



**VI Jornadas Nacionales de Debate
Interdisciplinario en Salud y Población
25, 26 y 27 de Julio 2005**

**ENFERMEDAD DE CHAGAS:
CONCEPCIONES DE LOS HABITANTES DE UN ÁREA ENDEMIKA¹**

Bióloga **Mariana SANMARTINO** (camastro@isis.unlp.edu.ar)

Centro de Enfermedad de Chagas, Fundación INCALP, La Plata (Buenos Aires)

Laboratorio de Didáctica y Epistemología de las Ciencias (LDES), FPSE, Universidad de Ginebra (Suiza)

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Chagas es uno de los problemas de salud pública más grave de América Latina. Afecta principalmente a las poblaciones semirurales y rurales del continente y la Organización Mundial de la Salud estima que entre 16 y 18 millones de personas presentan serología positiva y que existen aproximadamente 90 millones de personas que viven en situación de alto riesgo de contraer la enfermedad (WHO, 1991).

Por su parte, en Argentina, oficialmente se estima que existen alrededor de 2,3 millones de personas infectadas -aunque los investigadores de campo sospechan que esta cantidad es aún mayor (Storino *et al.*, 2003)-, de las cuales aproximadamente 700.000 presentan cardiopatía desarrollada (Storino y Milei, 1994).

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Las comunidades responden a un problema en términos del conocimiento que poseen al respecto, de su grado de motivación interna y de la relación absoluta que tiene este problema con las perspectivas inmediatas de vida y las prioridades sentidas por sus habitantes (Pinto Dias, 2001). Así, se constata que los individuos adaptan sus decisiones y su comportamiento de acuerdo a sus percepciones de la realidad (Giordan, 1998; Giordan y De Vecchi, 1995; UNESCO, 1992). De aquí se desprende la importancia de conocer las concepciones de las personas frente a problemáticas concretas de su vida cotidiana (Giordan, 1998; Giordan y De Vecchi, 1995), como es la enfermedad de Chagas para un gran número de individuos en América Latina.

Desde sus primeras caracterizaciones hasta la actualidad, el Chagas como entidad se ha ido separando cada vez más de las personas que conviven día a día con esta problemática. En nuestros días, el problema se encuentra fraccionado según las disciplinas y subdisciplinas que lo abordan (cardiología, entomología, parasitología, epidemiología, etc.) y esta disociación/fraccionamiento se ha dado en perjuicio de un verdadero abordaje integral para su control y tratamiento. El Chagas se ha convertido entonces en un complicado rompecabezas cuyas piezas están lejos de ser

¹ Esta investigación se desarrolla mediante un subsidio de la Fundación Antorchas.



VI Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población 25, 26 y 27 de Julio 2005

ensambladas si no se toma en cuenta la mirada de los principales protagonistas: las personas que presentan una serología positiva o que viven bajo el permanente riesgo de infectarse.

Numerosas investigaciones (Sanmartino y Crocco, 2000; Ávila Montes *et al.*, 1997; Martínez, 1996; Storino y Milei eds., 1994; Estes, 1984; Pinto Dias y Borges Dias, 1982; Petana, 1976) plantean “el conocimiento sobre la enfermedad de Chagas” como un problema central a analizar en muchas de las comunidades afectadas o actores involucrados. Una idea que cabe destacar con relación a los resultados obtenidos de “desconocimiento” casi general, es la desarrollada por Schapira y Mellino (1992) y Torres de Quinteros *et al.* (1992) con respecto a la *doble ausencia* de la enfermedad de Chagas, tanto en la conciencia de la población como en la formación del personal de salud. Hecho que no puede ser entendido sino como un serio obstáculo para todo intento de propuesta de horizontalización con la meta de control de la enfermedad de Chagas. Para ello es que se propone un *enfoque integral* que incluya tanto la formación del recurso técnico-profesional como también acciones con la comunidad. Por otra parte, y también en relación con la alta frecuencia de manifestaciones que dicen “no saber nada” o “saber muy poco” sobre esta enfermedad, Aparicio *et al.* (1993) apuntan a un *probable encubrimiento de información*, relacionado con los rasgos de “estigma” que acarrea esta problemática, se trataría en este caso de un ocultamiento para evitar que se acreciente la descalificación social y la discriminación.

Por otro lado, se observó que parte de la bibliografía (Verdú y Ruiz, 2003; Cabrera *et al.*, 2003; Sanmartino y Crocco, 2000; Ávila Montes *et al.*, 1997; Martínez, 1996; Boggio *et al.*, 1995; Estes, 1984; Pinto Dias y Borges Dias, 1982) se centra en metodologías cuantitativas que permiten conocer numéricamente la “cantidad” de información o la “presencia/ausencia” de determinadas nociones, sin embargo estas cifras no dejan comprender las ideas y creencias sobre el Chagas que tienen las personas entrevistadas o encuestadas en cada caso. En relación con ello se refieren Williams-Blangero *et al.* (1999) al sostener que *existen pocos datos disponibles sobre las creencias populares relativas a la enfermedad de Chagas entre las comunidades con altas tasas de infección*. Por ello se rescata, aún en trabajos de enfoque cuantitativo, la importancia de la aproximación cualitativa. Así, de manera explícita Ávila Montes *et al.* (1997) sostienen, tras el análisis de sus datos, que sus *resultados deberían verificarse mediante un estudio cualitativo*. Asimismo, Cabrera *et al.* (2003) concluyen su trabajo diciendo que *se demuestra la necesidad de desarrollar estudios cualitativos sobre éstos y otros aspectos con el propósito de conocer mejor la concepción de la enfermedad de Chagas por la comunidad*.

Por su parte, desde la perspectiva cualitativa propiamente dicha fundamentan también este argumento autores como Aparicio *et al.* (1993) al concluir que *las líneas de hipótesis aproximadas por la investigación deben orientar futuros trabajos que puedan precisar qué es lo que saben las poblaciones campesinas investigadas –o semejantes a éstas- con relación a la enfermedad de Chagas. Ellos deben determinar qué parte de la manifestación actual tan extendida de “no saber” se debe al fenómeno del estigma; qué otra parte corresponde a “otro modo de saber” (concepciones propias, pero adecuadas o equivalentes al saber científico); y finalmente qué parte representa un efectivo desconocimiento de la enfermedad, sobre todo, de los fenómenos de causalidad*.

En este marco es necesario considerar al desconocimiento de los aspectos fundamentales de la enfermedad de Chagas como un Factor de Riesgo adicional dentro de este complicado “rompecabezas”. Asimismo, el escaso conocimiento de los saberes locales o populares sobre la enfermedad de Chagas -por parte de los investigadores y de quienes toman las decisiones- constituye también un obstáculo en el momento de pensar y llevar a cabo nuevas estrategias integrales de control (Sanmartino, 2003). De esta manera se coincide con el planteo de Schapira y



VI Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población 25, 26 y 27 de Julio 2005

Mellino (1991) cuando sostienen que, de no incorporarse el conocimiento sobre *representaciones y prácticas* en los programas de control de la enfermedad de Chagas, *las acciones que se planifiquen carecerán sin duda de destinatarios reales y la eficacia de las mismas se verá seriamente comprometida*. Se hace evidente entonces la necesidad de investigar de manera más sistematizada cuáles son las concepciones que están “detrás de las cifras”, lo cual sólo será posible desde una aproximación cualitativa a la problemática.

Por todo esto, consideramos que el desafío para lograr avances en la lucha contra este flagelo es integrar de una vez sus partes y un punto de partida es escuchar y conocer qué piensan y qué tienen para decir al respecto los habitantes de las regiones endémicas. Por ello, con esta propuesta se intenta llevar a cabo una reconstrucción de la enfermedad de Chagas a partir de las concepciones de los actores, rescatando los saberes locales o populares, particularmente aquellos que incluyan la relación entre esta enfermedad y las condiciones de vida, para que la prevención pueda tener un sustento sólido. De esta manera, el objetivo general de la investigación es conocer las concepciones sobre la enfermedad de Chagas de las personas afectadas por la problemática y residentes en área endémica.

METODOLOGÍA

En general se coincide con la idea de que todo habitante de zonas endémicas para Chagas debe conocer perfectamente su situación para poder proteger su familia y la de sus semejantes, como el mejor agente sanitario (Sanmartino y Crocco, 2000). En este punto se plantea, coincidiendo con Uchôa *et al.* (2002), la ineludible *necesidad de reorientar las campañas educativas referidas a la enfermedad de Chagas, en función de las maneras de pensar y de actuar que prevalecen en los grupos “blanco” y a la importancia de abordar los aspectos psicosociales en los modelos de atención del paciente chagásico* y en el diseño de las propuestas y actividades de control y prevención.

Es a partir de estas afirmaciones y de todo lo planteado hasta aquí que se aborda el estudio de las **concepciones** que tienen los habitantes de áreas endémicas sobre la enfermedad de Chagas.

El término “concepciones” ha sido tomado de la Didáctica de las Ciencias (Giordan, 1998; Giordan y De Vecchi, 1995) y se podría considerar análogo al concepto de “representaciones” utilizado de manera extendida en disciplinas como la Sociología y la Antropología. Las personas decodifican la realidad y las informaciones que reciben a través de sus propias “grillas de análisis”, las cuales están formadas por la red de concepciones de cada individuo. Las concepciones son los saberes que cada uno tiene para explicar y situarse en su medio; son producto de su historia, su ambiente, su contexto cultural, su realidad y de las interacciones que se dan entre todos estos elementos. Cada persona elabora sus propias concepciones y, al mismo tiempo, reproduce de cierta manera las concepciones fundamentales de la sociedad en la que vive (ideas, saberes, conceptos y creencias), las cuales son elaboradas dentro del entorno familiar y social (Giordan, 1998). Por su parte, si se quiere alcanzar un mínimo de eficacia en los soportes de la transmisión del conocimiento (enseñanza, divulgación, promoción), el primer trabajo debe consistir, necesariamente, en conocer las estructuras de recepción, es decir, las concepciones personales (Giordan y De Vecchi, 1995) del público blanco. Dentro de tal contexto, las concepciones se transforman en un punto de apoyo necesario y constituyen herramientas de decisión y de



VI Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población 25, 26 y 27 de Julio 2005

integración a partir de las cuales es posible sugerir un cierto número de pistas para las prácticas educativas (de alcance formal y no formal) o culturales, o para la elaboración de material didáctico (Giordan, 1998).

Recolección y análisis de los datos:

La recolección y análisis de los datos fueron encarados desde una perspectiva fundamentalmente cualitativa. Para la exploración y análisis de las concepciones referidas a las dimensiones contempladas en esta propuesta, se llevaron a cabo entrevistas semi-estructuradas a personas adultas residentes en el área rural del NO de la provincia de Santa Fe. Esta zona es de alta endemicidad para Chagas, en el Departamento 9 de Julio se registró una prevalencia de infección del 32% (Streiger *et al.*, 2002), siendo que la prevalencia global de la enfermedad en toda la provincia es del 4.12% (Streiger *et al.*, 2002). El muestreo fue de tipo intencional y oportunista (Patton, 1990), dada la complejidad de las características del área rural dispersa donde se realizaron las entrevistas.

El trabajo de campo se llevó a cabo en dos viajes, realizados en octubre y noviembre del año 2002. Las entrevistas se desarrollaron en los domicilios de las personas entrevistadas, con el fin de mantener un marco familiar y favorecer un intercambio más espontáneo; con esta premisa buscamos en todo momento seguir un formato de conversación informal. En las dos visitas al campo, se encararon las entrevistas de dos maneras diferentes con el fin de evaluar qué tipo de “comienzo” provocaba una mayor emergencia natural de concepciones:

-TIPO I (1er viaje):

Podría usted hablarme de las enfermedades que hay en la zona o que han afectado a su familia?

En los casos en que las personas entrevistadas no mencionaron espontáneamente el Chagas, el tema fue introducido por la entrevistadora con frases como:

... unos vecinos me hablaron del ‘Chagas’, usted me podría decir algo al respecto?

-TIPO II (2do viaje):

Cuénteme, por favor, lo primero que se le viene a la cabeza si yo le digo la palabra Chagas...

Para el desarrollo general de las entrevistas (tanto del tipo I como del tipo II), se contó con una guía de entrevista elaborada a partir de los principales temas relativos a la enfermedad de Chagas (Características del Chagas, Transmisión, Vinchucas / características, Consecuencias del Chagas, Tratamiento / Prácticas, Factores de riesgo, Prevención / Medidas de control).

Para el análisis de los resultados, se definieron 15 categorías según las cuales se clasificaron las respuestas obtenidas en las entrevistas. Estas categorías fueron determinadas en función de la consideración de los principales temas (guía de entrevista) y de “otros temas” que fueron surgiendo del análisis mismo del material obtenido y que no habían estado explícitamente contemplados en el inicio de la investigación.

Actualmente se está desarrollando el análisis del material recogido durante la etapa del trabajo de campo. Por este motivo, a continuación presentamos sólo los resultados referidos a la



VI Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población 25, 26 y 27 de Julio 2005

categoría I. La categoría I fue denominada “Chagas” y en ella fueron incluidas las respuestas referidas a las dos maneras diferentes de comenzar las entrevistas. Para el caso de las entrevistas *TIPO I*, contemplábamos para esta categoría si el Chagas surgía o no espontáneamente como problema/enfermedad de la zona por parte del entrevistado. En las entrevistas *TIPO II*, registrábamos qué era lo primero que las personas entrevistadas decían o expresaban tras la consigna de contar qué se les ocurría luego de escuchar la palabra “Chagas”.

RESULTADOS

Caracterización general de la población entrevistada:

En total fueron entrevistados 20 adultos: 12 mujeres (entre 21 y 74 años) y 8 varones (entre 23 y 82 años). Todas estas personas residían en zona rural dispersa del norte de la provincia de Santa Fe (en el departamento 9 de Julio). Se trata de personas que nacieron y se criaron en zonas rurales: la mayoría es oriunda de la misma región de la provincia de Santa Fe, dos de los entrevistados habían nacido en la provincia de Chaco y dos en Santiago del Estero. Ambas provincias limitan con Santa Fe y dichos límites están muy próximos al Departamento de 9 de Julio. Podemos decir entonces que se trata de una población de escasa o poca movilidad. En general, los varones son los que se movilizan a provincias vecinas o a otros pueblos en las épocas de la cosecha del algodón, por ejemplo, pero se trata de movimientos temporarios.

En cuanto a la ocupación de estas personas, son muy pocos los que tienen un trabajo estable (en general, en relación de dependencia con alguna escuela de la zona), la gran mayoría trabaja por temporadas de cosecha o en lo que normalmente se denomina “changas”², que son trabajos puntuales y acotados (la mayoría de las veces relacionados con el campo, la siembra, el desmonte, el cuidado de animales, etc.) que les solicitan generalmente los dueños de las tierras en las que ellos viven. En tres de las familias visitadas, las tierras pertenecían a ellos mismos, en dos de los casos crían animales (vacas y chivos) para vender y la otra familia arrienda el campo a otra persona. En otros dos casos, alguno de los hijos mayores vive y trabaja en alguna ciudad como Buenos Aires o Santa Fe y envía dinero a la familia. En general, las mujeres no trabajan fuera y son las encargadas del cuidado del hogar y de los hijos. En síntesis, estas personas prácticamente no tienen un ingreso fijo y estable y se trata de gente que vive en condiciones sumamente precarias.

La mayor parte de los entrevistados habitaba en casas tipo rancho (con paredes de adobe y techo de paja) y el promedio de moradores por vivienda fue de 5 ó 6 personas.

Resultados obtenidos a partir de las entrevistas

Categoría I: “Chagas”

Para comprender los resultados referidos a este punto, recordemos que en las dos visitas al campo, se iniciaron las entrevistas de dos maneras diferentes con el fin de evaluar qué tipo de “comienzo” provocaba un mayor flujo natural de concepciones. En este sentido, observamos que

² Citamos algunos ejemplos referidos a estos temas: “(...) bueno mi papá sale a trabajar así en changuitas así cuando le dan sí, changuitas así nomás, cuando le dan (...) y cuando hay algodón vivimos de la cosecha del algodón (...) y cuando pasa todo por ahí si sale algún destronque destronan ellos así casi siempre están de changas y más después que pasa la cosecha del algodón (...)” [16.m22:67-70]; “(...) cuando hay changas, trabajamos (...)” [12.v30:108].



VI Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población 25, 26 y 27 de Julio 2005

fue con las entrevistas Tipo II (*Cuénteme lo primero que se le viene a la cabeza si yo le digo la palabra Chagas...*) que obtuvimos “mejores” respuestas (más ricas y completas y con mayor espontaneidad por parte de las personas entrevistadas). Esto se observó no sólo con relación al inicio de la entrevista sino con el desarrollo general de toda la conversación. Atribuimos este hecho a que tal vez el comienzo de las entrevistas Tipo I (*¿Podría usted hablarme de las enfermedades que hay en la zona o que han afectado a su familia?*) resultó ser muy vago o poco preciso y esto condicionó incluso la fluidez del resto del diálogo.

Con respecto a las respuestas específicas que incluimos en esta categoría, obtuvimos los resultados que presentamos a continuación:

-Entrevistas TIPO I:

Tal como explicamos cuando la definimos, contemplábamos para esta categoría si las personas entrevistadas nombraban espontáneamente al Chagas como una enfermedad de la zona.

Contrariamente a lo que tal vez hubiéramos esperado, obtuvimos que esto ocurrió sólo en dos casos (de un total de diez personas entrevistadas en el primer viaje al campo):

- *lo único que escuché hablar de vecinos es Chagas (...) del Chagas nada más, pero otra cosa de enfermedades, no* [I.m21:12]

Este hecho resultó significativo, no sólo porque se trata de una región de alta endemicidad, sino porque ocho de estas personas tienen más de un referente con Chagas dentro de la familia. Incluso tres de los entrevistados de este grupo tenían Chagas, y de éstos sólo una mujer lo mencionó de manera espontánea.

Recordemos que en este tipo de entrevistas, cuando las personas no mencionaron el Chagas, el tema fue introducido por la entrevistadora. Cuando la conversación se dio de esta manera, las personas entrevistadas sí manifestaban conocer el tema y respondían con total naturalidad. Veamos, para ilustrar, los siguientes ejemplos:

- (...) vengo de unas casas de por allá que me estuvieron hablando del Chagas...
-*sí, yo tengo una hija que tiene Chagas* (...) [I4.m36:35]

- porque a mí la gente lo que me ha estado comentando bastante es lo del Chagas, ustedes saben algo de eso?
-*yo y mi suegra sí tenemos Chagas* (...) [I6.m22:37]

Observamos que, a pesar de ser un tema conocido y que los afecta directamente (aunque de manera “silenciosa”), el Chagas no es una enfermedad que se presente espontáneamente en los discursos de estas personas. Esto tal vez se deba a dos causas fundamentales:

- a las características propias de esta dolencia: de larga evolución y con una fase indeterminada asintomática que puede durar incluso toda la vida.

- al hecho de que, dadas las condiciones precarias de vida de estas personas, y coincidiendo con Borges Dias (1998), el tema constituye un problema más (si se quiere “secundario”), que queda “oculto” detrás de la lucha cotidiana por la supervivencia.



VI Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población 25, 26 y 27 de Julio 2005

-Entrevistas TIPO II:

Registramos para esta categoría lo primero que nombraban las personas tras la consigna de contar qué se les ocurría luego de escuchar la palabra “Chagas”. De esta manera, identificamos cuestiones relacionadas principalmente con “enfermedad”, en la mayoría de los casos, y luego con “vinchucas”:

- *bueno, no sé, eso de la vinchuca puede ser la chagas?* [II2.v82:2]

En un caso, el tema que primero surgió vinculado a la palabra “Chagas”, fue el análisis prelaboral obligatorio y, en otro, fue el uso de insecticidas para evitar la presencia de vinchucas en el domicilio.

Vemos aquí que la noción de “enfermedad” vinculada al tema del Chagas, se manifestó espontáneamente en la mayor parte de las personas entrevistadas, esto podría parecer en cierta forma contradictorio con los hallazgos de las entrevistas Tipo I. Sin embargo, esta misma contradicción podría deberse a lo mencionado más arriba con respecto a las características propias de la evolución de esta dolencia. Para ejemplificar esto, citamos dos momentos de una misma entrevista, que ilustran de alguna manera el tema de la “contradicción”:

- *qué se yo, es un como una enfermedad pero yo no tengo en cuenta, querés que te diga que no, no tengo en cuenta porque dicen que el Chagas no hay que tener en cuenta (...)* [II1.m46:3]

- *(...) bueno sí, de existir el Chagas existe (...)* [II1.m46:87]

Resulta paradójico, pero no incomprensible: el Chagas ES y NO ES una enfermedad para estas personas. Conocen el tema y si se les pregunta al respecto no niegan su existencia. El Chagas los afecta de manera muy cercana (pero no muy visible), sin embargo no lo tienen en cuenta: tal como mencionamos anteriormente, no es una cuestión prioritaria en sus vidas.

CONCLUSIONES

El Chagas es, en general, un tema conocido por los habitantes de las regiones endémicas. Sin embargo, pensamos que, como forma parte del *universo cotidiano* (Di Liscia et Novacovsky, 1985) de estas personas, es tomado con cierta “naturalidad” (más allá del conocimiento que se tenga referido al tema). En este sentido, para ilustrar esta afirmación citamos una frase del trabajo de Verdú y Ruiz (2003), en donde una persona guaraní del Chaco Boliviano manifestaba: « *El Chagas es una realidad que nos ha tocado vivir* ».

Esta observación se complementa con los dos elementos clave mencionados anteriormente:

- se trata de una dolencia de larga evolución y con una fase indeterminada asintomática que puede durar toda la vida.

- el tema constituye un problema “secundario” que queda “oculto” detrás de la lucha cotidiana por la supervivencia (Borges Dias, 1998) debido a las características socioeconómicas propias del contexto donde el Chagas existe.



VI Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población 25, 26 y 27 de Julio 2005

En síntesis, inferimos que la conjunción de los tres elementos (cotidianidad, larga evolución y falta de síntomas, problema no prioritario) lleva a que las comunidades afectadas, en general, no consideren al Chagas como un tema de salud notorio o no lo sientan como una problemática para manifestar de manera espontánea.

En 1976, Walter Petana concluía que, en la problemática de la enfermedad de Chagas, los principales obstáculos para la aplicación de medidas preventivas son la indigencia, las viviendas precarias, las malas condiciones de higiene y, principalmente, la ignorancia de las poblaciones afectadas en lo que se refiere a la presencia de vectores en sus casas, así como la relación de estos insectos con la enfermedad. Sin embargo, cuando a esta enfermedad directamente relacionada a condiciones de pobreza se la explica sólo por la “ignorancia” de los actores, supone una responsabilización de las poblaciones que ya se encuentran estigmatizadas por el carácter endémico del Chagas. Además, como hemos visto en los resultados parciales presentados aquí, el hecho de que la gente no mencione el tema no quiere decir que no tenga conocimientos, ideas y creencias (es decir, concepciones) referidas al mismo. Retomamos por este motivo las palabras de Aparicio *et al.* (1993) quienes, como ya mencionamos, sostienen que es necesario determinar *qué parte de la manifestación actual tan extendida de “no saber” se debe al fenómeno del estigma; qué otra parte corresponde a “otro modo de saber” (concepciones propias, pero adecuadas o equivalentes al saber científico); y finalmente qué parte representa un efectivo desconocimiento de la enfermedad, sobre todo, de los fenómenos de causalidad.*

Por eso, como paso previo a la educación sanitaria se impone el registro y análisis de la perspectiva de los propios actores que conviven o se encuentran expuestos a este flagelo, y del conocimiento que por medios informales han ido construyendo en torno a los signos, síntomas y otras expresiones de la enfermedad. El límite de la educación sanitaria basada sólo en la adquisición del “conocimiento”, consiste generalmente en que el “conocimiento” se ajusta a los modelos hegemónicos de saber -biomédicos- y si no se consideran los saberes locales disponibles, como las restricciones económicas y sociales para la transformación de las condiciones de vida, supone no sólo una eficacia limitada en la prevención sino el agregado de un sufrimiento extra a estas poblaciones relacionado con la condena moral de sus modos de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Aparicio S, Barrancos D, Jacinto C. Mujer campesina y representaciones sobre la enfermedad de Chagas. *Cuadernos Médico Sociales*. 64:55-72, 1993.
- Ávila Montes G, Martínez Hernández M, Ponce C, Ponce E, Soto Hernández R. La enfermedad de Chagas en la zona central de Honduras: conocimientos, creencias y prácticas. *Pan Am J Public Health*. 3(3):158-163, 1997.
- Boggio G, Luppi I, Sánchez SM, Troncoso MC. Enfermedad de Chagas Connatal en el Hospital Roque Sáenz Peña de la Ciudad de Rosario. *Cuadernos Médico Sociales*. 72:25-46, 1995.
- Borges Dias R. “Eu? Eu estou aí, comendo o mundo.” Uma experiência de controle de endemia, pesquisa e participação popular vivida em Cansanção, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 14(Sup.2):149-157, 1998.
- Cabrera R, Mayo C, Suárez N, Infante C, Náquira C, García-Zapata MT. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la enfermedad de Chagas en población escolar de una zona endémica de Perú. *Cad Saúde Pública*. 19(1):147-154, 2003.



**VI Jornadas Nacionales de Debate
Interdisciplinario en Salud y Población
25, 26 y 27 de Julio 2005**

- Di Liscia MH, Novacovsky II. *Aspectos socioculturales de la percepción de la enfermedad de Chagas en la provincia de La Pampa*. Dirección de Educación para la Salud, Subsecretaría de Salud Pública. Gobierno de La Pampa. Mimeo, 1985.
- Esteso SC. Educación Popular -Punto débil en la lucha contra la Enfermedad de Chagas. *Rev Fac Cienc Med*. XLII(2):14-17, 1984.
- Giordan A., *Apprendre!* Editions Belin, Paris, 1998.
- Giordan A. y De Vecchi G., *Los orígenes del saber*. 2da edición, Editorial Díada, Sevilla, 1995.
- Martínez MV. *La Educación Sanitaria y la Participación de la Comunidad como herramientas en la prevención de la Enfermedad de Chagas*. Tesis Doctoral, Facultad de Cs. Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, 1996.
- Patton, MQ. Designing Qualitative Studies. Capítulo 5:145-198. En: *Qualitative Evaluation and Research Methods*, 1990.
- Petana WB. Educación para el control de la Enfermedad de Chagas. *Bol Of Sanit Panam*. 81(1):50-56, 1976.
- Pinto Dias JC. Estrategias de Control de las Enfermedades Tropicales en las Comunidades. En: Tanoni E, Segovia MA y Pinto Dias JC. *Estrategias de Control de las Enfermedades Tropicales*. Módulo 9. Curso de Enfermedades Tropicales, Regionales y Emergentes, 3ra edición. Universidad Católica de Salta, 2001.
- Pinto Dias JC, Borges Dias R. Las viviendas y la lucha contra los vectores de la enfermedad de Chagas en el hombre, en el Estado de Minas Gerais, Brasil. *Bol Of Sanit Panam*. 93(5):453-466, 1982.
- Sanmartino M. Enfermedad de Chagas: conocimientos y desconocimientos. *Ponencia: V Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2003.
- Sanmartino M, Crocco L. 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, 2000.
- Schapira M, Mellino S. Representaciones y comportamientos de la población y de los centros de atención frente a la enfermedad de Chagas. *Cuadernos Médico Sociales*. 60:39-48, 1992.
- Schapira M, Mellino S. Migraciones y enfermedad de Chagas. A propósito del estudio antropológico en donantes de sangre. *Cuadernos Médico Sociales*. 58:23-31, 1991.
- Storino R, Jörg M, Auger S. *Atención médica del paciente chagásico. Manual práctico. Un enfoque biológico, antropológico y social*. Ed. Ediprof. Buenos Aires, 2003.
- Storino R, Milei J., eds., *Enfermedad de Chagas*. Doyma Argentina, Bs As, 1994.
- Streiger M, Demonte M, Fabbro D, Del Barco M, Miglietta H, Denner S. Multicausalidad y evolución de la prevalencia de infección chagásica humana en la provincia de Santa Fe, en relación al riesgo de transmisión vectorial. *Actualizaciones en arthropodología sanitaria argentina. Serie Enfermedades Transmisibles*. Publicación Monográfica 2:221-231, 2002.



**VI Jornadas Nacionales de Debate
Interdisciplinario en Salud y Población
25, 26 y 27 de Julio 2005**

- Torres de Quinteros ZC, Troncoso MC, Bloch C, Sánchez S, Godoy C, Aparicio V, Quinteros A. Infección chagásica y antecedentes migratorios en la población de villas de emergencia de Rosario. *Cuadernos Médico Sociales*. 62:1-16, 1992.
- Uchôa E, Firmo JOA, Pereira MSN, Contijo ED. Signos, significados e ações associados à doença de Chagas. *Cad Saúde Pública*. 18(1):71-79, 2002.
- UNESCO. Medio Ambiente y Desarrollo: Remodelar la Educación – Hacia un desarrollo sostenible. *Notas*, No: 4, 1992.
- Verdú J, Ruiz MT. Control del Chagas en comunidades guaraníes: conocimiento y hábitos higiénicos dentro del Proyecto de Mejoramiento de Viviendas en Bolivia. *Gaceta Sanitaria*. 17(2):166-168, 2003.
- WHO. *Control of Chagas Disease*, WHO Technical Report Series 811, World Health Organization, Geneva, 1991.
- Williams-Blangero S, VandeBerg JL, Teixeira ARL. Attitudes towards Chagas' disease in an endemic Brazilian community. *Cad Saúde Pública*. 15(1):7-13, 1999.