

México: Factores psicosociales de la enfermedad de Chagas en Jalisco (*)

Lidia Candi Arance (**)

Resumen

La presente investigación fue desarrollada por la autora dentro del marco institucional de la Universidad de Guadalajara a lo largo de 18 meses en el Municipio de Zacoalco de Torres, a 80 Km de esta ciudad, capital del Estado de Jalisco, México. Un país donde la Enfermedad de Chagas no es reconocida por las autoridades pertinentes como un problema de Salud Pública.

Trabajando dentro de un equipo interdisciplinario, desde la Psicología Social se indagó acerca de creencias de salud-enfermedad-curación y las prácticas que estos determinan. Se realizó una entrevista y una encuesta a las madres de 62 familias muestrales de la Cabecera y 4 pueblos del interior del Municipio. Se entrevistaron también los médicos. El material obtenido sugiere que la población de estas áreas rurales tiene un amplio conocimiento del insecto, sus características, los signos de su picadura. Como parte del proyecto se interactuó con población abierta. Se organizó una serie de grupos de reflexión y actividades participativas, con producción colectiva de materiales de educación sanitaria.

Palabras claves: Enfermedad de Chagas, Creencias, México.

Abstract

This research was developed by the author under the auspices of the University of Guadalajara, during 18 months period, in Zacoalco de Torres County, 60 miles South of the Capital City of the State of Jalisco, México. The health authorities of this country do not consider Chagas Disease a Public Health problem. Working with an interdisciplinary research team, the author took a Social Psychological perspective examine popular beliefs about health, illness and healing, and the practice they determine. A personal interview and inquiry was conducted using a sample of 62 mothers, distributed in the county's main town and rural locations. Local medical doctors were also interviewed. Data obtained suggests that the inhabitants of these rural areas have a deep and extensive knowledge of the insect, its characteristics and signs of the bite. As part of this research project, interactions were conducted with an open population. A series of discussion groups and community activities were organised and conducted. Health education materials were collectively produced.

Key terms: Chagas, disease beliefs, México.

(*) Esta investigación recibió apoyo financiero del Programa de Pequeñas Becas (Laboratorio de Ciencias Sociales-Universidad Central de Venezuela) del Programa Especial de Investigación y Formación en Enfermedades Tropicales (TDR) del PNUD/Banco Mundial/Organización Mundial de la Salud.

(**) Licenciada en Psicología, Maestra en Salud Pública, Investigadora del Departamento de Enfermedades Tropicales, Universidad de Guadalajara, Jalisco, México. Línea de investigación: Aspectos psicológicos, sociales y comunitarios de las enfermedades tropicales.

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad de Chagas ha sido escasa y fragmentariamente estudiada en México y su magnitud real es aún desconocida. No es enseñada sistemáticamente en las Escuelas de Medicina ni existe posibilidad local de antígeno para las pruebas de laboratorio, por lo que se dificulta el diagnóstico de casos.

La Secretaría de Salud no la considera un problema de Salud Pública. Sin embargo, hasta 1990 reconocía al menos 300 casos agudos distribuidos en 19 Estados mexicanos (80 de ellos en Jalisco) y 300 microcardiopatías crónicas bien comprobadas en 19 estados mexicanos y estimaba en 3 millones los infectados, probablemente concentrados en los bolsones rurales del país ⁽¹⁾.

Por otra parte la OMS estima para México una incidencia de parasitosis chagásica de 206 casos por 100.000 habitantes/año. Para la población del Estado de Jalisco (5.200.000 habitantes) esto significaría 10.172 casos y para la población nacional, que excede los 86 millones de personas, estaríamos hablando de una incidencia aproximada a los 177.200 casos nuevos anuales.

Desde 1940, cuando Mazzotti diagnosticara los dos primeros casos agudos en Oaxaca hasta la fecha, la información ha ido fluyendo lenta y cuidadosamente. Los datos son aún controversiales y las encuestas seroepidemiológicas estatales y locales muestran tasas de infección que oscilan entre el 0 y el 74% en algunas localidades ⁽²⁾.

A partir de un brote epidémico de 11 casos en una familia de Tuxcueca, Jalisco, en 1986 y atendido en el Hospital de Guadalajara, esta Universidad inició un estudio seroepidemiológico en una muestra estratificada de 24.000 individuos de los 124 municipios del estado. Hernández, Lozano y Trujillo en su reporte preliminar señalan una tasa de seropositividad de 177 por 1.000 habitantes en población abierta, con título de 1:16, utilizando antígeno donado por el Instituto Fatale de Buenos Aires. Algunas localidades rurales mostraron porcentajes desusualmente elevados ⁽³⁾.

La disparidad de criterios metodológicos de investigación, la desigualdad de recursos entre instituciones, la diferencia de antígenos en uso, la circulación limitada de las revistas en que se publican los trabajos y la escasa interacción entre los diversos equipos de investigadores en el territorio nacional, ha estado impidiendo la comparación de los respectivos resultados.

La gran mayoría de los estudios disponibles hasta la fecha muestran una clara tendencia a la investigación médico-biológica, unidisciplinaria, enfocada a la clínica, con abundancia de hallazgos fortuitos, aparecidos en la búsqueda de otras etiologías y referidos a casos aislados y estudio de focos.

No se percibe mayor interés por la trama social condicionante, invariablemente subyacente a las enfermedades consideradas "sociales". Estos estudios han tenido poca repercusión en términos de solución para los problemas de salud pobla-

cional. Puede, no obstante, deducirse de ellos que, en México existen condiciones de vida, vivienda y trabajo similares a las de múltiples comunidades de Latinoamérica donde esta enfermedad es un flagelo comprobado.

La evidencia acumulada en el país da pie para formular interrogantes que se disparan hacia diversas áreas de estudio. La magnitud y trascendencia de la Enfermedad de Chagas en el continente amerita, en nuestra opinión, la realización en México de un esfuerzo investigativo para esclarecer una situación sanitaria que podría estar afectando importantes conjuntos sociales y pasando inadvertida al ser erróneamente diagnosticada.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROYECTO

Esta investigación está formulada dentro de un proyecto interdisciplinario que aborda el estudio de la Enfermedad de Chagas desde las siguientes vertientes: entomológica, laboratorial, cardiológica, epidemiológica, veterinaria, sociológica y psicosocial.

En 1987, los ya mencionados doctores Lozano, Hernández y Trujillo de la Universidad de Guadalajara, auxiliados por 240 testistas de Medicina, realizaron una encuesta seroepidemiológica en los 124 municipios del Estado de Jalisco. En ella exploraron aspectos médico-entomológicos y registraron los materiales con que estaban construidas las viviendas de los habitantes. Encontraron algunos indicadores desusualmente altos de seropositivi-

dad en población abierta. Razones institucionales dificultaron la continuidad de su trabajo, pero en 1990 éste tomó un nuevo impulso al integrarse un equipo más amplio, al que por primera vez se incorporaban científicos sociales.

Este equipo promovió la instalación de una sede universitaria de investigación en zona rural, eligiéndose para ello el Municipio de Zacoalco de Torres, situado a 80 Km de Guadalajara, capital del Estado de Jalisco. Algunas de las razones de esta decisión fueron que este lugar presentó en la mencionada Encuesta Seroepidemiológica del Estado de 1987 un porcentaje de seropositividad igual al de la media estatal y que ofrece características representativas de la población regional a una distancia que la hace accesible para los permanentes desplazamientos del personal implicado.

Se decidió trabajar sobre las mismas localidades incluidas en aquel estudio. El Municipio contaba para estas fechas con 23.923 habitantes. En él se seleccionaron la Cabecera Municipal (13.105 hab.) y los siguientes pueblos rurales: General Andrés Figueroa (2.279 hab.), San Marcos (1.447 hab.), Benito Juárez (685 hab.) y La Ureña (376 hab.). Estas cifras pertenecen al Censo realizado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática en 1980, ya que el Censo de la siguiente década aún no había sido oficialmente publicado cuando se realizó el diseño que utilizamos. La suma de los habitantes de las cinco localidades en estudio involucra al 80% de los pobladores del Municipio.

Dentro de este nuevo proyecto, el área psicosocial eligió explorar la estructura comunitaria, las conceptualizaciones de salud y enfermedad vigentes en la comunidad y las prácticas por ellas condicionadas, temas que no habían sido abordados hasta el momento. Propusimos trabajar con la participación de grupos sociales y producir colectivamente materiales de educación sanitaria que pudieran ser utilizados a posteriori por éstas y otras comunidades.

Las características del modelo interdisciplinario de trabajo indujeron tanto la colaboración de otros miembros del equipo en nuestra tarea, como nuestro aporte a las restantes áreas de estudio. En términos concretos, nuestras actividades se entrelazaron, dependieron y afectaron al trabajo de otros, produciéndose retrasos y enriquecimientos que no llegan a explicarse desde el interior de ninguna de las disciplinas por separado.

Nos referimos, por ejemplo, a la intervención de los clínicos en pláticas a los médicos de la comunidad o del biólogo en las capturas de triatóminos para evaluación de la fumigación participativa. A la inversa, estos investigadores necesariamente esperaron el fin de nuestra visita-entrevista a cada familia, para ingresar a la vivienda y obtener muestras de sangre, exámenes clínicos y captura de insectos, en tanto el objetivo de trabajo de todos enfoca a grupos familiares, no a individuos aislados.

Informaremos nuestras actividades y resultados individuales a partir de un recorte realizado con fines

expositivos, despejando así los logros específicos de este proyecto. La etapa que se reporta corresponde al área de Psicología Social y se realizó en 18 meses (abril 1991-octubre 1992). Contó con la colaboración de cuatro pasantes de grado (pertenecientes a las escuelas de Psicología, Trabajo Social y Diseño) de la Universidad de Guadalajara.

EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN a.— Diseño

En el momento de formular el proyecto de investigación-acción con grupos comunitarios del Municipio, se desconocía la naturaleza y número de personas y grupos con los cuales sería posible trabajar. Por lo tanto se evitó en todo momento el peligro de un diseño investigativo rígido.

Se optó, en cambio, por un diseño descriptivo-exploratorio flexible o según García Manzanedo⁽⁴⁾, un diseño de acción. Esto es así porque los rasgos específicos en estudio evolucionan a medida que se opera sobre el campo. Podríamos decir que el diseño se fue construyendo junto con el conocimiento en la interacción participativa con la comunidad y que debió, además, adaptarse a los recursos humanos y materiales disponibles y a la concepción general en la cual este proyecto se enmarca.

A pesar de las limitaciones de control y vigilancia de estos diseños relativamente nuevos, que no satisfacen los requisitos necesarios para ser experimentales o cuasi experimentales, ya que no hay prueba de hipótesis, creemos que representan una alternativa válida en el intento por comprender la realidad de la

dinámica social y aportar información para la acción en salud.

b.— Metodología.

El área psicosocial diseñó una encuesta sobre factores psicosocio-culturales y la aplicó a las madres de familia pertenecientes a la muestra tomada en las cinco localidades del estudio. Esta encuesta representaba el primer paso para entablar contacto con las familias locales (a partir de los cuales se facilitó el ingreso de los investigadores clínicos, entomológicos y veterinarios) y establecer un diagnóstico social inicial. A partir de este proceso se realizaron actividades para profundizar la comprensión de los fenómenos, según los objetivos planteados. De las 72 familias programadas, se redujeron 10 de la muestra de 1987. Nueve no pudieron recuperarse por cambio de lugar de residencia (fuera de muestra) y la restante fue un rechazo.

Sobre estas encuestas se realizó originariamente una tabulación simple. Luego se obtuvieron a través de la Secretaría de Educación Pública (Programa de Fomento Educativo a la Educación Superior) dos computadoras para el centro. En ellas se capturó y procesó la información de todas las áreas para su análisis cuantitativo en el Programa Epi Info 5.

Para el área de Psicología Social han sido capturadas variables relacionadas con el lugar de nacimiento, conceptualización de salud, de enfermedad y de curación, consulta a sanadores populares, enfermedades frecuentes en la zona y sus causas atribuidas.

En relación a la Enfermedad de Chagas, variables relativas a identificación de la chinche, lugar donde fue vista, nombre popular, conocimiento sobre la picadura, sus signos, antecedentes familiares de picadura, conocimiento sobre transmisión de enfermedad, sus características, fuente de alimentación del vector, relación entre su existencia y las características de la vivienda, fuente de la cual se obtuvo la información y sugerencias para eliminar el insecto.

De estas variables se obtuvieron porcentajes y relaciones. A su vez los resultados de esta disciplina se entrecruzarán posteriormente con variables de las otras áreas intervinientes, y serán objeto de otros trabajos.

En base al estudio realizado por encuestas en población muestral, se inició el proceso de actividades comunitarias, recogiendo material cualitativo que complementó la interpretación de información. Para ello se desarrollaron una serie de entrevistas semiestructuradas con líderes formales e informales que se consideraron informantes claves para el enriquecimiento de la investigación (Presidente Municipal de Zacoalco de Torres, Delegados Municipales de los pueblos, Cronista del Municipio, Directores de las Escuelas Preparatorias de la Cabecera, Secundarias y Primarias de los pueblos, así como maestras y profesores de estas instituciones, enfermeras, Presidente ejidal, los sacerdotes de Cabecera Municipal y dos localidades, una sanadora popular, anciano de los pueblos, el director de la radioemisora local, etc.).

Se entrevistaron además todos los médicos que ejercen en la zona, valorándose especialmente las respuestas de los que allí viven, ya que algunos especialistas dan consulta en los pueblos pero viven en la ciudad capital.

Simultáneamente se inició el proceso de integración de grupos comunitarios para reflexionar sobre el tema que nos ocupa.

Estas actividades incluyeron reuniones con las familias pertenecientes a la muestra; con maestros y directores de las escuelas de la zona; con las comisiones de padres de familia, que en el medio involucran a la mayoría de los pobladores; con estudiantes, especialmente los de la Escuela Preparatoria, con particular énfasis en los de orientación en Salud Pública; con Ejidarios, que reúnen en su organización a mayoría de hombres; con los médicos, incluyendo los de práctica privada por estar más alejados de las problemáticas de Salud Pública, y con vecinos en general, que no se hallaban concentrados en ninguna de las agrupaciones anteriores.

Con estos grupos se realizaron reflexiones sobre la situación social y sanitaria, propuestas para acciones de salud, evaluación de factibilidades, coordinación de recursos para el desarrollo de tareas decididas en conjunto y aportes al diseño participativo de actividades de control.

En estas dinámicas, y con ayuda de dibujantes (estudiantes universitarios asignados al proyecto) se diseñaron y confeccionaron simultáneamente sencillos materiales

de educación sanitaria (gráficos, audiovisuales y radiofónicos).

En estos espacios de intercambio con las poblaciones involucradas se recibieron permanentemente informaciones del contexto general que enriquecieron el estudio.

c.- Desarrollo

Por razones de longitud, reportaremos los resultados con mayor énfasis en la información cualitativa, utilizando algunas tablas de resultados para ejemplificar el procedimiento seguido con los datos cuantitativos.

Los datos recogidos se apoyan en que el 90% de la muestra encuestada nació en el Estado de Jalisco, el 78% dentro del mismo Municipio de Zacoalco de Torres. Esto habla de una población autóctona, homogénea, que nació y vive en la región, lo cual permite suponer que resulta representativa de la realidad local.

La salud es definida en la mitad de los casos como ausencia de enfermedad. La otra mitad la relaciona "con todo lo mejor": la alegría, el bienestar, las capacidades.

La información extraída del intercambio con la comunidad permite apreciar que la salud resulta difícil de definir para las personas, en tanto ésta no necesita causas o explicaciones para su existencia, aparece como un elemento dado por naturaleza. Su representación está relacionada con un equilibrio natural y se la refiere en tanto factor en permanente riesgo de perderse o alterarse.

Estos resultados coinciden con Herzlich 1969, quien encuentra que la salud está "desprovista de causas,

no requiere explicación: se tiene la suerte de haber nacido con una buena constitución y por consiguiente se goza de una salud floreciente. Por el contrario, la enfermedad debe ser explicada" (5).

Se reconoce como saludable a la persona que está en condiciones de cumplir su rol social: en el hombre, trabajar. En la mujer, atender a los suyos. En el niño, jugar. La incapacidad será entonces una desviación de lo deseable y entrará en el orden de lo enfermo.

En la mitad de las respuestas, la enfermedad está relacionada con la incapacidad, la tristeza, el desgano. En la otra mitad se define por la presencia de síntomas y dolores, pero muchas de las madres la asocian directamente con carencias económicas.

Es nuestra interpretación que la enfermedad aparece coincidiendo con el concepto psicoanalítico, como "una herida narcisista". Esto es, un golpe al orgullo personal, una desventaja frente a los otros. Estos grupos sociales temen que el desgano producido por un proceso mórbido pueda confundirse con flojera personal, pereza u otras "fallas" en el desempeño del rol de trabajador, esposa o madre, lo cual es muy mal visto por el conjunto social.

Por otra parte, una mujer enfermiza no está en condiciones de sobrellevar las duras condiciones de vida de estas familias, ni de tener muchos hijos como es esperable culturalmente, originando otra desventaja social para la mujer campesina.

Las causas de enfermar son diversas, pero básicamente rela-

cionadas con lo biológico: los alimentos, los descuidos, la debilidad constitucional, razones climáticas, la vejez. Otras señoras le encontraron origen en el sufrimiento y la mortificación producidos por la carencia económica. La transmisión de enfermedad a través de vectores no es mencionada por ninguna de las madres.

En la totalidad de las respuestas, curar es aliviar síntomas, dar o recibir medicamentos y tratamientos. Dado que la mitad de la población estudiada hace equivaler la salud a ausencia de síntomas, estos datos ilustran las dificultades a enfrentar para introducir información sobre una enfermedad que durante años cursa asintomática.

En relación con quien cura las enfermedades, el médico es nombrado en todos los casos, en diferentes combinaciones (con el farmacéutico, el sanador popular, de la mano de Dios). Considerando el desconocimiento de los médicos sobre la Enfermedad de Chagas, el panorama de posible diagnóstico en el Municipio de Zacoalco es sombrío.

La presencia de la medicina tradicional es fuerte en la región. La mayoría de las familias consultan uno o varios de los sanadores populares (hierbero, huesero o partera). La posibilidad de recibir información sobre la Enfermedad de Chagas por este medio también es nula.

El sobador o huesero es consultado por torceduras, caídas y "huesos descompuestos". Tienen mucha fe en su diagnóstico y en su pericia. Esta práctica es considerada estrictamente corporal, sin implicaciones

espirituales ni mágicas, inspirando confianza a muchas personas.

Del hierbero se dice que "cura las mismas enfermedades que el médico pero no le echa tanto químico, es más limpiecito". A él se acude por trastornos menores, pero las madres del campo conocen las hierbas básicas y sus combinaciones, y generalmente realizan estas prácticas solas o con ayuda de sus familiares (abuelas, tías, comadres).

Ninguna persona reconoció haber consultado a un curandero. El curanderismo involucra prácticas en general rechazadas en esta población por asociarse a brujerías y maleficios, lo que les produce mucho temor. Estas personas marcan una tajante diferencia entre el sobador y el hierbero, por una parte, y el curandero por otra. "Los doctores", en cambio, "curan todas las enfermedades, aunque uno no sabe lo que tiene. Ellos saben, según lo que le duele a uno. Y no nos dicen". Es opinión coincidente que aplican tratamientos, curan con medicina de patente y nunca explican nada.

Existe el sentir de que hay enfermedades que los médicos no entienden, no captan o "no le atinan ni con rayos X". Esos aspectos, en ocasiones mágico-religiosos, que afloran cuando el enfermo no cura con el tratamiento médico, devuelven al paciente a las prácticas de los sanadores populares.

El médico es consultado un par de días después de evidenciados los síntomas que se tienen por peligrosos, "cuando ya tienen infección", "cuando hay mucho dolor", "cuando no funcionó el Desemfriol". Es de-

cir, "cuando ya están enfermos", porque los primeros signos (inapetencia, desgano, flojera) son considerados un alerta.

Previo a la instalación de sintomatología florida, se aplican remedios caseros. Usualmente éstos son tes (de manzanilla, eucalitus con canela, yerbabuena, albahaca, orégano, guayabo) para afecciones gripales, respiratorias o digestivas. Si los síntomas continúan, se prosigue con los medicamentos menores que ya conocen y compran por su cuenta (aspirinas, antigripales, algunos antihistamínicos, pomadas, etc.). Si el enfermo se agrava, consultan al médico.

La secuencia suele ser la siguiente:

— Remedios caseros - sanador popular - consulta médica.

Sin embargo, como ya dijimos, en algunos casos después del médico se regresa a la consulta con el sanador.

El uso de medicamentos de patente está muy arraigado. Las madres de familia aducen que sólo usan medicinas recetadas por el médico, pero queda claro en sus prácticas cotidianas que esto ha sido cierto sólo la primera vez. De allí en adelante, si les pareció efectivo, lo compran y administran a solas.

En tanto los preparados farmacéuticos son de venta libre, las familias los adquieren y aplican a su entender para patologías que consideran semejantes por sus primeros signos o síntomas. La única limitación al uso indiscriminado e incontrolado de drogas farmacéuticas está dado por las posibilidades económicas.

Algunas madres reportan curar a sus hijos de modo similar a como ellas mismas eran curadas por sus padres, pero la mayoría indica que estos niños no aceptan más que medicinas, "sólo quieren pastillas, no quieren hierbitas ni plantillas en los pies".

Estos datos muestran que aún en zonas rurales del estado, y a pesar de coexistir costumbres provenientes de diversas vertientes culturales, las prácticas de salud y enfermedad tienden a reproducir el modelo médico hegemónico habitual en las concentraciones urbanas.

El conocimiento del vector de la enfermedad es mayoritario. El 88% de las participantes en el estudio lo identifica claramente al serle mostrado en Caja de Petri y el 11.3% tiene dudas sobre las ninfas, aunque reconoce el estadio adulto. De este porcentaje, el 75.8% lo nombra como chinche hocicona, y el 12.9% lo llama con otros nombres populares: chinche picuda, trompuda o turicata. Esto confirma el real conocimiento del insecto de que se habla, teniendo éste presencia en el lenguaje popular.

De estas personas que identifican el insecto, un 29% refiere verlo exclusivamente en el intradomicilio, pero también en el peri o extradomicilio y otro 21% en los tres ámbitos. El 22.5% la vio sólo en el peri y el extradomicilio y el 6.4% no recuerda haberlo visto. Esto es, en el 71% de los casos es mencionado el interior de la vivienda como lugar de observación, lo cual permite deducir que estamos hablando de un insecto

domiciliado, que se halla en convivencia con la familia rural.

Un 98.4% de las madres de familia manifiestan que la chinche pica, registrándose una sola persona que lo desconocía. El mismo porcentaje reporta que es hematófaga. Entrecruzando esta variable con los signos que las señoras atribuyen al piquete, un 83.9% reporta una roncha, un 8% menciona granitos y un 1.6% nombra inflamación local. El restante 1.6% corresponde a la persona que desconoce esta actividad de la chinche.

Tratando de establecer si la picadura es correctamente identificada, descontamos la persona que ignoraba que este insecto pica, y combinamos los antecedentes familiares de picadura con los signos por los cuales las madres reconocen su presencia. Encontramos un 27.9% de mujeres que no saben o no recuerdan si los miembros de su familia han sido picados y un 68.9% de señoras que reportan picaduras en los miembros de la familia nuclear. De este porcentaje, el 37.7% corresponde a madres que reportan todos los miembros de su familia picados en distintas oportunidades.

A su vez, el 85.3% de estas picaduras fueron señaladas por la aparición de una roncha "comezonienta y empedernida", diferente a las producidas por otros insectos y claramente identificable por los pobladores. En cambio, el 8.2% de las señoras dice que se producen granitos o vejigas, lo que podría indicar algún grado de confusión o relacionarse con piquetes de ninfas, el 1.6% reporta inflamación dérmica y el 4.9% descono-

ce las manifestaciones de la picadura.

Considerando solamente la primera columna ("algunos" y "todos" los miembros de la familia nuclear), destaca el hecho de que un 62.3% de familiares se reportan picados y pueden identificarlo por una roncha característica.

En relación con la posible transmisión de alguna enfermedad, el 61.3% de las mujeres ignora completamente la existencia de efectos posteriores a la picadura. El 38.7% restante manifiesta saber que la chinche "transmite algo". Al profundizar este aspecto preguntando por las características adjudicadas a esta posible transmisión, el resultado fue que el 80.6% no supo nada más que lo comunicado, el 9.7% lo relacionó con la transmisión de tifoidea, paludismo, cáncer y SIDA. O sea que el 90.3% lo ignora o da respuestas incorrectas. Finalmente, otro 9.7% correspondió a respuestas que contienen algún grado impreciso de conocimiento, como que es algo asociado al corazón, algo incurable o que ataca años más tarde. Nadie pudo señalar un nombre para la enfermedad, lo cual también sugiere que no tiene presencia en la cultura y en el lenguaje popular (Cuadro N° 6).

Como sugerencias para controlar la chinche, sólo un pequeño grupo consideró actividades que requieran algún grado de organización, tales como limpiar todo el pueblo o mejorar las casas. Del resto, la mayoría optó por fumigación, dio respuestas pasivas de tipo de "dígame qué hacer y lo haré", o pensó en soluciones de corto alcance, como

matarlas pisándolas. Estas poblaciones dedicadas al trabajo de campo están acostumbradas a combatir las plagas con insecticidas, tarea que le corresponde al hombre. Las mujeres no parecen considerar que a ellas les ataña personalmente intervenir en este tema. Por otra parte la cantidad de insectos cohabitantes de la morada familiar presentan una situación demasiado compleja para que el ama de casa se anime a enfrentarla sola. En general, la responsabilidad de una actividad de esa magnitud es atribuida directamente a una instancia de gobierno: "que venga Salubridad. Antes fumigaban y cafan todos esos animales, los zancudos y hasta los alacranes".

Respecto al origen de la información comunicada sobre el tema, casi la totalidad de las mujeres la obtuvo de su propia familia (les platicaron sus abuelos, sus padres o sus hijos), de otras gentes del pueblo o de su propia experiencia de convivir con la chinche y sufrir su picadura o no pudo precisar la fuente de su información, considerando que se origina en la comunidad misma. En ningún caso el médico fue mencionado como fuente de información, a pesar de que el 100% de estas familias reportan atenderse con este profesional (independientemente de la consulta con el sanador), e incluso haber consultado por las ronchas, las que fueron tratadas con pomadas antiinflamatorias. Este dato corrobora el desconocimiento de los médicos sobre esta enfermedad.

Las entrevistas realizadas a los médicos que ejercen en el Municipio (poco más de una docena) por otra

parte, muestran no sólo desconocimiento de padecimiento, sus síntomas y su gravedad, sino también confusión con otros diagnósticos tales como leishmaniasis y oncocercosis. El chagoma de inoculación es tratado como cualquier otra picadura, en forma superficial y sin exámenes ni derivación posterior.

Los médicos reportan no haber recibido información exhaustiva sobre la Enfermedad de Chagas en las escuelas de Medicina de las que egresaron. Los que tenían algún grado impreciso de conocimiento lo obtuvieron en la asignatura Parasitología o lo escucharon en 1986, cuando el brote epidémico de Tuxcueca, Jalisco, ganó la prensa y algunos círculos médicos.

Del material obtenido por entrevistas a informantes de la comunidad, se listaron elementos coincidentes que aportan al panorama general de situación. Entre los más destacables figuran: la apatía generalizada de la población en relación a las problemáticas colectivas, los históricos antagonismos entre grupos sociales, la subsecuente dificultad para convocar a la participación, el desconocimiento mayoritario por el tema que estudiamos, la convivencia con el insecto vector en la zona y la costumbre poblacional del "tiliche" (depósito de objetos, generalmente inservibles, dentro de la vivienda familiar).

En relación con la exploración psicológica realizada, surgen algunos datos de interés para nuestros objetivos.

Al poner a las personas en contacto con una información nueva,

como la del riesgo que significa esta enfermedad, los mecanismos psicológicos de defensa de aparición más frecuentes son la negación y la proyección.

La negación funciona como una resistencia directa a aceptar e incorporar el conocimiento conflictivo. Por la proyección se atribuye a otros la responsabilidad del peligro temido o de sus consecuencias. No siempre estas defensas son pronunciadas en palabras. Sin embargo, se leen sus efectos. En el primer caso, la actitud expresa: "esto no es cierto, no lo sé, no lo escucho, en mi casa no hay chinches, a mí no me sucederá". En el segundo, "la culpa es de otros, de los mugrosos, tomen medidas con ellos, ellos tienen las chinches y se enfermarán, o su negligencia nos enfermará a todos".

Es interesante tener en cuenta la existencia de estos mecanismos que funcionan tanto en el individuo como en los grupos, porque pueden bloquear la incorporación de la información sanitaria.

Por otra parte la muerte, especialmente súbita, tiende a ser canalizada hacia una instancia superior, "está de Dios", "Dios dirá cuando me toca". Esta fatalismo puede verse como una forma de proyección hacia lo divino. Es nuestra interpretación que la idea de la muerte no debe ser sobreexplotada, entre otras razones, porque origina angustia que puede mover a respuestas defensivas contraproducentes: derivarse por la vía fatalista mencionada, o generar pánico y éste a su vez parálisis.

De todos modos la probabilidad de muerte por esta enfermedad deber

ser mencionada. Por una parte, porque es real. Por otra, porque le otorga peso de gravedad. Un padecimiento que no representa riesgo de muerte, no motiva a la población a reaccionar ya que se iguala con otros muchos que tiene que enfrentar y no genera interés. Sin embargo, su mención debe ir seguida de consideraciones sobre la incapacidad que puede producir y la necesidad de evitar nuevas apariciones. Esto preocupa, pero deja abierta una instancia en la cual la prevención es posible. Esto es, ofrece un espacio para plantear la acción.

Es observable en las reuniones de reflexión grupal que las características de cursado asintomático de la Enfermedad de Chagas le otorgan una "condición fantasmagórica" que dificulta la credibilidad de la información técnica vertida. Esta situación indica la necesidad de integrar personas cuya palabra resulte "autorizada" por ser significativa para la población, con el fin de que estos contenidos resulten convincentes. Estas personas son diferentes en cada lugar y deben ser identificadas localmente.

Desde la vertiente psicológica también se advierte que las diferentes personas expresan fobias, intensas reacciones de asco o miedo a variados animales: alacranes, arañas, cucarachas, ratas, y en mucha menor medida, chinches.

Esta observación sugiere que los programas de control de vectores integren acciones para patologías que pueden combatirse de maneras similares, aumentando las probabilidades de participación de las personas,

a través de impactar en alguna de estas fobias. Donde resulte difícil convencer sobre la peligrosidad de la chinche, podrá obtenerse un resultado positivo de control combatiendo el alacrán o la araña capulina ("viuda negra").

En relación con actividades concretadas a través de la participación popular, se ejemplificará con el proceso realizado en la localidad rural de General Andrés Figueroa, a 15 km de la Cabecera Municipal.

En este pueblo de 2.300 habitantes, la secuencia de reuniones comenzó por las familias que habían sido encuestadas en 1990, y se fue abriendo en abanico hacia las directoras de las escuelas primaria y secundaria; las maestras, especialmente las de primaria; los padres de familia de los niños concentrados en estas escuelas, a través de citatorios, carteles murales e invitaciones realizadas por el sacerdote en las misas; los ejidatarios, concurriendo a sus juntas mensuales en días domingo y el Delegado Municipal.

Con estos grupos se organizó una serie de reuniones, hasta confluir en tres Asambleas Comunitarias con todos los grupos, incluyendo las autoridades de la Delegación Municipal, del Comisariado Ejidal, de las escuelas y de la Comisión de Padres de Familia.

DIAGNÓSTICO COMUNITARIO

Los problemas priorizados por el conjunto en asambleas fueron:

- La desinformación general en relación con la Enfermedad de Chagas y otras tropicales.

- La apatía de muchas familias de la comunidad y sus dificultades para la participación.
 - La desunión de los distintos sectores, proveniente de una historia de intensas desavenencias sociales y políticas.
 - La abrumadora cantidad de insectos vectores de enfermedades tropicales en el pueblo.
 - La cantidad de chinches hociconas convivientes con las familias dentro de las viviendas y en los corrales.
 - La imposibilidad de esperar soluciones de instancias externas a la propia comunidad.
- Decisiones tomadas por el conjunto de la asamblea
- Informar a la mayor cantidad posible de vecinos, convocándolos a participar en las reuniones y en la campaña general de actividades (verbalmente, por carteles, por radio, a través de escuelas y misas).
 - Realizar un "concurso de captura de chinches hociconas" entre las familias, con premios donados por iniciativa voluntaria del Comisario Ejidal, para motivar a las personas. El producto de la captura, debidamente etiquetado, era entregado a los investigadores.
 - Exigir que las autoridades municipales y ejidales tomaran el mando de las actividades, para asegurar el acceso de los agentes de la campaña a todos los hogares y otorgarle responsabilidad a los representantes elegidos. Se consideró que "los vecinos tienen autoridad moral pero los representantes tienen autoridad de fuerza".
 - Fumigar todo el pueblo, casa por casa, intra y peridomicilios, corrales y establos. De acuerdo con el diagnóstico realizado, ésta fue considerada la medida más inmediata para reducir la cantidad de vectores, en una primera acción puntual.
 - Se averiguaron precios, tamaños, presentaciones y riesgos de los insecticidas, con asesoramiento de los investigadores (varias opciones, en base a piretroides).
 - Colectivamente se encargó al Delegado Municipal el financiamiento y compra al mayoreo del insecticida seleccionado.
 - La decisión tomada fue comunicada a los vecinos del pueblo por los propios participantes.
 - La Delegación Municipal y el Comisariado Ejidal facilitaron las bombas de rociado y los mozos entrenados para la tarea y se hicieron cargo de coordinar los grupos de fumigadores.
 - A lo largo de dos semanas, grupos de a dos rociadores fumigaron al pueblo previamente dividido en zonas.
 - Todas las familias que estuvieron en condiciones, aportaron una colaboración económica voluntaria para reintegrar la inversión en insecticida y gratificar a los brigadistas por sus días de trabajo.

EVALUACIÓN

No nos extenderemos en las consideraciones técnicas ya que ellas pertenecen a otras áreas del trabajo interdisciplinario. (Nuestros resultados fueron entregados al área de entomología). Vale mencionar que

el proceso fue asesorado por especialistas consultores de la Universidad de Guadalajara.

Se utilizó un piretroide de Bayer en la dilución y cantidad especificada por el laboratorio. Seis mozos fumigadores elegidos por los pobladores desarrollaron la tarea en dos semanas.

Como resultados cuantitativos procesados por Psicología Social mencionaremos que se logró fumigar entre el 80% y el 90% del pueblo (algunas familias no estuvieron en la semana, algunas no aceptaron el rociamiento).

Tres meses más tarde los investigadores sociales, conducidos por nuestro entomólogo, realizamos una captura de control. Tomando las nueve viviendas correspondientes a la muestra en esta localidad y comparándola con los datos previos a la fumigación, el promedio de chinches por vivienda se redujo del 7.3% al 1.7%.

Antes de la fumigación, las 9 viviendas presentaban chinches, después de la actividad solo 2 aún tenían vectores y éstos fueron encontrados en un 62.5% en el peridomicilio, en contraste con la infestación intradomiciliaria del 65% hallada en capturas anteriores.

Estos resultados, aun siendo relativos, fueron considerados positivos por la comunidad, en tanto demostraron una reducción visible del número de insectos, produciendo una satisfacción compensadora del esfuerzo invertido por los pobladores.

Explicitaremos el proceso social seguido, que resulta de mayor interés para nuestra área de responsabilidad.

RESULTADOS CUALITATIVOS

- A pesar de múltiples reticencias, los participantes se movilizaron y exigieron la presencia y compromiso de sus autoridades locales.
- Se logró reunir por primera vez autoridades históricamente diversas (Comisario Ejidal y Delegado Municipal, los cuales pertenecen a familias y partidos políticos antagónicos durante generaciones), para realizar una actividad de salud que fue sentida como necesaria y urgente por los vecinos.
- Los grupos locales lograron un grado de organización que les permitió salvar escollos y llevar a cabo las decisiones del conjunto.
- Se produjo un compromiso activo por parte de los participantes. Las mujeres mostraron mayor concurrencia a las reuniones de reflexión, se movilizaron y aportaron más al diagnóstico de situación. Luego exigieron la presencia de los hombres para desarrollar las tareas domiciliarias de fumigación, tanto por las características del trabajo como por obtener su aval, compromiso y "autorización moral".
- Los fumigadores se sumaron al resto de personas propagandísticas de las ideas sanitarias grupales. No pocas familias iniciaron acciones de desentillchamiento, limpieza y mejoramiento de algunas condiciones generales de la viviendas.

de conciencia de los vecinos del riesgo de enfermar. Este conocimiento se generó como confluencia entre el saber popular, aportado por la experiencia de los grupos y el saber técnico aportado por los investigadores.

- Se generaron soluciones concretas, adecuadas a las necesidades diagnosticadas grupalmente y acordes a los recursos de la propia comunidad, valorizando su capacidad de organización y conducción del proceso, la experiencia de los campesinos en el manejo de insecticidas y el lugar activo de todos y cada uno a través de la participación.
- En el control y captura realizados la gente del pueblo comunicó, entre otras, una drástica reducción de moscas y zancudos y gran mortalidad de alacranes, además de la notable disminución de chinches hociconas en las viviendas.
- La fumigación no llegó a ser exhaustiva, ya que no pudo cubrir el total de las viviendas y baldíos del pueblo, pero constituye un modelo novedoso de autogestión en salud, ya que no intervinieron organismos oficiales ni fundaciones extranjeras. Fue desarrollado en su totalidad con recursos humanos, económicos y materiales de la misma comunidad.

Esta experiencia popular fue mencionada como modelo de organización en las asambleas realizadas en los pueblos siguientes, y sirvió de llave para la movilización de las otras comunidades.

Las características de cada comunidad son lógicamente diferentes

y por tanto las actividades elegidas por cada una fueron distintas. Algunos grupos en otros pueblos se movilizaron por caminos similares al mencionado, otros organizaron tareas de limpieza y "desentilichamiento" por manzanas. Ciertas personas se preocuparon por la situación planteada por los "casos" que, a partir de este trabajo, fueron identificados más tarde por Clínica y Cardiología, ocupándose del seguimiento de familiares y vecinos, otras participaron activamente en la producción de los materiales de educación sanitaria cuya aplicación se espera generalizar. Los estudiantes de Secundaria y Preparatoria participaron en reuniones, pequeñas investigaciones de campo y trabajos comunitarios en los pueblos en que existen escuelas de estos niveles.

Estos procesos intentaron, al decir de Max-Neef, "reunir los procesos globales con los comportamientos locales" construyendo "a partir del protagonismo real de las personas, como consecuencia de privilegiar tanto la diversidad como la autonomía de espacios en que el protagonismo es posible (intentando) lograr la transformación de la persona-objeto en persona-sujeto del desarrollo"⁽⁶⁾.

En relación a la producción de materiales de educación sanitaria, éstos se diseñaron para población abierta, para personal de salud y para maestros.

Vale insistir en el hecho de que estos materiales educativos son los primeros que llegan a una población totalmente desinformada del riesgo que enfrenta y que la magnitud del

Vale insistir en el hecho de que estos materiales educativos son los primeros que llegan a una población totalmente desinformada del riesgo que enfrenta y que la magnitud del problema planteado por la Enfermedad de Chagas es aún desconocida en México. Por lo tanto, se procura motivar e informar, evitando en todo momento el "amarillismo" creador de pánico, porque éste paraliza y no condice con la ética imprescindible en el tratamiento del tema.

Las desigualdades encontradas en la población en términos de conocimientos, creencias, prácticas y conceptualizaciones nos sugirieron orientar el trabajo con los distintos grupos sociales sobre algunos ejes básicos. En términos de la población general a la que procuramos llegar, nos pareció necesario circunscribir el tema a unas pocas ideas-fuerza para evitar mayor confusión e incertidumbre.

Los ejes son:

- La chinche holicona es peligrosa;
- Transmite la Enfermedad de Chagas;
- Esta incapacita y puede ser mortal;
- Usted puede hacer algo al respecto.

Sobre esta base se completa la información que los grupos consideran importante. Para los aspectos clínicos y entomológicos que fueron necesarios para la realización de estos productos, recibimos la colaboración de nuestros compañeros del equipo de investigación.

La serie de materiales se compone de:

- Carteles para convocatorias.

- Juegos didácticos para niños de escuela primaria.
- Secuencia de láminas.
- Folleto para población abierta.
- Folleto para maestros.
- Manual para personal de salud.
- Cápsulas radiales.
- Historias mudas.
- Audiovisual-historieta.
- Audiovisuales técnicos.

En todos los materiales educativos se procuró utilizar:

- Imágenes claras inductoras de la asociación chinche-peligro-acción.
- Ambientaciones similares a las locales.
- Lenguaje popular y coloquial, sin llegar a vulgarismos.
- Personajes cotidianos, creíbles, identificables.
- Información básica y clara, evitando el alarmismo.
- Reforzamiento del valor de las acciones preventivas con amplia participación de las familias.
- Motivación generadora de confianza en las propias posibilidades de intervenir, con estimulación permanente a involucrarse en las actividades colectivas.

En todos los materiales educativos se procuró evitar:

- Las ambientaciones extrañas
- El lenguaje técnico críptico.
- La desvalorización de creencias y prácticas arraigadas en la población.
- La mención de la muerte en términos amedrentadores.
- La presentación de soluciones inalcanzables para los recursos familiares y comunitarios.
- La manipulación de las personas.

Resumen de los materiales de educación sanitaria producidos:

Modelos para carteles

Fueron elegidos por las poblaciones entre muchas opciones. Pueden complementarse con distintos textos, según necesidades.

Juegos didácticos para niños de escuela primaria

Laberintos, crucigramas, figuras unidas por puntos, rompecabezas, etc. Son de fácil reproducción, pueden colorearse, implican actividad por parte de los pequeños y están graduados por edades para ser utilizados en distintos cursos escolares.

Están diseñados para completar una sencilla exposición por parte del maestro e incluyen brevísimos mensajes basados en las ideas-fuerza ya mencionadas. Fueron elaborados a partir de las sugerencias y necesidades concretas formuladas por los grupos de maestros, en un intercambio que incluyó nuestro asesoramiento psicológico.

Secuencia de láminas

Para ser utilizadas en pláticas grupales donde no pueden emplearse proyectores. Grafican los puntos que los participantes solicitan aclarar: vector, parásito, proceso de picadura y deyección, ciclo epidemiológico, reservorios, lugares de alojamiento preferidos por el insecto, signo de Romaña, chagoma, cardiomegalia, acciones de limpieza y saneamiento sugeridas, etc.

Fueron realizadas en colores y con claros letreros autoexplicativos ya que se ofrecen para que las personas de la población las usen en pláticas multiplicadoras que ellos mis-

mos llevan a cabo en sus grupos de pertenencia (religiosos, juveniles, de alfabetización, etc.).

Folleto para población abierta

Para ser repartido en las escuelas y discutido en familia. Este proceso es complejo ya que incluye la participación de los maestros junto con los investigadores, la concientización de los niños y adolescentes y la aceptación de los padres. El involucramiento de los jóvenes estudiantes es importante considerando el analfabetismo de gran cantidad de personas mayores.

Incluye un dibujo caricaturizado del insecto, ataviado a la modalidad mexicana regional (sarape, botas, sombrero, pistolas), enfatizando que el vector es autóctono. El personaje resulta gracioso, pero connota peligrosidad con sus armas y aprovecha el hecho de que uno de sus nombres populares es "chinche con pistola"

Contiene también una reproducción exacta de la chinche adulta, una breve explicación sobre la enfermedad y sus posibles consecuencias y un sencillo listado de las actividades preventivas que la comunidad puede encarar familiar y colectivamente.

Folleto para maestros y profesores

Breve tríptico ilustrado. Ofrece información esencial de apoyo para que el maestro rural pueda incluir el tema en su programa anual de actividades educativas. Si bien la inserción temática curricular deberá ser oficial, pertenece a otro orden de acciones y no está prevista en el corto plazo, este material procura ser un instrumento para los docentes interesados en participar, que requie-

ren información inmediata. Fue producido a partir de la necesidad formulada por las maestras del Municipio y diseñado en conjunto con ellas. *Manual para personal de salud*

En forma de preguntas y respuestas y de un modo accesible se abordan los aspectos históricos, epidemiológicos, sociales, entomológicos, de laboratorio y clínicos de la enfermedad, así como las posibles medidas de control.

Es su finalidad facilitar información compendiada, práctica y útil que cubra la carencia que actualmente enfrentan quienes directamente laboran en el área operativa de la salud o están siendo entrenados para ello (médicos, enfermeras, biólogos, etc.)

Cápsulas radiales

Elaboradas por los alumnos de la Escuela Preparatoria en forma de diálogos entre personajes cotidianos y grabadas por ellos, con colaboración de algunas madres. Están realizadas al estilo radial mexicano, con el lenguaje, las expresiones idiomáticas y la entonación local para inducir al reconocimiento y la identificación de las escuchas con las situaciones cotidianas.

Incluyen información general sobre la peligrosidad del insecto, publicitan el servicio gratuito de diagnóstico del Programa Universitario de Investigación, instan a la consulta a personas con probabilidad de infección, enfatizan las medidas preventivas, etc.

Historia muda

Una serie de láminas (también realizadas en diapositivas) que ilustran la secuencia de la chinche es-

condida, saliendo, picando, el niño rascándose la roncha, luego enfermito.

Su finalidad es inducir a los participantes a interpretar la secuencia y utilizar estos comentarios para introducir un mayor intercambio de ideas e información sobre el padecimiento y sus consecuencias. Según las circunstancias y las características del grupo de trabajo, pueden ser presentadas como historieta (para completar los globitos con palabras por escrito), como láminas o como diapositivas.

Audiovisual-historieta

Una serie de 24 transparencias tomadas a partir de igual número de láminas originales, que narran en lenguaje coloquial la historia de una niña pequeña que es picada por una chinche infectada. Sus padres no dan importancia al tema, a pesar de la información introducida por una comadre. El hecho se retoma años más tarde, cuando la joven presenta trastornos cardíacos y su madre consulta al médico, quien realiza los pertinentes estudios y el diagnóstico de enfermedad, ya crónica.

Les informa sobre la necesidad de combatir el vector en todo el pueblo para prevenir futuros casos y sugiere acciones accesibles a la población. La familia regresa, realiza actividades de búsqueda de nidos, de limpieza, mejoramiento de la vivienda, y de algún modo lidera una campaña en su manzana en la que participan los vecinos.

La proyección de este audiovisual tiene el propósito de sustituir la clásica "plática informativa", con frecuencia excesivamente técnica, y

procura motivar a los grupos a partir de una situación cotidiana, que no difiere de las reales experiencias encontradas en campo. A partir de esta introducción se genera la complementaria discusión y construcción colectiva de preguntas y respuestas.

El guión de la historia fue desarrollado en su totalidad por grupos de estudiantes de la Escuela Preparatoria de Zacoalco, después de haber participado en entrenamientos comunitarios proporcionados por los investigadores. Los dibujos fueron realizados por nuestro dibujante, en un proceso de permanente discusión con el grupo de adolescentes.

Audiovisuales técnicos

Serie de transparencias tomadas en campo en nuestro accionar cotidiano en la comunidad. Ilustran aspectos técnicos de las diversas áreas de trabajo. Fueron elaborados como apoyo del área psicosocial a la labor interdisciplinaria para ser utilizados en la formación de recursos humanos universitarios de grado y posgrado.

Muestran las características de la vivienda y el ambiente de riesgo, los escondrijos de la chinche, la metodología de captura de triatómíneos, la alimentación de las chinches con ratas de laboratorio, las técnicas de análisis diagnóstico, las tomas de sangre, el trabajo clínico y electrocardiógrafo, los resultados epidemiológicos regionales y estatales, los mapas epidemiológicos del estado, el país y el continente, etc.

Estos materiales son de gran valor en nuestro trabajo de docencia, ya que no contamos con ayudas

didácticas que apoyen la formación del personal de salud en Enfermedad de Chagas en este país. Pueden ser fácilmente reproducidos para su empleo en mayor escala en escuelas y facultades.

Elección de personajes y situaciones

Explicaremos brevemente las consideraciones que guiaron las decisiones en términos de elección de personajes, situaciones, lenguajes y ambientes que nos parecieron útiles para plasmar estas ideas. Los tipos de materiales dependieron un tanto de las limitaciones impuestas por la realidad y los recursos disponibles. Intentamos así comunicar el proceso seguido por los grupos y por nosotros mismos en los múltiples intercambios suscitados en esta experiencia.

Los personajes más utilizados son: *Niños, de ambos sexos.*

Aparecen de corta edad, personificando el desconocimiento y la extrañeza al ser víctimas frecuentes de picadura. Reparacen varios años después, como adolescentes o jóvenes con síntomas de enfermedad.

Se intenta con ellos, tanto motivar a las madres sobre el riesgo de picadura en sus hijos, como lograr la identificación de los pequeños con los personajes de las historias. Uno de los propósitos de nuestro accionar es involucrar a las nuevas generaciones de modo que los niños, desde sus primeros años, reconozcan el insecto y sepan que es peligroso y debe ser combatido.

Padres, de ambos Sexos

Replicando las situaciones halladas en la realidad local, en los

materiales educativos los padres desconocen el riesgo de la picadura o de la convivencia con el vector. En algún momento reciben información y comienzan a cambiar actitudes, hábitos o conductas. Estas enfatizan un modelo familiar que valoriza la salud y las actividades dirigidas a ella. Se desalientan las actitudes negligentes, apáticas o negativas, pero se evitan las "moralejas".

La comadre

En esta cultura, la comadre puede o no ser un pariente, pero siempre forma parte de la red familiar y social, siendo un personaje de gran vigencia e importancia en la estructura comunitaria. Aun las familias no emparentadas entre sí, frecuentemente se unen por lazos de comadrazgo. La comadre inspira confianza, y es interlocutora obligada de la plática cotidiana, siempre enterada del rumor y la novedad. Lleva y trae información entre vecinas y es en este sentido de informante respetable y de confianza como la incluimos aquí.

Los compadres

Situación similar a las comadres, son compañeros de vida, por lo cual es posible identificarse con ellos y con lo que les ocurre y saben. Entre hombres, su palabra se considera autorizada en términos igualitarios, diferenciándose este vínculo del que se tiene con otra generación, con el padre, por ejemplo.

Son incluidos en los materiales para dar peso a la problemática en una sociedad con fuertes rasgos de machismo, donde el padecimiento tomará importancia en la medida en que involucre a los hombres, para

señalar la relevancia de la incapacidad masculina ya que en estas familias es el único sustento económico, y para evitar que la enfermedad sea considerada "de mujeres y de chiquillos", lo que ocurriría si todos los personajes fueran madres y niños.

El doctor

De aparición relativamente effmera porque en México no podemos contar aún con su participación segura ya que pocos son los profesionales en condiciones de diagnosticar la enfermedad. Salvo excepciones, los laboratorios tampoco cuentan con el necesario antígeno para las pruebas diagnósticas. Por tanto no podemos utilizar su imagen como referente para la población en general. Dentro del Municipio de nuestro trabajo, donde estos materiales se elaboran, ofrecemos como referencia los médicos del Programa de Investigación. Simultáneamente, los investigadores realizamos entrenamientos específicos para los médicos de la región, por lo que en el área se cuenta con un apoyo razonablemente amplio.

Los investigadores de la casa naranja

En todos los materiales difundidos localmente, es la referencia segura. Facilita la concentración de casos sospechosos de infección o enfermedad y su diagnóstico con técnicas estandarizadas, brindando una respuesta que intenta generar confianza y disminuir la ansiedad que frecuentemente se produce en las personas recién informadas del riesgo o de los resultados de sus estudios. Los investigadores ofrecemos

contención psicológica, facilidades clínicas, derivación o tratamiento, información y asesoramiento, como parte del programa de investigación activa.

Cabe mencionar como una consecuencia del trabajo realizado el hecho de que nos hayamos planteado otros niveles de estudio y análisis de la rica y cuantiosa información obtenida en el intercambio con la población. Juzgamos sumamente interesante y necesaria la profundización de aspectos encontrados, tales como nudos de contradicción entre creencias y prácticas, el lugar social ocupado por la mujer campesina, los roles adjudicados a las distintas personas y sus modos de comunicación, la introyección de las ideologías, valores y normas sociales, los mecanismos de defensa utilizados para afrontar situaciones vitales, etc. Estos aspectos ofrecen extraordinarias posibilidades para trabajar en detalle las representaciones sociales que sustentan, pero serán objeto de otra etapa de investigación ya que exceden con mucho los objetivos planteados en la presente.

Simultáneamente a estos desarrollos se realizaron actividades de formación de recursos humanos.

A nivel de pregrado universitario

— Con alumnos de diversas carreras (Trabajo Social, Psicología, Medicina, Biología, Enfermería, Veterinaria, Ingeniería Civil, Diseño, etc. en número aproximado de 15 que prestan su Servicio Social en el CECIDET.

— Con pasantes de Medicina, Enfermería, Biología y Veterinaria

en proceso de realización de tesis (en número aproximado de 60).

En este nivel, nuestro aporte consiste en asesorar a los estudiantes en los aspectos psicosociales de su proceso de trabajo, investigación o tesis, así como coordinar y supervisar sus actividades en las comunidades.

Pusimos el mayor énfasis en crear en ellos actitudes de respeto por las creencias y prácticas de las familias, en el entrenamiento en comunicación popular y en la lectura de indicadores sociales a incluir en la interpretación de sus resultados, aun cuando éstos fueran básicamente biológicos.

A nivel de posgrado universitario.

En la Maestría en Ciencias de la Salud Pública (10 maestrandos, provenientes de diversas disciplinas científicas de grado).

Seminarios internos de capacitación y actualización en el CEDIDET, dirigidos a personal de docencia, de investigación y de asistencia, perteneciente a la Universidad de Guadalajara y al Instituto Dermatológico de la Secretaría de Salud y Bienestar Social de Jalisco (Institución especializada para la derivación de dermatología, micología, leishmaniasis y lepra de todo el estado)

A nivel de comunidad

— Con los maestros y Directores de Escuelas Primarias y Secundarias del Municipio de Zacoalco de Torres.

— Con profesores de la Escuela de Preparatoria de Zacoalco de Torres.

— Con la Sociedad Médica de Zacoalco de Torres.

— Con enfermeras de los Centros de Salud de los pueblos rurales del Municipio.

— Cabe referir el permanente entrenamiento vertido en el trabajo de participación popular, especialmente a líderes comunitarios, formales e informales.

En el nivel comunitario, el mayor peso de contactar estas personas, convocarlas y agruparlas recayó sobre el área social, ya que el logro de actividades participativas en educación sanitaria era objetivo de nuestro trabajo. Luego, dependiendo de los aspectos a tratar en cada plática, en ellas participamos psicóloga, socióloga, biólogo y médicos. Según las necesidades del momento, nuestros compañeros investigadores alternaron su participación. La nuestra permaneció constante en todas las reuniones y cursos que se organizaron.

Cabe destacar que nuestro objetivo no preveía desarrollar una actividad de educación sistemática, sino verter la información mínima necesaria para alertar a la población sobre el riesgo de enfermar de Chagas. Por lo tanto esta tarea se incluyó en el estudio como una contribución y no consideraba técnicas precisas de evaluación de resultados en términos de enseñanza-aprendizaje. De hecho, al momento de formular el proyecto, desconocíamos la probabilidad real de lograr la participación comunitaria y aún la de instancias universitarias. Sin embargo, a medida que éstas se fueron consiguiendo, decidimos no desperdiciar la oportunidad de insertar tantas actividades

como fuera posible al respecto, ampliando este objetivo inicialmente planteado en términos reducidos.

Esperamos que la continuación de este proceso multiplique en el futuro la información y las actividades relacionadas con este tema a través de las personas que en él participan, fundamentalmente las madres de familia y los maestros rurales, así como los recursos humanos de salud actualmente en formación.

DISCUSIÓN

Creemos que los resultados de este estudio contribuyen con información de utilidad desde la perspectiva psicológica, desde la social y desde la sanitaria.

Para la primera genera datos sobre los mecanismos de defensa psicológica que los sujetos utilizan para enfrentar sus problemas vitales y para manejar una información novedosa y angustiante, en el caso de esta enfermedad. También ayuda a comprender las creencias populares sobre salud, enfermedad, curación, muerte y las prácticas a ellas relacionadas.

Para la segunda, ayuda a elucidar modos apropiados de comunicación entre y con los grupos poblacionales en términos de ambientaciones, personajes, contenidos, que permitan lograr mayor impacto del mensaje educativo a través de la participación grupal, posibilitando la difusión activa de conocimientos de salud.

Para la tercera, apoya la articulación de los programas de control de enfermedades tropicales con los modos culturales de las comunida-

des beneficiarias y con el universo psicológico de las personas. Integra el conocimiento obtenido en las perspectivas anteriormente mencionadas a la necesaria visión de conjunto de la Salud Pública.

Parece conveniente que los modelos de investigación-acción participativa sean replicados en otros lugares. No como repeticiones, o mediante difusión de materiales creados en estas comunidades, sino en tanto recreación, de modo que otras gentes interactúen entre sí, generando sus propios efectos y productos, de acuerdo con su realidad local.

También pensamos que la gravedad de la problemática de la Enfermedad de Chagas en el continente amerita continuar en México el esfuerzo enfocado a recopilar datos estandarizados que permitan dimensionar su magnitud local y accionar en consecuencia.

La experiencia realizada sugiere, sin embargo, que el impacto social de los programas que pudieran surgir de este tipo de estudios sería considerablemente mayor si el Estado, en tanto responsable y garantizador del derecho humano a la salud, lo tomara en sus manos.

Además de estos resultados obtenidos por la investigadora, cabe mencionar una serie de otras actividades en las que participamos todos los miembros del equipo de investigación, buscando una aplicación conjunta de nuestros respectivos trabajos enfocados a una tarea más interdisciplinaria.

Como parte de una estrategia orientada a reunir recursos y acordar modelos de investigación y acción,

desde este equipo se ha firmado un Convenio de Colaboración con la Secretaría de Salud y Bienestar Social del Estado. Asimismo se firmaron Convenios de Colaboración e Intercambio con varias universidades estatales del país (Universidad de Colima, Autónoma de Nayarit, Autónoma de Yucatán), a partir de los cuales se procura integrar la Red Universitaria Nacional para Enfermedades Tropicales. Su actividad inicial está constituida por un conglomerado de Cursos Interinstitucionales en Enfermedades Tropicales.

Hemos participado también en la gestión de un Proyecto de Excelencia Académica consistente en la creación de una Maestría de Enfermedades Tropicales en un intento por elevar el nivel de formación de recursos humanos en patologías de alta prevalencia que han recibido insuficiente atención hasta el momento. Esta Maestría acaba de iniciar sus actividades en la Universidad de Guadalajara con un primer grupo de especialistas.

Además se integran actividades con otras instituciones de salud como el Instituto Mexicano del Seguro Social y se continúa la interacción con organismos no gubernamentales, tendientes a implicar mayor número de instancias sociales en este proceso y a facilitar la multiplicación de sus efectos.

CONCLUSIONES

Las agruparemos por sus características e implicancias para favorecer la claridad de exposición.

1- En relación con conocimiento del vector y la enfermedad.

—El triatomíneo es ampliamente conocido por la población en estudio. Las comunidades conviven con él, lo encuentran domiciliado, saben que es hematófago. Existen nombres populares para denominarlo, se reportan múltiples antecedentes familiares de picadura, cuyos signos son correctamente identificados por quienes los sufren cotidianamente.

—El insecto es considerado un cohabitante natural de la vivienda, ancestral y molesto, pero inofensivo.

—Se desconoce su calidad de vector de la enfermedad de Chagas.

—Esta enfermedad es desconocida en el área, así como sus síntomas y gravedad. No existen nombres populares para ella. No tiene presencia en la cultura popular ni en el universo mental de las personas.

—Los médicos desconocen el padecimiento. No están en condiciones de distinguir el Chagoma de inoculación de las picaduras de otros insectos, no realizan exámenes posteriores, administran tratamientos locales y superficiales e ignoran la posibilidad de su transmisión. No están alertas a la aparición de sus síntomas porque no incluyen esta enfermedad en el conjunto de patologías esperables para la región. En ningún caso los médicos fueron nombrados por las comunidades como fuente de información sobre el padecimiento.

—La población no consulta a sus médicos por la picadura del vector. Se consulta por lo desconocido y en esta región las personas conocen

sobradamente el origen del piquete. Los que han consultado, recibieron un tratamiento local que ellos ahora se aplican por sí mismos o suplen con remedios caseros. Se cierra así el círculo de la ignorancia sobre la enfermedad explicándose el porqué los médicos suponen que el vector no es un flagelo en el área.

—Como consecuencia, no existe percepción poblacional del riesgo de contraer la Enfermedad de Chagas.

2- En relación con la conceptualización de salud y enfermedad

—Se considera portador de salud a quien está en condiciones de cumplir su rol social: en el hombre, trabajar. En la mujer, atender a los suyos. En el niño, jugar. La salud es definida como un equilibrio natural relacionado con las capacidades, el bienestar y la alegría de vivir o por ausencia de síntomas.

—La enfermedad está en gran medida asociada con la presencia de síntomas visibles. La probabilidad de contraer enfermedades por transmisión vectorial no es mencionada entre las causas del enfermar.

—La muerte está asociada a una instancia superior, por proyección hacia lo divino.

—Lo anteriormente dicho, sumado a la ausencia de síntomas iniciales de la Enfermedad de Chagas, sugiere dificultades para la introducción de información sanitaria referida al padecimiento.

3- En relación con fenómenos psicológicos.

—El hecho de que muchas personas informadas de seropositividad no muestren síntomas, algunos

seropositivos resulten negativos en otros exámenes y ocurran muertes cardíacas súbitas en la comunidad, otorga a la enfermedad una condición fantasmagórica.

Se trata de algo que aparenta aparecer y desaparecer, que puede tomarse como una creación imaginaria pero tiene visos de realidad, por lo que su existencia se intuye y se teme, sin completa certeza.

—Los mecanismos de defensa más frecuentes ante la introducción de esta información novedosa y la evidencia de casos de enfermedad y muerte confirmados en el Municipio son la negación (de la evidencia) y la proyección (hacia otros). Su consecuencia es que este conocimiento resulta fáctico y no se traduce de por sí en motivador de acciones.

—Gran cantidad de personas manifiestan reacciones fóbicas a distintas alimañas, especialmente cucarachas, alacranes y arañas. El vector de la Enfermedad de Chagas no es mencionado entre ellas.

4- En relación con fenómenos sociales.

—Un agravante de la situación de carencia generalizada que sufren estas poblaciones es la muy arraigada costumbre social del "tilichero", o amontonamiento de objetos inservibles dentro mismo de la vivienda. Este cúmulo de cosas permanece inamovible largo tiempo, favoreciendo anidamiento de animales de todo tipo (insectos, arácnidos, roedores, etc.).

—Las localidades en estudio conviven con gran cantidad de insectos peligrosos, ya sea por producir picaduras graves y hasta mortales, caso

del alacrán y la araña capulina (viuda negra), como por ser vectores de enfermedades de importancia tales como dengue, malaria y chagas.

—Prácticamente no se realizan actividades que impliquen organización colectiva en general, y de salud en particular. La responsabilidad de estas intervenciones es atribuida a la Secretaría de Salud y existe una marcada dificultad para participar en ellas.

—Esta situación cambia cuando las comunidades se involucran en procesos participativos. Este hecho queda ejemplificado con la fumigación colectiva organizada por un pueblo entero, a su costo, con fumigadores voluntarios y sus propias bombas de rociado.

5- En relación con sus implicaciones para programas de control

—Debe recordarse que este estudio se realizó en un país donde la Enfermedad de Chagas no es reconocida como un problema de Salud Pública. Los resultados obtenidos sugieren que muy probablemente la enfermedad está siendo subregistrada.

—Parece necesario generar intervenciones que modifiquen esta situación, ya que tanto desde la vertiente poblacional como desde la vertiente médica, no existe percepción de riesgo en relación con la Enfermedad de Chagas. Esta información resulta de utilidad para el diseño de estrategias de salud, tanto a nivel de programas preventivos y de control (Secretaría de Educación Pública y Secretaría de Salud) como de formación de recursos humanos de grado (Medicina, Enfermería,

Psicología, Veterinaria, etc) y postgrado (Maestría en Salud Pública, Maestría en Enfermedades Tropicales).

—Las conceptualizaciones populares halladas en relación con salud, enfermedad, curación y muerte, vinculadas al curso asintomático de este padecimiento señalan dificultades para incorporar la información sanitaria. Lo cual sugiere que los programas de control a la manera tradicional, puramente informativa, se contrapondrán con el sentir popular y con la representación que estas comunidades tienen del tema.

—Los mecanismos de defensa reportados indican la necesidad de trabajar sobre ellos con técnicas psicológicas adecuadas. Su especificidad implica la conveniencia de integrar psicólogos capacitados, tanto para contribuir en la programación como para ajustar las intervenciones al diagnóstico local. En esta problemática tradicionalmente enfocada desde lo médico-biológico, es posible e interesante abrir un espacio de investigación y acción para las ciencias sociales en general y para la Psicología Social en particular.

—La situación de múltiples carencias en que viven estas comunidades rurales las marginan de la participación social a distintos niveles: del saber, del tener, del poder. No nos autorizan los objetivos de este estudio a extendernos en el tema y sabemos que no podemos desde nuestro lugar modificar en forma inmediata y sustancial sus carencias estructurales. Sin embargo queremos señalar que todo programa orientado al problema concreto planteado por

la Enfermedad de Chagas mejorará sus posibilidades de éxito en tanto no ignore esta realidad contextual e incida en la mayor cantidad posible de factores, intentando su transformación.

SUGERENCIAS

—Aprovechar el conocimiento de la población en relación con el insecto, vinculándolo con datos entomológicos, clínicos y epidemiológicos locales, para superar el bloque de incredulidad y facilitar la aceptación de información sanitaria novedosa.

—Implementar o eficientizar el sistema de registro de casos.

—Desarrollar programas permanentes (no campañas puntuales) de educación-acción participativa, en cada zona sanitaria.

—Enfocar estos programas a las familias y los grupos pequeños, alentando la reflexión sobre creencias y hábitos que favorecen la proliferación del vector.

—En lo individual, apuntar a la transformación de motivaciones internas del sujeto, las cuales a su vez podrán ser proyectadas a lo social a través del vínculo grupal (familiar, escolar, laboral, etc).

—Plantear la enfermedad como un ataque al equilibrio natural, intermediado por un insecto, destacando la salud integral como un valor relacionado con alegría y bienestar, con la capacidad plena de cumplir las actividades habituales de las personas.

—Articular el programa de control de la Enfermedad de Chagas con los de otros vectores de enfermeda-

des tropicales que se combaten de forma similar, buscando impactar en alguna de las fobias movilizadoras de acción (alacranes, arañas y hasta cucarachas).

—Vincular su contenido con otras problemáticas que influyen en la salud comunitaria (redes de drenaje, agua potable, etc.).

—Capacitar al recurso humano de pregraduación a través de la in-

clusión de esta temática en las carreras relacionadas con la salud.

—Entrenar al personal de salud en sus actuales lugares de trabajo como modo directo de mejorar el diagnóstico de riesgo y de casos.

—Incorporar psicólogos, así como otros científicos sociales, a las tareas de investigación, diagnóstico comunitario, programación y acción de enfermedades tropicales.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

1. VELASCO-CASTREJÓN O. 1991. *La Enfermedad de Chagas*. Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencias Epidemiológicas. Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud. Publicación Técnica N° 8. México. D.F.
2. HERNÁNDEZ R, LOZANO, TRUJILLO F. 1988. *Estudio epidemiológico de la prevalencia de la Enfermedad de Chagas en el Estado de Jalisco, México, 1987. Reporte preliminar*. Nueva Epoca. Revista de la Asociación Médica de Jalisco. Abril (3).
3. HERNÁNDEZ R, LOZANO, TRUJILLO F. op.cit.
4. GARCÍA MANZANEDO H. 1983. *Manual de investigación aplicada en servicios sociales y de salud*. Edit. Copilco-México.
5. HERZLICH C. 1988 Citado por ROBERT Farr. *Las representaciones sociales*. En: Psicología Social II. Moscovici et al. Ediciones Paidós. Biblioteca Cognición y Desarrollo Humano. Barcelona.
6. MAX-NEEF M y col. 1986. *Desarrollo a escala humana. Una opción para el futuro*. Fundación Dag Hammarskjöld. Cepaur. Santiago de Chile.

BIBLIOGRAFIA RELACIONADA CON EL PROYECTO

- AGUDELO C. 1983. *Participación comunitaria en salud, Conceptos y criterios de valoración*. Bull of Sanit. Panam. Septiembre.
- BERGER T, LUCKMAN P. 1973. *La construcción social de la realidad*. Amorrortu Editores. Buenos Aires.
- BORGES DIAS R. 1986. *Reflexões em torno de pesquisa, educação e controle das doenças tropicais*. Publicación SER/TDR/WB/WHO Belo Horizonte, Brasil.
- BREILH J. 1986. *Epidemiologia: economia, medicina y política*. Edit. Fontamara. México.
- BRICEÑO-LEÓN Roberto. 1990. *La Casa Enferma*. Fondo Editorial Acta Científica de Venezuela y Consorcio de Ediciones Capriles. Venezuela.
- BULLETIN OF SANIT. PANAMÁ. 1984. *Reseña: Situación de la enfermedad de Chagas en las Américas*. 97 (2).
- COLECTIVO. 1988. *Técnicas participativas de educación popular*. Instituto Mexicano de Educación Comunitaria. México.
- DIASE, PINTO DIAS J.C. 1989. *Doença de Chagas. Textos de Apoio*. Superinten-

- dencia Campanhas de Saúde Pública. Ministro de Saúde. Brasília, DF.
- FREUD A. 1989. *El yo y los mecanismos de defensa*. Editorial Paidós. Sta Reimpresión. México.
- FREUDS. 1974. *Introducción al narcisismo y obsesiones y fobias: su mecanismo y su etiología*. Obras completas. Tomo 1. Edic. Nuevo Mundo. Buenos Aires.
- GARCÍA MANZANEDO H. 1983. *Manual de Investigación aplicada en servicios sociales y de salud*. Edit. Copilco. México.
- GARCÍA ZAPATA, MARSDEN, VIRGENS, PRATA, MACEDO y col. 1984. Núcleo Medicina Tropical. *Avaliação de un programa educativo dentro de una campaña de controle da Doença de Chagas em Mambá, GO*. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. Vol. 17.
- HERNÁNDEZ R, LOZANO F, TRUJILLO F. 1988. *Estudio epidemiológico de la prevalencia de la Enfermedad de Chagas en el Estado de Jalisco, México, 1987. Reporte preliminar*. Nueva Epoca, Revista de la Asociación Médica de Jalisco. Abril (3).
- JOINT COMMITTEE ON STANDARDS FOR EDUCATIONAL EVALUATION. 1988. *Normas de evaluación para programas, proyectos y materiales educativos*. Edt. Trillas, México.
- LAURELL AC, BLANCO GIL J. 1979. *Morbilidad, ambiente y organización social: un modelo teórico para el análisis de la enfermedad en el medio rural*. Salud Problema N° 2.
- LAURELL AC. 1986. *El estudio social del proceso salud enfermedad*. Cuadernos médico sociales N° 37. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. Rosario, Argentina.
- LEON L. 1962. *Contribución a la historia de los transmisores de la Enfermedad de Chagas, Siglos XVI al XIX*. Anais do Congresso Internacional sobre a Doença de Chagas. Vol III. Oficina Grafica da Universidade de Brasil. Rio de Janeiro.
- LOZOYA X, ZOLLA C. 1984. *La medicina invisible: introducción al estudio de la medicina tradicional de México*. Folios Ediciones. México.
- MATOS C, RODRIGUES S, SILVEIRA C. 1984. *Ações educativas na vigilância entomologica do programa de controle da Doença de Chagas*. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. Vol 17, Suplemento
- MATUS C. 1987. *La planificación como un problema entre los hombres*. En: Política, planificación y gobierno. Caracas.
- MAX-NEEF M y col. 1986. *Desarrollo a escala humana, una opción para el futuro*. Development Dialogue, Número especial. Cepaur, Fundación Dag Hammarskjöld. Santiago, Chile.
- MENÉNDEZ E. 1985. *La crisis del modelo médico y las alternativas autogestionarias en salud*. Cuadernos Médico Sociales. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Asociación Médico de Rosario. Argentina.
- MENÉNDEZ E, GARCÍA DE ALBA J (compiladores). 1992. *Prácticas populares, ideología médica y participación social. Aportes sobre la antropología médica en México*. Editorial Universidad de Guadalajara, México.
- MOSCOVICI S. 1988. *Psicología Social*. Vol I y II. Ediciones Paidós. Barcelona.
- OMS. 1987. *La lucha antivectorial en la atención primaria de salud*. Informe de un grupo científico de la OMS. Serie de informes técnicos, 755, Ginebra.
- PÉREZ TAMAYO R. 1975. *Enfermedades viejas y enfermedades nuevas*. Edit. Siglo XXI, México.
- PETANA W. 1980. *La importancia de los efectos clínicos, psicológicos y socia-*

- les experimentados por pacientes con Tripanosomiasis Americana.* Bull. of Sanit. Panam. Vol. 1 N° 3, Abril.
- PINTO DIAS J C. 1978. *Vigilancia epidemiológica con participación comunitaria: un programa de Enfermedad de Chagas.* Bull. of Sanit. of Panam. 84 (6).
- PINTO DIAS J C, BORGES R. 1984. *Participación de la comunidad en el control de la Enfermedad de Chagas.* En: Chagas. Publicación del Servicio Nacional de Chagas. República Argentina. Vol 1, N° 3, Abril.
- RIBERA B. 1984. *Aspectos socioeconómicos y culturales de la Enfermedad de Chagas.* Presentación inaugural del Coloquio Internacional de Enfermedad de Chagas. Santa Cruz, Bolivia, Marzo.
- ROVERE M, PELLONE. 1987. *Programación local participativa.* En: Salud para todos. Gidaps. Buenos Aires.
- SCOCOZZA J. 1980. *Estudio epidemiológico y socioeconómico en población laboral de infectados chagásicos.* Centro de Investigación en Endemias Nacionales. III Reunión de Cultura y Educación. Programas Nacionales. Buenos Aires.
- TESTA M. 1987. *Estrategia, coherencia y poder en las propuestas de salud.* Cuadernos Médico Sociales N° 38-39. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. Rosario, Argentina.
- TESTA M. 1984. *Cientificismo y dependencia. Su influencia en la enseñanza y la práctica de la medicina.* Cuadernos Médico Sociales. N° 29-30. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. Rosario. Argentina, Noviembre.
- TDR/WHO. 1972. *Special program for Tropical Disease Research.* Publicación N° 8.
- UNDP/WB/WHO/TDR. 1991. *Progress in Research 1989-1990.* Tenth Program Report. Ginebra.
- VILLAROEL G. 1990. *La teoría de la acción comunicativa en un programa de educación para la salud.* Ponencia. III Congreso Latinoamericano de Medicina Tropical. México.

4to Congreso Nacional de Filosofía

Mérida, 25-28 de octubre, 1994

CONVOCATORIA

Temas Principales

1. La responsabilidad del filósofo en los tiempos de crisis
2. Democracia y Pluralismo Cultural.