

TRABAJO PRESENTADO EN EL PRECONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ARGENTINA DE ESPECIALISTAS EN ESTUDIOS DEL TRABAJO. EL TRABAJO EN LA ACTUALIDAD, PERSPECTIVAS Y TRANSFORMACIONES.
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. ROSARIO. Mayo de 2003

RESUMEN:

La experiencia trata sobre el abordaje interdisciplinario de la problemática del Chagas en una comunidad Mocoví de la provincia de Santa Fe. El objetivo del trabajo fue investigar acerca de los factores de riesgo bio-psico-sociales de la infección chagásica, con la finalidad de promover acciones orientadas a la organización comunitaria para el control de la enfermedad.

Se estableció como metodología una intervención interdisciplinaria desde distintos aspectos: 1- Biológico/médico: extracción de sangre, electrocardiogramas. 2- Psicosocial: entrevistas a integrantes de la comunidad, informantes clave; talleres con pobladores, docentes, niños, agentes sanitarios, con la finalidad de recolectar información y discutir acciones de prevención, 3- Comunitario: talleres para trabajar sobre la organización de la población. Todas las actividades se realizaron en la comunidad.

Principales conclusiones: las condiciones de exclusión y vulnerabilidad social en que viven los habitantes de esta comunidad constituyen la base de la persistencia del Chagas. Las actividades que promueven la participación de la comunidad (respetando y teniendo en cuenta la diversidad cultural) desde el comienzo de un proyecto, posibilitan que la misma se comprometa en el desarrollo de acciones de autocuidado.

1- **TÍTULO:** ENFERMEDAD DE CHAGAS: EVIDENCIA DE EXCLUSIÓN SOCIAL. (Inédito).

2- **AUTORES:** Civetta, Analía; Streiger, Mirtha; Albornoz, Claudia; Francia, Ricardo; Tivano, Virginia; Fernández, Irma; Terenziani, Maricel; Bertotti, Esther; Masi, Rita; del Barco, Mónica; Arias, Eduardo; Mendicino, Diego; Mendoza, Norberto; Camargo, Juan; Salteño, Dora; Gómez, Miriam.

3- **LUGAR DONDE SE REALIZÓ LA EXPERIENCIA:** Colonia Dolores. Provincia de Santa Fe.

4- **SEDE DE TRABAJO:** Centro de investigaciones sobre Endemias Nacionales -CIEN- Fac. de Bioquímica y Cs. Biológicas. U.N.L. Paraje El Pozo. CC 530. Santa Fe (3000). Fax 5442510947. MV / Ps. Social Analía Civetta. e-mail: civettavet@gmail.com

5- **INTRODUCCIÓN:**

Lamentablemente hoy (todavía hoy) debemos plantearnos como eje de trabajo la enfermedad de Chagas. Una de las tantas enfermedades que ponen en clara evidencia las contradicciones y crudeza del sistema económico y social imperante y que continúa afectando a grandes sectores sociales de América Latina, principalmente a los de escasos recursos. Sin embargo, al igual que su curso dentro de la persona infectada, permanece en estado silencioso.

Muchos autores han investigado sobre el Chagas. Tanto más se ha escrito. Y una vez más se expondrán aspectos que hacen a la vigencia de esta enfermedad, como una manera de sacudir la memoria, y decir que, a pesar de los avances científicos y tecnológicos logrados hasta la actualidad, todavía es necesario continuar golpeando las puertas del olvido.

Esta vez, el intento trata sobre una forma de abordaje de la enfermedad de Chagas en una comunidad indígena (mocoví), llevada adelante en el período 1997 - 2000, basada fundamentalmente en el trabajo interdisciplinario entre las ciencias biológicas y las ciencias sociales, desde una metodología de investigación participativa, sustentada económicamente los primeros seis meses con una Beca de la Subsecretaría de Cultura de la Pcia de Santa Fe, y luego por la Secretaría de Extensión Universitaria de la Universidad Nacional del Litoral.

Las instituciones participantes fueron: Centro de Investigaciones sobre Endemias Nacionales -CIEN- Fac. Bioquímica y Cs. Biológicas. Universidad Nacional del Litoral. Santa Fe. (1); Escuela de Servicio Social de Santa Fe. Sec. De Estado Promoción Comunitaria (2); Escuela de Psicología Social "Dr. E. Pichón Riviére" de Santa Fe (3); Facultad de Ciencias Veterinarias de la Universidad Nacional del Litoral (4); Comuna y Dispensario de Colonia Dolores (5).

Trabajar la problemática del Chagas en una comunidad indígena implicó interiorizarnos sobre la situación del aborígen en nuestro país, e incursionar en nuestra historia más íntima y en los atropellos aún vigentes sobre una cultura

que continúa latiendo.

Otra arista importante que tuvimos presente en la investigación sobre los factores de riesgo de esta enfermedad fue la condición de exclusión social de los habitantes de esta comunidad. Dos aspectos trascendentes para comenzar a deshilvanar la trama que condiciona a esta población a vivir con Chagas.

En nuestro país, las provincias de Chaco, Santiago del Estero y en general las de la región noroeste, tienen los mayores índices de prevalencia de infección chagásica. Nuestra provincia (Santa Fe) no es considerada de elevada endemicidad en su totalidad. (promedio 4,12 % en varones de 18 años. Dato obtenido en 14 años de estudio. Streiger y col.). Su distribución y frecuencia se modifican en las distintas zonas, coincidiendo esta heterogeneidad con situaciones económicas, sociales, culturales y geográficas diferentes en cada área. Así tenemos que los departamentos 9 de julio, Gral. Obligado, Vera y San Justo son los que poseen los porcentajes de infección más elevados. La enfermedad de Chagas es una parasitosis que puede lesionar seriamente el corazón y otros órganos tales como los del aparato digestivo y el sistema nervioso, aunque no siempre. En Argentina las lesiones más frecuentemente observadas son las cardíacas.

Como otras enfermedades tropicales, prevalece en condiciones ambientales propicias, situación sanitaria deficiente, baja condición socioeconómica de sus habitantes, migraciones humanas y otros factores de características biológicas como ser la resistencia del agente infeccioso (*Trypanosoma cruzi*), del vector (Triatomíneos: vinchuca) que interviene en su ciclo, de hospedadores en íntima relación con las personas que actúan como reservorios naturales (perros y gatos), y otras vías de transmisión (transfusiones sanguíneas, transmisión connatal).

El agente causal es el *Trypanosoma cruzi*, parásito protozoario flagelado, que se reproduce en el interior de las células y circula por la sangre. La vinchuca (especie más frecuente: *Triatoma infestans*) es el agente vector de mayor importancia sanitaria en nuestro país. Se trata de un insecto con hábitos domiciliarios y peridomiciliarios, que se encuentra ampliamente distribuido en el territorio nacional. Se observa en mayor cantidad en las regiones de clima cálido y seco. Los factores que favorecen su presencia son considerados "factores de riesgo" de infección chagásica: viviendas precarias (techos de paja, caña, varilla; paredes de barro, paja, abode, de material sin reboque o con grietas), depósitos de leña cercanos, viviendas y peridomicilios con elementos almacenados en un mismo sitio durante largo tiempo, presencia de animales domésticos dentro del domicilio, gallineros cercanos al domicilio.

La vinchuca se alimenta exclusivamente de sangre humana o de animales, e inmediatamente después deposita sobre la piel o mucosas la materia fecal, que, en caso de estar infectada, contiene los trypanosomas infectantes. A través de lastimaduras o del rascado estos parásitos penetran al interior del organismo y se diseminan en la sangre para alojarse posteriormente en los tejidos corporales.

El ser humano y los animales domésticos, mamíferos, expuestos a la picadura de la vinchuca son sensibles a esta parasitosis. Los animales domésticos no contagian directamente esta enfermedad, sino que actúan como reservorio natural del parásito.

Las particularidades de la enfermedad de Chagas transforman a esta endemia en una "patología silenciosa", lo cual dificulta el proceso de

apropiación que los sujetos pueden realizar respecto de sus posibilidades para organizarse y generar estrategias para su autocuidado.

La localidad de Colonia Dolores se encuentra ubicada en el departamento San Justo, a 150 Km al norte de la ciudad de Santa Fe. Cuenta con una población de aproximadamente 500 habitantes, quienes se reconocen en su mayoría, como pertenecientes a la etnia mocoví. Esta comunidad se encuentra asistida por los Programas Nacional y Provincial de Chagas, sin embargo los índices de prevalencia según datos del '92-'94, eran de un 30 % de la población con serología positiva a la infección chagásica. Valor muy superior a la media provincial. (Streiger y col.).

Nuestro trabajo comenzó como inquietud y necesidad de comprender las causas de la prevalencia de la endemia chagásica en esta comunidad mocoví, con el objetivo de promover acciones de prevención que la propia comunidad pudiera llevar adelante.

Los **objetivos** con los que iniciamos nuestro trabajo fueron los siguientes:

- ◆ Profundizar el estudio de la prevalencia de infección-morbilidad chagásica, en Colonia Dolores.
- ◆ Investigar los antecedentes históricos, geográficos, socioeconómicos, culturales, demográficos y étnicos.
- ◆ Analizar las relaciones del medio ambiente y hábitos de la población con infección chagásica.
- ◆ Detectar como contribuyen los factores de riesgo de la infección.
- ◆ Seleccionar e implementar estrategias participativas para disminuir el riesgo de infección y aumentar el control de la enfermedad.

Durante el desarrollo del trabajo surgió como otro objetivo la necesidad de conocer las representaciones sociales que esta comunidad tenía acerca de la enfermedad de Chagas. Consideramos que ello constituiría una información necesaria para comprender la naturalización que existía sobre esta enfermedad, lo que de alguna manera estaría favoreciendo su prevalencia.

6- MARCO TEÓRICO:

El proceso de ajuste que ha sufrido nuestro país en los últimos años configuró un panorama diferente, provocando significativos cambios a nivel político, económico, social y cultural. Las profundas transformaciones del Estado se expresaron en un debilitamiento del mismo, con una estructura económica muy concentrada que configura sectores con alto grado de dinamismo y otros profundamente deprimidos. Estas transformaciones económicas e institucionales se dan en un contexto de estancamiento, que impactan la estructura y dinámica del mercado de trabajo, combinando reestructuración productiva, reforma del Estado y estancamiento económico, marginación, debilitamiento y empobrecimiento de las economías regionales, provocando diferentes situaciones de exclusión social. Estas transformaciones trascienden el momento de crisis, quedando en evidencia que dichas modificaciones son inherentes al sistema neoliberal, constituyendo un objetivo implícito del mismo.

Los problemas sociales se fueron profundizando. Existen diferencias sociales importantes y gran proporción de la población excluida. La condición

de excluido implica no sólo una carencia económica, sino fundamentalmente, una limitación de los medios de expresión para poder participar en el escenario social y político. Condición indispensable para constituirse como ciudadano. Esto, a su vez, atenta contra la consolidación y ampliación de la democracia. Decir exclusión es hacer explícita una situación que significa ser pobre (carencias materiales), pero que también, hace referencia a las dificultades o limitaciones para poder salir de tal situación. Es hablar de un modelo económico que se sustenta en el desempleo, la expulsión sistemática y vulnerabilidad social. La apertura de los mercados y la flexibilización laboral implementadas durante los últimos años han tenido un terrible impacto tanto a nivel económico como social, dejando como consecuencia altos índices de desempleo y vulnerabilidad de grandes sectores sociales. Como consecuencia de este cambio en la estructura del mercado de trabajo, se van generando diferentes situaciones de exclusión y modalidades de inclusión en un sistema que expulsa en forma constante.

En esta exclusión sociocultural se cruzan y potencian factores relacionados con la etnia, el género, la edad, las migraciones. La problemática de la exclusión es planteada de diversas maneras. Generalmente, se habla de exclusión basada en una desigualdad económica. Sin embargo, hay autores (con quienes coincidimos), que proponen que la exclusión social es inherente al sistema capitalista. En nuestro país, las formas de producción capitalista están muy deformadas por lo profundo de la dependencia económica y política, que se ha acentuado con la llamada "reforma del Estado". En estas condiciones, es muy difícil sostener cualquier proceso que tenga matices de proyecto nacional, incluidos la educación y la salud.

Podemos decir que los excluidos son personas que han perdido su identidad como actores sociales. Se los excluye como sujetos, inhibiendo así, sus posibilidades para transformar su situación.

La situación de exclusión atraviesa a la identidad, que en este caso particular, se sinergiza con la identidad referida a la etnia. Es decir, que aquí existe una triple exclusión: pobres, indígenas y chagásicos. Las comunidades indígenas soportan, además de la discriminación como sectores pobres del campo y la ciudad, la exclusión por pertenecer a una cultura diferente, con una historia de sometimiento e invasión.

Un grupo étnico determinado no existe al margen del resto de la sociedad que lo contiene. Hablar de los mocovíes, investigar sobre su cultura es también averiguar sobre nosotros. Es una relación íntima. Es un proceso que se define en relación a una historia de país. El conocimiento que podamos lograr sobre esta comunidad (grupo étnico) no se da al margen del análisis de las instituciones y estructura de la sociedad donde viven. Según Lévi-Strauss, la identidad es un fenómeno más simbólico que real, compuesto de valoraciones socialmente atribuidas, no se define de una vez y para siempre. Identidad es un proceso histórico de resistencia y lucha, que se constituye y redefine en cada situación particular y con otros, donde es posible la transformación.

Existen varios criterios para considerar a los sujetos como pertenecientes a una etnia determinada: biológicos, lingüísticos, culturales, psicológicos, sociales. Todos ellos son en parte incompletos. El referente socio-cultural, articulado con los otros criterios, nos parece el más adecuado porque rescata el aspecto activo de la identidad: *será mocoví quien sienta*

pertenencia, aceptación e identificación con este grupo étnico.

En este contexto, ¿cuáles deberían ser los desafíos de las políticas sociales?, considerando a las políticas sociales como políticas públicas que deberían tender a crear instituciones más integradoras y posibilitantes de los procesos de organización para la autogestión y cogestión de los distintos sectores sociales. En estos momentos las políticas sociales existentes no responden a los intereses de la población a la cual supuestamente están dirigidas. Su aporte es desde el asistencialismo, y conformando un "paquete" de lineamientos generales que no se adecuan a cada realidad concreta. A su vez, "olvidan" incorporar como fundamento de las mismas a los distintos actores sociales como sujetos activos.

Los modelos tradicionales de intervención en problemáticas relacionadas a los procesos de salud y enfermedad en comunidades están fundamentadas en la homogeneización, obstaculizando de esta manera, el acercamiento con la realidad de una población con dificultades y potencialidades particulares. Las experiencias en educación para la salud llevadas a cabo desde esta concepción se limitan a transmitir normas de conducta y pautas de higiene y prevención universales, sin tener en cuenta los aspectos culturales, religiosos, sociales, económicos e históricos de cada comunidad.

Por su parte, el asistencialismo tiende a construir una relación entre los actores sociales de dominación y sumisión, generando, asimismo, una cultura y práctica política de dependencia. Asimismo, impide el desarrollo de los derechos sociales y sus posibilidades de inclusión como sujeto social.

Del mismo modo que en el mundo del mercado, las políticas sociales se plantean en términos de oferta y demanda, existiendo el doble discurso: propender al desarrollo de los sectores vulnerabilizados pero sin tomar en cuenta sus necesidades y potencialidades para organizarse y transformar su situación. Lejos de esta realidad, entendemos como políticas sociales al conjunto de propuestas que deberían promover la participación, la incorporación de los sujetos como actores políticos y la organización de los diferentes sectores sociales, teniendo en cuenta el respeto por sus diferencias y propiciando el intercambio entre los profesionales o investigadores y los sujetos con quienes se pretende trabajar.

Participar significa tener parte, es decir, participar conscientemente en el proceso de toma de decisiones, lo que significa el ejercicio de los derechos.

La participación permite el desarrollo de capacidades, de la creatividad y fortalece la trama vincular de la comunidad. Involucra al sujeto como actor, como hacedor de su historia. Desde una concepción de salud, podemos entenderla como apropiación de su realidad para transformarla.

La participación de la comunidad en la formulación de estrategias para la resolución de una situación problemática particular, además de brindarle a la misma mayores probabilidades de sostenimiento en el tiempo, tiene como fundamento el respeto y la incorporación de las tradiciones locales.

Con respecto a la salud, partimos de una concepción como proceso condicionado histórica, social, económica, religiosa y culturalmente. Por lo tanto, los factores de riesgo de esta enfermedad estarían dados principalmente por las condiciones de vida de la población. La salud y la enfermedad se conciben como procesos determinados socialmente por las condiciones concretas de existencia. Es decir, que las causas fundamentales tanto de la salud como de la enfermedad se encuentran en la forma en que cada sociedad

está organizada. Dentro de este marco adquiere una importancia fundamental la promoción de la salud, que consiste en poner a disposición de la población los medios necesarios para mejorar y proteger su estado de salud, siendo la educación uno de los elementos esenciales para el logro de tal objetivo.

Podemos decir, que a través de la prevención se intenta facilitar el desarrollo de acciones de autocuidado, creando propuestas de promoción de la salud en forma conjunta con la comunidad, poniendo a su disposición la información necesaria.

Prevenir implica preguntarse tanto por las causas individuales como sociales de la enfermedad porque la persona que enferma pertenece a una comunidad determinada, que contiene formas particulares de comprender la salud, la enfermedad y los modos de curar

En este sentido, las representaciones sociales constituyen una categoría que permite acercarnos a lo social, a grupos pequeños y numerosos para conocer lo que piensa la gente, aproximándonos a su sentido común. Por ello se la llama "epistemología del sentido común". En el caso de esta comunidad, constituye un concepto importante para comprender el significado que la salud y la enfermedad de Chagas en particular tiene para esta población.

La forma de interpretar la realidad constituye un conocimiento en donde se entrecruzan y articulan lo psicológico y lo social. Las representaciones sociales conforman una instancia donde puede comprenderse la interdependencia entre lo cultural, lo social y lo psicológico. Es el resultado de dicha trama e interdependencia como proceso en permanente construcción, con continuidades y rupturas, que caracteriza una forma de pensamiento social. No es una copia de la realidad ni la idea sobre algo imaginario. Comprende siempre una relación. Es un acto de pensamiento a través del cual el sujeto se vincula con el objeto.

Representar significa reemplazar, sustituir una cosa por otra. La representación sería el representante mental de algo (un objeto, una persona, un acontecimiento, una idea). Remite a otra cosa y está relacionada a los símbolos y signos. También implica reproducción, en el sentido de representar, hacer consciente algo. Reproducción que la mente realiza sobre un objeto (persona, situación, idea, etc.), sin por ello implicar una copia o réplica pasiva del mundo externo. Ese pasaje del mundo externo al mundo interno como interacción permanente y dialéctica, es un pasaje fantaseado, lleno de creencias, prejuicios, valores que le dan su característica particular.

Las representaciones sociales tienen un carácter significante. Tienen una significación determinada para alguien. Devuelven la imagen o idea acerca de un objeto que puede estar presente o ausente. Por ello es reproducción y construcción, creación colectiva e individual que hacen significativos algunos aspectos respecto de otros. Es un proceso de construcción y reconstrucción de la realidad más o menos estable, pero susceptible de modificaciones en el tiempo. Está en relación (como construcción social, como articulación entre lo psicológico y lo social, entre lo cultural y lo individual), con la cultura a la cual el sujeto pertenece. Muestra los valores, significados e imágenes de una determinada cultura y en un determinado momento histórico.

Serge Moscovici propone dos procesos a través de los cuales se muestra la interdependencia entre los aspectos psicológicos y las condiciones sociales de producción y práctica: la objetivación y el anclaje. La objetivación constituye una selección y descontextualización de los elementos que permite

construir una imagen y darle materialidad a las ideas. El anclaje hace referencia a la significación social, a la articulación con lo social. La representación social se inserta dentro de la jerarquía de valores de una cultura determinada, dentro de una red de significaciones de un grupo social. En él se articulan tres funciones de las representaciones sociales: la cognitiva de integración de lo nuevo, la de interpretación de la realidad y la de orientación de conductas y relaciones sociales.

El análisis de las representaciones sociales remite a incursionar acerca de las concepciones sobre sujeto. Es decir, que el término representación social supone un sujeto en relación con otros, una subjetividad que se construye en el vínculo, en la interacción con los demás sujetos. En ese proceso, en ese interjuego de los sujetos entre sí y con su cotidianidad, dentro de un contexto determinado, es posible analizar las representaciones sociales.

El carácter social se da en la medida en que aportan a los procesos de formación de conductas y orientación de comunicaciones sociales. Es decir, que su carácter social está dado por la función que cumplen. Las representaciones sociales hacen posible la comunicación entre los sujetos pertenecientes a un sector social determinado, creando vínculos entre ellos y entre los distintos grupos. Se ubican en la intersección entre el sujeto y la sociedad. Su función desde el punto de vista sociológico, es establecer la multiplicidad de relaciones entre sujeto y sociedad.

Constituyen sistemas sociocognitivos, con una coherencia y lógica particular, que comparte un determinado grupo social al interior de una cultura y le confiere una identidad específica. Es un conjunto de proposiciones, reacciones e ideas organizadas sobre aspectos particulares que sirven para organizar, comprender, comunicar y actuar en la vida. Se constituyen a partir de creencias, valores, prejuicios, sobre un aspecto del entorno cotidiano o de la realidad social de un determinado grupo o clase social. Contienen aspectos de conocimiento y de creencias y permiten estudiar y explicar las actitudes colectivas.

7- METODOLOGÍA:

Población: habitantes de una comunidad autodefinida como perteneciente a la etnia mocoví. (aprox. 500 personas al inicio, en crecimiento)

Lugar: Colonia Dolores. Dpto. San Justo. Pcia. de Santa Fe.

Período: año 1997 - 2000.

A través del abordaje psico-socio-cultural se pretendió promover cambios en la realidad de esta comunidad, en forma participativa, con el objetivo de colaborar con el mejoramiento de su calidad de vida.

Se realizó un estudio descriptivo explicativo articulando los enfoques metodológicos cuantitativo y cualitativo: comprendiendo instancias de estudio, análisis e intervención en los aspectos biológicos y psico-socio-culturales.

Para lograr un conocimiento más profundo del problema y de los destinatarios del proyecto, se implementaron actividades de indagación bibliográfica, consulta de documentación: planos, archivos, memorias, y asesoramiento específico de profesionales consustanciados con la realidad indígena de nuestro país y con la enfermedad de Chagas.

Desde una metodología participativa, se comenzó la tarea mediante encuentros con los representantes institucionales y líderes naturales de la población de Colonia Dolores para: comunicarles los objetivos de nuestro trabajo, favorecer el conocimiento mutuo, actualizar datos con respecto a la incidencia de la enfermedad, controles realizados y modos de prevención efectuados, conocer la significación que la enfermedad tenía para los pobladores e indagar sobre las formas en que se había tratado el tema en esa comunidad con anterioridad.

Se intentó conocer las representaciones sociales que los sujetos pertenecientes a esta comunidad tenían respecto a la enfermedad de Chagas. Los hallazgos del estudio cualitativo se utilizaron para profundizar los resultados cuantitativos, y alcanzar objetivos no sólo descriptivos sino explicativos y fundamentalmente de acción con la comunidad. De esta manera, se fue realizando una retroalimentación, transfiriendo conocimientos científicos e incorporando saberes cotidianos de la población.

Todo ello posibilitó desarrollar estrategias de acción a nivel sanitario, educativo y social, ajustadas a la realidad de esta comunidad, que favorecieron el afianzamiento de su identidad cultural y como sujetos sociales.

Durante el desarrollo del proceso de investigación/ extensión se realizó trabajo de campo y de gabinete en un proceso espiralado, implementando diferentes estrategias de un modo complementario:

- Observación participante.
- Entrevistas en profundidad a informantes claves (Referentes de la comunidad) - institucionales (comunales, religiosos, escolares, sanitarios) y líderes naturales de la comunidad.(Total: 14 personas)
- Entrevistas estructuradas aplicadas a una persona adulta por vivienda, abarcando la totalidad de viviendas de la zona urbana y rural. (90 familias)
- Testimonios de personas y grupos. (formales e informales)
- Encuestas a representantes institucionales y no institucionales de la comunidad.
- Talleres con la población escolar.
- Talleres con Docentes:
- Talleres con la población de la comunidad.
- Charlas– Debate: informativa – educativa con observación microscópica del parásito (epimastigotes de cultivo del *Trypanosoma cruzi*)
- Proyecciones de: película, vídeo y diapositivas; con posterior debate.
- Entrevistas en profundidad a representantes indígenas de la comunidad.
- Actividades de coordinación y articulación con responsables del Programa Provincial y Programa Nacional de control de la enfermedad de Chagas
- Actividades recreativas con niños (representación teatral de una historia referida a la problemática).
- Actividades con niños, adolescentes y adultos, referidas al tema (Teatro de títeres).

Luego de cada actividad se realizó la devolución de los resultados (de forma inmediata o después de un tiempo de procesamiento, de acuerdo a las características de la actividad) a través de talleres, lo que permitió continuar profundizando en la temática abordada.

8- RESULTADOS

Los hallazgos de la instancia exploratoria arrojaron contribuciones importantes con relación a dos ejes:

- Vulnerabilidad social - exclusión - identidad - prevalencia de la enfermedad.
- Conocimiento - desconocimiento de la enfermedad - Representaciones sociales sobre la enfermedad de Chagas.

Esto permitió avanzar en el desarrollo de estrategias de acción para el control y prevención de la enfermedad según las características socioculturales de esta población.

La población de Colonia Dolores, en su mayoría ha nacido en el lugar y permanecido allí a lo largo de su vida. No tienen sentimiento de transitoriedad, “de estar de paso”, a pesar de su historia de pueblo nómada. Se consideran casi en su totalidad pertenecientes a la etnia mocoví, y en su minoría, criollos o gringos. Sólo los adultos mayores, líderes naturales del lugar, conservan la lengua original.

Habitaban en viviendas de material de escasas dimensiones en relación al número de personas que la habitan, con construcciones precarias (depósitos) en el peridomicilio. Se observó la presencia de animales domésticos y gallineros en el espacio peridoméstico familiar. Con anterioridad, en un alto porcentaje, han vivido en ranchos de adobe y paja. A pesar de no poseer título de propiedad de la tierra ni de la vivienda, lo consideran propio, ya que “sus antepasados han sido los dueños originales del territorio”, al decir de ellos.

Todos los niños y jóvenes asisten o han asistido a la escuela primaria, interrumpiéndose el período de instrucción formal con la finalización de este ciclo. La escuela no es bilingüe y sus maestros (rurales) no pertenecen a la etnia mocoví. En su mayoría provienen de localidades vecinas. Por lo tanto, la escasa enseñanza de la lengua mocoví queda a cargo de las familias o de alguna persona de edad.

Los representantes de la comunidad (adultos mayores) expresaban que existía una negación, por parte de los niños, de la propia lengua y cultura. Ello se ve agravado por el tipo de enseñanza que la institución escolar brinda, por tratarse de una escuela que no incluye en su currículum aspectos referidos a la etnia mocoví (currículum nulo), salvo esfuerzos aislados.

Esto atenta contra las posibilidades de fortalecimiento de esa etnia y de su identidad como sujetos sociales con una historia dentro del contexto regional y nacional. Aquí es donde se comienza a vulnerabilizar a los sujetos, negándoles una parte de su historia.

La identidad, como proceso histórico en continua redefinición, con instancias de lucha y resistencia, se encuentra atravesada por esta situación de

vulnerabilización étnica y social. Esta problemática se entrecruza con la condición laboral de los pobladores.

El tipo de inserción ocupacional es precario, dedicándose fundamentalmente a changas de servicios en localidades vecinas con mayor nivel de desarrollo y en la zona rural: actividades como ladrillería, servicio doméstico, desmonte, cosechas y otras, con cierto grado de especialización, como carpintería. Unos pocos trabajan en las instituciones del pueblo que son en su totalidad estatales. Los jóvenes particularmente migran en busca de fuentes de trabajo o de mayores niveles de capacitación. Muchos regresan al no obtenerlos tampoco afuera.

En cuanto a lo previsional, alrededor de 50 personas adultos mayores y madres solteras perciben pensiones estatales mínimas, Ley 5110.

Las acciones que se han desarrollado con anterioridad para combatir al vector (vinchuca) han estado en manos de agentes externos, responsables de los Programas Provincial y Nacional de control de Chagas y realizadas en forma discontinua, lo que indica un escaso involucramiento de los pobladores en acciones de saneamiento del ambiente (una de las formas de control de la enfermedad). No obstante manifestaban, en su mayoría, interés en recibir capacitación en relación con el tema y disponibilidad de participación en el control vectorial, domiciliario y peridomiciliario.

En este sentido, la vulnerabilización étnica y social se articula con la situación de exclusión laboral, que significa una exclusión como sujeto social, afectando a la identidad e implicando la pérdida de posibilidades para el ejercicio de sus derechos ciudadanos.

Ello nos llevó a interpretar la prevalencia del Chagas como consecuencia no solo de la presencia del vector (vinchuca) y de los factores de riesgo, sino fundamentalmente, debido a la situación de exclusión y vulnerabilización social, asociada a políticas (sanitarias y sociales) asistencialistas que actúan profundizando en los pobladores de esta comunidad la sumisión y la condición de "objetos de intervención" en lugar de "sujetos de la acción". *Villarreal, Juan. La exclusión social. 1996. FLACSO.*

Con relación a la salud, el Centro de Salud Comunitario despliega una amplia cobertura en atención primaria, y da respuesta a las necesidades de este tipo, haciendo las derivaciones pertinentes, en caso de requerimientos más especializados, a centros de mayor complejidad en localidades vecinas o a la ciudad capital.

La población reconocía a Colonia Dolores como zona de vinchucas y, parcialmente, a sí mismos en riesgo de infección. Identificaban al vector, porque lo habían visto en sus domicilios o peridomicilio, pero no dimensionaban la peligrosidad de su presencia en relación a su salud, existiendo una naturalización de la convivencia con este insecto. Esta situación estaba agudizada por tratarse de una enfermedad silenciosa (de larga duración, en general de lenta evolución o progresión clínica y asintomática en los primeros estadios).

El Chagas aparece en esta comunidad como un problema de salud pero no como el más importante. La falta de trabajo es planteado como el principal problema.

Existe un conocimiento fragmentado sobre la enfermedad de Chagas, relacionándola con la vinchuca, pero no con los signos o síntomas de la enfermedad (ojo en compota, signos cardíacos), ni con las transfusiones de sangre y la transmisión connatal.

Con respecto a la representación social sobre la enfermedad, aparecía la idea de la comunidad como zona de Chagas y de vinchucas, y una naturalización a vivir en estas condiciones. No se evidenciaba la posibilidad de cambio, de organización para enfrentar la situación. Existía una depositación de los aspectos relativos al cuidado de la salud en la agente sanitaria y la enfermera del Dispensario. Es decir, en la figura del "saber", del saber médico en este caso.

Ello se fue trabajando en las instancias de talleres durante los 3 años de labor, aportando información y escuchando experiencias e inquietudes.

ASPECTOS BIOLÓGICOS

Resultados serológicos :

S(+): seropositivo S(-): seronegativo S(±): discordante

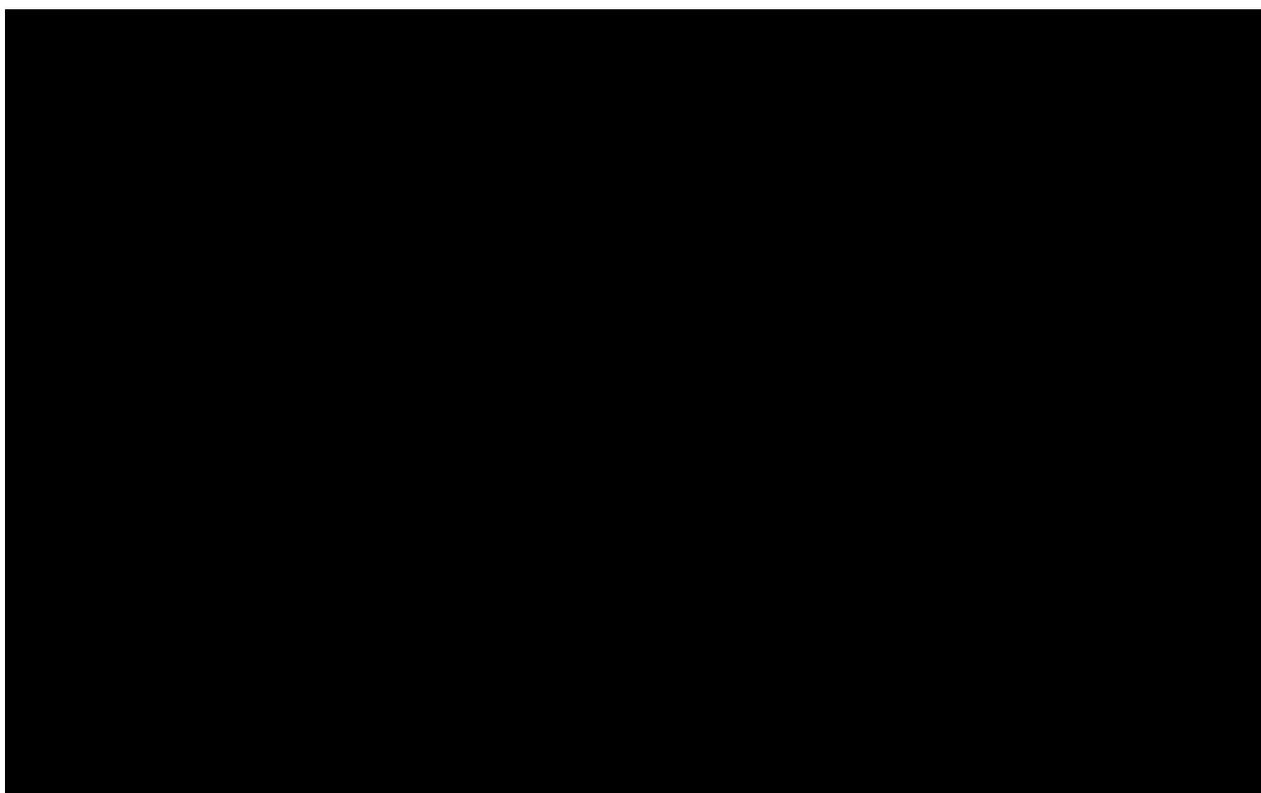
Se extrajeron trescientos setenta y seis muestras, incluyendo seguimiento de bebés y repeticiones. Las mismas fueron realizadas en la Escuela, en el Dispensario y en los domicilios particulares de la zona rural, por citación o por demanda espontánea.

Cuadro 1
Resultados serológicos por grupos etarios

EDAD (en años)	Nº Muestras PROCESADAS (Plantas Urbana-Rural)	Nº Muestras NEGATIVAS (-)	Nº Muestras DISCORDANTES (±)	Nº Muestras POSITIVAS (+)	% (+)
Menores de 1 año	18	15	2	1	*
De 1 a 4	44	42	0	2	4,5
De 5 a 14	158	138	3	17	10,8
De 15 a 29	42	33	2	7	16,7
De 30 a 49	47	24	4	19	40,4
Mayores de 49	46	17	8	21	46,7
TOTAL	355	269	19	67	18,9

* No se expresan % en menores de 1 año porque la serología (+) puede deberse a anticuerpos maternos, que atraviesan pasivamente la placenta (si no hay infección, debido a su vida media luego desaparecen). En este grupo el diagnóstico parasitológico es el de certeza.

Gráfico 1



El hecho de que la población esté expuesta constantemente, desde corta edad, a la posibilidad de adquirir la infección chagásica por vía vectorial (picadura de vinchuca), hace que cada rango etáreo muestre mayor seropositividad que el anterior. En los menores de 1 año, adquiere importancia también la transmisión congénita (no hereditaria): si no se produjo el pasaje transplacentario del parásito o infección materno-fetal, debe verificarse hasta el año de vida la desaparición de los anticuerpos maternos.

Incluimos dentro de la categoría discordantes a aquellas muestras que no presentaban coincidencia entre las tres técnicas serológicas utilizadas. Los resultados discordantes, al igual que los positivos aumentaron constantemente con la edad, obteniendo en el último rango considerado (> 49 años) tan solo un 36,7% de casos de negatividad para la infección. Aunque no se incluyó en las gráficas, los resultados no mostraron diferencias por género ni por residencia en zona rural o urbana.

Resultados de ECG

Total: noventa ECG realizados en el Dispensario de Colonia Dolores. Se citaron a los pacientes seropositivos y a un grupo de seronegativos similar en edad (grupo control), pero también se realizaron por demanda espontánea a pacientes no citados.

Resultados

Cincuenta ECG Normales [16 S(+), 32 S(-), 2 S(±)]

Veintidos ECG Alterados (con alteraciones no sugestivas de miocardiopatía chagásica -MCCh-) [16 S(+), 5 S(-), 1 S(±)]

Dieciocho ECG Sugestivos de miocardiopatía chagásica [10 S(+), 6 S(-), 2 S(±)]

Cuadro 2

Resultados electrocardiográficos por grupos etéreos y serología

EDAD	S (-)				S (+)				S (±)				TOTAL GRAL
	N	ALT	SUG	T	N	ALT	SUG	T	N	ALT	SUG	T	
Hasta 40 años	22	2	2	26	8	5	5	18	0	0	0	0	44
Mayores 40 años	10	3	4	17	8	11	5	24	2	1	2	5	46
TOTAL	32	5	6	43	16	16	10	42	2	1	2	5	90

N: ECG normal.

ALT: ECG con alteraciones no sugestivas de Miocardiopatía Chagásica.

SUG.: ECG con alteraciones sugestivas de Miocardiopatía Chagásica.

T: total

ECG sugestivos de MCCh

En S(+) 10/42 (≈24%) = 5 personas mayores de 40 años y 5 ≤ 40 años.

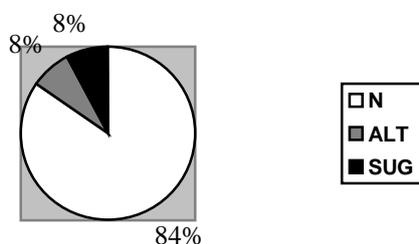
En S(-) 6/43 (≈14%) = 4 personas mayores de 40 años y 2 ≤ 40 años.

En S(±) 2/5 = Las 2 personas mayores de 40 años.

Se clasificaron en mayores y menores de 40 años, porque en los mayores aparecen trastornos electrocardiográficos propios de la edad, independientemente de su condición de infectado chagásico o no.

Gráfico 2

Resultados ECG por edad y serología



MENORES DE 40 AÑOS (44 PERSONAS)

SERONEGATIVOS S(-) 26 PERS.
SEROPOSITIVOS S(+) 18 PERS.

MAYORES DE 40 AÑOS (46 PERSONAS)

SERONEGATIVOS S(-) 17 PERS.
PERS.

SEROPOSITIVOS S(+) 10



Para ambos grupos etáreos observamos una asociación positiva entre la infección chagásica y la presencia de alguna anomalía electrocardiográfica: en los menores de 40 años, los S(-) presentaron un 84% de ECG normales, que disminuía al 44% en caso de ser S(+), mientras que para los mayores de 40 años, el 58% de los S(-) fue normal, disminuyendo al 33% la normalidad si eran S(+).

Relevamiento entomológico:

El equipo de trabajo no realizó relevamiento entomológico, sino que motivó sistemáticamente a los mismos habitantes para que llevaran al Dispensario (centro de acción para las actividades de campo), ejemplares de vinchucas encontradas en sus domicilios. Así, durante el proyecto se recolectaron:

Total vinchucas: 443 Huevos de vinchucas: 234

-Adultas: 77

-Ninfas: 36

Insectos predadores: 2

En quince manzanas, sobre un total de veinticuatro, estaban ubicadas las viviendas en las que se hallaron vinchucas.

En los contenidos intestinales que se pudieron observar, de algunos ejemplares de los insectos triatominos (vivos o muertos, adultos o ninfas), se hallaron parásitos (T. cruzi).

De todos los ejemplares remitidos, sólo dos eran insectos predadores (no vinchucas).

A consecuencia de estos hallazgos biológicos y del entusiasmo manifiesto de la comunidad para organizar acciones para su autocuidado, nos comunicamos con las autoridades del Programa Provincial de Lucha contra la Enfermedad de Chagas. Ellos capacitaron a pobladores y entregaron material para la desinsectación de la zona y continuaron con la supervisión de esta actividad.

PREVENCIÓN - CONTROL DE LA ENDEMIAS - ORGANIZACIÓN COMUNITARIA:

Las instancias de talleres, encuentros y cine debate arrojaron otros resultados referidos a la prevención y control de la enfermedad:

En cuanto al control de la vinchuca en el domicilio y peridomicilio, al comienzo del proyecto motivados por el equipo, los habitantes –adultos y niños- las fueron recolectando. Con el transcurrir del tiempo, las detecciones fueron disminuyendo hasta desaparecer, lo que indicaría que hubo buen control y vigilancia entomológica. Esto da cuenta de la incorporación de nuevos saberes acerca de la enfermedad y una de las formas para su control.

Otro indicador de la incorporación de nuevos aprendizajes (vías de transmisión de la enfermedad), se traduce en el aumento de la asistencia a control de mujeres embarazadas (Chagas congénito o trasplacentario) y en la disposición y solicitud de los pobladores para la extracción sanguínea y estudios electrocardiográficos, tanto de niños como de adultos.

En cuanto a la organización de la población se evidenció un aumento del protagonismo de las instituciones de la comunidad (Dispensario - Escuela - Comuna) para abordar articuladamente la problemática del Chagas. Fue importante el despliegue de acciones a cargo de grupos de mujeres y hombres de la comunidad, que asumieron la responsabilidad de capacitar a la población para la fumigación, blanqueo de paredes de la vivienda, limpieza de corrales y gallineros, con insumos materiales provistos en parte por los Programas Nacionales y Provinciales de Control del Chagas.

El apoyo institucional (Comuna, Centro de Salud, Escuela, Parroquia) y la progresiva aceptación de las familias posibilitó nuevos cambios, como la paulatina erradicación de ranchos como política comunal.

La inclusión y participación activa en el equipo interdisciplinario de los agentes de salud, del Presidente de Comuna y miembros naturales de la propia comunidad posibilitó disminuir los niveles de desconfianza y favorecer el sosten necesario para el logro de los objetivos que nos habíamos propuesto.

En la escuela se dio un cambio de actitud por parte de los docentes. Se fueron apropiando de nuevos saberes con relación a la enfermedad e identificando a Colonia Dolores como zona endémica. Incorporaron la problemática del Chagas en los planes curriculares y realizaron encuentros y talleres con escolares, pobladores y Directivos de los Programas Nacional y Provincial de Control de la enfermedad.

9- CONCLUSIONES

Los estudios serológicos muestran una disminución significativa de prevalencia de la infección chagásica.

Período 1992-1994 = 30 %

Período 1997-2000 = 18,9 %

Dentro de los factores que se podrían atribuir a esta disminución del porcentaje de infectados referidos a la intervención de nuestro equipo de trabajo, serían:

- Apropiación por parte de la comunidad de nuevos saberes con relación a la enfermedad.
- Avance en la consolidación de la organización y participación de la comunidad en la vigilancia entomológica-control de la vinchuca.
- Mayor protagonismo de las instituciones locales en el control y prevención de la endemia.
- Mayor articulación entre los Programas Nacional y Provincial de control de Chagas y la comunidad de Colonia Dolores.

Cabe destacar que el compromiso de las agentes sanitarias locales durante todo el desarrollo del Proyecto constituyó un aspecto fundamental para el sostenimiento de nuestra tarea.

Dadas las particularidades relevadas en esta comunidad respecto a la condición de exclusión social y vulnerabilización cultural y como sujetos sociales, debimos trabajar la problemática de la enfermedad de Chagas tratando de integrar los distintos aspectos que conforman al sujeto como tal.

Si uno de nuestros objetivos era promover la organización comunitaria para que sean ellos quienes continúen y mejoren las medidas de prevención y control de la enfermedad, ello no hubiese sido posible sin antes y conjuntamente trabajar la problemática de la etnia, sobre todo en un país como el nuestro que niega su existencia, en una localidad como Colonia Dolores donde su única escuela no incorpora en su currícula la cultura mocoví, donde las condiciones de vida de sus pobladores tienen que ver con una situación de exclusión social, y a cambio de eso llega la ayuda de las políticas sanitarias y sociales en una versión asistencialista.

Podemos decir, que el mayor logro de nuestro proyecto lo constituye la continuidad de las tareas de control y medidas de prevención de la enfermedad sin nuestra presencia. Ello tiene que ver con el énfasis con que se trabajó sobre dos aspectos fundamentales: participación e identidad: como reconocimiento del otro como **sujeto**, con una historia y cultura particulares, incluyendo su cosmovisión para avanzar en estrategias de organización comunitaria, como fortalecimiento de los vínculos entre los habitantes de la comunidad y con nosotros, y la mayor articulación interinstitucional para lograr la organización y la autogestión. Esto se relaciona con la inclusión como sujetos sociales capaces de pensar y pensarse de un modo diferente, del modo en que ellos quieran y que mejor responda a la resolución de sus problemas.

10- BIBLIOGRAFÍA.

- Bricchetto O. "Didáctica como estrategia para el aprendizaje grupal" de Temas de Psicología social. Ediciones Cinco.
- -Civetta, Analía. "Promoción y preservación de la Salud Pública". En "Perfil Veterinario":8. Ed. FEVA, 1997.

- -Colombres Adolfo. "La antropología frente a la autogestión". En "La colonización cultural de la América indígena". Ediciones del Sol, Argentina, 1991.
- -Cook, T. y Reichard Ch. "Métodos cualitativos y cuantitativos en Investigación". Morata-Madrid, España.
- -Dayer de Vanetti, Gloria. "Comunidades aborígenes". Edición Tupambaé. Santa Fe, Argentina, 1991.
- -de Titto, Ernesto. "Bases Genéticas". En Storino, R. y Milei, J. "Enfermedad de Chagas". Ed. Doyma Arg. S.A., Buenos Aires, Argentina, 1994. Capítulo 6:75-86.
- -Eibenschutz H., Catalina. "La organización de los servicios de salud (perspectiva epidemiológica y de los servicios)". Rev. Esc. Sal. Púb. (UNC). 1994, 5 (2):37-61.
- -Ernst, Rolando y otros. "San Martín Norte". 1º Congreso de Historia de los Pueblos de la Provincia de Santa Fe, Santa Fe, Argentina, 1982.
- -Flecha R. "Las nuevas desigualdades educativas" Univ. De Barcelona. Ponencia en el Congreso Internacional "Nuevas perspectivas críticas en educación", Barcelona, julio 1994.
- -Hernández Vicente R. "Construcción de un cielorraso en vivienda rural". INTA. Folleto Nº 41, Julio 1983.
- -Legislatura de la provincia de Santa Fe. "Ley Nº 11078" (sobre comunidades aborígenes). Santa Fe, Argentina, 18/11/93.
- -Meneghini, M.B. y Shapira, M. "Subjetividad y cuidados de salud en la enfermedad de Chagas connatal". Cuadernos Médico Sociales. Rosario (Santa Fe), 1995, Nº 71:39-53.
- -Monsalvo, Julio. "Diálogo intercultural: una propuesta para la salud pública". Rev. Esc. Sal. Púb. (UNC). 1995, 6 (1):91-106.
- -Newman, T.B.; Browner, W.S.; Cummings, S.R. y Hulley, S.B. "Diseño de un nuevo estudio: II. Estudios transversales y estudios de casos y controles". En Hulley, S.B. y Cummings, S.R. "Diseño de la investigación clínica. Un enfoque epidemiológico". Ed. Doyma S.A., Barcelona, España, 1993, Capítulo 8:83-95.
- -Paucke, Florian. Padre S.J. "Una vida para los mocovíes. Gloria y destrucción de las misiones jesuíticas". De la Serie "Las misiones jesuíticas". Copyright Padre José Marx S.V.D. San Ignacio/Misiones, Argentina.
- -Racedo Josefina. "Crítica de la vida cotidiana en comunidades campesinas. Doña Rosa, una mujer del N.O. Argentino". Ediciones Cinco. Buenos Aires, Argentina, 1990.
- -Rojas Soriano, Raúl. "Métodos para la investigación social. Una proposición dialéctica". Folios Ediciones. México, 1983.
- -Schofield, C.J. y Marsden, P.D. "Efecto del revoque de las paredes sobre una población doméstica de triatoma infestans". Bol. Of. Sanit. Panam. 1982, 93 (1):3-9.
- -Sanmartino, M.; Crocco, L. 2000. "Conocimientos sobre la enfermedad de Chagas y factores de riesgo en comunidades epidemiológicamente diferentes de Argentina". Pan Am J Public Health 7 (3): 173-178.
- -Segura, E. y col. "Control y vigilancia de la transmisión de Chagas con participación comunitaria utilizando tecnología apropiada. Manual para líderes". INDIECH, 1994.

- -Storino, R. y Barragan, H. "Epidemiología". En Storino, R.y Milei, J. "Enfermedad de Chagas". Ed. Doyma Arg. S.A., Buenos Aires, Argentina, 1994. Capítulo 5:51-72.
- -Streiger, Mirtha L.; Demonte, Miguel A.; Fabbro, Diana L.; del Barco, Mónica L.; Ingaramo, Mónica. "Epidemiología de la Endemia Chagásica en la Provincia de Santa Fe. 1ª Parte: Impacto del Medio Ambiente y Parámetros Sociales". Publicación de la Asociación de Amigos del Archivo General de la Provincia de Santa Fe:1-10. 1998. Presentado en el IIIº Congreso de los Pueblos de la Provincia de Santa Fe. 12/11/98.
- -Tamagno, Liliana. "Gente toba en la ciudad. Identidades y utopías". Revista La Marea. Buenos Aires, 1996, Nº 6:42-43.
- -Taylors, S. y Bogdan R. "Introducción a los métodos cualitativos de Investigación". Ed. Paidos. Buenos Aires, Argentina, 1986.
- -Videla, Mirta. "Prevención. Intervención psicológica en salud comunitaria". Ediciones Cinco. Buenos Aires, Argentina, 1996.
- Villarreal, Juan. "La exclusión social." Grupo Editorial Norma Ensayo. 1996.

