ofrece ejemplos de cómo se puede evaluar la aceptabilidad de beneficiarios de forma cuantitativa, con medidas de aceptación o satisfacción; y de forma cualitativa, formulando preguntas de sondeo sobre la interacción con la intervención.^(123, 134)

En la literatura existen estudios de intervención donde los implementadores examinan el impacto en las políticas sociales y la salud, a partir de la evaluación sobre efectividad de la implementación.⁽¹³⁶⁾ Utilizan tres resultados claves la fidelidad o calidad de la implementación, la sostenibilidad y la aceptabilidad, a fin de obtener el aporte de evidencias como determinantes del proceso de

implementación de intervenciones sobre efectividad. Otras investigaciones utilizan medidas objetivas de comportamiento como indicadores de aceptabilidad: tasas de abandono, razones de interrupción y las causas de interrupción.⁽¹²³⁾

Los estudios de implementación utilizan enfoques muy variados para medir la eficacia de un nuevo tratamiento, programa o servicio de salud. Algunos infieren el éxito de la implementación midiendo los resultados clínicos a nivel del cliente o del paciente, mientras que otros estudios miden los objetivos reales de la implementación, cuantificando, por ejemplo, los comportamientos deseados del proveedor asociados con la aplicación del nuevo tratamiento. Algunas investigaciones sobre estrategias de implementación evalúan los resultados en términos de mejora en el proceso de atención a partir del análisis de la efectividad.⁽¹³⁷⁾ Otros estudios deducen o miden los resultados de implementación en términos de actitudes y opiniones expresadas, intenciones o comportamientos declarados u observados en los proveedores y pacientes.⁽¹⁸⁾

La literatura refleja varios ejemplos de medición de la aceptabilidad de proveedores y pacientes. La Escala de Actitud de la Práctica Basada en la Evidencia (EBPAS) de Aarons capta la aceptabilidad de los tratamientos de salud mental basados en la evidencia entre los proveedores de salud.^(138, 139) Se han utilizado, además, entrevistas semiestructuradas para evaluar la aceptación de los gestores de casos de las prácticas basadas en la evidencia en un entorno de bienestar infantil.⁽¹⁴⁰⁾ Se ha medido la aceptación de los pacientes de los estudios mediante un cuestionario de 12 preguntas. Otros han evaluado la aceptabilidad a partir de la aceptación del método a utilizar así como de los efectos de riesgo para la salud de implementadores y receptores.⁽¹⁴¹⁾

Por su parte, las intervenciones de vacunas evalúan la aceptabilidad a partir de la percepción de riesgo de los individuos asociados a una medición de probabilidad o posibilidad. Las técnicas de análisis de riesgo basadas en modelos probabilísticos

han contribuido notablemente a realizar valoraciones consistentes y están implícitas en innumerables normativas y leyes. Sin embargo, estas técnicas no son suficientes por sí solas para definir la aceptabilidad del riesgo. Aunque se argumente su supuesta objetividad, muchos de sus fundamentos e hipótesis son igualmente subjetivas, razón por la cual es cuestionable que el “riesgo aceptable” se determine exclusivamente mediante este tipo de enfoque.^(142, 143) El nivel de riesgo aceptable no es constante; depende de muchos factores, incluida la valoración de qué tan controlable es el riesgo y la distribución de los costos y beneficios asociados a dicho control.⁽¹⁴³⁾

En los estudios de casos y controles, el método de exposición implica el riesgo adicional de infección por una cepa de exposición (a diferencia de los ensayos de vacunas sobre el terreno, que no aumentan la probabilidad de infección). Desde el punto de vista ético es importante en la evaluación de los riesgos, establecer criterios de la aceptabilidad ética de los estudios de exposición. Eso podría ser especialmente importante, por ejemplo, si existe la preocupación de que la vacuna pueda agravar la enfermedad.⁽¹⁴⁴⁻¹⁴⁶⁾ El valor científico y social y la aceptabilidad ética de la investigación sobre vacunas no depende de la demostración temprana de la eficacia en grupos de alto riesgo, en parte porque la vacunación de un gran número de personas de bajo riesgo protege de manera indirecta a personas de alto riesgo, como ocurre con la vacunación de toda la población contra la rubéola para proteger a niños que todavía no han nacido.⁽¹⁴⁷⁾

Las percepciones generales sobre la aceptabilidad, las dudas y la accesibilidad de las vacunas, no es óptima.^(120, 148) En la bibliografía consultada sobre vacunas como criterios de aceptabilidad se evaluaron creencias, conocimientos, experiencias, comunicación, horarios y diferentes barreras de acceso que dificultaron la aceptación de la inmunización.^(120, 144, 148) Estos estudios hacen referencia a la necesidad de sensibilizar sobre las múltiples formas de

discriminación que pueden surgir en la intersección de raza, género, clase, etnia, discapacidad u otras identidades y su incidencia en los niveles de aceptabilidad de la inmunización.⁽¹⁴⁸⁾

La aceptabilidad también ha sido un aspecto de atención frecuente en la investigación de intervenciones de control de *Aedes aegypti* o conjunto de estudios secuenciales (de eficacia/efectividad, replicación y diseminación)⁽²²⁾ que se llevan a cabo para informar las políticas y las prácticas. Una valoración rápida realizada por la autora sobre estudios publicados sobre este particular mostró: amplia variedad de definiciones del término empleadas; utilización recurrente de variables *proxy* con disímiles significados tales como “cobertura”, “uso” y “disposición a pagar”; diversidad de perspectivas y abordajes metodológicos utilizados para su evaluación con predominio del paradigma de investigación cuantitativa; y presencia de lo que se ha dado a llamar “sesgo del producto”.⁽¹⁷⁾ Este último es la creencia de que si las intervenciones o métodos evaluados son beneficiosos para la salud de la población, estos serán percibidos de igual forma por sus beneficiarios. Consecuentemente, el foco de atención de los estudios de aceptabilidad sería identificar la manera en que el producto debe ser modificado (en caso de ser necesario) para incrementar su aceptabilidad.

Los investigadores deben tener claro el propósito de la evaluación de aceptabilidad en los diferentes momentos (antes, durante o después de la intervención); y el propósito declarado debe estar alineado con la perspectiva temporal adoptada (prospectiva o retrospectiva). Las diferentes perspectivas temporales cambian el propósito de la evaluación de la aceptabilidad y pueden cambiar el resultado de la misma. Por ejemplo, cuando se evalúa la aceptabilidad durante o concurrente a la implementación, los investigadores tienen la opción de evaluar la aceptabilidad experimentada hasta ese momento o evaluar la aceptabilidad prevista en el futuro.⁽¹²³⁾ Cuando se evalúa la aceptabilidad durante

la implementación de una intervención a la que inicialmente es difícil adaptarse puede obtenerse una alta aceptabilidad anticipada y una baja aceptabilidad experimentada. Del mismo modo, las evaluaciones de aceptabilidad posterior a la intervención pueden centrarse en la experiencia de los participantes con la intervención desde su inicio hasta su finalización; o en la aceptabilidad anticipada, referida a las opiniones de los participantes sobre cómo sería continuar con la intervención de forma rutinaria o habitual, más allá de la investigación de construcción de evidencias.⁽¹²³⁾

Sin una comprensión compartida de lo que significa la aceptabilidad, no está claro cómo los desarrolladores de intervenciones de salud van a evaluar la aceptabilidad de las mismas. La inconsistencia en la definición del concepto puede impedir el desarrollo de instrumentos válidos de evaluación.⁽¹⁴⁹⁾ La teorización sobre el concepto de aceptabilidad proporcionaría las bases necesarias para desarrollar instrumentos para su evaluación;⁽¹²³⁾ permitiría: (1) comprender mejor qué es (o se propone que sea) la aceptabilidad (en concreto, si es unitaria o multicomponente); (2) en caso de que sea multicomponente, definir cuáles son (o se propone que sean) sus componentes; (3) proponer la manera en que la aceptabilidad se relaciona con otros aspectos como el compromiso o la adherencia a la intervención; y (4) establecer cómo medirla.⁽¹²³⁾

1.4 Síntesis de evidencia científicas y estudios de revisión de la literatura.

La medicina basada en evidencia (MBE) es el empleo consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual en la toma de decisiones sobre el cuidado médico de los pacientes. La práctica de la MBE significa integrar la competencia clínica individual con la mejor evidencia clínica externa disponible a partir de la investigación sistemática.⁽¹⁵⁰⁾ Aunque este último componente parece, en teoría, relativamente fácil de adquirir, en la práctica los profesionales sanitarios se ven desbordados por una cantidad de información imposible de manejar.⁽¹⁵¹⁻¹⁵³⁾

En la actualidad existen diversos motivos que hacen necesaria la gestión correcta del conocimiento.⁽¹⁵¹⁾ Se ha pasado, en tan solo unos pocos años, de no disponer de fuentes de información científica a nadar en una sobreabundancia que nos satura y puede ser ciertamente contraproducente. Y el futuro se promete imparable en cuanto a la expansión continua de la información obtenida mediante la investigación. En cualquiera de los buscadores de Internet actualmente disponibles encontraremos información, lo que evidentemente supone una cifra desorbitada. Lo mismo sucede con los motores de búsqueda de las diferentes bases de datos: el número de referencias bibliográficas relacionadas a un descriptor es una cifra realmente elevada.⁽¹⁵⁴⁾ La calidad de las diversas fuentes de información es desigual, por lo que el problema al que nos enfrentamos no es solo el exceso de información, sino que la calidad de la mayoría de las fuentes es deficiente.⁽¹⁵¹⁾ De igual manera, los contenidos de las fuentes de información quedan obsoletos rápidamente; por tanto, necesitamos disponer de herramientas que nos permitan acceder a la información adecuada en términos de cantidad, calidad y actualidad.⁽¹⁵¹⁾

El conocimiento y manejo de la metodología adecuada frente a cada situación en salud permitirá resolver la problemática y lograr alcanzar la excelencia clínica y la equidad sanitaria. Tal y como lo expresara, Archie Cochrane;⁽¹⁵⁵⁾ *“...debido a que los recursos siempre serán limitados, los mismos deberían ser usados para proporcionar equitativamente aquellas formas de atención sanitaria que hubiesen demostrado ser efectivas en evaluaciones diseñadas apropiadamente...”*⁽¹⁵⁶⁾ Este autor describió cómo las revisiones sistemáticas han sido utilizadas por decisores de políticas para responder a sus preguntas. Otro ejemplo, es el del Colegio Americano de Médicos que utiliza las revisiones sistemáticas como base para la confección de guías de práctica clínica o análisis económicos, de decisión o evaluación del riesgo. En general las Oficinas de Evaluación de Tecnologías

incluyen las revisiones sistemáticas como parte de la evaluación de eficacia clínica.⁽¹⁵⁷⁾

Las revisiones de la literatura ofrecen la posibilidad de estar informados sin necesidad de invertir una enormidad de tiempo.⁽¹⁵⁸⁾ Es, precisamente, una de las maneras más eficientes de encontrar la evidencia científica. Por tanto, necesitamos imperiosamente revisiones sistemáticas para integrar de forma eficiente toda la información válida y proporcionar una base para la toma de decisiones de una manera racional. Las RS establecen cuándo los efectos de la atención sanitaria son consistentes y cuándo pueden aplicarse los resultados de la investigación a los diferentes grupos de población.⁽¹⁵¹⁾ Las RS se han convertido en un tema cada vez más importante en el área de la salud. Los médicos utilizan este tipo de publicaciones para mantenerse informados en su campo de especialidad^(159, 160) y a menudo son utilizados como punto de partida para elaborar guías de práctica clínica.⁽¹⁶¹⁾ En las RS explícitamente se plasman las razones de las discrepancias o contradicciones entre los resultados de las distintas investigaciones, impulsando a rediseñar los estudios en función de mejorar la investigación clínica.⁽¹⁶²⁾

Una ventaja de las RS radica en que permiten incrementar la precisión en la estimación del efecto debido a que agrupan en una fuente común los diferentes aspectos de temas específicos, estableciendo una visión general clara, completa y rigurosa. Esto permite observar la magnitud real del efecto y la potencia estadística que normalmente es pequeña en los estudios independientes, evitando de este modo los errores de tipo II.⁽¹⁶³⁾

Tradicionalmente se han realizado un tipo de revisiones denominadas revisiones narrativas⁽¹⁵¹⁾ (RN). Estas se caracterizan por ser “más o menos exhaustivas”; son realizadas por “expertos en un tema”, en la que los autores no declaran los métodos que utilizaron para obtener o seleccionar la información. Por lo tanto, son

ideales para poder responder preguntas “básicas” (consideradas estas como las que se refieren a “aspectos” generales de una condición, fisiopatología, clasificación o aspectos generales sobre su diagnóstico y rehabilitación). Este tipo de preguntas se puede responder mediante libros y enciclopedias. Las RN, según la jerarquización de la evidencia, se encuentran en el último eslabón de la pirámide de revisiones de la literatura al estar expuestas a la posibilidad de presentar un elevado riesgo de sesgo, principalmente por su subjetividad y nula metodología.⁽¹⁶⁴⁻¹⁶⁶⁾ Las principales limitaciones de las RN son la dependencia de la subjetividad del revisor y la falta de explicitación de los métodos de búsqueda y selección de las fuentes.⁽¹⁶⁷⁾

La RN generalmente no sigue un método sistemático. En ellas es posible que el autor seleccione artículos que apoyen su punto de vista o la hipótesis que quiere sustentar. A esta práctica se le conoce como falacia de evidencia incompleta o *cherry picking*. Esto puede suceder, por ejemplo, cuando un autor menciona en su revisión únicamente los reportes sobre los beneficios de una intervención, desconociendo que existen estudios en los que no se observa ningún beneficio, o incluso, se observa un efecto nocivo.^(168, 169)

Existen diferentes tipos de RS de la literatura científica. Estas son trabajos que resumen de forma sistemática la evidencia científica para estudiar una relación existente en el ámbito de la salud en respuesta a una pregunta concreta. El meta-análisis (MA) es una técnica de síntesis cuantitativa de resultados de investigaciones primarias con el objeto de proporcionar estimaciones más precisas que las que se desprenden de los estudios aislados incluidos en la revisión. Según Gene Vidrio Glass⁽¹⁷⁰⁻¹⁷²⁾ se trata del análisis estadístico de una gran colección de resultados de trabajos individuales con el propósito de integrar los hallazgos obtenidos.

La Revisión Sistemática Exploratoria (RSE) es la síntesis de la evidencia sobre un tema relacionado con la salud que describe el conocimiento existente sobre el mismo. Sirven para generar hipótesis, establecer líneas de investigación, o como base para la elaboración de informes técnicos.⁽¹⁷³⁾ Y por último, el Informe Técnico (IT) es un documento elaborado por expertos que seleccionan, según su criterio, la evidencia que responde a una pregunta determinada sobre un problema de salud. Suelen ser estudios basados habitualmente en revisiones sistemáticas (con o sin meta-análisis), otros informes técnicos, juicios de expertos u otros recursos de información.⁽¹⁷⁴⁾

Las RS que son una forma de investigación que recopila y proporciona un resumen sobre un tema específico; se deben realizar de acuerdo a un diseño preestablecido. En ellas el centro de estudio no son pacientes sino los estudios clínicos disponibles en los recursos electrónicos: bases de datos-metabuscadores, literatura gris, actas de congresos, etc.⁽¹⁷⁵⁾ Son investigaciones originales cuya unidad de análisis son los estudios o investigaciones primarias, son datos más que pacientes, por este motivo también son contempladas como investigación secundaria; pero siempre deben ser consideradas investigación original, ya que claramente utilizan el método científico para la resolución del problema de investigación planteado.^(152, 176) Las RS reúnen de una manera metódica toda la evidencia disponible con unos criterios de elegibilidad establecidos, con el objetivo claro de responder a una pregunta específica; sus métodos son explícitos, de tal manera que se minimizan los sesgos.^(153, 177, 178)

Se define la RS⁽¹⁷⁹⁾ como un estudio integrativo, observacional, retrospectivo, secundario, en el cual se combinan estudios que examinan la misma pregunta. A su vez, dentro de la revisión sistemática existen dos formas: “cuantitativa o meta-análisis” y “cualitativa u *overview*”. Las diferencias están dadas fundamentalmente por el uso de métodos estadísticos, que permite la combinación y análisis

cuantitativo de los resultados obtenidos en cada estudio. El término MA, fue introducido por Glass en 1976,⁽¹⁸⁰⁾ quien lo definió como un análisis estadístico de una amplia serie de análisis de resultados de estudios individuales con el objeto de integrar sus hallazgos. Aunque a veces se utilicen indistintamente los dos términos, una RS no es igual a un MA.^(162, 179)

El MA aporta información muy útil y manejable para facilitar la comprensión acerca del efecto de un tratamiento o intervención, tanto en general como en grupos específicos de pacientes.⁽¹⁵⁸⁾ Además, permite aumentar la precisión en la estimación del efecto detectando efectos de magnitud moderada pero clínicamente importantes que podrían haber pasado inadvertidos en los estudios primarios. Habitualmente, el MA combina datos agregados procedentes de los estudios publicados, pero en ocasiones puede combinar datos individualizados de los pacientes que han participado en varios estudios. Es el llamado MA con datos individuales de pacientes, considerado patrón de referencia de las RS.^(176, 181)

Las RS con MA poseen un alto nivel de validación y calificación⁽¹⁶⁴⁾, por lo que reducen la probabilidad de que los responsables de la toma de decisiones en políticas de salud sean incitados a errores por parte de las investigaciones. Esta característica aumenta la confianza entre los proveedores de salud en la toma de decisiones acertadas, mediante la aplicación de las evidencias encontradas, con disminución de los sesgos y aumento en la precisión de los datos. Permiten realizar la búsqueda de evidencias de revisiones sistemáticas propias (en lugar de tener que buscar y sintetizar la evidencia de la investigación disponible por su propia cuenta).⁽¹⁸²⁾

Las RS también permiten a los responsables de la toma de decisiones en políticas de salud centrarse en la recolección y síntesis de otros tipos de evidencia, como la evidencia local sobre la viabilidad técnica, la adaptación a los problemas dominantes en el ámbito multicultural (rural/urbano) del momento, y la

aceptabilidad de las opciones posibles en términos de viabilidad del presupuesto y del proceso de implementación respaldada políticamente por los entes gestores de salud y economía. Permiten la aceptación y rechazo de las partes interesadas en salud, como también la sociedad civil. Las RS de impacto incentivan a la realización de los MA y por ende de las investigaciones científicas primarias y secundarias.⁽¹⁶⁵⁾

Es conveniente mencionar que, en un inicio, las RS y los MA se enfocaron en ensayos clínicos controlados para determinar la efectividad y seguridad de intervenciones terapéuticas, tales como medicamentos, cirugías o cambios en estilos de vida.⁽¹⁸³⁾ Las RS de la literatura han tenido un crecimiento exponencial en los últimas décadas, dado que son un apoyo fundamental para la toma de decisiones tanto en el área clínica como en la educativa; ellas permiten de una manera sencilla y metódica, solucionar problemas que se dan en el quehacer diario. La síntesis de evidencia es también una herramienta fundamental para el desarrollo de políticas públicas en todas las áreas de conocimiento.⁽¹⁸⁴⁾

Para la realización de una RS, como todo proceso de investigación, se sugiere la realización de un protocolo claro y conciso⁽¹⁸⁵⁾ donde se plantea el fundamento de la revisión, la pregunta, los criterios de inclusión/exclusión, la estrategia de búsqueda junto a la metodología explícita y el plan de análisis.^(184, 186, 187) La revisión sistemática será más sencilla de realizar entre más específica sea la pregunta. Requiere de la integración de un equipo multidisciplinario constituido por un investigador con experiencia en el tema examinado, epidemiólogos, bioestadísticos y documentalistas que puedan dar cumplimiento a una serie de etapas. Saber evaluar críticamente una revisión de la literatura es una práctica fundamental para los profesionales de la salud y para los tomadores de decisiones. Cuando los métodos de una revisión no son explícitos o no son

adecuados, sus conclusiones pueden ser poco confiables y, en consecuencia, debe tenerse precaución a la hora de utilizarlas para la toma de decisiones.⁽¹⁶⁸⁾

Durante las últimas décadas, se han llevado a cabo importantes iniciativas para mejorar la transparencia, la calidad y la consistencia de la información metodológica y los resultados presentados en las RS y los MA. Entre ellas, destaca la publicación en 1999 de la declaración *Quality of Reporting of Meta-analyses* (QUOROM),⁽¹⁸³⁾ y su posterior revisión y ampliación en la declaración *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA).⁽¹⁸⁸⁻¹⁹⁰⁾ La terminología usada para describir una RS y un MA ha evolucionado en el tiempo. Una de las razones por las que se cambió el nombre de QUOROM a PRISMA fue el deseo de abarcar tanto RS como MA.

La nueva lista de comprobación de PRISMA^(190, 191) se diferencia en varios aspectos a la de QUOROM. Por lo general, la lista de comprobación de PRISMA separa y enlaza varios ítems presentes en la lista de QUOROM para mejorar la consistencia a través del informe de la RS.^(189, 190, 192) La Declaración PRISMA^(190, 191) consiste en una lista de comprobación de 27 ítems y un diagrama de flujo de cuatro fases.⁽¹⁸⁹⁾ Es una guía de publicación de la investigación diseñada para mejorar la integridad del informe de RS y MA. Desde su publicación en 2009, los autores e investigadores de todo el mundo han utilizado la declaración PRISMA para planificar, preparar y publicar sus RS y MA.

La difusión e implantación de la declaración PRISMA ayuda a los autores a mejorar la calidad de la publicación, los métodos y resultados de las RS y los MA^(192, 193). Aunque se utiliza mayoritariamente en RS y MA de ensayos aleatorizados, PRISMA también puede ser utilizada como base para la presentación de revisiones sistemáticas de otro tipo de investigaciones.⁽¹⁶¹⁾

CAPÍTULO II. MÉTODOS

II.1 Diseño del estudio

Para darle salida a la presente investigación se utilizará la revisión sistemática de la literatura (descrita en detalle en el Capítulo 2) como estrategia metodológica, siguiendo la guía PRISMA,^(190, 191) en los últimos 50 años. Entre sus bondades vale destacar que permite profundizar en las características de los estudios de aceptabilidad de los diversos métodos de control de *Aedes aegypti* existentes, y en sus diseños metodológicos y teorías o marcos teóricos subyacentes. Esto aporta una comprensión más holística del fenómeno en estudio y de sus diferentes aspectos; y sirve como fundamento para posteriores desarrollos teóricos en la temática, lo cual adquiere una gran importancia, si se tiene en cuenta la necesidad de actualización sistemática en los avances científico-técnicos en diferentes temas en la rama de las ciencias médicas y su utilización para informar las políticas y las prácticas en el campo de la salud pública en sentido general, y en el control de vectores y la prevención de arbovirosis, en particular.

En el ámbito profesional, como especialista de gestión de la información, la autora del presente trabajo tuvo un interés particular en conocer la magnitud de la producción científica en la temática en las últimas décadas y su indización en las bases de datos bibliográficas automatizadas más relevantes; las cuales estimulan y potencian el uso de las revisiones de la literatura para caracterizar y avalar la calidad de los resultados de la actividad científico-técnica.

La realización de esta investigación, como aporte para la Salud Pública: ofrece una síntesis de evidencias sobre todos los aspectos asociados a la aceptación o rechazo (potencial o real) en la implementación de los diferentes métodos de control de *Aedes aegypti* utilizados en el mundo, desde los más tradicionales hasta los más novedosos; pone en perspectiva los estudios de aceptabilidad

conducidos en Cuba en comparación con aquellos realizados internacionalmente; y contribuye a la definición teórica del término aceptabilidad; así como al análisis crítico y la clarificación de las aportaciones y los sesgos de los diferentes abordajes metodológicos utilizados en su evaluación.

La relevancia científica de la presente investigación está avalada por la aceptación de su protocolo en el Registro Prospectivo Internacional de Revisiones Sistemáticas (PROSPERO),⁽¹⁹⁴⁾ lo cual certifica la pertinencia a nivel internacional de realizar una síntesis de evidencias en la temática propuesta y garantiza su posterior publicación. Asimismo, vale destacar que la importancia de los resultados alcanzados trasciende la investigación de intervenciones para el control de *Aedes aegypti* por su aplicabilidad en la evaluación de aceptabilidad de otras intervenciones de salud.

El presente documento, memoria escrita de la investigación, además de la Introducción contiene tres capítulos, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos. En el Capítulo 1 se provee la fundamentación teórica del estudio; se incluyen los principales conceptos que se manejan a lo largo del mismo; se describen de forma más detallada las características y la distribución de las arbovirosis; su agente transmisor y los diferentes métodos para su control. Además, se incluyen las diferentes aproximaciones teóricas y metodológicas a la síntesis de evidencias científicas.

Se describen, en el Capítulo 2, los aspectos esenciales de la estrategia metodológica utilizada: diseño del estudio, las fuentes de información, los criterios de inclusión y exclusión, los procedimientos para la selección de estudios y la extracción de datos a partir de la operacionalización de las variables. Se describen, además, las técnicas y las herramientas para el análisis de los datos y las consideraciones éticas del estudio. En el Capítulo 3 se presentan y discuten los resultados de la investigación que justifican las conclusiones por objetivos, así

como las recomendaciones para la investigación, las políticas y las prácticas con relación a la evaluación de aceptabilidad de intervenciones para el control de *Aedes aegypti*.

II.2. Criterios de elegibilidad.

Con el propósito de identificar los aspectos teóricos y metodológicos utilizados en la evaluación de la aceptabilidad de intervenciones de control de *Aedes aegypti* se realizará la búsqueda de: 1) investigaciones originales o comunicaciones cortas estructuradas que reportan estudios de aceptabilidad de intervenciones de control de *Aedes aegypti* con efecto poblacional; 2) desde las diferentes perspectivas (beneficiarios, proveedores, decisores, etc.); y 3) ya sean evaluaciones independientes o combinadas con otros aspectos (efectividad, proceso, etc.).

II.2. Fuentes de información y estrategia de búsqueda.

Se realizó una búsqueda bibliográfica avanzada a través de una consulta directa y de acceso a las bases de datos PubMed y SciELO Regional. Todos los conceptos que emergieron del tema de investigación se utilizaron como punto de partida para identificar palabras claves. Previamente se realizó la búsqueda de términos en el vocabulario estructurado y trilingüe DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud), y el MeSH (Medical Subject Headings). Para incrementar la sensibilidad de algunas palabras claves se truncaron en el lugar más apropiado seguido del símbolo *. Se utilizó los operadores Boléanos (AND, OR, NOT) apropiados para cada base de datos.

Emergieron tres grupos de términos referidos a: aceptabilidad, arbovirosis y *Aedes aegypti*. Se combinaron los tres grupos en ambas bases de datos con el objetivo de restringir la búsqueda y recuperar la mayor cantidad de artículos sobre el tema de esta investigación. Para SciELO Regional se utilizó la misma estructura de

búsqueda con el objetivo de abreviar los pasos seguidos en PubMed. Como los criterios de inclusión para el establecimiento de límites en la aplicación de la estrategia de búsqueda no se emplearon restricciones por fecha e idioma; con el propósito de recuperar una mayor cantidad de registros y evitar el sesgo de idioma.

Grupo1. Estrategia: "patient acceptance of health care"[MeSH Terms]) OR "refusal to participate"[MeSH Terms]) OR "refusal to treat"[MeSH Terms]) OR accept*) OR "willingness to pay") OR "long-term use") OR discont*) OR "intervention* engagement*") OR "willingness to participate") OR "intervention* dropout*") OR "intervention* compliance*") OR "intervention* refusal*") OR "intervention* withdraw*") OR "intervention* adherence*") OR "intervention* attitude*

Grupo2. Estrategia: "arbovirus infections"[MeSH Terms]) OR "dengue virus"[MeSH Terms]) OR "Zika virus"[MeSH Terms]) OR "chikungunya virus"[MeSH Terms]) OR "mayaro virus"[MeSH Terms]) OR "yellow fever"[MeSH Terms]) OR mayaro) OR "yellow fever") OR chikungunya) OR Zika) OR dengue) OR Arbovir

Grupo3. Estrategia: Vector*) OR Aedes*) OR mosquito*) OR "mosquito control"[MeSH Terms]) OR "mosquito vectors"[MeSH Terms]

Estrategia Final: "patient acceptance of health care"[MeSH Terms]) OR "refusal to participate"[MeSH Terms]) OR "refusal to treat"[MeSH Terms]) OR accept*) OR "willingness to pay") OR "long-term use") OR discont*) OR "intervention* engagement*") OR "willingness to participate") OR "intervention* dropout*") OR "intervention* compliance*") OR "intervention* refusal*") OR "intervention* withdraw*") OR "intervention* adherence*") OR "intervention* attitude*") AND (((((((((((("arbovirus infections"[MeSH Terms]) OR "dengue virus"[MeSH Terms]) OR "Zika virus"[MeSH Terms]) OR "chikungunya virus"[MeSH Terms]) OR

"mayaro virus"[MeSH Terms]) OR "yellow fever"[MeSH Terms]) OR mayaro) OR "yellow fever") OR chikungunya) OR Zika) OR dengue) OR Arbovir*)) AND (((((Vector*) OR Aedes*) OR mosquito*) OR "mosquito control"[MeSH Terms]) OR "mosquito vectors"[MeSH Terms])

La estrategia de búsqueda se ejecutó en dos fases. La fase inicial se llevó a cabo en diciembre de 2019 y se actualizó en agosto de 2022, la segunda fase

II.3. Selección de los estudios.

De la base de datos que se generó con el gestor EndNote® X8 se obtuvo un informe en Excel con los estudios identificados en la búsqueda. Esta incluyó: autores, fecha de publicación, revista, título, resumen y palabras claves de los artículos. Se organizaron por fecha de publicación. La base de datos se dividió en dos mitades. Revisadas en duplicado y de manera independiente por dos duetos de investigadores para determinar los estudios que cumplieron con los criterios de inclusión. Un quinto investigador resolverá las discrepancias. Se incluyeron todos los registros que no tengan resumen o dudosos. Tres investigadores del equipo realizaron la revisión de los artículos a textos completos. En esta fase las discrepancias fueron resueltas por discusión y consenso de los tres revisores. Otros dos investigadores disiparon las discrepancias no resueltas.

II.4. Extracción de datos.

Los textos completos de los artículos cumplen con los criterios de inclusión asignados a cuatro investigadores para su revisión. Se utilizó una hoja de Excel con formato estandarizado para extraer los datos. Se realizó un sistema de chequeo cruzado entre los investigadores durante la extracción de datos. Se zanjaron las dudas y discrepancias por discusión y consenso.

En el formato estandarizado de extracción de datos se incluirán: autores, año de publicación, país, intervención, atributo medido, definición del atributo medido, perspectiva de la evaluación, marco teórico utilizado, objetivos del estudio, objetivos en términos de aceptabilidad, diseño del estudio, métodos, resultados, limitaciones del estudio, determinantes de la aceptabilidad/no aceptabilidad y referencias a estudios de aceptabilidad e la discusión.

II.5. Operacionalización de variables.

Variable	Definición	Escala
Producción científica sobre aceptabilidad	Comportamiento de las publicaciones científicas sobre la aceptabilidad de intervenciones de control de <i>Aedes aegypti</i> en las bases de datos PubMed y SciELO Regional.	-Indicador por Años. -Indicador por Países. -Indicador por Autor. -Índice de transitoriedad.
Intervenciones de control de <i>Aedes aegypti</i> .	Conjunto de métodos utilizados para limitar o erradicar vectores que transmiten patógenos infecciosos.	-Físico-químico -Biológico -Manejo ambiental -Nuevas tecnologías
Abordaje teórico-metodológico	Elementos descritos por los investigadores en la literatura para evaluar la aceptabilidad en las intervenciones de control de <i>Aedes aegypti</i> ; así como su enfoque teórico y metodológico.	-Tipo de diseño o estudio. -Atributo medido -Definición del atributo medido -Perspectiva de la evaluación -Marco teórico

		<p>utilizado</p> <ul style="list-style-type: none"> -Objetivos del estudio -Objetivos en términos de aceptabilidad -Métodos de recogida de datos. -Partes interesadas.
Marco temporal	Momento en que se realiza la evaluación de la aceptabilidad en relación a la implementación de la intervención	<ul style="list-style-type: none"> -Posterior -Concomitante -Anterior -Antes y después -Otro
Aceptabilidad	Resultados en la percepción que tienen los actores involucrados en la implementación que determinado servicio, práctica o innovación es agradable y satisfactoria.	<ul style="list-style-type: none"> -Positivo -Negativo -Mixto -No está claro -No declarado
Determinantes de la aceptabilidad	Factores asociados a los niveles de aceptabilidad reportados en la literatura	<ul style="list-style-type: none"> -Características de la población. -Características de la intervención. -Proceso de aplicación. -Riesgos para la salud y el medio ambiente. -Percepciones.

II.6. Análisis de los datos

No se realizó evaluación del riesgo de sesgo debido a que el propósito de la investigación es analizar críticamente la heterogeneidad en los estudios de aceptabilidad en relación a la definición del término y el diseño de estudio utilizado. Se aportó una descripción detallada de los diseños de estudio y las limitaciones reportadas por los autores. Se efectuó un análisis descriptivo y comparativo de los datos. En la realización del análisis de los datos cualitativos se utilizará el Excel y el programa Nvivo 10. Para medir varias características dentro del análisis bibliométrico se estudiarán los siguientes indicadores multidimensionales.^(195, 196)

- Productividad por años: Se conoció y se describió el comportamiento de la producción científica en los años que se analizarán.
- Producción científica por países: Se conoció la presencia de los países en los artículos que se publicaron sobre aceptabilidad de intervenciones de control de *Aedes aegypti*.
- Productividad por autores: Se permitió conocer los autores más productivos y la cantidad de autores transitorios, a partir de la expresión **IT= (AT/Ta) x 100%**.

Se caracterizaron los abordajes teórico-metodológicos de los estudios publicados sobre aceptabilidad de métodos de control de *Aedes aegypti*. Se describieron los resultados en términos de aceptabilidad y sus principales determinantes reportados en los estudios publicados y su posible relación.

II.7.Consideraciones éticas

El protocolo está inscrito en el Registro Prospectivo Internacional de Revisiones Sistemáticas PROSPERO (CRD42018104157, octubre de 2020). Lo cual muestra la relevancia de la temática a nivel internacional y garantiza su posterior publicación. El estudio forma parte de un proyecto asociado a programa del MINSAP con financiamiento de la Cooperación Belga para el Desarrollo (DGD).

Para minimizar el sesgo del observador se garantizó durante la revisión por pares, que aquellos artículos donde el autor se corresponde con algunos de los revisores serían otorgados a aquel que no formara parte de la autoría del artículo. Al momento de la valoración de los resultados se realizó de forma independiente, para evitar la manipulación indebida de la investigación. Todos los participantes en la revisión cumplirán y respetarán el derecho de opinar de cada revisor sin ninguna posibilidad de discriminación. Considerarán además como debe citarse el documento para su publicación, el orden de los autores, participantes, agradecimientos, la presencia de grupos asesores, los procedimientos editoriales.

CAPÍTULO III. RESULTADOS

III.1. Resultado de la búsqueda.

La estrategia de búsqueda incluyó PubMed y la biblioteca virtual SciELO Regional como bases bibliográficas y se realizó en dos fases: diciembre 2019 y agosto 2022. Se recuperaron 478 registros en la primera fase y 104 en la segunda, para un total de 582 artículos. Después de extraer los 8 artículos duplicados en ambas fases, se procedió al análisis de los artículos por título y resumen, en correspondencia a los criterios de inclusión; obteniendo 576 artículos.

En la etapa de tamizaje se excluyeron 381 registros, quedando para evaluar su elegibilidad a texto completo 195 artículos. De estos se descartaron 124 registros que carecían de los criterios de elegibilidad, 14 no eran artículos de investigación, 5 no hacían referencia a *Aedes aegypti*, en 64 no estaba clara la intervención declarada, 16 no contenían la intervención adecuada y 25 no evaluaban aceptabilidad o algunos de sus *proxys*. Con criterios de elegibilidad para la revisión quedaron 71 artículos. Durante su análisis se identificaron en las referencias 8 artículos para un total de 79 artículos a incluir en la revisión (Figura 1)

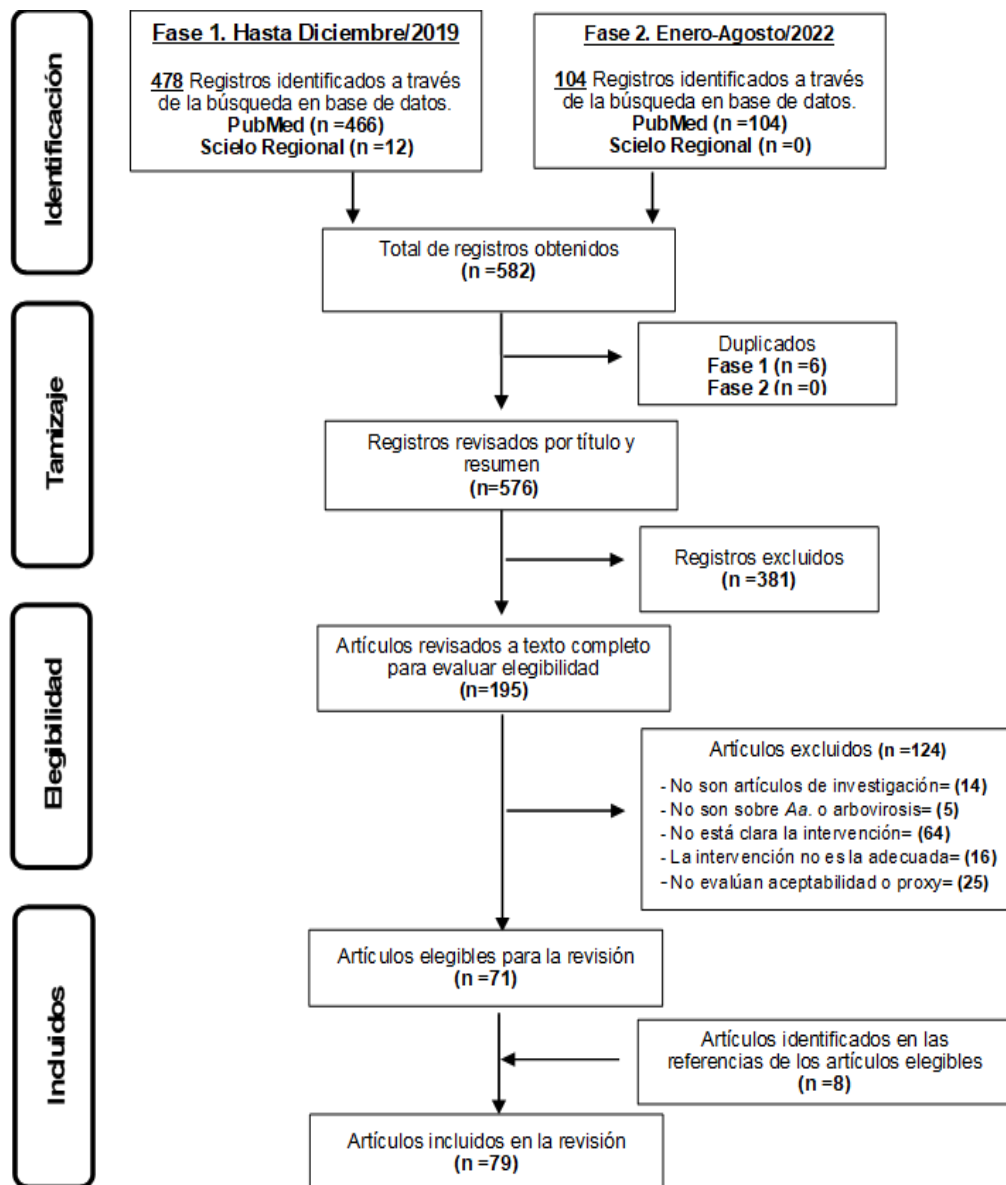


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA

III.2. Producción científica sobre aceptabilidad de intervenciones de control de *Aedes aegypti*.

En la tabla 1, se resumen las características de los estudios incluidos en la revisión, a partir de los criterios de elegibilidad de los mismos.

Tabla 1. Características de los artículos incluidos en la revisión ($n = 79$).

Características	n	%
Año de publicación^a		
1968-2009	20	25,3
2010-2014	24	30,4
2015-2017	18	22,8
2018-2022	17	21,5
Región		
América Latina y el Caribe	37	46,8
Asia	30	38,0
América del Norte	3	3,8
Oceanía	3	3,8
Multi-región	5	6,3
África	1	1,3
Producción científica de los autores		
Autores transitorios	70	88,6
Autores no transitorios	9	11,4
Intervención^b		
Participación/educación/comunicación	26	32,1
Materiales tratados con insecticida	14	17,3
Participación comunitaria combinados con otros métodos	12	14,8
Control Biológico	7	8,6
Insecticidas	7	8,6
Trampas	5	6,2
Control de larvas	4	4,9
Mosquitos manipulados genéticamente o esterilizados	3	3,7
Métodos de control no convencionales	1	1,2
Sistema de vigilancia	1	1,2
Abasto de agua	1	1,2
Enfermedad		
Dengue	67	84,8
Arbovirosis (Dengue, Zika y Chikunguña)	8	10,1
Zika	2	2,5
Dengue y otras enfermedades	1	1,3
Ninguna en específico	1	1,3

Estudios sobre aceptabilidad exclusivamente

No	61	77,2
Si	18	22,8

^a Por cuartiles

^b Hay estudios que evalúan más de una intervención (n=81)

La producción de artículos sobre la aceptabilidad de intervenciones de *Aedes aegypti* en el período de 1968- agosto 2022 tuvo una tendencia ascendente de los estudios publicados. En un período de 41 años (1968-2009) se publicaron solo 20 artículos mientras en los otros tres períodos mucho más cortos (de aproximadamente 4 años), se publicó casi la misma cantidad de artículos (tabla 1). En los cuatro periodos el promedio de artículos fue de 0,47; 4,8; 6 y 3,4, respectivamente (datos no reflejados en la tabla 1).

Del total de estudios publicados, 37 provienen de América Latina y el Caribe, para un 46.8%; donde Cuba se destacó con una producción científica de 7 artículos. Esta región mantiene el mayor índice de productividad en investigaciones sobre la aceptabilidad de intervenciones de *Aedes aegypti*, coincidiendo con la emergencia de brotes epidémicos. Tailandia y Vietnam, son países exponentes de una productividad de 8 y 6 artículos de los 30 artículos publicados por investigadores del continente Asiático (tabla 1). El 6,3 % se corresponde con artículos multirregionales a partir de la implementación, a la vez, de las estrategias en cincopaíses. Dentro de los estudios publicados aparece la representación de dos países de altos ingresos.

Los datos obtenidos refieren información sobre el indicador bibliométrico relativo a la producción científica por autor. Los autores Paz Soldán y Toledo fueron los de mayor producción científica con tres artículos cada uno, que representa el 3,4 %. Hubo siete autores (Vanlerberghe, Nam, Tran, Kittayapong, Basso, Kroeger y McNaughton) con dos artículos como primer autor para un 8,7 %. Se identificó un alto número de autores transitorios (AT), en correspondencia con la cantidad de

artículos que se publican sobre la aceptabilidad de intervenciones de *Aedes aegypti*. Se obtuvo un índice de transitoriedad del 88,6 % de los autores que publicaron un artículo y el 11,4 %, de dos a tres artículos convirtiéndose en los autores más productivos (anexo1).

Aproximadamente la mitad de los estudios (37/79; 47 %) eran intervenciones de participación comunitaria combinados (5/37; 6,4 %) con el manejo ambiental. Veinte y cinco (32%) implicaron el uso de insecticidas, larvicidas, Abate, pulverización espacial de mosaico, cortinas, mayas y uniformes impregnados; etc. En siete estudios (9%) se utilizaron las nuevas tecnologías para el control del vector, el control biológico fue implementado en nueve estudios para 11%, con el uso de *Mesocyclops* y peces larvívoros y uno de los artículos no tenía definido el método de control empleado (1%).⁽¹⁹⁷⁾

Los métodos disponibles en su mayoría se combinaron para obtener un mayor alcance en el control de los diferentes estadios de *Aedes aegypti*. Para el análisis se tuvo en cuenta el método en correspondencia con el objetivo de la intervención. La participación comunitaria estuvo intercalada en los estudios como un componente de fortalecimiento en la aplicación de los métodos de control (anexo1).

III.3. Abordajes teórico-metodológicos de los estudios publicados sobre aceptabilidad de intervenciones de control de Aedes aegypti, a lo largo de los años.

En los estudios incluidos solo 19 artículos de los 79 proveen una definición de aceptabilidad o de la variable *proxy*. Los autores refieren en sus artículos que evalúan aceptabilidad en la intervención pero casi nunca definen aceptabilidad como aceptabilidad, utilizan para definir el atributo términos muy diversos. De las definiciones que aparecen en estos artículos, (cuadro I), algunas son muy

específicas al tipo de intervenciones y al contexto de la intervención como los artículos de Paz Soldán *et al.*, 2016^(198, 199) y Vanlerberghe *et al.*, 2011^(200, 201), otras son más generales como las de las autoras Vivas *et al.*, 2003⁽²⁰²⁾ y Pérez *et al.*, 2018⁽²⁰³⁾

Cuadro I. Definiciones de aceptabilidad y variables proxy por autores (n=19).

<p>Vivas <i>et al</i> 2003 Aceptabilidad = dominio afectivo.</p>
<p>Rodríguez <i>et al</i> 2006 Aceptabilidad = 1) no rechazo, 2) efectos beneficiosos percibidos y 3) molestias.</p>
<p>Toledo <i>et al</i> 2007b Sostenibilidad = mantenimiento de las actividades una vez retirado el apoyo y el financiamiento externo. Participación = involucramiento en todas las etapas desde la identificación de necesidades hasta la evaluación del plan de acción. Satisfacción = de las necesidades sentidas con respuesta positiva al total de las cinco preguntas sobre satisfacción.</p>
<p>Ritchie <i>et al</i> 2009 Aceptación pública = retención de las trampas por parte de los residentes.</p>
<p>Vanlerberghe <i>et al</i> 2013 Cobertura de cortinas impregnadas (por conglomerado de intervención) = 1) porcentaje de viviendas con al menos una Cortina y 2) el número medio de cortinas por viviendas. Cobertura de tapas impregnadas = 1) porcentaje de viviendas utilizando al menos una tapa, 2) porcentaje de recipientes elegibles con tapas.</p>
<p>Vanlerberghe <i>et al</i> 2011c Aceptación = uso voluntario y sostenido de un métodos en un contexto de alternativas múltiples.</p>
<p>McNaughton 2012 Participación pública = Rol de la población en la ejecución del programa, incluyendo la investigación, la determinación de como su involucramiento debe realizarse y qué debe ser la autorización pública del métodos de control y cómo debe proceder la comunidad en la prevención del dengue.</p>
<p>Castro <i>et al.</i> 2012 Conocimiento adecuado sobre los síntomas de dengue = que el encuestado responda fiebre y al menos uno de los siguientes síntomas: dolor de cabeza, náusea/vómito, dolor muscular, rash o sangrado. Conocimiento adecuado sobre sitios de cría de <i>Aedes aegypti</i> = referencia a cualquier recipiente de agua limpia. Conocimiento adecuado de medidas preventivas = referencia al menos tres de las siguientes: uso de Abate, tapado de tanques, eliminación de recipientes no útiles, uso de insecticida. Percepción de riesgo = reconocimiento del individuos de que podría enfermar dengue y de que el dengue es una enfermedad que puede ser mortal.</p>
<p>Kittayapong <i>et al</i> 2012 Aceptación pública = retención de las trampas por los residentes.</p>

<p>Ditsuwan et al. 2013 Disposición a pagar = la cantidad máxima de dinero que un líder ejecutivo está dispuesto a pagar por fumigación por caso de dengue.</p>
<p>Tran et al. 2015 Sostenibilidad social = mantenimiento del apoyo social de las actividades y recursos dirigidos a los resultados del programa.</p>
<p>Caprara et al 2015 Empoderamiento = proceso de dar autonomía y auto-mantenimiento en el mejoramiento de sus vidas a grupos de individuos o comunidades progresivo.</p>
<p>Paz-Soldan et al. 2016 Uso correcto y sostenido de cortinas = 1) cortinas colocadas de manera adecuada al visitar las viviendas, 2) Cortinas amarradas pero colocadas en su puesto al visitar las viviendas, 3) reporte de lavado correcto de cortinas.</p>
<p>Acevedo et al. 2016 Aceptación = altos niveles de retención de trampas en el tiempo.</p>
<p>Paz-Soldan et al. 2016a Experiencias con las cortinas = lo que le gusta y lo que no le gusta de las cortinas a los usuarios.</p>
<p>Elsinga et al. 2017 Actitudes = 1) intención de adoptar el comportamiento, 2) adopción del comportamiento.</p>
<p>Boonchutima et al. 2017 Exposición a los medios = frecuencia en que un individuo es expuesto a los mensajes relacionados con el dengue de los medios masivos o en otros medios de comunicación.</p>
<p>Pérez et al. 2018 Aceptabilidad = percepción de los individuos, organizaciones y entidades involucradas en la implementación de que determinando tratamiento, servicio, práctica o innovación es agradable o satisfactoria.</p>
<p>Soh et al. 2021 Aceptabilidad hacia el proyecto Wolbachia = tiempo que la población es capaz de aceptar más mosquitos en su ambiente en apoyo al proyecto.</p>

En estos estudios incluidos se utilizan métodos cuantitativos (40/79), cualitativos (9/79) y mixtos (30/79). Varios diseños confluyen en los artículos para el análisis; algunos diseños son mixtos, de corte transversal, ensayos aleatorios, descriptivos, cuasi-experimentales, aleatorios controlados, comparativos, explicativos, longitudinales, observacionales y etnográficos. Algunos estudios mixtos no declaran el tipo de estudio; unos diseños se encuentran anidados en estudios experimentales y otros en los que se intuye que son de corte transversal pero no se declaran (anexo 1).

Como mecanismo para registrar, fundamentar y documentar las investigaciones, en correspondencia con el tipo de diseño, los autores emplearon encuestas con

preguntas abiertas, estructuradas, antológicas, de seguimiento, satisfacción, telefónicas, entomológicas, y de conocimientos, actitudes y prácticas, (CAP), (5/79, 9%); en estos estudios se realizaron las encuestas durante, antes y después de la intervención.⁽²⁰⁴⁻²¹⁰⁾ Recurrieron a las entrevistas semiestructuradas y de profundidad; realizaron cuestionarios, crearon grupos de difusión para el intercambio de información y emplearon la técnica de observación (anexo 1).

Participaron en las intervenciones las partes interesadas en la implementación de las mismas. Como parte de los estudios se evalúan las perspectivas de la población o de varios actores. La población estuvo incluida en 75 de 79 estudios; 24% de participación en los estudios les corresponde a las organizaciones de la salud, industrias privadas, implementadores, actores económicos, entomólogos, políticos y financistas. En algunos de los artículos se hablan de las limitaciones y sesgos, no siendo así en 40 de 79 estudios en los cuales no se declaran las limitaciones de estos. El momento de evaluación en 37 de 79 estudios se realizó durante la etapa de implementación de la intervención (anexo 1)

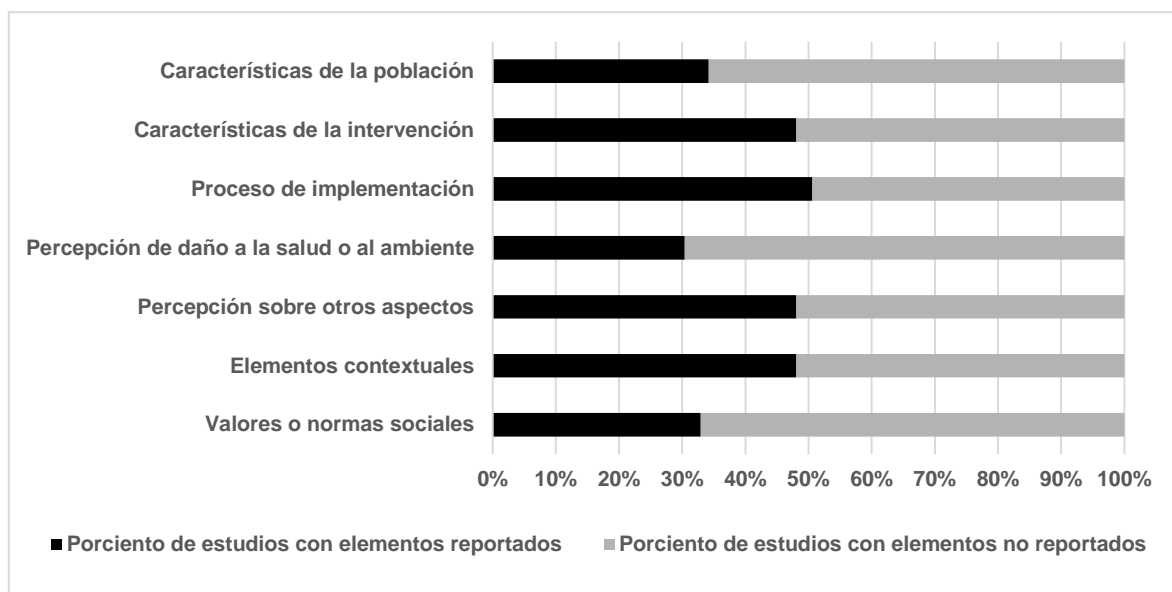
Al analizar los estudios se pudo apreciar que no existe una sistematicidad en el reporte de los elementos metodológicos, existe una variabilidad amplia en lo que se reporta por lo que es difícil hacer una propuesta estandarizada a partir de lo que existe actualmente en la literatura. La variabilidad en los abordajes teóricos metodológicos puede influenciar el resultado que se tiene en términos de aceptabilidad, aunque la mayoría los resultados son positivos (57/79), en otros mixtos (13/79), algunos negativos (4/79) y no están claros en 5/79. Los estudios en su mayoría dentro de sus limitaciones hacen referencia a la metodología, sin discutir acerca de la teoría por lo que no existe una correspondencia entre lo teórico y lo metodológico.

III.4. Resultados en términos de aceptabilidad y sus principales determinantes reportados en los estudios publicados.

Los resultados en términos de aceptabilidad y sus atributos fueron predominantemente positivos (57 artículos, 72,2 %). El resto de los estudios reportan resultados contradictorios, no claros y negativos con 13 (16,5), 5 (6,3 %) y 4 (5,1 %) artículos, respectivamente.

Los determinantes de aceptabilidad o rechazo de los métodos de control de *Aedes aegypti* se clasificaron en siete categorías: 1) características de la población, 2) características de la intervención, 3) proceso de implementación, 4) percepción sobre daño a la salud o al ambiente, 5) percepción sobre otros aspectos, 6) elementos contextuales y 7) valores o normas sociales. La figura 2 ilustra en qué medida las diferentes categorías de determinantes fueron descritas en los estudios publicados. Puede observarse que prácticamente todas las categorías de determinantes se reportaron en menos del 50 % de los estudios incluidos en la revisión.

Figura 2. Determinantes de la aceptabilidad de métodos de control de *Aedes aegypti* reportados y no reportados por categorías en los estudios publicados 1968-2022.



La categoría más reportada fue “proceso de implementación” (40 estudios, 50,6 %) e incluyó aspectos tales como modalidad de distribución (por ejemplo: comunitaria o programática); involucramiento de las comunidades, confianza/desconfianza en el equipo de investigación y otros actores involucrados, utilización de redes locales de distribución y comunicación, realización de análisis de partes interesadas, entre otros. La categoría de determinantes “valores o normas sociales” fue la menos descrita e hizo referencia a elementos ecológicos, religiosos y de equidad. La edad, el género/sexo, el nivel educacional y los ingresos predominaron en los determinantes relacionados con las características de la población; mientras que el olor, la apariencia, el color, el costo y la facilidad del uso estuvieron entre las características de las intervenciones más mencionadas como determinantes.

III.5. Posible relación entre los resultados en término de aceptabilidad y sus determinantes y las características de los estudios y los tipos de intervenciones.

Cuando se analizó la posible relación entre los resultados en términos de aceptabilidad y las características de los estudios pudo observarse que predominan los resultados positivos independientemente del tipo de método utilizado. No se reportaron resultados no claros en los estudios de corte cualitativo, lo cual pudiera estar dado por su escaso número (n=9). De igual manera, cuando se exploró la posible relación entre los determinantes de aceptabilidad o rechazo de métodos de control de *Aedes aegypti* y las características de los estudios pudo observarse que, de manera general, las investigaciones con diseño de métodos mixtos (n=30) hacen más referencias a los determinantes en todas las categorías en comparación con las que utilizan un diseño cuantitativo y que son las que predominan (n=40). Estas últimas reportan más los determinantes relativos a las características de la intervención (13 referencias), las características de la

población (12 referencias) y el proceso de implementación (10 referencias), en detrimento de otras categorías de determinantes. Los estudios cualitativos a pesar de ser los más escasos (n=9) reportaron todas las categorías de determinantes; entre las que predominan las referencias a los aspectos relativos al proceso de implementación (8 referencias) y a elementos contextuales (7 referencias). De manera general, las categorías de valores y normas sociales fueron las menos descritas independientemente del tipo de métodos utilizado en el estudio (Tabla 2).

Tabla 2. Resultados y determinantes de aceptabilidad según tipo de métodos de investigación utilizados en los estudios publicados 1968-2022 (n=79).

Determinantes de aceptabilidad	Métodos		
	Mixtos (n=30)	Cuantitativos (n=40)	Cualitativos (n=9)
Características de la población	11	12	4
Características de la intervención	22	13	3
Proceso de implementación	22	10	8
Percepción de daño a la salud o al ambiente	13	7	4
Percepción sobre otros aspectos	18	9	4
Elementos contextuales	13	7	7
Valores o normas sociales	2	2	2
Resultados en términos de aceptabilidad			
Resultado positivo	21	29	7
Resultado negativo	2	1	1
Resultado no claro	1	4	0
Resultado contradictorio	6	6	1

Los 13 estudios con resultados contradictorios estuvieron relacionados con materiales impregnados con insecticidas;^(198, 200, 201, 211-214) un estudio control biológico,⁽²¹⁵⁾ de insecticidas,⁽²¹⁶⁾ de participación comunitaria;⁽²¹⁷⁾ de infraestructura de abasto de agua,⁽²¹⁸⁾ de larvicidas,⁽²¹⁹⁾ y de mensajes de comunicación.⁽²²⁰⁾

Tres de los cuatro estudios con resultados negativos estuvieron relacionados con control larvario,^(221, 222) uno de los cuales estuvo combinado con participación comunitaria.⁽²²³⁾ El cuarto estudio con resultado negativo evaluó la aceptabilidad de recomendaciones para el manejo de plantas ornamentales.⁽¹⁹⁷⁾ Cinco estudios arrojaron resultados de aceptabilidad poco claros. Estos fueron: la evaluación de un programa educativo;⁽²²⁴⁾ un estudio de comparación de una campaña educativa con fumigación con Malation;⁽²²⁵⁾ un estudio de cobertura de una intervención basada en la comunidad que combina la eliminación de recipientes no útiles y el uso de Temefos y *Bacillus thuringiensis israelensis*;⁽²²⁶⁾ la evaluación de una estrategia educativa para escolares;⁽²²⁷⁾ y de un sistema de vigilancia de dengue.⁽²²⁸⁾

La Tabla 3 muestra los determinantes de aceptabilidad reportados según tipo intervención evaluada. Los determinantes de la aceptabilidad relacionados con valores y normas sociales se reportaron exclusivamente en intervenciones de control biológico, particularmente de mosquitos infectados con *Wolbachia* y métodos de manipulación genética y esterilización de mosquitos.

Tabla 3. Determinantes de aceptabilidad reportados según tipo intervención evaluada (n=79).

Determinantes	INS ^a	ITM ^b	PC ^c	PC		SIT ^f	LAR ^g	TRA ^h	OTR ⁱ
				PLUS ^d	BIO ^e				
Características de la población	0	4	5	3	6	3	0	2	4
Características de la intervención	1	6	15	10	2	1	1	3	2
Proceso de implementación	3	9	10	5	3	2	1	2	2
Percepción de daño a la salud o al ambiente	5	6	1	3	3	0	3	2	2
Percepción sobre otros aspectos	4	10	5	2	4	0	2	2	3
Elementos contextuales	3	8	4	4	3	0	2	1	3
Valores o normas sociales	0	0	0	1	3	0	0	0	1

^aInsecticidas

^bMateriales impregnados con insecticidas

^cParticipación comunitaria

^dParticipación comunitaria combinada con otros métodos

^eControl biológico

^fMosquitos estériles o manipulados genéticamente,
^gControl larval
^hOvitrapas
ⁱOtros

En estudios sobre materiales impregnados con insecticida se describieron fundamentalmente determinantes relativos a percepción en otros aspectos (10 referencias) y al proceso de implementación (9 referencias). Las intervenciones de participación comunitaria, educación y comunicación estuvieron mayoritariamente relacionadas con las categorías de determinantes referidas a las características de la intervención (15 referencias) y al proceso de implementación (10 referencias); mientras que las intervenciones de participación comunitaria combinadas con otros métodos de control describieron predominantemente determinantes referidas a las características de la intervención. Todo lo cual sugiere la hipótesis de la existencia de una relación entre el tipo de intervención y los determinantes de su aceptabilidad.

IV. DISCUSIÓN

La realización de una revisión sistemática sobre estudios de aceptabilidad en intervenciones de *Aedes aegypti* nos permite hacer un análisis detallado de los marcos metodológicos de los estudios; así como conocer las definiciones de aceptabilidad utilizadas en estas intervenciones.

Los hallazgos sugieren que los artículos de aceptabilidad más publicados recientemente tienen relación con el tipo de método aplicado en la intervención y además se corresponden a la emergencia de las arbovirosis en el continente de América y el Caribe. La producción de artículos de aceptabilidad tuvo una tendencia creciente en el período del estudio. En la revisión se identificó que los marcos teóricos-metodológicos de los artículos publicados sobre aceptabilidad tienen una estructura variable con una tendencia al uso de *proxy* para medir la aceptabilidad en las intervenciones de control, utilizan frecuentemente términos para definir el atributo.

Los artículos muestran que la mitad de los estudios no describen los determinantes de aceptabilidad, lo que influye en la implementación del estudio. Se pudo verificar que no existe una relación entre los resultados en términos de aceptabilidad y las características de los estudios donde predominan los resultados positivos independientemente del tipo de método utilizado por lo que el abordaje de medición no es adecuado. Las intervenciones de participación comunitaria fueron las más utilizadas en los procesos de implementación y estuvieron relacionadas con los determinantes referentes a las características de los estudios; propiciando una mejor participación de las partes involucradas en el proceso de implementación.

Se reconocen como limitaciones del estudio la variabilidad de términos que se utilizan para medir aceptabilidad. Es posible que algunos trabajos no fueran

identificados por la estrategia, lo cual puede ser considerado un sesgo en la revisión. En la extracción de información para el análisis de los artículos se ejecutó la copia y pega de los datos directamente del texto por lo que puede haber una estimación o sobre estimación de los que se registró en la extracción, por lo que no hay claridad en la manera de reportar los datos desde el punto de vista metodológico.

En la implementación de la medicina basada en evidencia el autor Aarons *et al.*, 2007⁽¹³⁹⁾ sugiere que existen diferentes factores que son determinantes críticos de la implementación y consideran la aceptabilidad como uno de ellos; además proponen el *proxy* de aceptación y percepción para evaluar la aceptabilidad,. Proctor *et al.*, 2011⁽¹⁸⁾ plantea una taxonomía de constructos para evaluar los resultados de implementación. Refiere que la aceptabilidad debe evaluarse sobre la base del conocimiento o la experiencia directa del interesado con diversas dimensiones del tratamiento que se va a aplicar, como su contenido, complejidad o comodidad. Y puede medirse desde el punto de vista de varias partes interesadas, como administradores, pagadores, proveedores y consumidores. Por lo que todo lo anterior concuerda con los resultados de esta investigación.

Pugliese *et al.*, 2018⁽²²⁹⁾ y Heyerdahl *et al.*, 2019⁽²³⁰⁾, en sus estudios sobre vacunas evalúan la aceptabilidad a partir de los atributos, percepciones y aceptación. Refieren en el artículo determinantes sociales para caracterizar a la población, emplean diseños mixtos para el análisis y utilizan las actividades de grupos focales. En su marco teórico-metodológico no definen aceptabilidad, coincidiendo con los resultados de las intervenciones analizadas en este estudio.

Existen otros estudios, para enfermedades diferentes a arbovirosis, donde los autores^(119, 126, 142, 231) evalúan la aceptabilidad a partir de marcos teóricos estructurados, y utilizan diseños de estudio de acuerdo al análisis del objeto a investigar. Sidani *et al.*, 2009⁽¹¹⁶⁾ plantean que existen varios factores que pueden

influir en la percepción de los participantes para medir la aceptabilidad y que su evaluación puede ser antes del proceso de implementación coincidiendo con parte de los estudios analizados que evaluaron antes y después.

En el artículo de Sekhon *et al.*, 2017,⁽¹²³⁾ una de las revisiones más recientes de aceptabilidad, se propone un marco teórico para estandarizar este tipo de estudios y coincidentemente plantea que los investigadores deben tener un propósito claro durante la evaluación de la aceptabilidad y debe realizarse en diferentes momentos. Refiere además que las perspectivas de los actores involucrados varían en el tiempo en que se evalúe la intervención. En su revisión concuerda que no se menciona la teoría en relación con la aceptabilidad y se utilizan extractos o *proxy* de definiciones operativas para la aceptabilidad.

CONCLUSIONES

1. Los resultados de este estudio demuestran una tendencia creciente en la producción científica sobre estudios de aceptabilidad de los métodos de control de *Aedes aegypti*, en el período de 50 años.
2. En los estudios publicados no existe una sistematicidad en la definición de aceptabilidad y sus variables *proxy*. De igual manera, no se reportan elementos metodológicos estandarizados en la evaluación de aceptabilidad de métodos de control de *Aedes aegypti*.
3. De acuerdo a la literatura, los métodos de control de *Aedes aegypti*, de manera general, son aceptables para la población y otros actores involucrados en su implementación. Los determinantes que explican estos resultados están relacionados con las características de la población y la intervención; el proceso de implementación; las percepciones sobre el daño a la salud, al medio ambiente y sobre otros aspectos; así como elementos contextuales, valores y normas sociales.
4. Sobre la base de los resultados obtenidos es posible plantear la hipótesis de la existencia de una posible relación entre los resultados y determinantes de la aceptabilidad de los métodos de control de *Aedes aegypti* y el abordaje metodológico de los estudios así como el tipo de intervenciones evaluadas.

RECOMENDACIONES

- 1- Poner a disposición de las autoridades de la salud, los resultados del estudio realizado en la presente investigación.
- 2- Tomar en consideración los resultados de esta investigación para realizar evaluaciones en las intervenciones de las intervenciones de aceptabilidad de intervenciones de control de *Aedes aegypti*.
- 3- Promover el uso de un marco teórico de aceptabilidad para el desarrollo, evaluación y ejecución de las intervenciones de aceptabilidad de intervenciones de control de *Aedes aegypti*.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Suárez Larreinaga C, Berdasquera Corcho D. Enfermedades emergentes y reemergentes: Factores causales y vigilancia. Rev Cub Med Gen Intergr[Internet]. 2000[citado 30 abr 2021];16(6):593-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000600011&lng=es
2. Hernández Y, Pérez Chacón D, Portal R, Polo V, Castro Peraza M. Abordaje de la comunicación para la prevención de arbovirosis en Cuba versus conocimientos, percepciones y prácticas de la población. Rev cuban Med Tropical [Internet]. 2020[citado 25 abr 2021];71(3):e407. Disponible en: <http://www.revmedtropical.sld.cu/index.php/medtropical/article/view/407/285>.
3. World Health Organization. Arbovirus and human disease. WHO Technical Report Series Geneva: WHO; 1967. Contract No.: 369.
4. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades por arbovirosis. En: Heymann DL. El Control de la enfermedades transmisibles. 20th. ed. Washigton, D.C: OPS; 2017. p. 193-212.
5. Kourí Flores G, Guzmán Tirado M. Flavivirus. En: Llop Hernández A, Valdés-Dapena Vivanco M, Zuazo Silva J. Microbiología y Parasitología Médicas. II t. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 2001. p. 304-20.
6. Pierson T, Diamond M. The continued threat of emerging flaviviruses. Nat Microbiol[Internet]. 2020;5(Jun):796-812. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41564-020-074-0>
7. Arredondo-García J, Méndez-Herrera A, Medina-Cortina H. Arbovirus en Latinoamérica. Acta Pediatr de Mex[Internet]. 2016[citado 12 jun 2020];37(2):111-31. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912016000200111&nrm=iso.
8. Organización Panamericana de la Salud[Internet]. Wasington DC: Regional office for the Americas; 2016 [actualizado 2021; citado 20 my 2021]. Key messages for individuals and families regarding surveillance and control of *Aedes aegypti*: transmitter of dengue, chikungunya, Zika and other arbovirus diseases in the Americas; [aprox.2 pantallas]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/key-messages-individuals-and-families-regarding-surveillance-and-control-aedes-aegypti>
9. Patterson J, Sammon M, Garg M. Dengue, Zika and Chikungunya: Emerging Arboviruses in the New World. West J Emerg Med[Internet]. 2016[citado 20 my 2021];17(6):671-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5102589/>.

10. Vazquez-Prokopec GM, Kitron U, Montgomery B, Horne P, Ritchie SA. Quantifying the spatial dimension of dengue virus epidemic spread within a tropical urban environment. *PLoS Negl Trop Dis*[Internet]. 2010[citado 8 en 2021];4(12):e920-e. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3006131/>.
11. Vanlerberghe V, Gómez-Dantés H, Vazquez-Prokopec G, Alexander N, Manrique-Saide P, Coelho G, et al. Changing paradigms in *Aedes* control: considering the spatial heterogeneity of dengue transmission. *Rev Panam Salud Pública*[Internet]. 2017[citado 8 en 2021];41:e16. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6660874/>.
12. Bisanzio D, Dzul-Manzanilla F, Gomez-Dantés H, Pavia-Ruz N, Hladish TJ, Lenhart A, et al. Spatio-temporal coherence of dengue, chikungunya and Zika outbreaks in Merida, Mexico. *PLoS Negl Trop Dis*[Internet]. 2018[citado 8 en 2021];12(3):e0006298-e. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5870998/>.
13. Espinal M, Andrus J, Jauregui B, Hull Waterman S, Morens D, Santos J, et al. Emerging and reemerging *Aedes*-transmitted arbovirus infections in the Region of the Americas: implications for health policy. *Rev Panam Salud Publica*[Internet]. 2019[citado 27 abr 2021];43(3):e1-e6. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50939>.
14. who.int[Internet]. Ginebra: OMS; 2019 [actualizado 2020; citado 16 my 2020]. Estrategias de lucha antivectorial. Disponible en: https://www.who.int/denguecontrol/control_strategies/es/
15. Asociación Médica Mundial[Internet]. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Brasil: AMM; 2013 [actualizado 2021; citado 9 ag 2021]. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.
16. Davis FD. User acceptance of information technology: system characteristics, user perceptions and behavioral impacts. *Int J Man-Mach Stud*[Internet]. 1993;38(3):475–87. Disponible en: <https://doi.org/10.1006/imms.1993.1022>.
17. Pérez D, Van der Stuyft P, Toledo ME, Ceballos E, Fabre F, Lefevre P. Insecticide treated curtains and residual insecticide treatment to control *Aedes aegypti*: An acceptability study in Santiago de Cuba. *PLoS Negl Trop Dis* [Internet]. 2018;12(1):e0006115. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0006115>.
18. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bungler A, et al. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Adm Policy Ment Health*[Internet]. 2011[citado 5 jun 2020];38(2):65-76. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3068522/>.

19. Fixsen D, Naoom S, Blase K, Friedman R, Wallace F. Implementation Research: A Synthesis of the Literature [Internet]. Estados Unidos: Louis de la Parte Florida Mental Health Institute; 2005 [citado 31 my 2021]. Disponible en: <https://nirn.fpg.unc.edu/resources/implementation-research-synthesis-literature>.
20. Glasgow RE. eHealth Evaluation and Dissemination Research. Am J Prev Med[Internet]. 2007[citado 20 my 2021];32(Suppl 5):S119-26. Disponible en: [https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(07\)00052-9/fulltext](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(07)00052-9/fulltext).
21. Proctor EK, Landsverk J, Aarons G, Chambers D, Glisson C, Mittman B. Implementation research in mental health services: an emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. Adm Policy Ment Health[Internet]. 2009;36(1):24-34. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10488-008-0197-4>.
22. Rychetnik L, Bauman A, Laws R, King L, Rissel C, Nutbeam D, et al. Translating research for evidence-based public health: key concepts and future directions. J Epidemiol Community Health[Internet]. 2012;66(12):1187-92. Disponible en: <https://doi:10.1136/jech-2011-200038>.
23. Chippaux J-P, Chippaux A. Yellow fever in Africa and the Americas: a historical and epidemiological perspective. J Venom Anim Toxins Incl Trop Dis[Internet]. 2018[citado 20 May 2021];24(1):20. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s40409-018-0162-y>.
24. Organización Panamericana de la Salud[Internet]. PAHO/WHO Regional research agenda related to Zika virus infection. Development of a research agenda for characterizing the Zika outbreak and its public health implications in the Americas. Washington, D.C: PAHO; 2016 [actualizado 2021; citado 20 my 2021]. [64]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28285>.
25. Lopes N, Nozawa C, Linhares REC. Características gerais e epidemiologia dos arbovírus emergentes no Brasil. Rev Pan-Amaz Saude [Internet]. 2014[citado 20 my 2021];5(3):55-64. Disponible en: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232014000300007&nrm=iso.
26. Kraemer MUG, Sinka ME, Duda KA, Mylne AQN, Shearer FM, Barker CM, et al. The global distribution of the arbovirus vectors *Aedes aegypti* and *Ae. albopictus*. Elife[Internet]. 2015;4:e08347. Disponible en: <https://doi.org/10.7554/eLife.08347>.
27. Powers AM. Vaccine and Therapeutic Options To Control Chikungunya Virus. Clin Microbiol Rev[Internet]. 2017[citado 20 my 2021];31(1):e00104-16. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5740971/>.

28. Weaver SC, Reisen WK. Present and future arboviral threats. *Antiviral Res*[Internet]. 2010[citado 20 my 2021];85(2):328-35. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2815176/>.
29. Bhatt S, Gething PW, Brady OJ, Messina JP, Farlow AW, Moyes CL, et al. The global distribution and burden of dengue. *Nature*[Internet]. 2013[citado 20 my 2021];496(7446):504-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3651993/>.
30. World Health Organization[Internet]. Global strategy for dengue prevention and control 2012-2020. . Geneva: WHO; 2012 [actualizado 2020; citado 10 my 2020]. [43]. Disponible en: <https://www.who.int/home/cms-decommissioning>.
31. Fauci AS, Morens DM. Zika Virus in the Americas — Yet Another Arbovirus Threat. *N Engl J Med*[Internet]. 2016;374(7):601-4. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJMp1600297>
32. Veliz Castro T, Pincay Pilay M, Baque Mendoza C, Terán García M. Las Arbovirosis, un enemigo más común de lo que se conoce. *RECIMUNDO*[Internet]. 2017[citado 20 my 2021];1(5):680-01. Disponible en: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/95>.
33. Undurraga E, Betancourt Cravioto M, Ramos Castañeda J, Martínez Vega R, Méndez Galván J, Gubler D, et al. Economic and disease burden of Dengue in México. *PLoS Negl Trop Dis*[Internet]. 2025[citado 20 my 2021];9(3):e0003547. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4364886/#_ffn_sectitle.
34. Álvarez Escobar M, Torres Álvarez A, Torres Álvarez A, Semper González A, Romeo Almanza D. Dengue, chikungunya, Virus de Zika. Determinantes sociales. *Revmedicaelectrónica*[Internet]. 2018[citado 2 jul 2021];40(1):120-8. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/me/article/view>.
35. Pan American Health Organization[Internet]. Dengue and dengue hemorrhagic fever in the Americas: guidelines for prevention and control. Washington, D.C: PAHO; 1994 [actualizado 2021; citado 9 ag 2021]. [102]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/40300>.
36. Organización Panamericana de la Salud[Internet]. Estrategia de Gestión Integrada para la prevención y control del dengue en la Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2018 [actualizado 2021; citado 20 my 2021]. [70]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34859?show=full>.
37. Guzmán M, Vázquez S, Álvarez M, Pelegrino J, Ruiz D, Martínez P, et al. Vigilancia de laboratorio de dengue y otros arbovirus en Cuba, 1970-2017. *Rev cuban med trop*[Internet]. 2019[citado 26 abr 2021];71(1):e338. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttex&lng=es.

38. Achee NL, Gould F, Perkins TA, Reiner RC, Morrison AC, Ritchie SA, et al. A critical assessment of vector control for dengue prevention. *PLoS Negl Trop Dis*[Internet]. 2015[citado 20 my 2021];9(5):e0003655-e. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4423954/>.
39. Brathwaite Dick O, San Martín JL, Montoya RH, del Diego J, Zambrano B, Dayan GH. The history of dengue outbreaks in the Americas. *Am J Trop Med Hyg*[Internet]. 2012[citado 20 my 2021];87(4):584-93. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3516305/>.
40. Murray NEA, Quam MB, Wilder-Smith A. Epidemiology of dengue: past, present and future prospects. *Clin Epidemiol*[Internet]. 2013 [citado 20 my 2021];5:299-309. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3753061/>.
41. Halstead SB. Dengue: Overview and History.[Internet]. Canadá: Tropical Medicine: Science and Practice; 2008[citado 5 jun 2020]. Dengue p. 1-28.Disponible en: https://www.worldscientific.com/doi/abs/10.1142/9781848162297_0001.
42. Guzmán M, Álvarez Valdés Á, Alfonso Berrio L, Álvarez Vera M, Baly Gil A, Betancourt Ferre D, et al. Dengue. La Habana: ECIMED; 2016. 512 p.
43. Organización Panamericana de la Salud[Internet]. Dengue: guías para la atención de enfermos en la Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2016 [actualizado 2021; citado 20 my 2021]. 2nd; [144]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28232>.
44. Pérez Rodríguez AE. Una guía epidemiológica para un vector común y cuatro enfermedades peligrosas (Zika, dengue, chikungunya, fiebre amarilla). *Rev Panam Enf Inf*[Internet]. 2018[citado 20 my 2021];1(1):33-9. Disponible en: <http://revistas.utp.edu.co/index.php/panamericana/article/view/19081>.
45. Fauci A, Morens D. Zika virus in the Americas—yet another arbovirus threat. *N Engl J Med*[Internet]. 2016;374(7):601-4. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJMp1600297>
46. Álvarez Valdés Á, Kourí Flores G, Guzmán M, San Martín Martínez J. Epidemiología del Dengue. En: Álvarez Valdés Á, Kourí Flores G, Guzmán M, San Martín Martínez J. Dengue. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2016. p. 13-22.
47. Hoen B, Schaub B, Funk AL, Ardillon V, Boullard M, Cabié A, et al. Pregnancy Outcomes after ZIKV Infection in French Territories in the Americas. *N Engl J Med*[Internet]. 2018[citado 20 my 2021];378(11):985-94. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1709481>.
48. San Martín JL, Brathwaite O, Zambrano B, Solórzano JO, Buouckenoghe A, Dayan GH, et al. The epidemiology of dengue in the Americas over the last three decades: a worrisome reality.

- Am J Trop Med Hyg [Internet]. 2010[citado 20 my 2021];82(1):128-35. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2803522/>.
49. Brasil P, Pereira JP, Moreira ME, Ribeiro Nogueira RM, Damasceno L, Wakimoto M, et al. Zika Virus Infection in Pregnant Women in Rio de Janeiro. *N Engl J Med*[Internet]. 2016[citado 20 my 2021];375(24):2321-34. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1602412>.
50. de Araújo TVB, Ximenes RAdA, Miranda-Filho DdB, Souza WV, Montarroyos UR, de Melo APL, et al. Association between microcephaly, Zika virus infection, and other risk factors in Brazil: final report of a case-control study. *Lancet Infect Dis*[Internet]. 2018[citado 30 my 2021];18(3):328-36. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1473309917307272>.
51. Hamrick PN, Aldighieri S, Machado G, Leonel DG, Vilca LM, Uriona S, et al. Geographic patterns and environmental factors associated with human yellow fever presence in the Americas. *PLoS Negl Trop Dis*[Internet]. 2017[citado 20 my 2021];11(9):e0005897-e. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5607216/>.
52. Organización Panamericana de la Salud[Internet]. Actualización Epidemiológica: Dengue y otras Arbovirosis. Washington: OPS; 2020 [actualizado 2021; citado 29 abr 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-dengue-otras-arbovirosis-10-junio-2020>.
53. Guzmán MG. Thirty years after the Cuban hemorrhagic dengue epidemic of 1981. *MEDICC review*[Internet]. 2016[citado 20 my 2021];14(2):46-51. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22580554>.
54. Kourí G, Guzmán MG, Bravo J. Hemorrhagic dengue in Cuba: history of an epidemic. *Bulletin of the Pan American Health Organization*. 1986;20 (1):24-30.
55. Kouri GP, Guzmán MG, Bravo JR, Triana C. Dengue haemorrhagic fever/dengue shock syndrome: lessons from the Cuban epidemic, 1981. *Bull World Health Organ* [Internet]. 1989[citado 20 my 2021];67(4):375-80. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2491263/>.
56. Valdés L, Guzmán MG, Kourí G, Delgado J, Carbonell I, Cabrera MV, et al. The epidemiology of dengue and dengue hemorrhagic fever in Santiago de Cuba, 1997. *Rev Panam Salud Publica*[Internet]. 1999[citado 20 my 2021];6(1):16-25. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/8922>.

57. Peláez Sánchez O, Guzmán Tirado MG, Kourí Flores G, Pérez R, San Martín JL, Vázquez S, et al. Dengue 3 epidemic, Havana, 2001. *Emerg Infect Dis*[Internet]. 2004[citado 20 my 2021];10(4):719-22. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3323093/>.
58. Guzmán MG, Pelaez O, Kouri G, Quintana I, Vazquez S, Penton M, et al. Caracterización final y lecciones de la epidemia de dengue 3 en Cuba, 2001–2002. *Rev Panam Salud Publica*[Internet]. 2006[citado 20 may 2021];19(4):282-9. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2006.V19n4/282-289/es/>.
59. Guzmán MG, Kouri G. Dengue: an update. *Lancet Infect Dis*[Internet]. 2002[citado 20 my 2021];2(1):33-42. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1473309901001712>.
60. Alvarez Vera M. Cinética y capacidad neutralizante de los anticuerpos homólogos y heterólogos contra serotipos de virus dengue en relación con el intervalo entre las infecciones, la secuencia de infección, duración de la viremia y la amplificación dependiente de anticuerpos en infecciones primarias y secundarias. [Tesis Doctoral]. Ciudad de La Habana: Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí"; 2008.147 p.
61. Organización Panamericana de la Salud[Internet]. Brote de dengue en Cuba, 2006. La Habana: MINSAP; 2006 [actualizado 2021; citado 20 my 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/brote-dengue-cuba-2006-vol-3-no-1-24-octubre-2006>.
62. Peláez Sánchez OR. Vigilancia clínico seroepidemiológica del Dengue en La Habana 1997-2019. [Tesis Doctoral]; Internet]. La Habana: Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí"; 2021[citado 18 jul 2022].157 p.Disponible en: <http://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=777&ReturnText=Search+Results&ReturnTo=index.php%3FP%3DAdvancedSearch%26Q%3DY%26FK%3DOtto%26RP%3D5%26SR%3D0%26ST%3DQuick>.
63. cubaperiodistas.cu[Internet]. La Habana: Upec; 2019 [actualizado 2021; citado 20 my 2021]. El dengue, principal arbovirosis en Cuba; [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <https://www.cubaperiodistas.cu/index.php/2019/04/el-dengue-principal-arbovirosis-en-cuba/>.
64. Consoli R, De Oliveira R. Principais mosquitos de importância sanitária no Brasil [Internet]. Río de Janeiro: Fiocruz; 1994 [citado 30 jul 2021]. Disponible en: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2708>.
65. Salvutella Agrelo R. *Aedes aegypti*, *Aedes albopictus* (Diptera, Culicidae) y su papel como vectores en las Américas. La situación de Uruguay. *Rev Med Uruguay* [Internet]. 1996[citado 30 jul 2021];12(1):28-36. Disponible en: <https://www.gub.uy/sistema-nacional-emergencias/comunicacion/publicaciones/aedes-aegypti-aedes-albopictus-y-su-papel-como-vectores-en-las-americas>.

66. Sánchez Real L. Papel vectorial del mosquito *aedes* [Tesis de Grado]; Impresa]. Madrid: Universidad Complutense; 2017[citado 1 my 2021].23 p.
67. Nelson MJ. *Aedes aegypti*: biología y ecología [Internet]. Washington, DC.: OPS; 1986 [citado 8 jul 2021]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28513>.
68. Fuentes González O. Vectores del Dengue. Transmisión e interacción virus-vector [Internet]. 2016 [citado 30 Jul 2021]. En: Dengue La Habana: ECIMED; p. 153-62. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/clasificacion-de-libro/libros-de-autores-cubanos/?l=D%20-%20F>.
69. Alarcón-Elbal PM, Paulino-Ramírez R, Diéguez-Fernández L, Fimia-Duarte R, Guerrero KA, González M. Arbovirosis transmitidas por mosquitos (*diptera: Culicidae*) en la república dominicana: Una revisión. Biologist (Lima)[Internet]. 2017[citado 1 Jul 2021];15(1):193-219. Disponible en: <http://revistas.unfv.edu.pe/index.php/rtb/article/view/155>.
70. Marquetti Fernández M. Aspectos bioecológicos de importancia para el control de *Aedes aegypti* y otros culícidos en el ecosistema urbano. [Tesis Doctoral]. La Habana: Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí"; 2006.
71. Gadelha D, Toda A. Biología e comportamento do *A. aegypti*. Rev bras malariol doencas trop. 1985;37:29-36.
72. Barrera R. Considerations for Disrupting Dengue Virus Transmission; Ecology of *Aedes aegypti* and Current (Nongenetic) Methods of Control. En: Adelman ZN. Genetic Control of Malaria and Dengue. Boston: Academic Press; 2016. p. 103-24.
73. Organización Panamericana de la Salud[Internet]. Documento técnico para la implementación de intervenciones basado en escenarios operativos genéricos para el control del *Aedes aegypti*. Washington, D.C: OPS; 2019 [actualizado 2020; citado 4 jun 2020]. [58]. Disponible en: <http://iris.paho.org>.
74. Ministerio da Saúde. Resumo dos principais caracteres morfológicos diferenciais do *A. aegypti* e do *A.albopictus*. Brasilia: SUCAM; 1989.
75. Quispe-Pretel E, Carbajal-Villaverde A, Janeth Gozzer-Fernández J, Moreno-Rodríguez B. Ciclo biológico y Tabla de Vida de *Aedes aegypti*, en laboratorio:Trujillo(Perú),2014. REBIOLEST[Internet]. 2015[citado 5 ag 2021];1(3):1-11. Disponible en: <https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/ECCBB/article/view/899>.
76. Hurd H. Manipulation of medical important insect vectors by their parasites. Ann Rev Entomol [Internet]. 2003;48:141-61. Disponible en: <https://doi.org/10.1146/annurev.ento.48.091801.112722>.

77. Ribeiro J, Francischetti M. Role of arthropod saliva in blood feeding: sialome and post-sialome perspectives. *Ann Rev Entomol*[Internet]. 2003;48:73-88. Disponible en: <http://doi.org/10.1146/annurev.ento.48.060402.1>.
78. Ribeiro J, Rossignol P, Spielman A. Role of mosquito saliva in blood vessel location. *J Exp Biol* [Internet]. 1984;108(1):1-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1242/jeb.108.1.1>.
79. Barrera R, Amador M, Diaz A, Smith J, Munoz-Jordan JL, Rosario Y. Unusual productivity of *Aedes aegypti* in septic tanks and its implications for dengue control. *Med Vet Entomol*[Internet]. 2008[citado 9 jul 2021];22(1):62-9. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2915.2008.00720.x>.
80. Manrique-Saide P, Arisqueta-Chablé C, Geded-Moreno E, Herrera-Bojórquez J, Uc V, Chablé-Santos J, et al. An Assessment of the Importance of Subsurface Catch Basins for *Aedes aegypti* Adult Production During the Dry Season in a Neighborhood of Merida, Mexico. *J Am Mosq Control Assoc*[Internet]. 2013;29(2):164-7, 4. Disponible en: <https://doi.org/10.2987/12-6320R.1>.
81. Russell BM, McBride WJH, Mullner H, Kay BH. Epidemiological Significance of Subterranean *Aedes aegypti* (*Diptera: Culicidae*) Breeding Sites to Dengue Virus Infection in Charters Towers, 1993. *J Med Entomol*[Internet]. 2002;39(1):143-5. Disponible en: <https://doi.org/10.1603/0022-2585-39.1.143>.
82. Focks DA, Brenner RJ, Hayes J, Daniels E. Transmission thresholds for dengue in terms of *Aedes aegypti* pupae per person with discussion of their utility in source reduction efforts. *Am J Trop Med Hyg* [Internet]. 2020[citado 8 jul 2021];62(1):11-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10761719/>.
83. Carrazana Trujillo M, Marquetti Fernández MdC, Vázquez Cáceres A, Montes de Oca J. Dinámica estacional y temporal de *Aedes aegypti* (*Diptera: Culicidae*) en el municipio Cienfuegos. *Rev cuban med trop*[Internet]. 2010[citado 7 jul 2021];62(2):98-106. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602010000200003&Ing=es.
84. Gómez Garcia G. *Aedes (Stegomyia) aegypti* (*Diptera: Culicidae*) y su importancia en salud humana. *Rev cuban med trop*[Internet]. 2018[citado 27 abr 2021];70(1):55-70. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602018000100007&nrm=iso.
85. Diéguez Fernández L, Borge de Prada M, Rodríguez Sosa MA, Vázquez Bautista YE, Alarcón Elbal PM. Un acercamiento al conocimiento de los hábitats larvarios de *Aedes (Stegomyia) aegypti* (*Diptera: Culicidae*) en el entorno doméstico en Jarabacoa, República Dominicana. *Rev cuban med trop*[Internet]. 2020[citado 27 abr 2021];71(3). Disponible en: <http://www.revmedtropical.sld.cu/index.php/medtropical/article/view/386>.

86. Pérez Benítez MO. Papel de los mosquitos del género *Aedes* en la transmisión de patógenos. AMC[Internet]. 2018[citado 6 ag 2021];22(5):634-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000500634&nrm=iso.
87. World Health Organization[Internet]. Geographical distribution of arthropod-borne diseases and their principal vectors. Geneva: WHO; 1989 [actualizado 2021; citado 8 jul 2021]. [134]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/60575>.
88. Sehgal R. Dengue fever and El Niño. The Lancet[Internet]. 1997;349(9053):729-30. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)60169-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)60169-9).
89. Sutherst RW. Global change and human vulnerability to vector-borne diseases. Clin Microbiol Rev[Internet]. 2004[citado 20 my 2021];17(1):136-73. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC321469/>.
90. World Health Organization[Internet]. Manual on environmental management for mosquito control, with special emphasis on malaria vectors. WHO; 1982 [actualizado 2021; citado 19 jul 2021]. [283]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37329>.
91. Prager Froes H. Proyecto de campaña continental para la erradicación del *aedes aegypti*. Bol Oficina Sanit Panam[Internet]. 1947[citado 30 jul 2021];26(10):842-51. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/12922>.
92. Pinto Severo O. La Campaña de erradicación del *aedes aegypti* en Las Américas su organización, evolución y resultados hasta diciembre de 1954. Bol Oficina Sanit Panam[Internet]. 1955[citado 30 jul 2021];38(4):378-98. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/14350?locale-attribute=es>.
93. Organización Panamericana de la Salud[Internet]. Evaluación de las estrategias innovadoras para el control de *Aedes aegypti*: desafíos para su introducción y evaluación del impacto. Washington, D.C: OPS; 2019 [actualizado 2021; citado 4 jun 2020]. [72]. Disponible en: <http://iris.paho.org>.
94. Winch PJ, Lloyd LS, Hoemeke L, E. L. Vector control at the household level: an analysis of its impact on women. Acta Trop. 1994;56 (4):327-39.
95. Organización Panamericana de la Salud[Internet]. Estrategia de Gestión Integrada para la prevención y control del dengue en la Región de las Américas. Washington, DC: OPS; 2017 [actualizado 2021; citado 10 dic 2020]. [70]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34859/OPSCHA17039_spa.pdf?sequence=8&isAllowed=y.

96. Bisset Lazcano J, Rodríguez Coto M, Moya Hernández M, Ricardo Leyva Y, Montada Dorta D, Gato De Armas R, et al. Efectividad de formulaciones de insecticidas para el control de adultos de *Aedes aegypti* en La Habana, Cuba. Rev cuban med trop[Internet]. 2011[citado 5 jul 2021];63(2):166-70. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=arttext&pid=S0375-07602011000200010&lng=es>.
97. World Health Organization[Internet]. Space spray application of insecticides for vector and public health pest control : a practitioner's guide. Geneva: WHO; 2003 [actualizado 2021; citado 2 ag 2021]. [45]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68057>.
98. World Health Organization[Internet]. Pesticides and their application : for the control of vectors and pests of public health importance. Geneva: WHO; 2006 [actualizado 2021; citado 2 ag 2021]. 6th.; [114]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69223>.
99. World Health Organization[Internet]. Indoor residual spraying: An operational manual for IRS for malaria transmission, control and elimination. Geneva: WHO; 2015 [actualizado 2021; citado 2 ag 2021]. 2nd; [111]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/node/64490>.
100. Rodriguez SD, Chung H-N, Gonzales KK, Vulcan J, Li Y, Ahumada JA, et al. Efficacy of Some Wearable Devices Compared with Spray-On Insect Repellents for the Yellow Fever Mosquito, *Aedes aegypti* (L.) (Diptera: Culicidae). Int J Insect Sci[Internet]. 2017;17(1):1-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/jisesa/iew117>.
101. Uc-Puc V, Herrera-Bojórquez J, Carmona-Carballo C, Che-Mendoza A, Medina-Barreiro A, Chablé-Santos J, et al. Efectividad de repelentes comerciales disponibles contra el mosquito *Aedes aegypti* (L.) en Yucatán, México. Salud Publ Mex[Internet]. 2016;58(4):472-5. Disponible en: <https://doi.org/10.21149/spm.v58i4.8030>.
102. Vazquez-Prokopec GM, Medina-Barreiro A, Che-Mendoza A, Dzul-Manzanilla F, Correa-Morales F, Guillermo-May G, et al. Deltamethrin resistance in *Aedes aegypti* results in treatment failure in Merida, Mexico. PLoS Negl Trop Dis[Internet]. 2017[citado 19 jul 2021];11(6):e0005656. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0005656>.
103. Gato Armas R, Díaz Pérez M, Bruzón Águila R, Menéndez Díaz Z, González Rizo A, Hernández González Y, et al. Estudio de resistencia de *Aedes aegypti* a *Bacillus thuringiensis* var. *israelensis*. Rev Cubana Med Trop[Internet]. 2008[citado 5 jul 2021];60(1):74-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602008000100011&lng=es.
104. World Health Organization[Internet]. Dengue guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control: new edition. Geneva: WHO; 2009 [actualizado 2021; citado 23 jul 2021]. [147]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44188>.

105. Brogdon W, McAllister J. Simplification of adult mosquito bioassays through use of time-mortality determinations in glass bottles. *J Am Mosq Control Assoc.* 1998;14 (2):159-64.
106. Benelli G, Jeffries CL, Walker T. Biological Control of Mosquito Vectors: Past, Present, and Future. *Insects*[Internet]. 2016[citado 2 ag 2021];7(4):52. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2075-4450/7/4/52>.
107. World Health Organization. [Internet]. Use of fish for mosquito control. Cairo: WHO; 2003 [actualizado 2021; citado 2 ag 2021]. [68]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/116355>.
108. Loyd L, Winch P, Ortega-Canto J, Kendall C. The design of a community-based health education intervention for the control of *Aedes aegypti*. *Am J Trop Med Hyg* [Internet]. 1994[citado 23 jul 2021];50(4):401-11. Disponible en: <http://www.ajtmh.org/view/journals/tpmd/50/4/article-p401.xml>.
109. Bowman LR, Donegan S, McCall PJ. Is Dengue Vector Control Deficient in Effectiveness or Evidence?: Systematic Review and Meta-analysis. *PLoS Negl Trop Dis*[Internet]. 2016[citado 19 jul 2021];10(3):e0004551. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0004551>.
110. Horstick O, Runge-Ranzinger S, Nathan MB, Kroeger A. Dengue vector-control services: how do they work? A systematic literature review and country case studies. *Trans R Soc Trop Med Hyg*[Internet]. 2010;104(6):379-86. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.trstmh.2009.07.027>.
111. Nathan M. Introduction. *Pathog Glob Health*[Internet]. 2012;106(8):427. Disponible en: <https://doi.org/10.1179/2047772412Z.00000000095>.
112. World Health Organization[Internet]. Mosquito (vector) control emergency response and preparedness for Zika virus. Geneva: WHO; 2016 [actualizado 2021; citado 19 jul 2021]. Disponible en: <https://reliefweb.int/report/world/mosquito-vector-control-emergency-response-and-preparedness-zika-virus>.
113. Alvarado-Castro V, Paredes-Solís S, Nava-Aguilera E, Morales-Pérez A, Alarcón-Morales L, Balderas-Vargas NA, et al. Assessing the effects of interventions for *Aedes aegypti* control: systematic review and meta-analysis of cluster randomised controlled trials. *BMC Public Health*[Internet]. 2017;17(1):384. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4290-z>.
114. Erlanger T, Keiser J, Utzinger J. Effect of dengue vector control interventions on entomological parameters in developing countries: a systematic review and meta-analysis. *Med Vet Entomol*[Internet]. 2008[citado 19 jul 2021];22(3):203-21. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2915.2008.00740.x>.

115. Organización Mundial de la Salud[Internet]. Salud y derechos humanos. Ginebra: OMS; 2017 [actualizado 2021; citado 19 Ago 2021 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
116. Sidani S, Epstein DR, Bootzin RR, Moritz P, Miranda J. Assessment of preferences for treatment: validation of a measure. *Research in nursing & health*[Internet]. 2009[citado 9 abr 2021];32(4):419-31. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4446727/>.
117. Diepeveen S, Ling T, Suhrcke M, Roland M, Marteau TM. Public acceptability of government intervention to change health-related behaviours: a systematic review and narrative synthesis. *BMC Public Health*[Internet]. 2013;13(1):756. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-756>.
118. Becker CB, Darius E, Schaumberg K. An analog study of patient preferences for exposure versus alternative treatments for posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*[Internet]. 2007[citado 9 ag 2021];45(12):2861-73. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17612502/>.
119. Tarrier N, Liversidge T, Gregg L. The acceptability and preference for the psychological treatment of PTSD. *Behaviour research and therapy*[Internet]. 2006[citado 9 ag 2021];44(11):1643-56. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16460671/>.
120. Studocu[Internet]. Holanda: Crowdsourced 2012 [actualizado 2022; citado 9 ag 2022]. Acceptability – a neglected dimension of access to health care: findings from a study on childhood convulsions in rural Tanzania; [19 pantallas]. Disponible en: <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-nacional-de-la-matanza/administracion-de-la-produccion/la-calidad-de-la-atencion-art-net-sunol/6625517>.
121. Doll R. Surveillance and Monitoring. *Int J Epidemiol*[Internet]. 1974;3(4):305-14. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ije/3.4.305>.
122. Staniszewska S, Crowe S, Badenoch D, Edwards C, Savage J, Norman W. The PRIME project: developing a patient evidence-base. *Health Expect*[Internet]. 2010[citado 9 ag 2021];13(3):312-22. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1369-7625.2010.00590.x>.
123. Sekhon M, Cartwright M, Francis JJ. Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC Health Serv Res*[Internet]. 2017;17(1):88. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2031-8>.
124. Donabedian A. La calidad de la atención médica. México: La Prensa Médica Mexicana; 1984. 95 p.

125. Suñol R, Net A. La calidad de la atención. Ponències i Jornades[Internet]. 1998[citado 9 ag 2021](3):1-13. Disponible en: <https://www.fadq.org/portfolio/la-calidad-de-la-atencion/>.
126. Wallace SP, Enriquez-Haass W. Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambio para los adultos mayores en los Estados Unidos. Rev Panam Salud Pública[Internet]. 2001[citado 19 ag 2021];10(1):18-28. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2001.v10n1/18-28/>.
127. Reifel NM, Rana H, Marcus M. Consumer satisfaction. Adv Dent Res. 1997;11 (2):281-90.
128. Rosenbach ML. Access and satisfaction within the disabled Medicare population. Health Care Financ Rev[Internet]. 1995[citado 23 ag 2021];17(2):147-67. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4193555/>.
129. Andrykowski MA, Manne SL. Are psychological interventions effective and accepted by cancer patients? I. Standards and levels of evidence. Ann Behav Med[Internet]. 2006;32(2):93-7. Disponible en: https://doi.org/10.1207/s15324796abm3202_3.
130. Say RE, Thomson R. The importance of patient preferences in treatment decisions--challenges for doctors. Bmj[Internet]. 2003[citado 9 ag 2021];327(7414):542-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC192849/>.
131. Torgerson D, Ryan M, Donaldson C. Effective Health Care bulletins: are they efficient? Qual Health Care[Internet]. 1995[citado 9 ag 2021];4(1):48-51. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1055267/>.
132. Stok FM, de Ridder DTD, de Vet E, Nureeva L, Luszczynska A, Wardle J, et al. Hungry for an intervention? Adolescents' ratings of acceptability of eating-related intervention strategies. BMC Public Health[Internet]. 2016;16(1):5. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2665-6>.
133. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: new guidance: MRC. BMJ[Internet]. 2008[citado 5 jun 2021];337:a1655. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/337/bmj.a1655>.
134. Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, W H, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. BMJ[Internet]. 2015;350:h1258. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.h1258>.
135. Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth A, Sandercock P, Spiegelhalter D, et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. BMJ[Internet]. 2000;321(7262):694-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7262.694>.

136. Pérez Chacón D, Castro M, Van der Stuyft P, Zabala MC, Lefèvre P, Toledo ME, et al. Aporte del Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí e instituciones colaboradoras al desarrollo de la ciencia e investigación de implementación en enfermedades infecciosas. AACC[Internet]. 2019[citado 9 ag 2021];9(3):705. Disponible en: <http://www.revistaccuba.cu/index.php/revacc/article/view/705/723>.
137. Grimshaw J, Eccles M, Thomas R, MacLennan G, Ramsay C, Fraser C, et al. Toward evidence-based quality improvement. Evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implementation strategies 1966-1998. J Gen Intern Med[Internet]. 2006[citado 23 ag 2021];21 (Suppl 2):S14-20. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2557130/>.
138. Aarons GA. Mental Health Provider Attitudes Toward Adoption of Evidence-Based Practice: The Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS). Ment Health Serv Res[Internet]. 2004;6(2):61-74. Disponible en: <https://doi.org/10.1023/B:MHSR.0000024351.12294.65>.
139. Aarons GA, Palinkas LA. Implementation of Evidence-based Practice in Child Welfare: Service Provider Perspectives. Adm Policy Ment Health[Internet]. 2007;34(4):411-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10488-007-0121-3>.
140. Karlsson A, Bendtsen P. Acceptability of a computerized alcohol screening and advice routine in an emergency department setting—a patient perspective. Addict Behav[Internet]. 2005[citado 23 ag 2021];30(4):767-76. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460304003004>.
141. Rodríguez AD, Penilla RP, Rodríguez MH, Hemingway J, Trejo A, Hernández-Avila JE. Acceptability and perceived side effects of insecticide indoor residual spraying under different resistance management strategies. Salud Publica Mex [Internet]. 2006[citado 9 ag 2021];48(4):317-24. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/spm/2006.v48n4/317-324/#ModalArticles>.
142. Apiñaniz A, López-Picado A, Miranda-Serrano E, Latorr A, Cobos R, Parraza-Díez N, et al. Estudio transversal basado en la población sobre la aceptabilidad de la vacuna y la percepción de la gravedad de la gripe A/H1N1: opinión de la población general y de los profesionales sanitarios. Gac Sanit [Internet]. 2010[citado 20 ag 2021];24(4):314-20. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112010000400009.
143. Cardona Arboleda O. Estimación holística del riesgo sísmico utilizando sistemas dinámicos complejos. [Doctorado]. España: Universidad Politècnica de Catalunya; 2001[citado 21 Ago 2021].335 p.Disponible en: <https://dialnet.ulrrioja.es/servlet/tesis/?codigo=6549>.
144. Organización Panamericana de la Salud[Internet]. Principales criterios para la aceptabilidad ética de los estudios de exposición con seres humanos en el contexto de la COVID-

19. Washington D.C: OPS; 2020 [actualizado 2021; citado 21 ag 2021]. [18]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52542>.
145. Eyal N, Lipsitch M, Smith PG. Human Challenge Studies to Accelerate Coronavirus Vaccine Licensure. *J Infect Dis*[Internet]. 2020;221(11):1752-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/infdis/jiaa152>.
146. Jamrozik E, Heriot GS, Selgelid MJ. Coronavirus Human Infection Challenge Studies: Assessing Potential Benefits and Risks. *J Bioeth Inq*[Internet]. 2020[citado 23 ag 2021];17(4):709-15. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7445815/>.
147. Darton TC, Blohmke CJ, Moorthy VS, Altmann DM, Hayden FG, Clutterbuck EA, et al. Design, recruitment, and microbiological considerations in human challenge studies. *Lancet Infect Dis*[Internet]. 2015;15(7):840-51. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(15\)00068-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(15)00068-7).
148. Pugliese-Garcia M, Heyerdahl LW, Mwamba C, Nkwemua S, Chilengi R, Demolis R, et al. Factors influencing vaccine acceptance and hesitancy in three informal settlements in Lusaka, Zambia. *Vaccine*[Internet]. 2019[citado 20 ag 2021];36(37):5617-24. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X18310119?via%3Dihub>
149. Audrey S, Holliday J, Parry-Langdon N, Campbell R. Meeting the challenges of implementing process evaluation within randomized controlled trials: the example of ASSIST (A Stop Smoking in Schools Trial). *Health Educ Res*[Internet]. 2006;21(3):366-77. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/her/cyl029>.
150. Arévalo Barea AR. Medicina basada en las evidencias. *Rev Méd La Paz*[Internet]. 2010[citado 1 jun 2020];16(1):75-81. Disponible en: http://www.scielo.org/bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582010000100011.
151. Gisbert JP, Bonfill X. ¿Cómo realizar, evaluar y utilizar revisiones sistemáticas y metaanálisis? *Gastroenterol Hepatol*[Internet]. 2004[citado 16 ag 2021];27(3):129-49. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-como-realizar-evaluar-utilizar-revisiones-S0210570503791109>.
152. Systematic Reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care [Internet]. York: Centre for Reviews and Dissemination; 2009 [citado 16 ag 2021]. Disponible en: <https://www.york.ac.uk/crd/guidance/>.
153. Higgins J, Green S, editors. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [Internet]: The Cochrane Collaboration; 2011 [citado 16 ag 2021 2021]. Disponible en: www.handbook.cochrane.org.

154. López Arrieta JM, N. Q. La medicina basada en pruebas: revisiones sistemáticas. La Colaboración Cochrane. . Med Clin (Barc) 1996;107: :581-5.
155. Cochrane AL. Efectividad y eficiencia: reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano : Fundación Salud, Innovación y Sociedad; 2000.
156. Light R, D. P. Quantitative procedures. Summing Up. 1st ed. Estados Unidos Harvard University Press; 1984.
157. García-Perdomo HA. Conceptos fundamentales de las revisiones sistemáticas/metaanálisis. Urol Colomb[Internet]. 2015[citado 6 ag 2021];24(1):28-34. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-urologia-colombiana-398-articulo-conceptos-fundamentales-revisiones-sistematicas-metaanalisis-S0120789X15000076>.
158. A. Sáenz, Ausejo. M. Guía para leer e interpretar una revisión sistemática. Rev Soc Mad Med Fam Comunit [Internet]. 2000; 2:[29-36 pp.].
159. Oxman AD, Cook DJ, Guyatt GH, Bass E, Brill-Edwards P, Browman G, et al. Users' Guides to the Medical Literature: VI. How to Use an Overview. JAMA[Internet]. 1994;272(17):1367-71. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.1994.03520170077040>.
160. Swingler G, Volmink J, Ioannidis J. Number of published systematic reviews and global burden of disease: database analysis. BMJ[Internet]. 2003[citado 21 sept 2021];327(7423):1083-4. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/327/7423/1083>.
161. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PG. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLOS Medicine[Internet]. 2009;6(7):e1000097. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>.
162. Beltrán G ÓA. Revisiones sistemáticas de la literatura. Rev Gastroenterol Mex[Internet]. 2005[citado 16 ag 2021];20(1):60-9. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572005000100009&nrm=iso.
163. González-Garay AG, Mayorga-Butrón JL, Ochoa-Carrillo FJ. Revisiones sistemáticas de la literatura, la piedra angular de la medicina basada en evidencia. Documento de la serie Medicina basada en evidencia, 2 de 3. Gac Mex de Oncol[Internet]. 2015[citado 21 Sep 2021];14(2):103-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665920115000188>.
164. Araujo Alonso M. Las revisiones sistemáticas (I). Medwave[Internet]. 2011[citado 9 ag 2021];9(11):e5220. Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Series/mbe01/5220#>.

165. Arévalo Barea RA, Ortuño G, Arévalo Salazar DE. Revisiones sistemáticas (1). Rev Méd La Paz [Internet]. 2010[citado 16 ag 2021];16(2):69-80. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582010000200012&lng=es.
166. Aguilera Eguía R. ¿Revisión sistemática, revisión narrativa o metaanálisis? Rev Soc Esp Dolor[Internet]. 2014[citado 18 my 2020];21:359-60. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462014000600010&nrm=iso.
167. Gabriel Sánchez R, Pladevall Vila M. Evaluación de la evidencia en medicina: revisiones sistemáticas y metaanálisis. Medicine[Internet]. 2003[citado 21 sept 2021];8(118):6337-43. Disponible en: <https://www.medicineonline.es/es-pdf-S0304541203711585>.
168. Van der Werf Cuadros L, Prieto Pinto L. NeuroEconomix [Internet]. Colombia: NeuroEconomix. ; 2019 2021. [21 sept 2021]. Available from: <https://www.neuroeconomix.com/que-es-una-revision-sistemica-revision-sistemica-y-revision-narrativa-son-lo-mismo/>.
169. Aveyard H. Doing a literature review in health and social care: A practical guide. 4th. ed. Australia: McGraw-Hill Education (UK); 2018.
170. Vidrio G. El análisis primario, secundario y meta-de la investigación. J Educ Res[Internet]. 1976;5:3-8.
171. Vidrio GV. La integración de los resultados: El meta-análisis de la investigación. RIE. 1978;5:351-79.
172. Vidrio GV, McGaw B, Smith ML. Meta-análisis en la investigación social. Beverly Hills, CA: Sage Publications; 1981.
173. Poth C, Ross S, editors. Meta-analysis, systematic review, or scoping review? Comparing methodologies in educational research. Annual Conference of the Canadian Society for the Study of Education, Ottawa, ON, Canada; 2009.
174. Manchado Garabito R, Tamames Gómez S, López González M, Mohedano Macías L, D'Agostino M, Veiga de Cabo J. Revisiones Sistemáticas Exploratorias. Medicina y Seguridad del Trabajo[Internet]. 2009[citado 9 ag 2022];55:12-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2009000300002&nrm=iso.
175. Sackett D, Straus S, Scott Richardson W, William Rosenberg W, Haynes B. Evidencebased medicine: How to practice and teach EBM. 2nd ed. London: Churchill-Livingstone; 2000.
176. Ferreira González I, Urrútia G, Alonso-Coello P. Revisiones sistemáticas y metaanálisis: bases conceptuales e interpretación. Rev Esp Cardiol[Internet]. 2011[citado 23 Abr

2021];64(8):688-96. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-revisiones-sistematicas-metaanalisis-bases-conceptuales-articulo-S0300893211004507>.

177. Antman EM, Lau J, Kupelnick B, Mosteller F, Chalmers TC. A Comparison of Results of Meta-analyses of Randomized Control Trials and Recommendations of Clinical Experts: Treatments for Myocardial Infarction. JAMA[Internet]. 1992;268(2):240-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03490020088036>.

178. Oxman A, Guyatt G. The Science of Reviewing Research. Ann N Y Acad Sci[Internet]. 1993[citado 16 ag 2021];703(1):125-34. Disponible en: <https://nyaspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1749-6632.1993.tb26342.x>.

179. Ortiz Z. ¿Qué son las revisiones sistemáticas?2005 2021; 2021(1). Disponible en: <http://www.epidemiologia.anm.edu.ar/wp-content/uploads/2018/06/Que-son-las-revisiones-sistematicas--2005.pdf>.

180. Glass GV. Primary, Secondary, and Meta-Analysis of Research. E R[Internet]. 1976;5(10):3-8. Disponible en: <https://doi.org/10.2307/1174772>

181. Stewart LA, Tierney JF, M. C. Chapter 19: Reviews of individual patient data. [Internet]. 2011 [citado 21 sept 2021]. En: Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.10: The Cochrane Collaboration; p. 563-5. Disponible en: <https://es.cochrane.org/es/recursos-para-autores-elaborar-revisiones>.

182. Manterola C, Astudillo P, Arias E, Claros N. Revisiones sistemáticas de la literatura. Qué se debe saber acerca de ellas. Cir Esp [Internet]. 2013[citado 23 Abr 2021];91(3):149-55. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-revisiones-sistematicas-literatura-que-se-S0009739X11003307>.

183. Moher D, Cook DJ, Eastwood S, Olkin I, Rennie D, Stroup DF. Improving the quality of reports of meta-analyses of randomised controlled trials: the QUOROM statement. The Lancet[Internet]. 1999[citado 21 sept 2021];354(9193):1896-900. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673699041495>.

184. García Perdomo H. Síntesis de la evidencia en educación para la salud. Inv Ed Med[Internet]. 2014[citado 16 ag 2021];3(12):214---. Disponible en: <http://riem.facmed.unam.mx/node/343>.

185. Villasís-Keever MA, Rendón-Macías ME, García H, Miranda-Novales MG, Escamilla-Núñez A. La revisión sistemática y el metaanálisis como herramientas de apoyo para la clínica y la investigación. Rev alerg Méx[Internet]. 2020[citado 16 ag 2021];67(1):62-72. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-91902020000100062&lng=es.

186. Centre for Reviews and Dissemination. Systematic Reviews. CRD's guidance for undertaking reviews in health care. United Kingdom: Centre for Reviews and Dissemination, University of York; 2008 [citado 21 sept 2021]. Disponible en: <https://www.york.ac.uk/crd/guidance/>.
187. Listas guía de comprobación de revisiones sistemáticas y metaanálisis: declaración PRISMA. [Internet]. Disponible en: <https://evidenciasenpediatria.es/files/41-11457-RUTA/97Fundamentos.pdf>.
188. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. BMJ[Internet]. 2009[citado 21 Sep 2021];339:b2700. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/bmj/339/bmj.b2700.full.pdf>.
189. Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghers D, Liberati A, Petticrew M, et al. Ítems de referencia para publicar Protocolos de Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis. Declaración PRISMA-P 2015. Rev Esp Nutr Hum Diet[Internet]. 2014[citado 9 ag 2020];20(2):148-60. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5582461>.
190. Urrutia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. Med Clin(Barc)[Internet]. 2010;135(11):507-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.01.015>.
191. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. Rev Esp Cardiol[Internet]. 2020;74(9):790-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>.
192. Hutton B, Catalá-López F, Moher D. La extensión de la declaración PRISMA para revisiones sistemáticas que incorporan metaanálisis en red: PRISMA-NMA. Med Clin (Barc)[Internet]. 2016[citado 16 Sep 2021];147(6):262-6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-medicina-clinica-2-articulo-la-extension-declaracion-prisma-revisiones-S0025775316001512>.
193. Panic N, Leoncini E, de Belvis G, Ricciardi W, Boccia S. Evaluation of the endorsement of the preferred reporting items for systematic reviews and meta-analysis (PRISMA) statement on the quality of published systematic review and meta-analyses. PLoS One[Internet]. 2013[citado 21 Sep 2021];8(12):e83138-e. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3873291/>.
194. Pierre L, Pérez D, Verdonck T, Vanlerberghe V, Van der Stuyft V, Reyes A, et al.[Internet]. Estados Unidos: NIHR; 2018 [actualizado 2021; citado 20 May 2021]. Aceptabilidad de las intervenciones dirigidas a las enfermedades transmitidas por vectores transmitidas por *Aedes aegypti*. Disponible en: https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42018104157.

195. Peralta GMJ, Frías GM, CO. G. Criterios, clasificaciones y tendencias de los indicadores bibliométricos en la evaluación de la ciencia. Rev cuba inf cienc salud [Internet]. 2015[citado 25 Sep 2021];26(3):290-303. Disponible en: <http://www.rcics.sld.cu/index.php/acimed/article/view/744>.
196. Paz Enrique L, Céspedes A, Hernández Alfonso E. Análisis métrico de las comunicaciones de la revista Centro Azúcar Biblios[Internet]. 2016[citado 25 Sep 2021](62). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5403616>.
197. Macoris ML, Mazine CA, Andrighetti MT, Yasumaro S, Silva ME, Nelson MJ, et al. Factors favoring houseplant container infestation with *Aedes aegypti* larvae in Marilia, Sao Paulo, Brazil. Rev Panam Salud Publica[Internet]. 1997;1(4):280-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Factors+favoring+houseplant+container+infestation+with+Aedes+aegypti+larvae+in+Marilia%2C+Sao+Paulo%2C+Brazil>.
198. Paz-Soldan VA, Bauer K, Morrison AC, Cordova Lopez JJ, Izumi K, Scott TW, et al. Factors Associated with Correct and Consistent Insecticide Treated Curtain Use in Iquitos, Perú. PLoS neglected tropical diseases[Internet]. 2016;10(3):e0004409. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0004647>.
199. Paz-Soldan VA, Bauer KM, Lenhart A, Cordova Lopez JJ, Elder JP, Scott TW, et al. Experiences with insecticide-treated curtains: a qualitative study in Iquitos, Peru. BMC public health[Internet]. 2016;16:582. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4947330/pdf/12889_2016_Article_3191.pdf.
200. Vanlerberghe V, Villegas E, Jirarojwatana S, Santana N, Trongtorkit Y, Jirarojwatana R, et al. Determinants of uptake, short-term and continued use of insecticide-treated curtains and jar covers for dengue control. Tropical medicine & international health : TM & IH[Internet]. 2011;16(2):162-73. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2010.02668.x>.
201. Vanlerberghe V, Villegas E, Oviedo M, Baly A, Lenhart A, McCall PJ, et al. Evaluation of the effectiveness of insecticide treated materials for household level dengue vector control. PLoS Negl Trop Dis[Internet]. 2011;5(3):e994. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0000994>.
202. Vivas E, Guevara De Sequeda M. A game as an educational strategy for the control of *Aedes aegypti* in Venezuelan schoolchildren. Rev Panam Salud Publica[Internet]. 2003;14(6):394-401. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=A+game+as+an+educational+strategy+for+the+control+of+Aedes+aegypti+in+Venezuelan+schoolchildren>.
203. Pérez D, Van der Stuyft P, Toledo ME, Ceballos E, Fabre F, Lefevre P. Insecticide treated curtains and residual insecticide treatment to control *Aedes aegypti*: An acceptability study in

Santiago de Cuba. PLoS neglected tropical diseases[Internet]. 2018;12(1):e0006115. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0006115>.

204. Sánchez L, Pérez D, Pérez T, Sosa T, Cruz G, Kouri G, et al. Intersectoral coordination in *Aedes aegypti* control. A pilot project in Havana City, Cuba. Tropical medicine & international health : TM & IH[Internet]. 2005;10(1):82-91. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2004.01347.x>.

205. Dickinson KL, Hayden MH, Haenchen S, Monaghan AJ, Walker KR, Ernst KC. Willingness to Pay for Mosquito Control in Key West, Florida and Tucson, Arizona. The American journal of tropical medicine and hygiene[Internet]. 2016;94(4):775-9. Disponible en: <https://doi.org/10.4269/ajtmh.15-0666>.

206. Nam VS, Yen NT, Duc HM, Tu TC, Thang VT, Le NH, et al. Community-based control of *Aedes aegypti* by using Mesocyclops in southern Vietnam. The American journal of tropical medicine and hygiene[Internet]. 2012;86(5):850-9. Disponible en: <https://doi.org/10.4269/ajtmh.2012.11-0466>

207. Nam. VS, Nguyen TY, Tran VP, Truong UN, Le QM, Le VL, et al. Elimination of dengue by community programs using Mesocyclops(*Copepoda*) against *Aedes aegypti* in central Vietnam. The American journal of tropical medicine and hygiene[Internet]. 2005[citado 9 ag 2020];72(1):67-73. Disponible en: <https://core.ac.uk/outputs/10902899>.

208. Ouedraogo S, Degroote S, Barro SA, Some PA, Bonnet E, Ridde V. Recurrence of dengue epidemics in Burkina Faso: Community preference for an intervention to prevent the disease. Revue d'epidemiologie et de sante publique[Internet]. 2019;67(6):375-82. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.respe.2019.08.002>.

209. Juarez JG, Carbajal E, Dickinson KL, Garcia-Luna S, Vuong N, Mutebi JP, et al. The unreachable doorbells of South Texas: community engagement in colonias on the US-Mexico border for mosquito control. BMC public health[Internet]. 2022;22(1):1176. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13426-z>.

210. Sayono S, Widoyono W, Sumanto D, Rokhani R. Impact of Dengue Surveillance Workers on Community Participation and Satisfaction of Dengue Virus Control Measures in Semarang Municipality, Indonesia: A Policy Breakthrough in Public Health Action. Osong public health and research perspectives[Internet]. 2019[citado 24 jun 2021];10(6):376-84. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6927424/>.

211. Baly A, Flessa S, Cote M, Thiramanus T, Vanlerberghe V, Villegas E, et al. The cost of routine *Aedes aegypti* control and of insecticide-treated curtain implementation. Am J Trop Med Hyg [Internet]. 2011;84(5):747-52. Disponible en: <https://doi.org/10.4269/ajtmh.2011.10-0532>.

212. Jones CH, Benitez-Valladares D, Guillermo-May G, Dzul-Manzanilla F, Che-Mendoza A, Barrera-Perez M, et al. Use and acceptance of long lasting insecticidal net screens for dengue prevention in Acapulco, Guerrero, Mexico. *BMC public health*[Internet]. 2014[citado 4 nov 2019];14:846. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4152567/>.
213. Quintero J, Garcia-Betancourt T, Cortes S, Garcia D, Alcalá L, Gonzalez-Uribe C, et al. Effectiveness and feasibility of long-lasting insecticide-treated curtains and water container covers for dengue vector control in Colombia: a cluster randomised trial. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*[Internet]. 2015;109(2):116-25. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/trstmh/tru208>.
214. Vanlerberghe V, Trongtokit Y, Jirarojwatana S, Jirarojwatana R, Lenhart A, Apiwathnasorn C, et al. Coverage-dependent effect of insecticide-treated curtains for dengue control in Thailand. *Am J Trop Med Hyg*[Internet]. 2013;89(1):93-8. Disponible en: <https://doi.org/10.4269/ajtmh.13-0015>.
215. Tran TT, Olsen A, Viennet E, Sleight A. Social sustainability of Mesocyclops biological control for dengue in South Vietnam. *Acta tropica*[Internet]. 2015;141(Pt A):54-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.actatropica.2014.10.006>.
216. Usuga AF, Zuluaga-Idarraga LM, Alvarez N, Rojo R, Henao E, Rua-Uribe GL. Barriers that limit the implementation of thermal fogging for the control of dengue in Colombia: a study of mixed methods. *BMC public health*[Internet]. 2019;19(1):669. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7029-1>.
217. Espino F, Marco J, Salazar NP, Salazar F, Mendoza Y, Velazco A. Community-based dengue vector control: experiences in behavior change in Metropolitan Manila, Philippines. *Pathogens and global health*[Internet]. 2012;106(8):455-61. Disponible en: <https://doi.org/10.1179/2047773212Y.0000000061>.
218. Tran HP, Huynh TT, Nguyen YT, Kutcher S, O'Rourke P, Marquart L, et al. Low entomological impact of new water supply infrastructure in southern Vietnam, with reference to dengue vectors. *The American journal of tropical medicine and hygiene*[Internet]. 2012;87(4):631-9. Disponible en: <https://doi.org/10.4269/ajtmh.2012.12-0335>.
219. Duman-Scheel M, Eggleston KK, Achee NL, Grieco JP, Hapairai LK. Mosquito control practices and perceptions: An analysis of economic stakeholders during the Zika epidemic in Belize, Central America. *PloS one*[Internet]. 2018;13(7):e0201075. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6053204/pdf/pone.0201075.pdf>.
220. Boonchutima S, Kachentawa K, Limpavithayakul M, Prachansri A. Longitudinal study of Thai people media exposure, knowledge, and behavior on dengue fever prevention and control. *Journal of infection and public health*[Internet]. 2017;10(6):836-41. Disponible en:

https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S1876034117300515.pdf?locale=es_ES&searchIndex=.

221. Khun S, Manderson LH. Abate distribution and dengue control in rural Cambodia. *Acta tropica*[Internet]. 2007[citado 9 ag 2021];101(2):139-46. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0001706X0700006X>.

222. Phuanukoonnon S, Brough M, Bryan JH. Folk knowledge about dengue mosquitoes and contributions of health belief model in dengue control promotion in Northeast Thailand. *Acta tropica*[Internet]. 2006[citado 9 ag 2021];99(1):6-14. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0001706X06001124?via%3Dihub>.

223. Legorreta-Soberanis J, Paredes-Solis S, Morales-Perez A, Nava-Aguilera E, de Los Santos FRS, Sanchez-Gervacio BM, et al. Coverage and beliefs about temephos application for control of dengue vectors and impact of a community-based prevention intervention: secondary analysis from the Camino Verde trial in Mexico. *BMC public health*[Internet]. 2017;17(Suppl 1):426. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4297-5>.

224. Fajardo P, Monje CA, Lozano G, Realpe O, Hernandez LE. Popular notions regarding "dengue" and "rompehuesos", 2 models of the disease in Colombia. *Rev Panam Salud Publica*[Internet]. 2001;10(3):161-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4297-5>.

225. Espinoza-Gomez F, Hernandez-Suarez CM, Coll-Cardenas R. Educational campaign versus malathion spraying for the control of *Aedes aegypti* in Colima, Mexico. *Journal of epidemiology and community health*[Internet]. 2002;56(2):148-52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.56.2.148>.

226. Gurtler RE, Garelli FM, Coto HD. Effects of a five-year citywide intervention program to control *Aedes aegypti* and prevent dengue outbreaks in northern Argentina. *PLoS neglected tropical diseases*[Internet]. 2009;3(4):e427. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0000427>.

227. Torres JL, Ordonez JG, Vazquez-Martinez MG. Dengue-related knowledge, attitudes, and practices in primary schools in Tapachula, Chiapas, Mexico. *Rev Panam Salud Publica*[Internet]. 2014[citado 9 ag 2020];35(3):214-8. Disponible en: <https://go.gale.com/ps/i.do?p=IFME&u=googlescholar&id=GALE|A373747908&v=2.1&it=r&sid=googleScholar&asid=c6a01d38>.

228. Lwin MO, Jayasundar K, Sheldenkar A, Wijayamuni R, Wimalaratne P, Ernst KC, et al. Lessons From the Implementation of Mo-Buzz, a Mobile Pandemic Surveillance System for Dengue. *JMIR public health and surveillance*[Internet]. 2017;3(4):e65. Disponible en: <https://publichealth.jmir.org/2017/4/e65/pdf>.

229. Pugliese-Garcia M, Heyerdahl LW, Mwamba C, Nkwemu S, Chilengi R, Demolis R, et al. Factors influencing vaccine acceptance and hesitancy in three informal settlements in Lusaka, Zambia. *Vaccine*[Internet]. 2018[citado 20 ag 2021];36(37):5617-24. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.07.042>.
230. Heyerdahl LW, Pugliese-Garcia M, Nkwemu S, Tembo T, Mwamba C, Demolis R, et al. “It depends how one understands it:” a qualitative study on differential uptake of oral cholera vaccine in three compounds in Lusaka, Zambia. *BMC Infect Dis*[Internet]. 2019;19(1):421. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12879-019-4072-6>.
231. Dillip A, Alba S, Mshana C, Hetzel MW, Lengeler C, Mayumana I, et al. Acceptability – a neglected dimension of access to health care: findings from a study on childhood convulsions in rural Tanzania. *BMC Health Serv Res*[Internet]. 2012;12(1):113. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-113>.

ANEXOS

Anexo 1

Artículo por autor principal y año	Intervención	Definición de aceptabilidad	Marco teórico	Momento de la evaluación	Métodos	Diseño/técnicas	Atributo evaluado	Perspectiva	Limitaciones del estudio y sesgos	Resultados
Laws et al 1968	Abate	No	No	Concurrente	Mixto	No se declara / entrevista	No	Población	No se declara	Positivo
Swaddiwudhipong et al.	Educación para la salud	No	No	Posterior	Cuantitativo	No se declara / encuesta	CAP	Población	No se declara	Positivo
Kroeger et al 1995	Bti (<i>Bacillus thuringiensis israelensis</i>)	No	No	Posterior	Cuantitativo	No se declara / encuesta	Satisfacción, colaboración percepciones sobre Bti	Población	No se declara	Positivo
Macoris et al 1997	Recomendaciones del programa de control sobre el majo de plantas ornamentales	No	No	Concurrente	Mixto	Corte transversal / encuesta, entrevista semiestructurada entrevista en profundidad	Aceptación	Población	No se declara	Negativo
Fajardo et al 2001	Programa educativo	No	No	Antes y después	Cuantitativo	Comparación antes y después y con grupo control / Escala Licker	Actitudes	Población	No se declara	No claro
Brian et al 2002	Mesocyclops (copepoda) plus participación comunitaria	No	No	Concurrente	Cuantitativo	Comparación antes y después / encuesta	Actitudes	Población	No se declara	Positivo
Espinoza-Gómez et al 2002	Campaña educativa contra fumigación con Malation	No	No	Antes y después	Cuantitativo	Comparación antes y después / Encuesta	Actitudes	Población	No se declara	No claro
Vivas, Guevara & Sequeda 2003	Juego como estrategia educativa para escolares i.e. Jugando en salud: Dengue	Dominio afectado	No	Posterior	Cuantitativo	Estudio anidado en un diseño cuasi- experimental / encuesta (escala licker)	No	Población (i.e., escolares)	No se declara	Positivo
Nam et al 2005	Control biológico impulsado por la comunidad (mesociclo, copepoda) complementado con la limpieza de artículos desechados.	No	No	Concurrente	Cuantitativo	Corte transversal / encuesta	Actitudes	Población	No se declara	Positivo
Sanchez et al 2005	Colaboración intersectorial	No	No	Antes y después	Cuantitativo	Estudio anidado en estudio experimental / Encuesta	CAP	Población	No se declara	Positivo

Artículo por autor principal y año	Intervención	Definición de aceptabilidad	Marco teórico	Momento de la evaluación	Métodos	Diseño/técnicas	Atributo evaluado	Perspectiva	Limitaciones del estudio y sesgos	Resultados
Rodríguez et al 2006	Tres tipos de insecticidas: organofosforado [OP], piretroide [PYR] y carbamato [CARB]) de dos clases diferentes de insecticidas (OP y PYR) se compararon con el uso de un único insecticida (DDT o PYR)	Si	No	Posterior	Mixto	Corte transversal / Encuesta con algunas	No rechazo, percepciones	Población	No se declara	Positivo
Phuanukoonnon et al 2006	Control larval	No	Modelo de creencias de Salud	Concurrente	Cualitativo	Discusiones de grupos focales (FGD), entrevistas en profundidad (IDI) y observación, entrevistas informales y actividades de clasificación de tarjetas	Percepciones	Población	Período de observación	Negativo
Bonet et al 2007	Sistema de vigilancia integrado con participación comunitaria	No	No	Antes y después	Cuantitativo	Comparación antes y después / Encuesta	Actitudes	Población	No se declara	Positivo
Toledo et al 2007a	Participación comunitaria	No	No	Antes y después	Mixto	Cuasi-experimental	Participación, cambio de comportamientos, sostenibilidad	Población pero se discuten sobre implementadores	Aspectos relativos al diseño, período de observación	Positivo
Toledo et al 2007b	Participación comunitaria	Si	Shediac-Rizkallah and Bone (1998) y marco teórico de institucionalización de Goodman and Steckler (1989)	Posterior	Mixto	Los datos sobre el mantenimiento de los efectos, el nivel de institucionalización y la continuidad de las actividades a través del desarrollo de capacidades se recogieron mediante la revisión de la documentación, la observación directa, los cuestionarios, las entrevistas a informantes clave y a grupos y las encuestas entomológicas rutinarias.	Sostenibilidad/Institucionalización, Satisfacción, participación (implicación)	Implementadores / Población	Período de observación	Positivo
Khun et al 2007	Abate/Temephos	No	No	Concurrente	Mixto	Etnografía (cuantitativa y cualitativa)	Comprensión y adherencia, aceptación	Población, Implementadores (a bit)	No	Negativo

Artículo por autor principal y año	Intervención	Definición de aceptabilidad	Marco teórico	Momento de la evaluación	Métodos	Diseño/técnicas	Atributo evaluado	Perspectiva	Limitaciones del estudio y sesgos	Resultados
Lenhart et al 2008	Mosquiteros impregnados con insecticida	No	No	Posterior	Mixto	Corte transversal /entrevista informal y encuesta	Actitudes y uso	Población	No se declara	Positivo
Seng et al 2008	Fish Poecilia + participación comunitaria	No	No	Posterior	Cuantitativo	Diseño experimental / encuesta entomológica	Cobertura	Población	Dificultades de medición	Positivo
Gurtler et al 2009	Eliminación de no útiles, Temefos, Bacillus thuringiensis israelensis + participacion comunitaria	No	No	Antes y después	Cuantitativo	No se declara / Mapeo de cobertura de la intervención	Cobertura	Población	No se declara	No claro
Ritchie et al 2009	Ovitrapas	Si	No	Posterior	Cuantitativo	No se declara / encuesta entomológica	Aceptación	Población	Dificultades de medición	Positivo
Cáceres-Manrique et al 2010	Estrategia de movilización y comunicación social para mejorar la apropiación o el "empoderamiento - COMBI	No	No	Concurrente	Cuantitativo	No se declara / Encuesta	Empoderamiento	Población	Dificultades de medición	Positivo
Baly et al 2011	Cortinas impregnadas con insecticidas	No	No	Concurrente	Cuantitativo	Corte transversal / Encuesta	Intención de uso, Cobertura	Población	No se declara	Variado
Vanlergerghe et al 2011a	Cortinas y tapas impregnadas con insecticidas	Si	No	Concurrente	Cuantitativo	Estudio experimental / análisis de datos del experimento, encuesta	Recepción, uso continuado, Cobertura	Población	No se declara	Variado
Vanlergerghe et al 2013	Cortinas impregnadas con insecticidas	No	No	Concurrente	Cuantitativo	Estudio experimental / encuesta	Uso, Cobertura	Población	No se declara	Variado
Paz-Soldan et al 2011	Estrategia Push-Pull	No	No	Concurrente	Cualitativo	Estudio anidado en diseño experimental / Grupo de discusión	Disposición a pagar, percepciones	Población	Aspectos relativos al diseño	Positivo
Harburger et al 2011	Tableta de fumigación	No	No	Posterior	Cuantitativo	Encuesta	Aceptación	Población	No se declara	Positivo
Vanlerberghe et al 2011c	ITC and jar covers	Si	No	Concurrente	Cuantitativo	Encuesta de seguimiento / cuestionario y guía de observación estructurada	Aceptación, uso sostenido, disposición a pagar, disposición a recomendar, disposición a usar de gratis, cobertura, Recepción	Población	Aspectos relativos al diseño, período de observación	Variado
Kroeger et al 2012	Cortinas y tapas de tanques impregnados con insecticida	No	No	Concurrente	Mixto	Comparación antes y después / entrevista informal, encuesta	Actitudes, uso	Población	No se declara	Positivo

Artículo por autor principal y año	Intervención	Definición de aceptabilidad	Marco teórico	Momento de la evaluación	Métodos	Diseño/técnicas	Atributo evaluado	Perspectiva	Limitaciones del estudio y sesgos	Resultados
McNaughton 2012	Mosquitos infectados con Wolbachia	Si	Antropología Cultural	Antes	Mixto	Estudio de caso, diseño etnográfico / entrevista informal, observación participante, entrevista semiestructurada en profundidad, indagación histórica, grupos de discusión, encuesta	Compromiso y autorización del público	Población	No se declara	Positivo
Espino et al 2012	Participación comunitaria en el manejo de recipientes	No	Modelo de Creencias de Salud	Concurrente	Cualitativo	No se declara / notas de campo/relatoría de talleres, grupo de discusión, entrevistas	Respuestas comunitarias	Población	No se declara	Variado
Tran et al 2012	Infraestructura de abasto de agua	No	No	Concurrente	Mixto	No se declara / Grupo de discusión, encuesta de recipientes	Actitudes, uso	Población	No se declara	Variado
Wai et al 2012	Eco-salud y participación comunitaria	No	No	Posterior	Mixto	No se declara / grupo de discusión, encuesta	Satisfacción, actitudes	Población	No se declara	Positivo
Nam et al 2012	Mesocyclops + participación comunitaria	No	No	Concurrente	Mixto	Corte transversal / encuesta, grupo de discusión	Aceptar poner Mesocyclops en los contenedores de agua, voluntad de formar parte de las actividades de control del dengue	Población (general y cinco grupos comunitarios: CMC, colaboradores, propietarios de viviendas, profesores y estudiantes)	No se declara	Positivo
Abeyewickreme et al 2012	Manejo de ecosistema con participación comunitaria	No	No	Concurrente	Mixto	Anidado en un estudio/encuesta de intervención. Discusiones de grupo, entrevistas a informantes clave y opiniones de los jefes de hogar sobre los efectos.	Movilización de la comunidad, intención de apoyar las actividades del proyecto.	Implementadores Población	No se declara	Positivo
Castro et al. 2012	Empoderamiento comunitario para ordenamiento del medio	Si	Marco teórico de Rifkin de participación comunitaria	Antes y después	Mixto	Diseño experimental por conglomerados aleatorizados / encuesta, talleres	Conocimientos, percepción de riesgo, practicas, participación	Población	Dificultades para la atribución d resultados de la intervención, subestimación de las mediciones	Positivo
Arunachalam et al 2012	Ordenamiento del medio con participación comunitaria	No	No	Antes y después, Concurrente	Mixto	Estudio experimental / encuesta, grupos de discusión,	Aceptación	Población	No se declara	Positivo
Rizzo et al. 2012	Costinas y tapas impregnadas con insecticida	No	No	Concurrente	Mixto	Estudio experimental / encuesta, grupos de discusión,	Aceptación, satisfacción, uso adecuado, Cobertura	Población	Contaminación de la información, variables confusoras, aspectos relativos al diseño.	Positivo

Artículo por autor principal y año	Intervención	Definición de aceptabilidad	Marco teórico	Momento de la evaluación	Métodos	Diseño/técnicas	Atributo evaluado	Perspectiva	Limitaciones del estudio y sesgos	Resultados
Kittayapong et al 2012	Intervención Eco-bio-social con participación comunitaria	Si	No	Posterior	Cuantitativo	Encuesta	Aceptación	Población	Si	Positivo
Ditsuwan et al 2013	Fumigación de las viviendas	Si	No	Antes	Cuantitativo	Corte transversal/Encuesta	Disposición a pagar	Ejecutores (líderes ejecutivos)	No se declara	Positivo
Murray et al 2014	Uniformes de escuela impregnados con insecticidas	No	No	Concurrente	Mixto	Estudio andado en diseño experimental a doble ciegas / encuesta, grupos de discusión y entrevistas semiestructuradas	Cobertura, uso and satisfacción, disposición a pagar, disposición a recomendar	Población	Período de observación	Positivo
Pai et al 2014	Latas de aerosol de insecticida	No	No	Posterior	Cuantitativo	No se declara / encuesta	No	Población	No se declara	Positivo
Torres et al 2014	Estrategia educativa se denominó "Escuelas sin mosquitos"	No	No	Antes y después	Cuantitativo	Comparación antes y después / encuesta	Actitudes	Población	No se declara	No claro
Jones et al 2014	Pantallas tratadas con insecticidas para puertas y ventanas	No	No	Concurrente	Mixto	Estudio mixto secuencial explicativo / encuesta, grupo de discusión, entrevista semiestructurada	Aceptación, uso, adherencia, actitudes	Población	Sesgo de muestreo	Variado
McNaughton et al 2014	Participación comunitaria + Mosquitos infectados con Wolbachia	No	No	Antes	Mixto	Investigación social sistemática / entrevista, en profundidad, observación, cuestionario grupo de discusión	Preocupaciones sobre el método, involucramiento, autorización	Población proveedores de salud, líderes locales	Es un estudio de evaluación anticipada y pueden darse cambios una vez implementada la intervención	Positivo
Quintero et al 2015	Cortinas para puertas y ventanas y tapa de tanques tratados con insecticida	No	No	Concurrente	Mixto	Diseño experimental por conglomerados aleatorizados / encuesta entomológica, cuestionario semiestructurado, entrevista semiestructurada, grupo de discusión	Cobertura, uso, satisfacción, disposición a pagar, percepciones	Población	No se declara	Variado
Kolopack et al 2015	Mosquitos infectados con Wolbachia	No	No	Posterior	Cualitativo	Estudio de caso basado en la Teoría Fundamentada / entrevistas en profundidad	Disposición a apoyar	Implementadores , financistas, líderes locales, población, decisores de salud, empresas privadas	Sesgo de muestreo, sesgo de reporte y sesgo de memoria	Positivo
Toledo et al 2015	Cortinas impregnadas con insecticida	No	No	Concurrente	Cuantitativo	Anidado en diseño experimental / análisis de registros estadísticos, encuesta	Recepción, uso, percepciones, Cobertura	Población	No se declara	Positivo

Artículo por autor principal y año	Intervención	Definición de aceptabilidad	Marco teórico	Momento de la evaluación	Métodos	Diseño/técnicas	Atributo evaluado	Perspectiva	Limitaciones del estudio y sesgos	Resultados
Andersson et al 2015	Participación comunitaria (movilización)	No	No	Antes y después	Cuantitativo	Estudio experimental / encuesta	Actitudes, autoeficacia, intención de cambiar comportamiento	Población	Acceso a las comunidades	Positivo
Tran et al 2015	Mesocyclops	Si	No	Concurrente	Mixto	Comparación antes y después / Encuesta de recipientes entrevistas semiestructuradas y grupo de discusión	Sostenibilidad social, actitudes, aceptación , adopción	Población, médicos, líderes locales, Maestros, especialistas en entomología	Período de observación	Variado
Caprara et al 2015	Social participation	Si	Modelo de Rifkin para evaluar participación en salud	Concurrente	Cualitativo	Investigación antropológica anidada en diseño experimental / entrevista a informantes claves, observación participante	Empoderamiento	Implementadores , Población, organizaciones locales, decisores de salud	Dificultades de medición	Positivo
Basso et al 2015	Manejo del medio con herramientas no químicas + participación comunitaria	No	Modelo de Rifkin para evaluar participación en salud	Concurrente	Cualitativo	Estudio anidado en diseño experimental / identificación de necesidades participativa	Participación comunitaria de y partes interesadas	Implementadores , políticos, población organizaciones locales, decisores de salud y financistas	Dificultad de atribuir los resultados a la intervención	Positivo
Dickinson et al 2016	Ovitrapas y BG-Sentinel traps	No	No	Antes	Cuantitativo	Corte transversal / encuesta	Disposición a pagar	Población	Aspectos relativos al diseño	Positivo
Paz-Soldan et al 2016	Cortinas impregnadas con insecticida	Si	No	Concurrente	Cuantitativo	Estudio anidado en diseño experimental / encuesta, observación directa	Uso correcto y consistente	Población	Aspectos relativos al diseño	Variado
Acevedo et al 2016	Ovitrapas	Si	No	Concurrente	Cuantitativo	Comparación antes y después / Encuesta entomológica	Retención	Población	No se declara	Positivo
Paz-Soldan et al 2016a	Cortinas impregnadas con insecticida	Si	No	Concurrente	Mixto	Estudio anidado en diseño experimental / encuesta, entrevista, grupo de discusión	Cumplimiento, experiencia. Uso futuro, percepciones	Población	Sesgo de muestreo	Positivo
Elsinga et al 2017	Participación comunitaria en eliminación de criaderos	Si	Modelo de Creencia de Salud, Teoría del Comportamiento Planificado	Posterior	Mixto	Corte trasversal / encuesta entrevista en profundidad, grupos de discusión	Actitudes, participación comunitaria, percepciones, uso real	Población	Diseño del estudio, sesgo de muestreo	Positivo
Legorreta-Soberanis et al 2017	Temphos + participación comunitaria	No	No	Concurrente	Cuantitativo	Análisis secundario de datos de estudio experimental / encuesta poblacional, encuesta entomológica	Cobertura, retención, creencias	Población	Sesgo de memoria	Negativo

Artículo por autor principal y año	Intervención	Definición de aceptabilidad	Marco teórico	Momento de la evaluación	Métodos	Diseño/técnicas	Atributo evaluado	Perspectiva	Limitaciones del estudio y sesgos	Resultados
Lwin et al 2017	Sistema de vigilancia de dengue: Mo-Buzz // Mo-Buzz	No	No	Concurrente	Mixto	Antes y después	Aceptación	Población, inspectores de salud	Tiempo de observación	No claro
Widmar et al 2017	Modificación genética de mosquitos	No	No	Antes	Cuantitativo	Corte transversal / encuesta (escalas)	Percepciones, usos	Población	Sesgo de reporte, aspectos del diseño, período de observación	Positivo
Boonchutima et al 2017	Medios de comunicación (mensajes sobre Aedes)	Si	No	Concurrente	Cuantitativo	Corte transversal / Encuesta	Actitudes, exposición	Población	Sesgo de muestreo	Variado
Basso et al 2017	Manejo del medio con herramientas no químicas + participación comunitaria	No	No	Antes, concurrente	Cuantitativo	Estudio anidado en diseño experimental / encuesta	Disposición a participar, aceptación, satisfacción	Población	No se declara	Positivo
Hernandez-Alvarez et al 2017	Participación comunitaria	No	No	Antes	Cualitativo	Estudio anidado en diseño experimental / grupo de discusión	Costo- beneficio	Población, líderes locales y políticos locales	No se declara	Positivo
Moore et al 2018	Métodos de control y repelentes de mosquitos no convencionales	No	No	Antes	Cuantitativo	Corte transversal / Encuesta	Uso	Población	Sesgo de muestreo	Positivo
Duman-Scheel et al 2018	Larvicidas	No	No	Antes y después	Mixto	Corte transversal / encuesta (escalas) + pregunta abiertas	Usos, percepciones, actitudes	Actores económicos	No se declara	Variado
Ouédraogo et al 2018	Intervención de eco salud libre de pesticida con participación comunitaria	No	No	Antes y después	Cuantitativo	Comparación antes y después / Encuesta	Actitudes	Población	Sesgo de reporte	Positivo
Pérez et al 2018	Cortinas impregnadas con insecticida, tratamiento residual con deltametrina	Si	No	Concurrente	Cualitativo	Estudio cualitativo a pequeña escala anidado en diseño experimental / entrevista en profundidad	Razones de Uso	Población	Sesgo de muestreo	Positivo
Kittayapong et al 2019	Técnica del insecto estéril y técnica de incompatibilidad del mosquito	No	No	Concurrente	Cuantitativo	Análisis de información estadística de estudio experimental	Concientización y aceptación	Población	No se declara	Positivo
Usuga et al 2019	Thermal fogging of Insecticidas	No	No	Concurrente	Mixto	Corte trasversal con elementos de casos y controles y teoría fundamentada / cuestionario estructurado, grupo de discusión	Disposición a aceptar	Población	Sesgo de muestreo y de memoria	Variado
Bhattarai et al. 2019	Servicio de mensajería móvil	No	No	Antes y después	Mixto	Estudio anidado en diseño cuasi-experimental / encuesta, entrevista a informantes clave	Apropiación	Población, informantes claves de diversas organizaciones	Limitada generalización de resultados debido a elementos contextuales	Positivo

Artículo por autor principal y año	Intervención	Definición de aceptabilidad	Marco teórico	Momento de la evaluación	Métodos	Diseño/técnicas	Atributo evaluado	Perspectiva	Limitaciones del estudio y sesgos	Resultados
Sayono 2019	Sistema de vigilancia con participación comunitaria	No	No	Antes y después	Cuantitativo	Corte transversal / encuesta	Aceptación, percepciones, actitudes y satisfacción	Población y representantes del distrito de salud, personal de control de vectores	No se declara	Positivo
Shafique 2019	Pez guppy (Poecilia reticulata), y larvica (Pyriproxyfen)	No	No	Posterior	Cualitativo	Estudio cualitativo / Grupo de discusión, entrevista en profundidad	CAP, aceptabilidad, percepciones, barreras, facilitadores para uso, disposición a pagar	Población, voluntarios de salud, personal de salud, responsables de salud	Período de observación	Positivo
Montenegro 2020	Ovitrapa	No	No	Concurrente	Cuantitativo	No se declara / Encuesta entomológica, encuesta poblacional	Aceptación, uso, satisfacción, adherencia.	Población	Variables confusoras	Positivo
Herbuela 2020	Aplicación de móvil: Mozzify	No	No	Concurrente	Mixto	No se declara / encuesta, el grupo de discusión y los debates individuales	Uso, actitudes	Expertos de salud pública, Población, Implementadores	No se declara	Positivo
Cheong 2021	Aplicación de Móvil: "PesTrapp" para conocer el índice de densidad del vector	No	No	Antes y después, concurrente	Mixto	No se declara / encuesta, evaluación cualitativa	Uso	Personal involucrado en la implementación	No se declara	Positivo
Liew 2021	Mosquitos infectados con Wolbachia	No	No	Antes	Cuantitativo	No se declara / Encuesta	Percepciones	Población (residentes) y las partes interesadas	Sesgo de muestreo	Positivo
Arham et al 2021	Mosquitos infectados con Wolbachia	No	Ecuación de modelo estructural	Antes	Cuantitativo	No se declara / Encuesta	Actitudes	Diferentes partes interesadas	Sesgo de muestreo, dificultades de medición y período de observación	Positivo
Soh et al 2022	Mosquitos infectados con Wolbachia	No	No	Posterior	Cuantitativo	No se declara / encuesta	CAP, aceptación	Población	Sesgo de cortesía o complacencia, Idioma del cuestionario	Positivo
Jiménez-Alejo 2022	Técnica del insecto estéril	No	Teoría las representaciones sociales	Posterior	Cuantitativo	No se declara / encuesta	Aceptación, desaprobación, CAP	Población	Sesgo de cortesía, sesgo de muestreo, aspectos relativos al diseño	Positivo
Juarez et al 2022	Participación comunitaria + autodiseminación ecológica y ovitrampas	No	No	Concurrente	Mixto	Estudio de caso cualitativo / análisis de datos estadísticos y reuniones comunitarias	Abandono, participación	Población	Tamaño de muestra, limitada generalización de resultados por aspectos contextuales	Positivo