

Antropología Experimental

<http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae>
2022. nº 22. Texto 24: 371-386

Universidad de Jaén (España)
ISSN: 1578-4282 Depósito legal: J-154-200

DOI: <https://dx.doi.org/10.17561/rae.v22.6826>
Recibido: 18-12-2021 Admitido: 17-05-2022

Los que vivimos en el sur porque hay más monte. Saberes situados sobre la enfermedad de Chagas en el paisaje de transmisión urbano de Mérida (México)

Alba Rocío VALDEZ TAH
CEPHCIS, UNAM (México)
alba.valdeztah@gmail.com

***Those of us who live in the south because there is more 'monte'.
Situated knowledge about the vector-borne transmission of Chagas disease in the urban
landscape of Merida (Mexico)***

Resumen

El estudio trata sobre los saberes situados de dos grupos socioeconómicamente diferenciados en torno a la enfermedad de Chagas y a la transmisión vectorial de *Trypanosoma cruzi* en el contexto urbano. Argumento que la comprensión social del tema da cuenta de un entramado complejo que interrelaciona las diferentes prácticas y concepciones respecto a lo natural en el que participan los animales, vectores y la población, las condiciones socioeconómicas de vida diferenciadas al interior de la ciudad, entre lo urbano y rural, así como el rol han jugado -pasiva o activamente- actores centrales como las autoridades de salud y los medios de comunicación locales. Los saberes situados, contextualizados en un sistema social más amplio de marginación social y de desatención institucional, cuestionan y dan nuevas perspectivas sobre los abordajes en comunicación, en salud pública y en la atención de las personas afectadas por Chagas.

Abstract

The study deals with the situated knowledge of two socioeconomically differentiated groups regarding Chagas disease and the vector transmission of *Trypanosoma cruzi* in the urban context. I argue that the social understanding of the subject accounts for a complex framework that interrelates the different practices and conceptions regarding the natural in which animals, vectors and the population participate, the differentiated socioeconomic conditions of life within the city, among the urban and rural areas, as well as the role played - passively or actively - by central actors, such as the role of health authorities and the local media. Situated knowledge, contextualized in a broader social system of social marginalization and institutional neglect, questions and gives new perspectives on approaches to communication, public health and the care of people affected by Chagas.

Palabras clave

Trypanosomiasis americana. Conocimiento social. Investigación cualitativa. Antropología. Construcción del riesgo
American trypanosomiasis. Social knowledge. Qualitative research. Anthropology. Risk

Introducción

La problemática del Chagas -como la mayoría de las enfermedades tropicales desatendidas- está inextricablemente vinculada a procesos socioeconómicos, culturales, políticos, históricos y ambientales (Ventura García, *et al.*, 2013). Sin embargo, sólo recientemente, en el mayor reconocimiento de su multidimensionalidad y complejidad (Sanmartino, *et al.*, 2021), ha habido un interés en investigación sobre la comprensión social del tema, es decir, en torno a los saberes, conocimiento y perspectivas de la población que vive en zonas de riesgo o que son afectadas por el *Trypanosoma cruzi*, el agente causal. En este sentido resalta que varios estudios en Latinoamérica han dado cuenta de que la relación causal de transmisión entre un parásito, el insecto vector y la enfermedad, así como la construcción del sentido de riesgo, no siempre es directa, sino que está mediada por las perspectivas del contexto en el cual se sitúan (Ventura García, *et al.*, 2013; Valdez-Tah, *et al.*, 2015; Salm, Gerstch 2019; Rosecrans, *et al.*, 2014).

Asimismo, la existencia de distintos sistemas de atención de los procesos de salud-enfermedad (biomédico, tradicional, popular, entre otros), las experiencias concretas de las personas, la información biomédica circulante y los procesos socioeconómicos y políticos estructurales se ha mostrado que imponen limitaciones en la búsqueda de atención y tienen un efecto en las prácticas de salud, pero pocas veces son considerados en los programas que atienden la problemática (Forsyth, 2015; Sanmartino, *et al.*, 2018; Valdez, 2021; Martínez-Padilla, *et al.*, 2018; Llovet, *et al.*, 2016). Lo anterior apunta a que la experiencia de las personas que vivimos en áreas de transmisión endémica y de quiénes están afectadas por Chagas está contextualizada dadas las circunstancias socioculturales y estructurales que participan a nivel local y que puede ser diferenciada no sólo entre países, sino también al interior de grupos sociales dentro de un mismo país. En este sentido, en este trabajo interesó abordar las observaciones sobre el Chagas de dos grupos de población que son socioeconómicamente diferenciados y que se ubican en la ciudad de Mérida, México, zona endémica de *T. cruzi*.

La transmisión de *T. cruzi*, tanto hacia los humanos como a los animales, ocurre principalmente a través de las heces de insectos triatominos hematófagos (Rassi, Rassi, 2010). En su carácter de zoonosis, la circulación del parásito se mantiene entre distintos animales silvestres o domésticos que son sus reservorios y que pueden encontrarse en distintos ambientes silvestres o modificados, incluyendo los urbanos y periurbanos. En los primeros meses de la infección parasitaria, y el periodo indeterminado siguiente, suelen ocurrir sin una sintomatología específica o bien ésta no es diagnosticada por distintas razones (Bui, *et al.*, 2011). A largo plazo, y ante la falta de tratamiento temprano, la infección puede progresar clínicamente en daños al corazón, al tracto gastrointestinal o al sistema nervioso; esta es la forma crónica del Chagas que genera incapacidad física y potencialmente la muerte sin una atención médica adecuada (Viotti, 2006). Sin embargo, estas formas crónicas de la enfermedad ocurren únicamente entre el 30-40% de las personas infectadas (Rassi, Rassi, 2010).

A más de 110 años de su descubrimiento, el Chagas se mantiene como una de las principales “enfermedades tropicales desatendidas” (OMS, 2020). Les caracteriza su mayor prevalencia entre población marginada de áreas rurales y urbanas y que es propagada globalmente por la migración humana, así como por estar asociada a la limitada disponibilidad de recursos y de voluntad política para su adecuada atención en los sistemas de salud de los países (Holveck, *et al.*, 2016). Asimismo, las personas afectadas por estas enfermedades sufren estigmatización y poca atención de la industria farmacéutica, por lo cual los tratamientos existentes son obsoletos o de poca eficacia (Holveck, *et al.*, 2020). Se estima que alrededor de un mínimo de 6.000.000 de personas están infectadas por *T. cruzi* en todo el mundo (PAHO 2006), mientras que en México una cifra conservadora señala que alrededor de 1,100,000 de personas están ya infectadas y otras 29,500,000 están en riesgo de adquirir la infección cada año (PAHO 2006). Sin embargo, cálculos más recientes para el país sugieren que podría haber muchos más casos mexicanos de lo previamente considerado, unas 4,000,000 personas infectadas (Arnal, *et al.*, 2020).

En la atención del Chagas en Latinoamérica, México ha sido el último país en desarrollar un programa nacional integral con un presupuesto específico para implementar programas

operativos que atiendan y monitoreen aspectos clave del fenómeno (Ramsey, 2007; Ramsey, *et al.*, 2021). Los limitados esfuerzos en la materia no sólo son recientes, sino que están enfocados en el control de la transmisión vectorial de *T. cruzi* y el diagnóstico de nuevos casos agudos, pero menos en la atención hacia los casos crónicos ya existentes y en campañas masivas de información y diagnóstico (Ramsey, *et al.*, 2021; Manne, *et al.*, 2013). Lo anterior se ha llevado a cabo mayormente en las áreas rurales de las zonas con presencia del triatomino, en la que el personal técnico de campo que interactúa con la población realiza acciones en torno a un sistema de vigilancia epidemiológica para identificar oportunamente a los individuos en etapa aguda de la enfermedad, y también en la promoción de programas de mejoramiento de la vivienda, eliminación de vectores y sus reservorios.

El enfoque hacia el control vectorial en la vivienda, como principal estrategia de atención del Chagas en México, desestima las complejas interrelaciones socioambientales que sustentan la transmisión a lo largo del paisaje (López Cancino *et al.*, 2015; Valdez Tah, *et al.*, 2015). La modificación del hábitat natural de los triatominos altera las interacciones ecológicas que sustentan la dinámica poblacional de *T. cruzi*, con posibles efectos en el riesgo entre la población tanto rural, peri-urbana y urbana ya que involucra animales domésticos, mascotas, además de animales sinantrópicos, principalmente las zarigüeyas (Guzmán Tapia, *et al.*, 2007; Jiménez Coello, *et al.*, 2010; López Cancino, *et al.*, 2015). Los estudios retomados en el tema dan cuenta de que el crecimiento poblacional implica también un proceso que deriva en paisajes de mosaicos de vegetación en distintas sucesiones, dinámicas de movimiento, configuración territorial, que impone nuevas dinámicas a la transmisión vectorial de *T. cruzi*.

En México, la mayoría de las especies de triatominos se distribuyen en todo el paisaje (hábitat silvestre, alrededor de las casas y comunidades, contextos urbanos, peri-urbanos y rurales) y sólo incursionan intermitentemente en las viviendas (Guzmán Tapia, *et al.*, 2007), por lo que se considera que la exposición al vector ocurre también por fuera de la vivienda, mientras realizan actividades agrícolas y de caza (Valdez Tah, *et al.*, 2015), distinto a lo que tradicionalmente se conoce ocurre en Sudamérica con las especies totalmente domesticadas. Por otro lado, la migración humana rural-urbana, entre ciudades y la movilidad internacional han hecho del Chagas un fenómeno ubicuo en el territorio de países endémicos al vector y también global, al tener presencia actual en Europa, Japón, y en otros países que anteriormente no se reconocía su presencia, como los Estados Unidos (Schmunis, Yadon, 2010).

Por si no fuera ya en sí compleja la problemática del Chagas, la desatención de la problemática de Chagas desde el sector sanitario ha generado una invisibilidad social del tema. En Yucatán se ha reportado que la población es familiar al *pik*, como se conoce a la especie de triatomino local de *Triatoma dimidiata*, pero su vínculo con una enfermedad crónica es limitado (Valdez, Pinkus, 2021; Valdez-Tah, *et al.*, 2015; Rosecrans, *et al.*, 2014). Aunque un estudio encontró cierta cobertura periodística del tema en la principal prensa escrita, la misma parece reproducir cierta exclusividad de la problemática en zonas rurales y a partir del insecto vector, además de enmarcarlo en términos de alarma (Valdez, 2022). Es precisamente la ruralidad, aunado indisolublemente en el imaginario social a la pobreza, en torno a la cual se han construido las representaciones sociales sobre el Chagas en varias regiones endémicas de Sudamérica (Sanmartino, *et al.*, 2018; León, Páez, 2002).

El presente trabajo estudia los saberes situados sobre el Chagas a nivel paisaje urbano y como problemática de salud pública entre dos grupos residentes de la ciudad de Mérida, con distinta posición socioeconómica que está en parte reflejada por el lugar de su vivienda al interior de la ciudad: al sur con un índice de marginación muy alto, y al norte con un índice de marginación muy bajo.¹ Es así como el estudio se ubicó a nivel de la salud pública -no individual o familiar- y buscando vincularla a las interacciones socio-ambientales en un mosaico urbano de paisaje

¹ De acuerdo al índice de desarrollo social elaborado por el Consejo Nacional de Población que caracteriza áreas geoestadísticas (AGEB) y con base a datos de censos estadísticos de riqueza, acceso a servicios de salud y educación y condiciones físicas de la vivienda (CONAPO), con índices de marginación alto, muy alto, medio, bajo y muy bajo. http://conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indice_de_marginacion_urbana_2010.

modificado que sustenta la transmisión y en la que participan el *pik*, animales, y población humana la misma que es diferenciada entre sí. Más que el conocimiento 'local', 'tradicional' o 'indígena', el conocimiento situado aprecia las perspectivas desde distintas posiciones de poder socioeconómico y las experiencias encarnadas dentro de comunidades heterogéneas y, por lo tanto, pueden validar los conocimientos basados en el lugar como formas de hacer significados fuera de los distritos dominantes (Haraway, 1988). El término de “saberes situados” da cuenta de las perspectivas subjetivas y las experiencias incorporadas que se combinan para producir formas particulares de conocimiento que nunca son tan objetivas y distantes como la ciencia occidental ha afirmado durante mucho tiempo (Haraway, 1988). Constituyen entonces una parte importante del conocimiento situado, proporcionando una visión contextualizada y fundamentada que se suma a una descripción más rica y mejor de un mundo (Haraway, 1991). Considero que la propuesta de estudio es pertinente en el caso de una problemática de la cual la población tiene poco o limitado conocimiento sobre la totalidad de las rutas de transmisión, sobre el diagnóstico y tratamiento, los efectos a largo plazo y, en general, la carga en salud pública que el Chagas representa dada su condición como desatendida, como se he descrito líneas arriba.

Al indagar cuestiones como ¿qué observaciones y afirmaciones se hacen sobre cómo se presenta el *pik* y la enfermedad a lo largo y ancho de la ciudad, así como entre grupos sociales? ¿Qué aspectos se construye el sentido del riesgo para la población? ¿Qué diferencias se observan dependiendo de la posición socioeconómica de quién habla? argumento que en los saberes situados del tema se fusionan las diferentes experiencias y concepciones respecto a lo natural, las condiciones socioeconómicas de vida diferenciadas entre el norte y el sur de la ciudad y entre lo urbano y rural, así como por el rol que juegan -pasiva o activamente- actores centrales como son las autoridades y los medios de comunicación. Es decir, que está contextualizado en un sistema social más amplio de marginación social y de desatención institucional.

El recorrido metodológico

El estudio es un abordaje cualitativo sobre los saberes y experiencias situadas sobre el Chagas y la transmisión vectorial de *T. cruzi* entre la población que reside en áreas socioeconómicamente polarizadas en Mérida, México, área endémica. Su enfoque es a nivel del paisaje urbano y poblacional, desde una aproximación de la antropología en salud pública (Suárez, et al., 2006) y la epidemiología sociocultural (Menéndez, 2008).

La ciudad de Mérida es la urbe más grande en la Península de Yucatán, México. Con más de dos millones de habitantes, es un contexto urbano socioeconómico y espacialmente polarizado (López, Ramírez, 2014). Para este estudio se eligieron convencionalmente personas que residen en áreas geográficas de la ciudad que corresponden a índices de marginación muy alto (al sur de la ciudad) e índices de marginación muy bajo (al norte de la ciudad). En las áreas residenciales del sur y del norte de la ciudad, los participantes fueron seleccionados utilizando un proceso de muestreo intencional (Martínez, 2012). Los hogares se visitaron una vez y de forma aleatoria para invitar a hombres y mujeres adultos y que vivieran en el hogar visitado. El protocolo de investigación de este estudio fue aprobado por la Junta de Revisión del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Yucatán. Después de explicar el propósito del estudio y sus derechos, los participantes que se incluyen en el estudio consintieron su participación.

En total, fueron 24 residentes del norte y 26 del sur de la ciudad que participaron en el estudio. La muestra de participantes se definió por saturación teórica, determinando cuando no aparecía nueva información o datos de cada encuestado adicional, y las ideas conceptuales estaban bien desarrolladas (Crouch, McKenzie, 2006). Del total de participantes, el grueso nació en Mérida, mientras que el 21,5% nació en otros municipios y otros estados.² Los residentes del norte eran mayores de edad, hablaban menos la lengua maya y tenían muchos más años de escuela, en comparación con los participantes del sur. El empleo formal privado y gubernamental y los beneficios de la seguridad social fueron más frecuentes entre los participantes del norte que entre los del sur.

² Para una descripción más amplia de los dos grupos de estudios, ver Valdez, Pinkus, 2021.

Las entrevistas se realizaron entre diciembre de 2019 y febrero de 2020 en sus hogares, principalmente. Los temas del guion de entrevista giraron en torno al 1) el efecto del crecimiento de la ciudad en los insectos, en particular el *pik*, y animales silvestres, 2) el contacto de las personas con el *pik* en el paisaje urbano y conocimiento sobre la enfermedad de Chagas, 3) las formas de prevención, así como 4) las acciones gubernamentales y los canales de información a través de los cuáles se ha conocido sobre el tema. Los audios digitales grabados de las entrevistas duraron entre 19 y 39 minutos y se transcribieron a Word.

En el análisis temático se utilizó el software Maxqda 12 para el manejo de datos cualitativos para codificación y temas de la entrevista orientados al análisis temático. Una vez codificado el texto para el análisis cualitativo, las categorías y los temas se cotejaron y analizaron comparativamente por grupo socioeconómico, correspondiente a los participantes del sur frente a los del norte. Las citas de participantes anónimos dan cuenta de su residencia (sur o norte), si se trata de un mujer o hombre, su edad, y ocupación.

Saberes situados sobre la transmisión vectorial del Chagas en Mérida, México

Los hallazgos del análisis cualitativo dieron cuenta de que los saberes situados y experiencias en torno a la trasmisión vectorial de *T. cruzi* y el Chagas fueron elaboraron en torno a dos temas principales que describen y atraviesan la comprensión social: por un lado, la asociación del vector, y por tanto la problemática en salud, al “monte”, el cual es elaborado a partir de diversos significados. El segundo tema dominante fue el tono alarmista que dominó en las narrativas. En su conjunto, encontré que los saberes situados sobre el Chagas, así como las experiencias de las personas, están imbuidos en las diferentes concepciones y prácticas respecto a lo natural, en las condiciones materiales y de vida diferenciadas y en el rol de actores centrales como son las autoridades sanitarias y los medios de comunicación. De esto doy cuenta en los siguientes subapartados.

Categoría	Citas textuales ilustrativas
Migración	Norte8: “...cómo van migrando, conforme la mancha va creciendo, este perímetro les va orillando. Sur1: “Yo digo que se esparcen. A donde puedan ir, se van, digo.”
Disminución con el tiempo	Norte9: “Yo creo que el habitat va cambiando y ellos van desapareciendo, buscando alguna otra forma donde pues aparecerse o qué hacen, o sea...” SUR5 “S: Habían bastante, ahorita ya casi no hay porque... porque hay... ¿cómo se llama a esto? A veces, aquí pasan <i>fliteando</i> ¿no?”
Continuidad	Norte1: “Pues que sigue habiendo, porque eso es una... tanto, eh... es una plaga, es un... mal necesario porque si estamos en una cadena de vida, todo lo que existe, sirve para algo.” SUR1: “Yo... qué digo que sí, por ejemplo, los montes como estos, yo digo que allí se reproducen y se vienen las casas.” Norte10: “Se adaptan. Todos los animales se adaptan. Buscan donde sobrevivir, empieza a buscar su guarida.” SUR8: “Yo me imagino que se van dónde estamos nosotros, pues en las casas, buscan lugar para vivir, o para más así que... crecer. Entonces eso...” SUR20: “Me imagino que desaparecieron o buscaron cómo evolucionar. Yo, digo porque todo evoluciona, la verdad. No sé. Los mosquitos, pues hace años que existían los mosquitos. Pero...”

Tabla 1. Categorías relacionadas con los saberes asociados al efecto del cambio socio-ambiental urbano sobre insectos y animales. Fuente: Elaboración propia.

Los animales, el *pik* y otros bichos ante el crecimiento de la ciudad

Las categorías derivadas de la codificación del tema relativo al destino de los insectos y animales ante el crecimiento de la ciudad están contenidas en la Tabla 1. Las primeras dos refieren a una idea de movimiento y cambio a lo largo del tiempo evidenciado en la disminución de insectos y animales debido, principalmente, a la pérdida o disminución de los montes y la vegetación en y a

los alrededores de la ciudad. Como causa secundaria de la reducción de la población de insectos fue el uso de insecticidas domésticos y los programas de fumigación del sector público.

La última categoría de continuidad (Tabla 1) se basa en una noción cíclica o concatenada en la continuidad de la presencia de insectos, incluidos el *pik*, más referido en torno a ellos que en relación a los animales. Bajo esta última idea, los insectos se adaptan a los cambios, evolucionan para continuar conviviendo con las personas; el caso más elaborado por los participantes en este sentido cíclico y de continuidad fue el de los moscos y mosquitos.

Entre líneas, la narrativa de los participantes acerca del cambio socioambiental en la ciudad y su efecto sobre otros seres vivos reflejó dos concepciones sobre lo natural y un tipo de prácticas diferenciadas. Por un lado, una idea más cercana a las concepciones campesinas y rurales y, por el otro lado, el discurso ecológico. El primero tuvo mayor fuerza entre el grupo del sur; el segundo -el ecológico- entre los participantes del norte y algunos jóvenes del sur.

Desde la concepción rural y campesina el monte tuvo una connotación negativa por ser fuente y refugio de los insectos y de animales peligrosos e indeseables que se mueven hacia las viviendas: serpientes, una variedad de reptiles, zarigüeyas -localmente conocidos como "zorros". Entre los testimonios del grupo del sur fue constante su descripción de experiencias con una gran variedad y abundancia de insectos, entre ellos el *pik*, transmitiendo un sentido de "descontrol" a pesar de sus esfuerzos de proteger sus espacios. Se enfatizó la necesidad de "limpiar" los terrenos propios y los de los vecinos de toda maleza, y, por otro lado, señalan no tener más remedio que matar a cuanto insecto y animal encuentran, como una forma de disminuir su presencia. Un caso especial fue el de las zarigüeyas, señaladas como portadoras de enfermedad y por alimentarse de las aves de traspatio y sus huevos, razones por las cuales los participantes comentaron que los matan cuando éstas son encontradas en los patios y alrededor de las viviendas.

Continuando con los participantes del sur de la ciudad, la connotación negativa del monte, como un lugar de peligro, se interpretó también frente a las condiciones de inseguridad y violencia que en esta zona de la ciudad perciben y viven. El monte entonces fue también un lugar que favorecen el ser víctima de algún crimen o abuso, lo que se entiende ante la ausencia de servicios públicos alumbrado público y seguridad pública:

Aparte el monte que dejan que es esto [señala por enfrente de su casa] y todo lo que es allá, a veces oyes abusan de muchachas o asaltan y no hay nada (Sur, Mujer, 33 años, ama de casa).

Por otro lado, en el discurso ecológico que emergió en la asociación de lo socioambiental con Chagas, los cambios que son observados en la ciudad fueron señalados en términos de pérdida y de nostalgia, en particular, sobre la pérdida de los montes, la vegetación y por la cantidad y diversidad de animales que antes se observaba: "Tristemente se acaban, invadimos su hábitat y empiezan a irse, a alejarse de la zona y empiezan a extinguirse" (Norte, Varón, 43 años, taxista). A diferencia de los residentes del sur, entre los residentes del norte fue positiva la aún existencia de parches de monte y de vegetación que persisten, aunque en forma de mosaico: "Y afortunadamente acá, hay mucha vegetación, la mayoría de las casas ha mantenido, aunque sea su palmera y otros árboles" (Norte, Varón, 64 años, jubilado). Asimismo, entre este grupo del norte se comentó que guardan prácticas de cuidado y protección a los animales silvestres y algunos de los insectos que encuentran en sus viviendas o patios, a diferencia de lo manifestado por los participantes del sur de la ciudad.

De las concepciones diferenciadas de la relación socio-ambiental y su asociación con el Chagas, es decir, entre la narrativa rural-campesina y el discurso ecológico, la mayor confrontación y distintas posturas se encontró respecto los esfuerzos de las autoridades y de grupos activistas que buscar la preservación de áreas arboladas en la ciudad -parques urbanos y ciertos tipos de reservas, así como de animales que en ellos habitan. En el discurso ecológico, que pareció gozar de mayor legitimidad, estos espacios se consideran de gran importancia por mantener animales silvestres. Por el contrario, representa un despropósito la vegetación que se conserva con fines de "adorno" (Sur, Varón, 49 años, empleado municipal) ya que es precisamente lo que favorece la

presencia de insectos y animales indeseados en sus viviendas. En particular, implicó cuestionar prácticas que se consideran comunes y antiguas, como lo comentado en el caso de las zarigüeyas: “los zorros no hay que matarlo, hace poco me enteré” (Sur, varón, 66 años, vendedor ambulante), y entrar en conflicto con las concepciones de una parte de la población que reside en la ciudad, y que parece ser la más expuesta al vector, dada su experiencia con el *pik* y sus picaduras (Valdez, Pinkus, 2021)

“Los que vivimos por el sur porque hay más monte”. El sentido del riesgo en el paisaje urbano

El monte, la vegetación y los elementos que de ellos derivan -hojarasca, leña, troncos, ramas, etc.- fueron el tópico más frecuentemente codificado en las entrevistas para la comprensión social sobre el riesgo del *pik* en el paisaje urbano de Mérida (Figura 1). Así mismo, el monte fue identificado como un concepto situado espacialmente y que se encuentra en una multiplicidad de espacios: los remanentes de selva, la maleza en el patio de las viviendas, los parques, áreas comunes, los jardines con vegetación “descuidada”, la “vegetación mala” (Norte, Varón, 38 años, empleado), entre otros. Son precisamente sus múltiples elaboraciones y que refiere una diversidad de aspectos dan cuenta de su complejidad en su significado social.

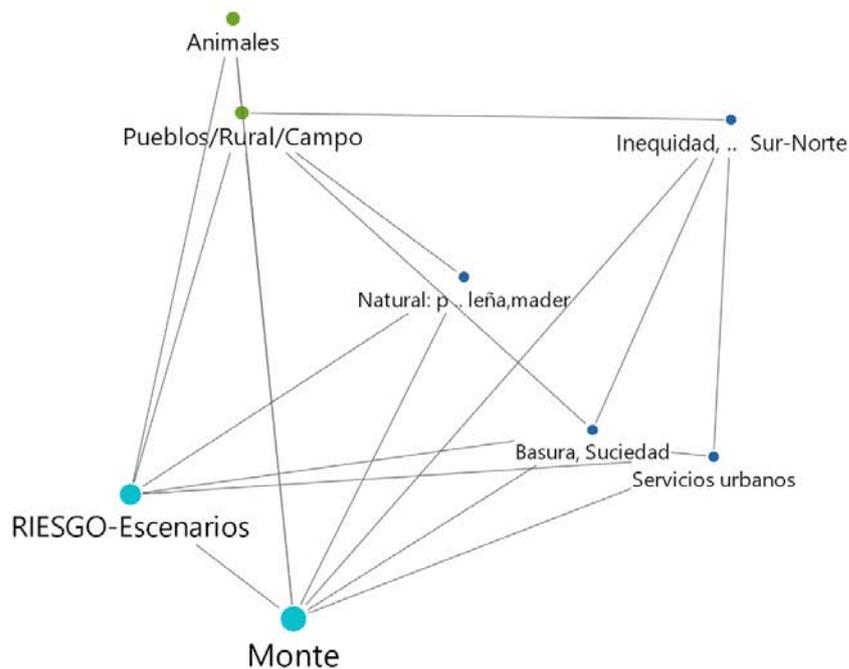


Figura 1. Mapa de códigos sobre la construcción del sentido del riesgo desde la perspectiva de los participantes. Fuente: Elaboración propia.

Lo que quedó claro en el análisis cualitativo fue la centralidad del monte como categoría en la comprensión social de la transmisión vectorial del Chagas y su función en el sentido que socialmente se construye del riesgo. Al cuestionar a los entrevistados sobre la experiencia de contacto que sus padres y abuelos pudieron haber tenido con el *pik*, en comparación a la época actual, de manera casi unánime entre los entrevistados proyectaron hacia el tiempo pasado una mayor prevalencia de situaciones en las personas convivieron con el insecto “porque antiguamente las casas eran de terrenos grandes y había monte” (Norte, 51 años, varón, empleado compañía electricidad), mientras, por otro lado, los participantes más jóvenes comentaron:

Pues... pues como antiguamente, la mayoría, había mucho más, más estén más montes... Sí, y pues yo creo que sí. Difícilmente son muy... pienso que... de mi generación hablando de mis abuelos y tátara abuelos. Sí creo que sí vivieron mucha más experiencia con animales (Sur, 21 años, mujer, ama de casa).

Digo, si, no hay nada que le veas encima y no ves qué es, pero no, definitivamente no creo que las nuevas generaciones, no estamos en contacto con bichos como para que sea una preocupación para nosotros” (Norte, Mujer, 33 años, estudiante de posgrado).

Es precisamente a través de la construcción del saber del Chagas y del *pik* en relación al monte que parece sostener un sentido del riesgo entre los participantes para percibirse como algo cercano o más bien como lejano. Ello tuvo mayor expresión entre los residentes del sur al expresar que una mayor exposición al insecto vector ocurre entre “los que vivimos por el sur porque hay más monte” (Sur, 34 años, varón, empleado). Esta es una noción que se encontró constante entre los participantes del sur y que también enmarca la manera infructuosa en cómo consideran que sus esfuerzos tienen efecto -o no- en prevenir la presencia de insectos en sus viviendas:

... cómo estamos frente al monte, aunque le echas Baygon [insecticida] aunque le echas cosas... ya vienen los insectos (Sur, mujer, 38 años, empleada doméstica).

Por el contrario, los residentes del norte ubicaron hacia el sur de la ciudad y en las comunidades rurales más presencia de monte, de animales, así como de basura y cúmulos de agua, y por ende, un mayor contacto con los triatomíneos entre las personas que viven en dichas áreas, pero dentro del cual ellos mismo no se consideran que pertenecen. Para distanciarse del sentido del riesgo que representa el insecto vector, y como una forma de corroborar su comprensión del tema, durante las entrevistas con cuatro residentes del norte, los participantes indagaron con sus empleados domésticos sobre el *pik*. Entre estos empleados domésticos, los cuales provienen del sur de la ciudad y de las comunidades rurales alrededor de Mérida, fue notable su familiaridad con el insecto, mismo que sorprendió a sus empleadores entrevistados. En contraparte, al norte de la ciudad, en donde reside el grupo social más favorecido socioeconómicamente hablando, se encontró que la urbanización, una mayor infraestructura y dinamismo del tráfico y la movilidad de la población se consideran como factores que han mermado la presencia de espacios con monte y, por ende, la presencia de insectos:

Tal vez en el norte no [hay pik], porque la mancha urbana está... se está yendo muy rápido todo hacía... se está yendo a los alrededores, pero tal vez en el sur, tal vez pueda irse (Norte, varón, 70 años, jubilado).

Sin embargo, llamó la atención que algunos varones entrevistados al norte de la ciudad, los pocos reportes de su exposición previa al insecto vector, momentos de su trabajo que les implicó estancias en el monte y en comunidades rurales, no figuró en la consideración de un sentido de riesgo, como sí lo hizo para otros grupos de población diferentes al que ellos pertenecen. Dichos eventos, enmarcados por su tipo de trabajo como ingenieros, trabajadores de la compañía de luz, maestros, médicos y empleados gubernamentales en áreas rurales, fueron opacados por el unánime señalamiento de que son los infantes y las personas mayores los que tienen un mayor riesgo. Un trabajador de la compañía de luz comentó:

Yo sí los conozco [al pik] ¿no? De repente a mí en un pueblo una vez me cayó uno encima. Como que primero, me imagino que, así actúan ellos se tiran (Norte, varón, 51 años, empleado de la comisión federal de electricidad).

En un segundo plano fue también revelador otras categorías que emergieron y se superpusieron en la comprensión del sentido del riesgo en el contacto con el vector y la problemática de Chagas, vislumbrando complejas interrelaciones como son las de la marginalización y pobreza diferenciada entre el sur y norte de la ciudad, así como del contexto urbano-rural. Es decir, hacia un entendimiento sobre el rol de los determinantes estructurales. El tema de la pobreza emergió

entre los participantes no sólo como determinante material del tipo de vivienda y de la protección que pueda ofrecer contra insectos, sino también en el acceso a los servicios médicos y urbanos que juegan un rol en la problemática, desde la perspectiva de los entrevistados, como lo dejan ver las siguientes citas:

Mis papas, yo viví igual en casa de paja... El piso no tiene... piso solo es tierra y nada más, entonces a ellos les favorece -digo- y es donde más hay pik... (Sur, mujer, 48 años, ama de casa).

Pues yo creo que en todas las ciudades hay personas marginadas ¿no? aquí por ejemplo aquí, imagino que sí, las comunidades más al sur de la ciudad, en Kanasín tal vez, hay zonas muy pobres, pues a veces por el trabajo, andamos por esa zona y sí hay casas todavía de cartón y techos de cartón y de palos y ahí pues sí hay (Norte, varón, 51 años, empleado de la comisión federal de electricidad).

Sin embargo, mientras la pobreza fue un aspecto central explicativo en el caso de los participantes del sur, así como en la generación de sus padres y abuelos, entre los residentes del norte fue un elemento más que los distanció del riesgo.

Propiamente en la ciudad, ambos grupos entrevistados apuntaron sobre la ineficiencia, austeridad y desigual distribución de los servicios urbanos que participan en la atención de la salud pública en este contexto, los cuáles emergieron al conversar sobre la problemática de Chagas: la recolección de basura, la pavimentación y el arreglo de calles para evitar encharcamientos, el mantenimiento de áreas verdes comunes, programas de descacharrización y el servicio de fumigación contra insectos, principalmente los mosquitos. Los mismos temas fueron vinculados a la corrupción de autoridades, de uso político de los programas para beneficiar a una población de mayor peso sociopolítico (residentes del norte) o bien porque, al estar dirigidos hacia los mosquitos exclusivamente, éstos se llevan a cabo únicamente de manera temporal durante la época de lluvia. Sin embargo, aunque los entrevistados, independientemente del área de residencia, coinciden en señalar estos temas, aún en esto se refleja la posición desde la cual se habla:

Yo digo que donde, pues donde pagan más allá, donde viven bien ¿no? donde vive la gente rica, me imagino que ahí sí fumigan más seguido (Sur, Mujer, 34 años, ama de casa).

Pues me imagino que... lo que he visto en la televisión, sí hay lugares, por ejemplo, en el sur, donde en realidad el gobierno a veces no va y fumiga hasta allá. Y se fumiga más hacia el norte, pues sí hay diferencia, no sé por falta de recursos o por falta de campañas. No sé, la verdad (Norte, Varón, 38 años, empleado)

Por último, un aspecto que emergió de importancia y que fue transversal en el contexto rural, urbano y en épocas anteriores, fue la desinformación sobre el peligro del pik para la salud:

Por la falta de información, porque ellos [sus padres y abuelos] no sabían realmente qué era lo que tenía un insecto, para ellos era algo así como normal (Sur, Mujer, 36 años, empleada).

Pero yo creo que hay mucha falta de información, mucha falta de información en estos animales tropicales, con las enfermedades estas que le pueden dar, no sé si sean pocos casos, pero yo creo que no se comenta mucho (Norte, mujer, 55 años, ama de casa).

Tales señalamientos apuntalaron aún más la importancia de indagar sobre los principales canales o medios por los cuáles el grupo de participantes recibe o ha recibido información sobre el

pik y el Chagas. En particular, la intención fue develar, desde la perspectiva de la población urbana entrevistada, el rol de dos actores importantes en esta problemática de salud pública, como son las autoridades sanitarias y de los medios de comunicación. De esto trata el siguiente segmento.

De los canales de información y las acciones gubernamentales

Entre los residentes del sur, más que entre los del norte, las nociones sobre el *pik* como insecto peligroso les fueron transmitidas principalmente de manera oral por sus padres y abuelos. Sus narrativas reflejaron una nutrida conversación al interior de sus redes sociales en torno al insecto y sus posibles efectos en la salud; ello fue claro tanto por la cantidad de intercambios orgánicos sostenidos que afirmaron tener sobre el tema, como por la diversidad de interlocutores con las cuáles han mantenido dichos diálogos: la pareja, los vecinos, las amistades, los hermanos y hermanas, y la familia política. Así mismo, esta conversación se expresó como ocurriendo de manera actual, activadas ante cada encuentro con el *pik* y derivado del contacto de las personas con la información que circula en las redes sociales digitales y en los medios de comunicación masivos. Al respecto de la localización de un triatomino muerto en casa una ama de casa comentó:

Sí había yo leído, sí, ya había yo visto, creo que en el face lo ví. [...] A mi hermanita le dije... y me dijo: "No lo agarres. Se supone que hasta si lo agarras es malo", me dijo: "Así que no lo agarres". Lo envolví en papel y lo tiré (Sur, Mujer, 31 años, ama de casa).

Entre ambos conjuntos de participantes, del sur y el norte de la ciudad, la segunda fuente de información sobre el *pik* y el Chagas fueron los medios de comunicación masivos -la prensa, televisión y radio- y las redes sociales, principalmente el *Facebook* y el *Google*. Por estos medios, algunos de los entrevistados se enteraron o escucharon por primera vez del tema, como lo afirmó el siguiente participante: "Eso ahora poco nos enteramos por medio del *face*... y por la tele" (Sur, varón, 66 años, vendedor ambulante). Mientras que, para otros, el contacto con la información circulante sobre la importancia médica del *pik*, derivó en asociar un insecto bastante familiar y de conocido de tiempo atrás, con una nueva enfermedad más grave y desconocida:

Pues antes no se hablaba sobre la transmisión de enfermedades, nada más se hablaba de que "cuidado no te vaya a picar porque ese chupa sangre", eso sabíamos, pero hasta ahí ¿no? No se hablaba de alguna transmisión de alguna enfermedad ¿no? (Norte, varón, 51 años, empleado de la comisión federal de electricidad).

Por otro lado, es notorio que el trabajo de las autoridades de salud y los programas de salud pública casi de manera exclusiva fueron identificados por los participantes en relación a los moscos, mosquitos y al dengue, e incluso zika y chikungunya, que son enfermedades de reciente emergencia en la región. Pero no ocurrió bajo ninguna circunstancia identificar el rol de autoridades de salud en relación al *pik* y el Chagas, a pesar de tratarse de una parasitosis endémica: "He visto más propagandas de los mosquitos" (Norte, varón, 62 años, empleado). Más aún, además de la ausencia institucional en salud en el tema, otras posibles fuentes y canales de circulación de información también estuvieron ausentes: la escuela de educación básica, la Universidad estatal local y sus centros de investigación biomédica que realizan investigación sobre la Trypanosomiasis americana. Esta desatención institucional generó una particular reflexión por parte de un participante en relación a un familiar cercano que fue confirmado con Chagas y que viven al sur de la ciudad:

*Porque, yo me imagino que nada más cuando le pica [el *pik*] a la persona es cuando le dan información, te dan hasta el papelito y te dicen, pero así que en la calle que te den la información, "que vengan, que es, ¿sabes qué?, tal bicho fulanito, si te pica esto tienes o va a traer", no, nunca, nunca he visto. Sólo cuando fuimos el día de mi sobrino [que sufrió picadura], ahí sí nos dieron, hasta el folleto*

nos dijeron: “esto es lo que contrae, la enfermedad, es lo que te hace ese bicho” (Sur, Mujer, 33 años, ama de casa).

Asimismo, el vacío institucional en relación al Chagas deja campo libre a la circulación de información por otros medios que pueden ser vistos como menos autorizados o de dudosa procedencia, como es el caso de las redes sociales digitales. El que los participantes encuentren información en estos canales, además de la sospecha sobre su veracidad, también transmiten una idea de temporalidad de la información y su relevancia, como un tema que estuvo “de moda”, que se percibe como “viralizado” en determinado momento, restándole seriedad y la idea de que se trata de una problemática de salud prevaleciente:

No sé si miedo o temor por eso, y ahorita que se viraliza por las redes sociales, y te dice que cuando veas uno [un triatomino] lo guardes y lo pones en una cápsula, para ver si tiene o no. Antes lo veíamos pues equis. Ahora con esta situación, pues sí es un poquito más delicado (Sur, varón, 34 años, empleado temporal del ayuntamiento).

Tal vez sí, porque no recuerdo muy bien la información y como te dicen “no creas todo lo que el fase” [Risas] (Norte, Mujer, 38 años, ama de casa).

¿Realmente se muere gente de esto? La alarma del pik, el Chagas y otras paradojas

Los participantes que comentaron en torno a la problemática del *pik* y del daño a la salud que causa fue referido mayormente en términos de alarma. El tono alarmante se derivó principalmente por el constante señalamiento a la peligrosidad del insecto y al peligro latente de la enfermedad grave o de muerte que ocasiona, pero sin mencionar las especificidades de la enfermedad misma. Más aún, en este aspecto la alarma estuvo igualmente centralizada hacia el vector que se percibió incluso como un insecto ponzoñoso y en el cual se origina el daño a la salud, mientras que el parásito del Chagas estuvo ausente como ausente causal de la enfermedad en las narrativas:

Por medio del televisor, en las noticias, por ejemplo. Que decían que ese bicho es algo peligroso porque pica, a veces no duele, solamente se prende y pues obviamente cuando tú te das cuenta, tú le pegas o lo tiras ¿no? y que en la sangre se... él tira su veneno y en la sangre te va perjudicando, y que eso puede ser mortal, pero te empieza a matar lento (Sur, Mujer, 33 años, empleada informal).

El énfasis en la potencial mortalidad que causa el *pik* y el Chagas parece estar sustentado en -o a pesar de- el desconocimiento de los aspectos básicos de la enfermedad entre la población, así como la falta de referentes directos para conocer cómo es la experiencia misma del padecer Chagas:

Sí, eso decía del “mal de Chagas”, pero la verdad, no tengo idea de qué es el “mal de Chagas” o no sé qué... no me puse a investigar, ni nada, sólo dije “hay que tener cuidado” y listo (Norte, Mujer, 38 años, ama de casa).

Se supone que si te pica deja un gusanito que entra a la sangre, y te da una enfermedad, no me acuerdo y era peligrosa, se supone que es hasta mortal ¿no? Sólo eso (Sur, Varón, 33 años, empleado).

La mayor paradoja del discurso alarmista, es decir, encontrar múltiples referencias del daño a la salud y a la muerte asociados al *pik* y al Chagas, fue que los entrevistados, como grupo, en su mayoría no conocen -directa o indirectamente, cercano o no- a persona afectada por el *pik*, ni tampoco a alguien que esté afectado por los síntomas crónicos de Chagas y muchos menos a alguien que haya muerto a causa de esta enfermedad. Asimismo, estuvo ausente alguna referencia a

información que podría derivar de las acciones de las autoridades de salud sobre el tema, por ejemplo, en torno a la carga de la problemática en la salud pública que una enfermedad “grave”, “letal” y “mortal” debería implicar. Así, en paralelo al discurso alarmista, y dada la desatención institucional y la invisibilidad de la enfermedad, también surgieron de boca de las participantes expresiones de escepticismo y la duda sobre la realidad de la problemática “¿Realmente muere gente de esto?” (Norte, Varón, 60 años, jubilado), “Oye, y ¿qué tanto está presente este bicho?” (Norte, Mujer, 32 años, ama de casa) o “...yo le pregunté a mi mamá «oye mamá ¿existe esto?»” (Norte, Mujer, 38 años, ama de casa).

Lo anterior dio pie, al momento de la entrevista, a indagar sobre las propias teorías de los participantes en el rezago institucional del Chagas y su invisibilidad social. Se cuestionó sobre la paradoja que resulta que, a pesar de una enfermedad grave y mortal, como ellos mismos afirmaron, no conozcan a alguna persona enferma o que haya muerto por su causa y que no se en general desconocieron sobre el actuar de las autoridades en el tema. La principal elaboración en este sentido fue la posibilidad de una baja incidencia de casos de Chagas, la sintomatología silenciosa que era conocida por contados entrevistados, también se mencionó sobre falta de diagnóstico para detectar la enfermedad, o lo erróneo y tardío que el mismo puede llegar. Las siguientes citas ilustran algunas de estas teorías:

Pues quizás como no ha habido casos, quizás... porque cuando ya hay tantos casos es que ya pues es que ya empiezan a supervisar y a dar recomendaciones, para que ya no siga pasando. Me imagino yo, pero la verdad, yo nunca los había visto de esos (Sur, Mujer, 19 años, desempleada).

Pues pienso que sí, pero me da la impresión que el pik... al oír yo tan poco de él, debe ser un bicho muy raro de comportamiento ¿no? De un efecto letal ¿no? Pero eh entonces considero que es muy escaso ¿no? Esa es la impresión que tengo, entonces bajo qué circunstancias sale (Norte, Varón, 60 años, jubilado).

Otras teorías menos elaboradas sobre la invisibilidad social que se percibió por parte del grupo de entrevistados en el tema fue que las instituciones o autoridades actúan con cautela y en silencio para así evitar que la población se asuste o alarme por esta enfermedad y por el *pik*, porque se trata de un avance reciente científico, porque las autoridades no les interesa o están superados con otros problemas de salud (como el dengue), o por la falta de conocimiento del insecto y de la enfermedad tanto por las personas como por los médicos mismos. Todas las anteriores no están tan alejadas de la realidad misma.

Discusión

El propósito de este trabajo ha sido, por un lado, mostrar los saberes y experiencias que se conjugan para darle sentido al riesgo al triatomino y al Chagas, insecto transmisor de *T. cruzi*, entre una población que vive en un área endémica urbana. Por otro lado, también intentó dar cuenta de cómo esta perspectiva local está embebida en el sistema sociocultural local y que pasa también por cómo las personas se enmarcan en la relación al riesgo dependiendo de su posición socioeconómica, que les brinda un marco discursivo. Es decir, que la información objetiva del riesgo no está libre de sus interpretaciones en el marco de los saberes situados, y más bien se filtra por las características del contexto local (Suárez, *et al.*, 2006).

Cabría preguntarnos ¿en qué medida estamos reproduciendo o no estas identificaciones en los programas de atención al Chagas? y ¿qué políticas serían necesarias para potenciar la desidentificación del Chagas respecto a ciertos grupos sociales sin por ello renunciar a su sensibilización? Desde la salud pública es común encontrar el señalamiento que la ausencia de conocimiento de la población sobre los aspectos biomédicos de la transmisión vectorial de *T. cruzi* y del Chagas (más que los procesos estructurales que lo sustentan), así como los saberes situados en determinados por el contexto, son un tipo de “obstáculo” para el cambio de comportamiento y para la adopción de prácticas de cuidado de la salud dentro del marco del modelo biomédico (Ventura, *et al.*, 2013;

Suárez, *et al.*, 2006). En otra versión de esta misma idea es que la difusión de información biomédica hacia la población -criticada por Freire como “educación bancaria” (Freire, 2008)- es por sí sola suficiente para cambiar los comportamientos en salud de la población y lograr un mayor control y prevención.

Contrario a las ideas anteriores, el enfoque desarrollado en este trabajo sobre los saberes situados entre población de distintos grupos urbanos arrojó información valiosa sobre la comprensión social del tema de la transmisión vectorial del Chagas, del sentido del riesgo y de sus posibles implicancias en las prácticas de la población. Esta perspectiva situada proporciona una plataforma crucial para validar las voces heterogéneas de los participantes a nivel de la comunidad en un proceso más colectivo de conocimiento y de aprendizaje, así como se ha sugerido para otros contextos con enfermedades también poco conocidas por la población (Tschakert, *et al.*, 2016). Aquí reflexionamos sobre los resultados importantes del proyecto.

Encontramos que la focalización sobre el vector y la reducción de la problemática compleja del Chagas al insecto, en el detrimento de aspectos clave como el diagnóstico y tratamiento, así como una ausencia institucional en el tema, son aspectos encontrados que creemos contribuyen a sostener el discurso alarmista en el tema. De esta manera, la alarma parece instalarse sobre las formas en que los medios de comunicación presentan el tema como algo novedoso, sobre lo sorprendente o extraño que resulta a partir de un insecto familiar que para muchos es familiar o de lo poco que se conocen experiencias concretas del padecer (Valdez, *en prensa*). El vínculo entre miedo y salud, que es uno de los más perversos, ahora se acentúa y es un discurso alarmista solapado por la ausencia del Estado, de las autoridades, como se comentó, por un lado (Menéndez; Di Pardo, 2009). Máxime si comparamos que, en el caso de los mosquitos, la presencia del Estado es ya parte de la vida cotidiana, muy conocida su rutina y sus alcances, y se sabe qué esperar de los mismos (Valdez, 2022).

Aunada a la idea anterior, la centralidad del tema hacia el insecto vector, como hemos reportado acá, genera la asociación del tema con los significados construidos alrededor del monte y la vegetación *no humanizada*, las mismas que sustentan variados significados sociales. Es a partir de esta asociación, como hemos visto, que las personas elaboran mapas mentales en relación al riesgo, dónde éste se ubica, lo que contribuye al problema y consideran su propio peligro en el tema (León; Páez, 2002; Suárez *et al.*, 2016). El monte como un concepto amplio que se acerca a lo silvestre, a lo fuera de control y a la ausencia de “civilización”, el mismo que puede estar atravesado por diferenciadores sociales, como son el origen rural, pero que debe ser más profundamente analizado sobre cómo se alinea con la desigualdad, la etnia, y el género, por mencionar algunos. Ciertamente, a diferencia de otros contextos en que las principales representaciones sociales del Chagas se elaboran en torno a la pobreza y la ruralidad, en este estudio los participantes no asociaron de manera contundente con los determinantes estructurales, como en otros estudios se ha reportado (Forsyth, 2015), sin embargo, reconocieron que ciertos aspectos como la pobreza y las características de la vivienda, el acceso diferenciado a servicios de salud y de servicios urbanos, juegan un rol.

Al sintetizarse diferentes informaciones, sistemas de conocimientos y experiencias, el entendimiento social de Chagas es uno de naturaleza híbrida, en continua elaboración, y éste a su vez orienta las prácticas en salud y de curación en cada contexto (Haraway 1981; 1991). Es decir, la experiencia del riesgo y de las personas afectadas por Chagas es contextualizada, dadas las circunstancias socioculturales y estructurales que participan a nivel local, la cual puede ser diferente no sólo entre países, sino también al interior de grupos sociales dentro de un mismo país, como hemos reportado en este trabajo.

Con las reflexiones vertidas en este trabajo queremos continuar reforzando el argumento de que centrarse sólo en el conocimiento biomédico que las personas puedan o no tener, o en la necesidad de generar “conciencia” en el tema, no proporciona suficiente idea de cómo las personas se piensan frente al riesgo del *pik* y la enfermedad. Dado que el riesgo describe tanto un fenómeno real como una construcción social, la investigación dio cuenta de los saberes y experiencias que están imbuidas en el contexto social y cultural para dar forma a una comprensión renovada del tema desde la perspectiva de las personas afectadas, como la noción de saberes situados que

Haraway propone (1981). Paradójicamente, como hemos visto, las características de la transmisión vectorial de *T. cruzi* y de Chagas pueden facilitar respuestas públicas tanto de alarma como de distanciamiento: su transmisión a través de las heces del *pik*, la invisibilidad social del tema y la desatención desde el sistema de salud pública para enfocarse en el control vectorial sugeriría que las personas pueden responder con preocupación (pero no más allá de “tener cuidado” o precaución), distanciamiento o apatía (León *et al.*, 2002).

En cuanto a las implicaciones prácticas de este trabajo para las políticas en salud y los programas operativos, los presentes hallazgos parecen sugerir que los mensajes de difusión, pero también las acciones operativas de los programas requieren también centrarse en otros aspectos claves de la enfermedad de Chagas. En este sentido, el énfasis en la transmisión vectorial, deberían estar acompañados con brindar diagnóstico y tratamiento real que permita experiencias concretas de las personas y sus círculos sociales en todos los aspectos de la problemática, principalmente en su expresión crónica, en la prevención y en una mayor información. Lo anterior es indispensable para generar una discusión a nivel social, de la realidad y actualidad del tema en nuestra región, lo que significa Chagas como enfermedad, como un problema de salud pública y sus implicaciones en las personas afectadas y sus familias. En Brasil y Bolivia, a raíz de la desatención institucional de las personas ya infectadas y enfermas, emergieron nuevos significados asociados a Chagas, como son la muerte, miedo, sufrimiento, desconfianza y desesperanza (Uchoa, *et al.*, 2002; Magnani, *et al.*, 2009). Ante tal carga emocional, los pacientes pueden entrar en un estado de negación o bien priorizan estados emocionales de tranquilidad y calma, como estrategias para hacer frente a la enfermedad (Forsyth, 2015).

Conclusión

Las narrativas obtenidas de las entrevistas individuales contribuyen a revelar una visión contextualizada que coloca la realidad cotidiana y las experiencias encarnadas de pensar y comprender un riesgo potencial y una enfermedad poco conocida en un contexto espacial urbano. Al tiempo que ofrece una apreciación del proceso de las interconexiones entre el lugar, los animales, los insectos, las personas y los saberes. Enfoques de la investigación cualitativa, que destacan las voces y las explicaciones de las personas que viven en áreas de riesgo, proporcionan una forma complementaria vibrante y vital de comprender el riesgo de la transmisión vectorial de *T. cruzi* y el Chagas, una enfermedad tropical desatendida, así como nos vuelve a replantear la necesidad de enfoques multidisciplinarios e interdisciplinarios.

Agradecimientos

Agradezco al programa de becas de la UNAM, Becaria del Programa de Becas Posdoctorales en la UNAM Coordinación de Humanidades, Centro Peninsular de Ciencias Sociales y Humanidades, asesorada por Dr. Miguel A. Pinkus Rendón. Una primera versión de la revisión fue revisada y comentada por el Dr. Pinkus Rendon.

Bibliografía

- Arnal, A.; Waleckx, E.; Rico Chávez, O.; Herrera, H.; Dumonteil E. (2019). Estimating the current burden of Chagas disease in Mexico: A systematic review and meta-analysis of epidemiological surveys from 2006 to 2017. *Plos Neglected Tropical Disease*, Vol. 13(4): e0006859. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0006859>
- Bui, A.L.; Horwich, T.B.; Fonarow, G.C. (2011). Epidemiology and risk profile of heart failure. *Nature Reviews Cardiology*, Vol. 8: 30-41. <https://doi.org/10.1038/nrcardio.2010.165>
- Crouch, M.; McKenzie, H. (2006). The logic of small samples in interview-based qualitative research. *Social Science Information*, Vol. 45(4): 483-499. <https://doi.org/10.1177/0539018406069584>
- Freire, P. Pedagogía del oprimido. México, Siglo XXI. 2008.
- Forsyth, C. (2015). Controlled but not cured: Structural processes and explanatory models of Chagas disease in tropical Bolivia. *Social Science & Medicine*, Vol. 145: 7-16. <https://doi.org/10.1016/j.socsci-med.2015.09.022>

- Guzmán Tapia, Y.; Ramírez-Sierra, M.J.; Dumonteil, E. (2007). Urban infestation by *Triatoma dimidiata* in the city of Mérida, Yucatán, México. *Vector Borne Zoonotic Disease*, Vol. 7(4): 597-606. <https://doi.org/10.1089/vbz.2007.0133>
- Haraway, D. (1998). Situated knowledges: the science question in feminist and the privilege of partial perspective. *Feminist studies*, Vol. 14 (3), 575. <https://doi.org/10.2307/3178066>
- Haraway, D. (1991). *Simians, Cyborg, and Women: The reinvention of women*. Routledge, London and New York. 1991.
- Holveck, J.C.; Ehrenberg, J.P.; Ault, S.K.; Rojas, R.; Vasquez, J.; Cerqueira, M.T.; Ippolito-Shepperd, J.; Genovese, M.A.; Roses Periago, M. (2007). Prevention, control, and elimination of neglected diseases in the Americas: pathways to integrated, inter-programmatic, inter-sectoral action for health and development. *BMC Public Health*, Vol. 7(6). <https://doi.10.1186/1471-2458-7-6>
- Jiménez Coello, M.; Guzmán Marín, E.; Ortega Pacheco, A.; Acosta Viana, K.Y. (2010). Serological survey of American trypanosomiasis in dogs and their owners from an urban area of Mérida Yucatán, México. *Transbound Emerging Disease*, Vol. 57(1-2): 33-36. <https://doi.org/10.1111/j.1865-1682.2010.01130.x>
- León, M.; Páez, D. (2002). Representaciones sociales de la enfermedad de Chagas en comunidades en riesgo: creencias, actitudes y prevención. *International Journal of Psychology*, Vol. 36: 215-236.
- Llovet, I.; Dinardi, G.; Canevari, C.; Torabi, N. (2016). Health care seeking behavior of persons with acute Chagas disease in rural Argentina: A qualitative view. *Journal of Tropical Medicine* Vol. 4561951. doi: 10.1155/2016/4561951.
- López Cancino, S.A.; Tun Ku, E.; Delacruz Felix, H.K.; Ibarra Cerdeña, C.N.; Izeta Alberdi, A.; Pech May, A.; Mazariegos Hidalgo, C.J.; Valdez Tah, A.; Ramsey, J.M. (2015). Landscape ecology of *Trypanosoma cruzi* in the southern Yucatan Peninsula. *Acta Tropica*, Vol. 151: 58-72. <https://doi.org/10.1016/j.actatropica.2015.07.021>
- López Santillán, R.; Ramírez Castillo, L.A. (2014). Crecimiento urbano y cambio social: escenarios de transformación de la zona metropolitana de Mérida, 2nd edition. Merida, Mexico: Universidad Nacional Autónoma de México, 2014. 256 p
- Magnani, C.J.; Dias, C.P.; Gontijo, E.D. (2009). Como as ações de saúde pensam o homem e como o homem as repensa: Uma análise antropológica do controle da doença de Chagas. *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 25(9): 1947-1956. doi: 10.1590/S0102-311X2009000900009.
- Manne, J.M.; Snively, C.S.; Ramsey, J.M.; Salgado, M.O.; Barnighausen, T.; Reich, MR. (2013). Barriers to treatment access for Chagas disease in Mexico. *Plos Neglected Tropical Disease*, Vol. 7. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0002488>
- Martínez Salgado, S. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Colectiva*, Vol. 17(3): 613-619. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006>
- Martínez Padilla, A.; Pinilla Alfonso, M.; Abadía Barrero, C. (2018). Sociocultural dynamics that influence Chagas disease health care in Colombia. *Social Science & Medicine*, Vol. 2015: 142-150. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.09.012>
- Menéndez, E.L. (2008). Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades. *Región y sociedad*, Vol. 20(2): 5-50. <https://doi.org/10.22198/rys.2008.2.a526>
- Menéndez, E.L.; Di Pardo, R.B. (2009). Miedos, riesgos e inseguridades: los medios, los profesionales y los intelectuales en la construcción social de la salud como catástrofe. México, D.F.: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2009.
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). Neglected tropical diseases. http://www.who.int/neglected_diseases/diseases/en/ (accessed 12 march, 2020).
- Pan American Health Organization (PAHO). Quantitative estimation of Chagas disease in the Americas. Montevideo, Uruguay: WHO Department of Control of Neglected Tropical Diseases. (OPS/HDM/CD/425-06). 2006.
- Ramsey, J.M. (2007). Chagas disease transmission in Mexico: A case for translational research, while waiting to take disease burden seriously. *Salud Pública de México*, Vol. 49: 291-295.
- Ramsey, J.M.; Arenas Monreal, L.; Ortiz Panozo, E.; Meneses Navarro, S.; Sánchez González, G.; Bravo Ramírez, I.E. (2021). Enfermedad de Chagas: omisión u olvido en la salud pública de México. Instituto Nacional de Salud Pública: Síntesis sobre políticas en salud.
- Rassi, A. Jr.; Rassi, A.; Marin Neto, JA. (2010). Chagas disease. *Lancet*, Vol. 375: 1388-1402. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60061-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60061-X)

- Rosecrans, K.; Cruz-Martin, G.; King, A.; Dumontiel, E. (2014). Opportunities for improved Chagas disease vector control based on knowledge, attitudes and practices of communities in the Yucatan Peninsula, Mexico. *Plos Neglected Tropical Disease*, Vol. 8(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0002763>
- Salm, A.; Gertsch, J. (2019). Cultural perception of triatomine bugs and Chagas disease in Bolivia: a cross-sectional field study. *Parasite & Vectors*, Vol. 12(19)291. doi: 10.1186/s13071-019-3546-0.
- Sanmartino, M.; Amieva, C.; Medone, P. (2018). Representaciones sociales sobre la problemática de Chagas en un servicio de salud comunitaria del Gran La Plata, Buenos Aires, Argentina. *Global Health Promotion*, Vol. 25(3): 102-110. <https://doi.org/10.1177/1757975916677189>
- Sanmartino, M.; Forsyth, C.; Avaria-Saavedra, A.; Velarde-Rodriguez, M.; Gómez i Prat, J.; Albajar-Viñas, P. (2021). The multidimensional comprehension of Chagas disease. Contributions, approaches, challenges and opportunities from and beyond the Information, Education and Communication field. *Memorias do Instituto Oswaldo Cruz*, Vol. 116. <https://doi.org/10.1590/0074-02760200460>
- Schmunis, G.A.; Yadon, Z.E. (2010). Chagas disease: a Latin American health problem becoming a world health problem. *Acta Tropica*, Vol. 115: 14e21. <https://doi.org/10.1016/j.actatropica.2009.11.003>
- Suárez, R.; Sánchez, T.; Beltrán, EM. (2006). El sentido del riesgo desde la antropología médica: consonancias y disonancias con la salud pública en dos enfermedades transmisibles. *Antípoda*, Vol. (3): 123-154. <https://doi.org/10.7440/antipoda3.2006.05>
- Tschakert, P.; Ricciardi, V.; Smithwick, E.; Machado, M.; Ferring, D.; Hausermann, H.; Bug, L. (2016). Situated knowledge of pathogenic landscapes in Ghana: Understanding the emergence of Buruli ulcer through qualitative analysis. *Social Science & Medicine*, Vol.150: 160-171. <https://doi.org/10.1016/j.socsci-med.2015.12.005>
- Uchoa, E.; Firmo, J.O.A.; Dias, E.; Pereira, M.S.; Gontijo, E.D. (2002). Signos, significados e ações associados à doença de Chagas. *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 18: 71-79. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000100008>
- Valdez Tah, A.; Huicochea Gómez, L.; Ortega Canto, J.; Nazar Beutelspacher, A.; Ramsey, JM. (2015). Social representations and practices towards triatomines and Chagas disease in Calakmul, Mexico. *PloS One*, Vol. 10(7): e0132830. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0132830>
- Valdez-Tah, A. (2021). Making sense of Chagas disease among Mexican immigrants in California. *Medical Anthropology*, Vol. 40(6): 511-524. <https://doi.org/10.1080/01459740.2021.1894560>
- Valdez Tah, A.; Pinkus Rendón, M.A. (2021). Cultural knowledge and experiences of triatomines and Chagas disease in the city of Mérida, México. *Ethnoscintia*, Vol. 6(03): 43-62. <https://doi.org/10.18542/ethnoscintia.v6i3.10514>
- Valdez Tah, A. Del rezago a la alarma: la cobertura mediática del Chagas en Yucatán, México, en tres temporalidades (1976-1980, 1991-1995 Y 2011-2015). *Cuadernos del Sur*, Vol. 27(52): 180-199. <https://cuadernosdelsur.com/wp-content/uploads/2022/07/10-DEL-REZAGO-A-LA-ALARMA.pdf>
- Ventura-García, L.; Roura, M.; Pell, C.; Posada, E.; Gascón, J.; Aldasoro, E.; Pool, R. (2013). Socio-cultural aspects of Chagas disease: A systematic review of qualitative research. *Plos Neglected Tropical Disease*, Vol. 7(9): e2410. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0002410>
- Viotti, R. (2006). Long-term cardiac outcomes of treating chronic Chagas disease with benznidazol versus no treatment: a nonrandomized trial. *Annals of Internal Medicine*, Vol. 144: 724-734. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-144-10-200605160-00006>