

PERSPECTIVA INTERDISCIPLINARIA PARA EL ABORDAJE DE UNA ENFERMEDAD INFECCIOSA: CHAGAS O TRIPANOSOMIASIS AMERICANA

Interdisciplinary perspective to approach an infectious disease: American Trypanosomiasis or Chagas Disease

Mirtha Streiger¹
Rita Masí²
María Celia Mainero²
Mónica del Barco¹
Diego Mendicino¹
Diana Fabbro¹
María Laura Bizai¹
Enrique Arias¹

¹ Docentes-Investigadores
(bioqcos y médico) del Centro
de Investigaciones sobre
Endemias Nacionales "Dr
R. Carrillo"-CIEN- Facultad
de Bioqca y Cs Biológicas
Universidad Nacional del Litoral
-UNL- Santa Fe. Arg.
² Lic en Trabajo Social.
Facultad de Ciencias Jurídicas
y Sociales. UNL. Santa Fe.
Argentina

Resumen

La enfermedad de Chagas, producida por el *Trypanosoma cruzi* y transmitida por un insecto triatomino, es de gran complejidad. En el control de esta endemia no puede considerarse la enfermedad como un hecho individual y sólo biológico. Entre sus múltiples componentes debe considerarse la relación de los sujetos con el hábitat, los modos de producción, las condiciones culturales, las relaciones sociales y las formas organizativas.

Como profesionales del campo de la salud intentamos nuevos enfoques que integran diferentes miradas disciplinares y modos de intervención distintos, donde "el otro" recupere su ser sujeto y no esté convocado a desempeñar un mero rol de paciente. Posiciones que implican favorecer procesos participativos, escuchar a los propios protagonistas (mujeres con Chagas, equipos de salud, referentes comunitarios) recuperar sus peculiares visiones, poner en palabras lo no dicho sobre esta enfermedad silenciosa y silenciada, y develar lo que el Chagas esconde. Constituye una herramienta importante a la hora de pensar propuestas de trabajo.

Palabras clave: enfermedad de Chagas, interdisciplina, participación comunitaria, prevención.

Recibido: 22 de Nov. de
2011. Aceptado: 4 de
Enero de 2012

Abstract

Chagas disease, caused by *Trypanosoma cruzi* and transmitted by a triatomine insect is extremely complicated. When controlling this endemic disease, the disease cannot be considered as an individual and merely biological fact. Among its many components the relationship of individuals to the habitat, production modes, cultural conditions, social relationships and organizational forms must be considered.

As health professionals we present new approaches that integrate different disciplines and modes of intervention, where “the other” recovers his/her individual being and is not merely called upon to play a role as a patient. Positions that encourage participative processes involving listening to the protagonists themselves (women with Chagas, health teams, community references), recovering their unique visions, communicating what is not said about this silent and hushed up disease, and revealing what Chagas hides are important tools when thinking about work proposals.

Key words: Chagas disease, interdisciplinary, community participation, prevention.

A modo de introducción

“Los afectados o quienes están en riesgo de contagio por Chagas no tienen voz política, no hacen manifestaciones en Plaza de Mayo, ni piquetes en la 9 de Julio. Viven silenciosamente en el interior de la Argentina, tratando de sobrevivir día a día al Chagas, a la desnutrición y al olvido de las autoridades, los medios de difusión y los habitantes de las grandes urbes”.^[1]

Dr. David Gorla. Centro Regional de Investigaciones Científicas y Transferencia Tecnológica (CRILAR)

Este artículo está inscripto en una línea de trabajo que, como equipo interdisciplinario, venimos desarrollando desde poco más de una década atrás, en docencia, investigación y extensión, en pueblos del centro-norte de la provincia de Santa Fe (Argentina) que presentan factores de riesgo para la enfermedad de Chagas¹.

Diversas publicaciones muestran que los esfuerzos por el control de la endemia chagásica han puesto la mirada en la enfermedad como un hecho individual, y sólo biológico, minimizando los dinamismos sociales, económicos, políticos y sanitarios que la producen^[2]. Su complejidad, sus múltiples componentes, la relación de los sujetos con el hábitat, los modos de producción, las condiciones culturales, las relaciones sociales y las formas organizativas tampoco parecen haberse considerado a la hora de producir políticas públicas al respecto.

Entendemos que una de las riquezas de nuestro trabajo radica en la perspectiva adoptada, al poner en valor no sólo los aportes teóricos metodológicos de disciplinas de las ciencias biológicas y de las ciencias sociales; sino también el intercambio de saberes con los grupos poblacionales, y la participación de esas comunidades, que en estos casos, están sometidas a una misma situación de pobreza y exclusión social^[3].

Es por ello que, comunicar nuestra experiencia pretende ser un aporte, de quienes estamos empeñados en revisar y repensar modos de conocer y de abordar una enfermedad que, según las estimaciones de la OMS, a cien años de su descubrimiento, afecta en el continente americano alrededor

1 También llamada Trypanosomiasis americana o enfermedad de Chagas-Mazza, es producida por un parásito unicelular: el *Trypanosoma cruzi*. En área endémica generalmente es transmitida por un insecto triatomino, conocido como vinchuca en Argentina. La infección se puede transmitir también por transfusión de sangre infectada, trasplante de órganos y por vía materno-fetal.

de 8 a 10 millones de personas (infectadas)^[4] y corren el riesgo de contraerla otros millones más, que viven en áreas donde esta patología es endémica.

Breve comentario de la experiencia

La persistencia de esta patología regional ocurre en condiciones climáticas y ambientales propicias, una situación sanitaria deficiente, baja condición socio-económica de los habitantes y migraciones humanas. Obedece también a factores biológicos, del agente infeccioso, del vector y del huésped. Particularmente en nuestro país, la mayor prevalencia de infección se da en la región noroeste, disminuyendo hacia el sur y hacia el este.

Las provincias más afectadas son Chaco y Santiago del Estero^[5].

La provincia de Santa Fe no es considerada globalmente de elevada endemicidad (promedio 4,12%²). Su distribución y frecuencia es de distinta magnitud según las zonas geográficas y las condiciones sociales, económicas y culturales de la población^[6].

Nuestra experiencia se desarrolló en la provincia de Santa Fe a partir de 1997, inicialmente en Colonia Dolores, Departamento San Justo, a 160 km de la capital, con una población mayoritariamente de etnia mocoví. Continuó en zonas rurales aledañas: San Martín Norte, del mismo Departamento y La Brava, Departamento San Javier.

Posteriormente en la franja del límite Norte de la ciudad capital, en el distrito de Monte Vera: localidades de Ángel Gallardo, El Chaquito, Campo Creso, Ascochinga (Km 18) y Monte Vera, hasta el año 2010. Estas comunidades son consideradas de riesgo potencial, debido a que parte de su población migró -por razones de trabajo- de zonas de alta endemicidad como el Norte de Santa Fe, Chaco y Bolivia.

La diversidad de factores que intervienen en la configuración de la endemia, nos impulsó a emprender el abordaje de esta patología desde una lógica que incluye múltiples miradas. Ello implicó acuerdos básicos de los miembros del equipo en torno a la integración de los ejes salud-enfermedad, interdisciplina y participación comunitaria. Nuestro trabajo se orientó en consonancia con la epidemiología crítica^[7], en tanto miramos la realidad desde un horizonte de transformación y otorgando especial relevancia al análisis del contexto socio-histórico, a la hora de poner luz en los procesos de salud-enfermedad.

En el abordaje interdisciplinario, con modalidad participativa, se priorizaron la recuperación de los saberes previos de la población y las representaciones sociales respecto de la enfermedad, admitiendo que existen modalidades diversas en las que los sujetos y grupos sociales perciben, categorizan y significan las problemáticas, le dan sentido y construyen respuestas en los diversos campos de la vida social (Birman, J; 1991)^[8].

Para ello, en cada localidad, convocamos a líderes naturales y representantes institucionales, intentando visualizar y viabilizar -en forma conjunta- estrategias de acción acordes a las características socioculturales de cada comunidad. De este modo, se fueron desarrollando experiencias integradoras, desde una perspectiva de complejidad y atendiendo la singularidad de los grupos poblacionales^[9].

Simultáneamente se realizó un estudio de seroprevalencia de la infección por *T cruzi* en cada localidad, previo consentimiento informado, mediante toma de muestra y procesamiento según normas nacionales. A las personas infectadas se les efectuó control electrocardiográfico, con apoyo de los Centros de Salud y/o Comunas.

Los trabajos realizados nos permitieron describir la situación epidemiológica de Chagas en cada localidad. Pudimos observar que frente a similares características ecológicas y sociales, los resultados de prevalencia obtenidos fueron de distinta magnitud, lo cual confirma la necesidad de tener presente la condición de heterogeneidad y a la vez de singularidad de las mismas^[10].

La prevalencia hallada en cada lugar fue mayor a la media provincial de los pre-conscriptos. Particularmente en Colonia

2 Prevalencia en pre-conscriptos en la última convocatoria al Servicio Militar Obligatorio, clase 1976, año 1994.

Dolores la prevalencia inicial del 30% de infectados, disminuyó al 18,9%^[11]. Allí el trabajo se desarrolló en forma sistemática en un período de tiempo más prolongado que en las demás localidades (cuatro años). Los buenos resultados, los atribuimos no sólo al conocimiento que fue logrando la población sobre el tema, sino a otras decisiones de políticas públicas que se sumaron: plan de erradicación de ranchos y mejoras de infraestructura introducidas en la localidad por parte de la Comuna (asfalto, luz eléctrica, etc.). El proceso desplegado nos permite afirmar que los proyectos, en los cuales se generan estrategias de fortalecimiento de la participación e inclusión de los actores sociales locales, de un modo sostenido en el tiempo, posibilitan mayores y mejores resultados.

La prevalencia hallada en las otras localidades fue: San Martín Norte (Dpto. San Justo) 9%, La Brava (Dpto. San Javier) 5,6%, Ángel Gallardo (Dpto. La Capital) ~17%^[12,13].

La evaluación de estos proyectos nos permitió visualizar algunos avances respecto a:

- Apropiación de los sujetos de nuevos conocimientos respecto a la enfermedad de Chagas.
- Mejoramiento de la organización comunitaria para el control del insecto (vigilancia entomológica para fumigar en caso necesario)
- Aumento del protagonismo institucional para dar visibilidad y abordar la problemática de Chagas.
- Interés en recibir capacitación sobre el tema y disponibilidad para participar en el control vectorial, domiciliario y peri domiciliario.

Nuestros argumentos

En el sentido señalado por Alfredo Carballeda (2008)^[14] abordamos la patología chagásica como una “problemática social compleja” situada en un contexto signado por desigualdades sociales, tensionado por las necesidades de los sujetos y unos derechos civiles y sociales no efectivizados. La idea de complejidad suscribe aquí lo argumentado por Edgar Morin (1990)^[15] en cuanto implica una modalidad de intervención ligada a un pensamiento capaz de dialogar, de considerar la heterogeneidad, la contradicción, la paradoja y los conflictos. Una perspectiva que reconoce formas lógicas, que van más allá de la linealidad causa/efecto y donde las líneas teóricas se complementan, para dilucidar un campo problemático (Genolet, Alicia. 2006)^[16]

A nuestro entender, estos escenarios en los que la vulnerabilidad adquiere mayor visibilidad, requieren tomar distancia de modelos tradicionales de intervención en el campo de la salud. Ellos se han fundado en una matriz positivista y homogenizan la visión de las comunidades, se limitan a transmitir normas de conducta, pautas de higiene y prevención universales; sin poner en juego aspectos culturales, religiosos, sociales, económicos e históricos de los grupos que las conforman^[3].

El desafío que se plantea, desde esta perspectiva, es la recuperación de las potencialidades de los sujetos sociales en los lugares que habitan. Supone alejarnos de prácticas asistencialistas que desde una visión asimétrica de dominación/sumisión, cristalizan y reproducen una cultura de dependencia entre los actores de la salud.

Con esa finalidad buscamos entramar acciones, sustentadas sobre la base de una doble hermenéutica, de un doble proceso, paralelo y complementario de construcción del conocimiento. Uno de ellos, que parte de los actores sociales involucrados, que construyen una “visión del problema” desde su propia percepción. El otro, que se cimienta desde la múltiple mirada disciplinar, reveladora de información tanto cualitativa como cuantitativa y que resulta complementaria de la anterior. Como un proceso de retroalimentación que busca superar las limitaciones clásicas de modalidades que se apoyan sólo en la lógica técnica o sólo en la percepción social. Una perspectiva que reconoce la realidad como

producto de una construcción social e histórica, en la que sobre una misma problemática se pueden tener múltiples miradas, significativamente heterogéneas entre los sujetos, circunstancias y momentos.

Sostener la importancia de la participación de los sujetos involucrados, no significa que estemos ajenos al campo de ambigüedades que el concepto de participación remite, en tanto ha sido alentado desde los más variados intereses -no pocas veces disciplinadores o funcionales a políticas de corte neoliberal. Alejarnos de estas posiciones implica favorecer procesos participativos, como prácticas y discursos cuyo propósito es el desarrollo de los sujetos que participan.

Consideraciones finales

Hay realidades que están sobre documentadas y demasiado discutidas¹⁷, vuelven cíclicamente para recordarnos que no tenemos respuestas adecuadas a las circunstancias singulares de quiénes las padecen. Esto nos convoca como profesionales del campo de la salud a intentar nuevos enfoques.

A lo largo de nuestra experiencia podemos sostener que los abordajes que integran diferentes miradas disciplinares, pueden constituirse a nivel micro, en una llave de entrada, que habilita espacios y modos de intervención distintos, “otras maneras” donde “el otro” recupere su ser sujeto y no esté convocado a desempeñar un mero rol de paciente.

Con esta perspectiva, escuchar a los propios protagonistas (mujeres con Chagas, equipos de salud, referentes comunitarios) recuperar sus peculiares visiones, poner en palabras lo no dicho sobre esta enfermedad silenciosa y silenciada, y develar lo que el Chagas esconde^{18, 19, 20}, se constituye en una herramienta importante a la hora de pensar propuestas de trabajo.

La escuela, sus docentes, sus alumnos y los padres, juntos con los CAPS -Centros de Atención Primaria de la Salud- fueron actores fundamentales de estas prácticas conjuntas en cada localidad y con la comunidad.

Esta configuración interdisciplinaria posibilita una visión más dinámica y relacional, que presta atención a las estadísticas en el marco de los procesos socioculturales, en procura de evitar fraccionamientos analíticos que pueden conducir a cierto riesgo de reduccionismo, propios del individualismo metodológico.

A modo de cierre temporario podemos decir, que ampliar los espacios de participación, tanto en la toma de decisiones como en las estrategias desplegadas para la prevención y el control de la enfermedad de Chagas, estimula el desarrollo de capacidades singulares, el fortalecimiento de los vínculos a nivel de las comunidades y la posibilidad de efectivizar el acceso a la salud en tanto derecho propio del ser ciudadano.

Bibliografía

1. Gorla D. Chagas: El mal escondido. Periódico Digital El Santafesino. 2007. <http://www.elsantafesino.com/vida/2007/03/25/5674>
2. da Silva GR, Litvoc J, Goldbaum M and Dias JCP, Aspectos da epidemiologia da doença de Chagas. *Ciência e Cultura*. 1979. 31(supl):81-103.
3. Civetta A, Streiger M, Albornoz C, Francia R, Tivano V, Fernández I, et al. 12-13/09/2003. Enfermedad de Chagas: evidencia de exclusión social. 1ª Jornada de Epidemiología: “Condiciones de vida y salud: nuevos desafíos frente a la inequidad” Fac Cs Médicas -Esc Grad Instituto de la Salud “Juan Lazarte”. UNR. Rosario, Sta Fe, Arg.
4. PAHO-WHO. Estimación cuantitativa de la enfermedad de Chagas en las Américas. 2006. OPS/HDM/CD/425-0G.
5. Segura EL, Pérez AC, Yanovsky JF, Andrade J & Wynne De Martini GJ. Disminución

en la prevalencia de infección por *Trypanosoma cruzi* (enfermedad de Chagas) en hombres jóvenes de la Argentina. Bol Of Sanit Panam 1986. 100(5):493-510.

6. Streiger ML, Demonte MA, Fabbro DL, del Barco ML, Miglietta M y Denner S. Multicausalidad y evolución de la prevalencia de infección chagásica humana en la provincia de Sta Fe, en relación al riesgo de transmisión vectorial. En: *Actualización en Artropodología Sanitaria Arg. Serie: Enfermedades Transmisibles*. Fundación Mundo Sano Eds. Compil. Salomón O.D. 2002 :221-231.

7. Breilh J. Epidemiología crítica. Ciencia Emancipadora e Interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Eds. Colección Salud Colectiva. (ISBN: 950-892-147-1). 2003.

8. Birman J, Interpretação e representação na saúde coletiva. Physis Eds, 1991. 1(2): 7-22.

9. Streiger M, Terenziani MCM de, Guala R, Mendicino D. Abordaje de un problema de salud comunitaria, desde una perspectiva participativa, con el aporte de las ciencias sociales y biológicas. IVª Jorn Nac de Debate Interdisc en Salud y Poblac. Inst Invest G Germani. Fac de Cs Sociales. UBA. 2002. Edic CD Bs As. 2003.

10. Streiger M, del Barco M, Mainero M, Mendicino D, Fabbro D, Bizai M, Masi R, Bertotti E. Enfermedad de Chagas: más de 10 años de experiencia integradora entre docencia, extensión e investigación. IIIº Congreso Nac de Extens Univ. CD: "La integración, extensión, docencia e investigación. Desafíos para el desarrollo social" Capítulo: "Ciencia, Tecnología y Sociedad. La investigación orientada a problemas socialmente relevantes" 2009:1-14. UNL. Santa Fe. Argentina. Libro (ISBN 078-987-657-086-2).

11. Mendicino DA, del Barco ML, Bizai ML, Fabbro DL, Mainero MC, Masi R, Giraldez EL, Streiger ML. Influencia de factores bio-socio-culturales en la prevalencia de la E. de Chagas en una comunidad santafesina (Argentina). Revista FABICIB 2005. 9:167-174.

12. Streiger M, del Barco M, Mendicino D, Fabbro D, Arias E, Amicone N, Bizai M.L.y Civetta A. ¿La salud es un derecho para todos? Una mirada desde la enfermedad de Chagas. Revista FABICIB, 2007. 11:145-161.

13. Mendicino D, Streiger M, Fabbro D, Del Barco D, Bizai ML, Denner S. Prevalencia chagásica en comunidades del centro norte de la provincia de Santa Fe (Argentina). Acta Bioquímica Clínica Latinoamericana, 2007. 41(2):108.

14. Carballada AJM Coord. Salud e Intervención en lo Social. Trabajo Social y padecimiento Subjetivo. Colección Cuadernos de Margen. Espacio Eds. Buenos Aires. 2008.

15. Morin Edgar. El paradigma de la complejidad. Fragmento de Introducción al pensamiento complejo. Gedisa Eds, Barcelona. 1990.

16. Genolet A. et al. Los desafíos en el proceso de enseñanza de la intervención profesional, Ponencia presentada en el 33º Congreso Mundial de Escuelas de Trabajo Social-Santiago de Chile. 2006

17. Tognoni Gianni. En la búsqueda de una identidad colectiva de investigación en la Federación Argentina de Cardiología: una oportunidad a medida del presente y del futuro. Editoriales Rev Federación Argentina de Cardiología FAC. 2008. 37 (4):273-275.

18. Briceño-León R. La casa enferma. Sociología de la enfermedad de Chagas. 1990 Caracas-Fondo Editorial Acta Científica Venezolana - Consorcio de Ediciones Capriles.

19. Mainero MC, Masi R, Streiger M, Mendicino D, del Barco M, Fabbro D, Bizai ML. Un mal escondido, aportes para su construcción social. Presentado en el Congreso de Salud Comunitaria del Mercosur. Septiembre 2010. San Luis. Argentina. y en las VIIª Jornadas de Investigación - Vª Jornadas de Extensión Universitaria, Facultad de Trabajo Social – Universidad Nacional de La Plata, La Plata (Bs. As). 2010.

20. Sanmartino M. ¿Qué es lo primero que piensa cuando escucha la palabra "Chagas"? Revista de Salud Pública 2009 (13)1:74-78.