

# Subjetividad y cuidados de salud en la enfermedad de Chagas connatal \*

María Bernarda Meneghini \*\*  
Marta Schapira \*\*\*

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Chagas, tanto por su historia como por sus características actuales, está íntimamente ligada a los desplazamientos poblacionales y condiciones precarias de vida. Desde su descubrimiento, la enfermedad fue relacionada con las condiciones socio-económicas de la población, descriptas como «la pobreza». En la actualidad, en Rosario, donde no existe transmisión vectorial pero sí un importante número de migrantes que pertenecen a los niveles más bajos de la estructura social (Torres de Quinteros et al. 1990) cobra importancia nodal la transmisión por vía no vectorial y en particular la transmisión connatal.

En este sentido, la enfermedad de Chagas connatal se plantea como un problema de importancia singular no incorporado aún en los Programas de Atención Primaria de la Salud, y no contemplado con especificidad en los procesos de atención a la enfermedad, constituyendo una preocupación tanto para los organismos internacionales de salud como para los mismos investigadores, ambos interesados en generar propuestas y alternativas de abordaje.

La investigación «Condicionantes socioeconómicos, culturales y psicosociales de la enfermedad de Chagas connatal», ha constatado en las mujeres embarazadas que asisten a un hospital de la ciudad de Rosario (Argentina)<sup>1</sup> un índice de infección del 5,2 %. El objetivo central de dicha investigación estuvo orientado a conocer los condicionantes socioeconómicos y psicosociales que intervienen en el proceso de atención del embarazo, parto y control del niño de la mujer con infección chagásica.

El proyecto comprendió tres instancias metodológicas: una epidemiológica, otra antropológica y psicosocial y una tercera de intervención, que se desarrollaron en forma simultánea, articulándose entre sí a lo largo del proceso de investigación<sup>2</sup>. El enfoque teórico-metodológico desplegado promovió desde el inicio del trabajo un entrecruzamiento permanente de diversas perspectivas disciplinares en la formulación del problema, en las definiciones conceptuales, en la elaboración de los instrumentos de recolección de información y en el análisis de los resultados.

El interés del abordaje *antropológico* y *psicoso-*

\* Este trabajo está basado en los resultados del enfoque psicosocial de la investigación sobre «Condicionantes socioeconómicos, culturales y psicosociales de la enfermedad de Chagas connatal», desarrollada por el Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (CESS), con apoyo financiero de UNDP/World Bank/WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR), 1992-1994. Investigadora principal: María del Carmen Troncoso, Investigadores: Gabriela Boggio, Irene Luppi, María Bernarda Meneghini, Stella Maris Sánchez, Marta Schapira. Auxiliares de investigación: Patricia Cejas, Roxana Dragone.

\*\* Psicóloga. Investigadora del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (CESS) de la Asociación Médica de Rosario. Ex Residente de Post-grado, Carrera de Especialización de Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria de la U.N.R.

\*\*\* Antropóloga. Investigadora del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (CESS) de la Asociación Médica de Rosario e investigadora de la U.N.R.

1 El estudio se implementó en un hospital municipal del sector sudeste de la ciudad de Rosario que cuenta con una amplia zona de influencia, compuesta por sectores de gran heterogeneidad social. Entre ellos se destacan grupos en condiciones de extrema pobreza, generalmente migrantes provenientes de áreas endémicas que se asientan en villas miserias. Dicho hospital tiene una Maternidad que atiende la demanda espontánea de la población de su área y los casos derivados de los centros de salud. Los exámenes de laboratorio de rutina de las embarazadas en su primer control, no incluían estudios serológicos para Chagas hasta que las autoridades del hospital, haciéndose eco de las gestiones realizadas por el equipo de investigación, los incorporaron en noviembre de 1992 para todas las embarazadas. Con el transcurso de la investigación, diferentes servicios del Hospital se fueron incorporando para brindar atención a las madres seropositivas y a sus niños. Para ello se elaboraron en forma conjunta normas relativas al diagnóstico, seguimiento y tratamiento de las madres y niños infectados —que incluyen a los servicios de Maternidad, Clínica Médica, Neonatología, Pediatría y Laboratorio—.

2 Los aspectos metodológicos de esta investigación serán abordados en la próxima edición de *Cuadernos*.

*cial* estuvo puesto particularmente en ahondar en el análisis de los comportamientos y estrategias de las embarazadas frente al diagnóstico de infección, en las concepciones y creencias sobre la enfermedad y en los elementos valorativos que subyacen al proceso de atención médica de la madre y su hijo, en la interacción con los servicios de salud.

Entre los interrogantes formulados se consideró como punto de partida si el problema de la enfermedad de Chagas era percibido o no como propio. Esta pregunta nos condujo a cuestionar en primer lugar con qué tipo de representaciones contaba la población estudiada acerca de esta enfermedad y en qué medida ésta se formulaba como problema.

Un segundo interrogante se planteó en relación a la elaboración de estrategias de intervención: de qué modo los sujetos afectados se apropiaban, reconocían, incorporaban los mensajes recibidos y cuáles eran sus posibilidades de intervenir en la explicitación del problema. En esta línea la tercera pregunta estuvo ligada a pensar en posibles modos de encuentro entre la población y los servicios de salud desde un modelo más cercano a lo participativo que a lo normativo.

### CONSIDERACIONES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

Los problemas vinculados a la salud-enfermedad, son abordados desde una perspectiva socio-epidemiológica, ya que no se piensan como hechos puntuales, independientes de su inserción en un determinado contexto social, cultural y político.

Un sujeto se estructura como tal desde un Otro, desde una historia que lo precede, desde una realidad e inserción social que lo condiciona.

Hablar de proceso de salud-enfermedad supone admitir la existencia de un conjunto de valores que interactúan en cada sujeto y en la construcción de la enfermedad. Construcción en la cual se distinguen representaciones y prácticas de compleja articulación que van adquiriendo formas diversas de ordenamiento simbólico en las que intervienen las opciones materiales concretas que los sujetos disponen y un conjunto de recursos subjetivos ligados a la propia historia y entramados con lo social (Herzlich C 1991).

Es decir, en torno al proceso de salud-enfermedad se organizan gran cantidad de simbolizaciones, representaciones y prácticas diferenciadas que se estructuran sobre la base de los discursos científicos y colectivos de manera conjunta y que se expresan en el modo de reconocer los problemas, en la definición de los mismos, la identificación de necesidades y la concreción de comportamientos que los resuelvan.

El abordaje interdisciplinario propuesto pivotea sobre el concepto de *representación*, el cual tiene crucial importancia en los campos de la antropología y el psicoanálisis. Sin perder la especificidad de cada disciplina, se entiende por representación al conjunto de procesos subjetivos articulados que implican modos

de percibir, categorizar y significar los diversos campos de la vida social (Birman J 1991). Constituyen una organización compleja de certidumbres, creencias y valores que se encuentran en el sujeto y que pueden orientar sus estrategias de acción. Su articulación con las prácticas sociales que las definen y son definidas por ella está siempre mediada por categorías históricas y ligadas a la subjetividad.

Este tipo de aproximación permite hacer lugar al abordaje con los sujetos de cuestiones respecto a su implicación en determinada problemática, al proceso de construcción de los propios saberes y a sus valoraciones acerca de los otros significativos con los que interactúan, resituando, en este caso, el problema a abordar más próximo a la realidad cotidiana y a los discursos que la animan.

Esta perspectiva de análisis se instrumentó a través de diferentes actividades que al mismo tiempo se definieron como modalidades de intervención. El trabajo grupal, el estudio de casos y las dos actividades de promoción de la salud posteriores a la realización de la encuesta se incluyeron de este modo en el marco de la investigación. La utilización simultánea de varias técnicas facilitó la aproximación a la realidad bajo estudio, abrió la posibilidad de formular nuevos problemas a medida que se desenvolvía el proceso, e intentó aprehender y reconstruir, a partir de los discursos específicos, la lógica subyacente de las acciones, de particular importancia para el logro de cierto impacto frente al encaminamiento de acciones preventivas (Guber R 1991).

Este abordaje fue acompañado de un enfoque crítico de nuestro quehacer, ya que se trató de poner en tensión nuestras hipótesis o supuestos previsorios en un proceso en el que la mutua reflexión, la de los sujetos participantes y la nuestra, como equipo de investigación, pudo ser confrontada.

La investigación misma desencadena una resignificación en los sujetos convocados a iniciar un proceso de reflexión sobre su cotidianeidad, en relación a la problemática planteada por el estudio (Batallán G; García J 1992). Advertidas de ello, nos ubicamos desde una posición que permitió «escuchar» las demandas encubiertas, comprender lo que se ocultaba más allá de lo que se decía, desentrañar lo que ocurría allí donde nada se decía, y analizar las categorías, oposiciones y formas de racionalidad con las cuales los sujetos intentaban traducir y organizar sus experiencias.

El trabajo realizado configura una modalidad operativa posible en el marco de un proceso de investigación-acción. Las bases de esta propuesta transitan el campo de la antropología socio-cultural, el psicoanálisis y la pedagogía nacida con la escuela nueva, apoyándose en diversos autores con planteos tendientes a la participación y a la coinvestigación.

El *trabajo grupal*<sup>3</sup>, que convocó a mujeres

3 El equipo de trabajo estuvo constituido por una psicóloga y una antropóloga que ocuparon indistintamente el lugar de coordinador y escucha-observador de las reuniones. Dado el número limitado de embarazadas infectadas detectadas mensualmente y las dificultades

infectadas y a sus familiares, tuvo como propósito abrir espacio para la espontaneidad, para la construcción conjunta y el intercambio de saberes. Es sabido que toda formación de un grupo parte de la coincidencia espontánea de intereses y que la posibilidad de construcción de este espacio depende desde luego del interés de los participantes por incluirse en un proceso de indagación y reflexión en el que sus motivaciones encuentren sintonía con la propuesta del investigador. El lugar del coordinador, desde una actitud no directiva, funcionó a modo de facilitador de un espacio de diálogo y reflexión. Se desestimó la transmisión de información de modo vertical para no obturar el planteo de interrogantes grupales o individuales y dificultar la explicitación de situaciones singulares. Atender a la naturaleza de las demandas, pero sobre todo, promover su emergencia, fue una consigna central en el trabajo (González Cuberes Ma T 1991).

En el proceso grupal en líneas generales se fueron inscribiendo momentos o instancias que se sucedieron a lo largo de las reuniones. En primer lugar, se trató de encontrar el punto de coincidencia entre lo que se proponía desde nosotras como investigadoras y los deseos expresados por los participantes. Momento que resultó propicio para trabajar en relación a lo que se esperaba, a los miedos y ansiedades que el tema y la situación nueva despertaban.

Las propuestas y las intervenciones de los miembros posibilitaron fragmentar el objeto de conocimiento y reconstruirlo en un nivel que entretreje las experiencias personales de sus miembros y el mismo proceso dinámico del intercambio grupal. La tendencia común fue asemejarse al otro, sentir lo mismo, lo cual dio pie para que cada uno hablara sobre lo propio encadenado a su historia, bajo la ilusión de compartirla con el otro. La comunicación se fue haciendo más fluida y las preguntas se fueron abordando con o sin ayuda del coordinador. El interjuego abierto posibilitó pedir o dar información.

En relación a la enfermedad, fue llamativo encontrar en cada uno de los grupos al menos un miembro que se hizo cargo espontáneamente de transmitir información al resto del grupo, lo cual promovió la circulación y formulación de nuevas preguntas que enriquecieron el proceso de transmisión.

*El estudio de casos*<sup>4</sup> se llevó a cabo a través de una serie de entrevistas en profundidad con mujeres infectadas.

A través de las preguntas planteadas, no se introdujo explícitamente el problema de la enfermedad de Chagas, ya que se proponía crear un espacio donde pudiera dialogarse alrededor de todo aquello que suscitaba la situación de embarazo, parto y nacimiento del hijo. Esta modalidad de trabajo permitió reconocer cuáles eran las cuestiones prioritarias para cada mujer, qué situaciones provocaban mayor movilización subjetiva y de qué manera singular se inscribía la enfermedad de Chagas. Los intercambios se caracterizaron por su espontaneidad y fue la lógica de las mujeres y las asociaciones que libremente establecieron las que organizaron las entrevistas. Instalando la dimensión del diálogo, posibilitando al sujeto dar sentido a su propia palabra al responder a la pregunta que se le presentaba, se puso en juego la posibilidad de no operar desde una posición de ideal, obteniendo respuestas en esa línea.

La continuidad de los encuentros enriqueció el material obtenido en las reuniones grupales, ya que permitió no sólo su profundización sino el surgimiento de otras problemáticas vinculadas tanto al proceso de embarazo y parto como a la relación con los servicios de salud.

Por último, las actividades de promoción y prevención de la salud<sup>5</sup> se enmarcaron en una concepción del conocimiento donde a partir del rescate del propio saber con que el sujeto cuenta acerca del tema a abordar se despliega una forma de intercambio cuyas características dependen fundamentalmen-

---

des que se vislumbraron en los momentos anteriores de la investigación respecto a la continuidad y seguimiento de los controles en el proceso de atención, se resolvió convocar a la totalidad de las mujeres seropositivas (embarazadas y puérperas). La convocatoria a las reuniones se realizó a través del envío de cartas al domicilio en las que se las invitaba a integrarse al grupo de trabajo y se explicitaban los objetivos de la propuesta. Para la realización de las reuniones grupales se dispuso de un ambiente en el Hospital Roque Sáenz Peña habitualmente utilizado como aula para el dictado de clases y/o cursos. El tiempo de duración de los encuentros fue de aproximadamente dos horas y en su transcurso se sirvió una merienda. La frecuencia de las reuniones fue semanal y, si bien la participación estuvo sujeta al interés que despertó el trabajo, se estimuló al grupo a concretar al menos tres reuniones.

Se conformaron tres grupos, algunos de cuyos integrantes fueron variando a lo largo de las reuniones, aunque permaneció estable la cantidad de aproximadamente diez personas en cada grupo. Uno de los grupos pudo concretar cuatro reuniones y los otros dos, dos y tres respectivamente, totalizando nueve encuentros.

4 El estudio de casos estuvo a cargo de una psicóloga y una antropóloga, las mismas que coordinaron el trabajo grupal. Para la selección de las mujeres se tuvo en cuenta su participación en los grupos y fundamentalmente el interés demostrado por ellas en profundizar lo abordado a nivel grupal.

Se trabajó con cinco mujeres, realizándose tres entrevistas de una hora aproximada de duración con cada una de ellas.

Los encuentros transcurrieron tanto en el domicilio de las mujeres como en el Hospital durante la internación del post-parto, en función de la factibilidad de su concreción.

5 Las actividades de promoción y prevención de la salud estuvieron a cargo de las auxiliares de investigación y consistieron en dos encuentros puntuales (durante el embarazo y una vez nacido el niño) con las mujeres infectadas realizados en sus domicilios. Se dialogó sobre el cuidado de la salud de la madre y el niño frente a una posible infección y se prestó especial atención a experiencias previas y a la forma en que habitualmente resuelve los problemas de salud. El material surgido en este espacio, comentarios e impresiones, se recuperó en forma escrita y se registraron expresiones textuales junto con los contenidos trabajados. La información transmitida se acompañó con la entrega de un folleto donde se precisan y reiteran datos sobre la enfermedad. La organización del material registrado se llevó a cabo con la utilización del software TEXTBASE ALPHA.

te de la singularidad del sujeto a quien va dirigida la «actividad». Desde esta perspectiva no se trata simplemente de brindar información sino de instalar un clima de diálogo que abra la posibilidad de dar respuesta a interrogantes en torno a la enfermedad y señalar la importancia de los controles de la madre y del niño frente a una posible infección.

## HACIA UNA CONSTRUCCIÓN DE LA ENFERMEDAD

### De la comunicación al diagnóstico

Vinculado al proceso de construcción de representaciones y a las estrategias inmediatas respecto al propio cuidado de la mujer y al seguimiento del niño, se plantea con énfasis la cuestión del diagnóstico de la infección chagásica. Para abordarla es importante partir del momento mismo de su comunicación.

La comunicación segura y rápida del diagnóstico de Chagas a las madres seropositivas estuvo en su mayor parte a cargo del equipo de investigación, advertido de lo que esto significaba.

Diagnosticar es una tarea considerada inherente a la práctica médica, consensuada y refrendada socialmente. A ésta se le asignan funciones específicas no transferibles a otros debido al peso del modelo médico predominante que tiende a la centralización del saber técnico considerándolo de su exclusiva competencia. Nuestra pregunta desde nuestro lugar no médico fue, no sólo cómo llegar a formular el diagnóstico de infección, sino también cómo transmitir información a fin de establecer un plan terapéutico basado en el diagnóstico y llevarlo a buen término (Rimbault G 1989).

Y aquí surge un primer obstáculo que merece una reflexión. M., en la primera reunión grupal a la que asiste dice: «No entendí cómo los médicos no me dijeron» y luego agrega «Estoy con duda si tengo realmente eso». En la segunda reunión pregunta: «¿No está en los médicos el decirlo? ¿Cómo el médico no me lo dijo? Si fuera una enfermedad grave me lo tendría que decir... No me iba a quedar tranquila hasta que mi médico me lo dijera y me sacara todas las dudas».

Efectivamente no es lo mismo escuchar a un médico sancionar un diagnóstico que a alguien que no lo es y lo mismo respecto de la información que se recibe sobre la enfermedad. Este tercero no-médico, que porta y transmite un mensaje clínico, ya sea referido a la salud o a la enfermedad, es descalificado y objeto de dudas porque su conocimiento técnico no es considerado pertinente a tal función y no se halla convalidado por la normativa social. Además, tampoco se reclama a cualquier médico sino a aquél con quien se ha establecido algún vínculo personal y a quien se atribuye responsabilidad y compromiso.

*«El que me lo tendría que haber dicho es el médico que me atiende, el que pidió y recibió el análisis».*

Uno de los maridos, que en determinado momento se hace cargo de transmitir al resto conocimientos acerca del tema, dice:

*«Lo interesante sería que viniera un epidemiólogo que explique que la enfermedad no es grave, que no hay riesgo inminente de muerte».*

La función de explicar o informar es situada claramente del lado médico e invalida el propio saber. Esta función del médico en algunos casos es reconocida y valorada, y no deja de tener efectos tranquilizadores para algunos que dicen:

*«El médico me dijo que me quede tranquila, que haga control... que morirme no me voy a morir» a lo cual otra mujer agrega: «Mi médica me derivó a la Dra. ... (Clínica Médica)».*

También en otros casos es cuestionada:

*«La Dra. no me dijo nada, ni siquiera me revisó, no me dio nada»,*

*«No podés hablar con el pediatra, se te escapa, no te explica».*

Se reclama una práctica médica claramente puesta del lado de la cura, vinculada a la manipulación del cuerpo y a la prescripción de medicamentos. Estas prácticas definirían más claramente a la enfermedad y otorgarían significación a ese «tener Chagas», facilitando la construcción del lugar del enfermo. Surge como propuesta incluir en una de las reuniones grupales la presencia de un médico, quien estuvo a cargo de aclarar dudas y responder preguntas en relación a cuestiones estrictamente médicas.

Los comentarios y las preguntas formuladas giraron en torno a cómo se adquiere y transmite la enfermedad, la seguridad en la determinación del diagnóstico, sintomatología, tratamiento y cura en adultos, niños y bebés, vida cotidiana, gravedad y muerte. Los mismos se fueron articulando entre sí cobrando especial importancia la cuestión del contagio.

*«¿Solamente se contagia cuando pica la vinchuca...?»*

*«¿Cómo me contagié?. Yo tengo dos opciones: cuando hace siete años estuve en Santa Fe o con la transfusión de sangre que me hicieron. ¿Qué tengo que hacer?».*

*«No viviendo en esos lugares y teniendo la enfermedad, ¿Cómo se adquirió?»;*

*«Si el contagio viene por la transfusión de sangre, ¿cómo es posible que no haya responsabilidad?, se supone que tiene que estar controlada».*

*«¿Sólo se curan los bebés menores de un año?»;*

*«La vida del chagásico es normal, puede afectarte más o menos. No te conduce a la muerte».*

En consonancia con lo planteado, la recepción del diagnóstico provoca extrañeza, como si el sujeto no pudiera incorporar a su subjetividad esta información. Las preguntas que quedan silenciadas son: «¿yo?»; «¿a mí?», como si el sujeto se ausentara, sin posibilidades de representarse en lo enunciado. Con extrañeza se reitera la misma pregunta una y otra vez: «¿Cómo pude contagiarme?», que al ser devuelta reenvía al sujeto a su historia en busca de alguna respuesta lógica que explica el presente.

Esta extrañeza se agudiza ante la ausencia de sintomatología y por el modo bajo el cual se confirmaba la enfermedad, sólo a partir de un diagnóstico

serológico y en general sin mediación de la palabra del médico. Preguntas como «¿qué síntomas trae?» y «¿únicamente con análisis se sabe?» se repiten con insistencia como intento de inscripción de una enfermedad ante la ausencia de localización de un signo a nivel del cuerpo o una palabra de alguien a quien se supone saber.

Nada especial se siente en ningún órgano y no se necesita tampoco de la exploración clínica del cuerpo para diagnosticar. Esta doble ausencia potencia la extrañeza y la dificultad de la construcción simbólica de la enfermedad. Al no existir corroboración empírica desde el lenguaje de los síntomas ni códigos comunes con la definición de la enfermedad que se realiza desde la perspectiva médica (*disease*), imaginarse a sí mismo como enfermo y adoptar prácticas pertinentes a dicha definición resulta casi imposible.

En el caso particular de las embarazadas multiparas, la ausencia de pedidos serológicos de la enfermedad de Chagas en embarazos anteriores, provoca aún mayores dudas respecto al actual diagnóstico. También se esbozaron *reclamos dirigidos a los servicios*:

«Ahora se me dio el caso, ¿por qué?».

«¿Cómo no me enteré antes?».

«¿Qué pasó con los otros embarazos?».

La condición de infectada chagásica es nueva en la mayoría de las mujeres y representa una disrupción repentina con la representación que se tenía del cuerpo, de su propio proceso de salud-enfermedad y del niño. Resulta difícil para los sujetos encontrar un anclaje de este «estar enfermo» enunciado por otros en su historia personal, e impulsar un proceso de construcción de un nuevo posicionamiento frente al cuidado de su salud, la de sus hijos y ante los servicios de atención médica.

En las reuniones efectuadas, cuando el grupo formula estas dos preguntas: «¿cómo me contagié?» y «¿qué hago?», se propone trabajar en base a ellas articulándolas entre sí.

La reconstrucción de lo sucedido a partir del propio pasado se instala como intento de enlazar desde lo singular algo que viene desde afuera y explicar el presente, otorgándole una significación.

El no sentirse expuesto a ninguna o a alguna de las vías de transmisión de la enfermedad, refuerza la «negación» de la posibilidad de infección y en consecuencia del diagnóstico recibido, aún cuando se hace referencia a otros miembros afectados pertenecientes al grupo familiar.

En relación a *hacer posible*, una mujer dice, generalizando su opinión al resto del grupo:

«Si hubiésemos tenido miedo no estaríamos acá».

Este enunciado nos indica que el miedo puede paralizar o bien producir interrogantes, crear alguna expectativa, aún cuando en el discurso circule el malentendido, el olvido, la sordera. Poner en juego lo no-escuchado, lo olvidado, lo mal-entendido, una vacilación, dudas, preguntas, permite ubicar al sujeto y abrir así paso a una intervención.

Es llamativo escuchar a las madres acerca del

«miedo por lo que les puede pasar». Subrayamos el les porque nos indica que el problema preocupa en los otros, el o los hijos, más que en uno mismo. En este sentido, respecto del seguimiento y los controles médicos aparece como prioritaria la necesidad de atención del niño.

«... después también yo», agregan las madres.

«Me asusté, no sabía nada, pensé en mis hijos...

¿qué les puede pasar?».

«Sentí miedo...».

Miedo..., susto..., que lleva a interrogarnos acerca del modo singular en que se presenta en cada una de estas madres, a qué se articula y hacia dónde conduce. ¿Sentir miedo conduce necesariamente a pensar que la posible transmisión de la infección chagásica al niño es vivida como problema?. A simple vista pareciera no existir registro efectivo de la situación de riesgo. Y decimos efectivo porque dicha preocupación por los hijos se pone en juego de manera casi exclusiva en lo verbalmente enunciado más que en la concreción de las prácticas indicadas.

«Estoy tratando al nene, después yo también».

«Quiero lo mejor para mis hijos, me ocupo mucho de ellos, son todo para mí».

«A este lo voy a traer mañana sin falta para los análisis... ¿cómo era lo de los análisis?».

En muchos casos, estos comentarios a la hora de ser contrastados con las prácticas registradas, ponen de manifiesto la ausencia de controles y demuestran ser sostenidos en función de un «deber ser». En este sentido, sólo la suspensión de un juicio que desvíe de cualquier posibilidad de adoctrinamiento, abrirá un lugar a la palabra y a preguntas que conduzcan a darle sentido a la «acción».

### De la transmisión de la información

A lo largo del estudio y del análisis de los temas abordados en los diversos encuentros surge la siguiente observación: aún cuando el médico o el equipo de investigación haya dado una información clara y completa; a menudo, transcurrido cierto tiempo, se escucha cómo la paciente hace las mismas preguntas a las que se creía haber dado respuesta.

Cada una de las informaciones que brindan, tanto el equipo como los médicos, pasan a través de filtros personales, cuyo abanico es infinito, y en los cuales esas informaciones son escuchadas, integradas, deformadas, «irreconocidas», olvidadas, anuladas (Rimbault G 1989). La historia personal, el encuentro de diversas lógicas, el capital simbólico del sujeto, las categorías cognitivas con las que cuenta operan de este modo «singularizando» toda apropiación.

En este sentido, consideramos que la información que se transmitió en forma oral y escrita, en los diversos momentos del estudio, produjo algún tipo de «marca» a partir de la cual se pudo localizar a nivel del grupo diferentes movimientos discursivos como modo de asimilación de la enfermedad. Estos se expresaron en:

- Búsqueda de semejanzas, parecidos o diferencias con otras enfermedades para nombrar lo

nuevo. Es interesante destacar que existía por parte de algunos sujetos una necesidad permanente de remitir o comparar esta enfermedad con otras, en particular el SIDA, la fiebre hemorrágica o la hepatitis. Estas enfermedades transmisibles tienen hoy una clara presencia en el cuerpo social y en los medios de difusión, organizan la realidad de la experiencia y estructuran las concepciones colectivas, en este caso referidas a la gravedad adjudicada a cada una y a la posibilidad de la muerte.

«... Por la sangre, se contagia como el SIDA».

«La fiebre hemorrágica es mucho más peligrosa que el Chagas».

«Un enfermo de Hepatitis va al cajón».

«Esto no es como el SIDA».

- Plantear la enfermedad como incógnita, lo cual conduce a rastrear en la historia personal o en la de otros significativos, marcas que la descubran.

«Tengo un cuñado con mal de Chagas, yo no sabía... me enteré cuando me dijeron a mí, lo tiene en el corazón, no se me da por preguntarle».

«Mi mamá nació en Entre Ríos, Nogoyá y cuenta que vivían en un rancho de paja y mataban muchos de esos bichos llenos de sangre, 2 de mis hermanos tienen, bien podríamos tener los 7, yo creo que me lo contagié así».

«Mi cuñado tiene eso y siempre se hace controlar».

Estos actos o movimientos discursivos apuntan a la búsqueda de significaciones frente a la necesidad de «entender», de «anudar», de encontrar una lógica a lo que se dice que está sucediendo. La información tal como se transmite se presta admirablemente a la reinterpretación, a la selección de los términos que resultan más conocidos en función de los saberes y experiencias previas y a la adjudicación de valores que se correspondan con el propio universo de pertenencia simbólica.

Por lo tanto es importante considerar que el hecho de que esas informaciones con frecuencia estén cercanas al conocimiento científico, no significa que esa «verdad» se corresponda con la «verdad» del sujeto, con su íntima convicción. Frente a las mismas se eleva y resiste paralelamente y de manera más o menos conciente, un fenómeno de creencia, un acto de fe (Rimbault G 1989).

Se asiste de este modo a un emplazamiento de toda una serie de mecanismos de defensa contra la aceptación de la realidad, que van desde la incompreensión hasta la deformación de la información, desde la falta de reconocimiento hasta la denegación, que en parte se apuntalan o afianzan en la desmentida empírica que ofrece la asintomatología de la enfermedad de Chagas y que se constituye en criterio de verdad. «Verdad» que inmoviliza tanto la formulación de nuevos interrogantes, como la adopción de acciones preventivas.

Localizar la existencia de estos mecanismos de defensa que bloquean e interfieren la construcción subjetiva de la enfermedad, es la tarea que se propone a partir de dejar que las pacientes hablen, escuchándolas.

En lo escuchado y observado encontramos que tal o cual madre opone (o propone) sus propios saberes al saber médico, acompañándolo con cierta representación fragmentaria de la enfermedad en frases como:

«Tengo un poquito de Chagas».

«Me dijeron que lo tengo en el brazo».

«Mi hijo mayor tiene, me dijeron que no era mucho».

Otra madre se pone al abrigo de aquello atribuido a sí misma diciendo:

«Mi marido no sabe nada que tengo esta enfermedad, a él no se lo dije, a ver si lo contagio, prefiero que Ud. no venga a mi casa. No quiero que se entere mi marido... Para colmo el bebé tiene la misma sangre que yo», afirmándose como única culpable de lo que le puede pasar a su hijo o eventualmente a su pareja e hipotetizando acerca de una supuesta transmisión sexual.

Aparecen mecanismos de retractación o denegación de la realidad que permiten conservar la creencia de estar sano que se instala y funciona de modo particular en varios sujetos. ¿Pero dicha creencia se conserva intacta?. Es como si se conservara al mismo tiempo que se abandonara. Y es así como en el trabajo, los sujetos vacilan entre una impresión de extrema superficialidad y una sensación de profunda extrañeza. Lo cual nos involucró como investigadoras en tanto nos encontramos en la interesante posición de no saber si lo que decíamos era considerado como algo muy familiar y evidente, o como algo absolutamente nuevo y asombroso.

Junto a esto aparecen fenómenos de deformación de la información. Dice una madre:

«La chica que fue a encuestarme me dijo que no podía dar de mamar a mi bebé».

Otra mamá dice:

«Yo hace mucho ví en la TV un programa de Chagas y se había muerto una persona y me quedé impresionada; le sacaban una bolsita llena de parásitos».

Estas formas discursivas no cuestionan la validez de un modelo médico que explica la enfermedad desde un saber científico objetivable y legitimado socialmente. Muestran la dificultad de una adecuada construcción de una «illness» en ausencia de referentes subjetivos previos, que operen como puntos de anclaje.

Frente a este lugar vacío es imposible que la información que se transmita, constituya «algo» significativa en la subjetividad, que promueva alguna práctica nueva en relación a los cuidados de la salud y a la relación con los servicios de atención.

Por lo tanto no basta con transmitir unos conocimientos para que, en ese mismo momento, queden reguladas y homogeneizadas las prácticas de los sujetos. El hecho de exponer un conocimiento o una conducta deseada no implica necesariamente que sea adoptada.

Esto nos lleva a preguntarnos por las condiciones objetivas en que generalmente se realiza la difusión de determinadas normas de cuidados de salud. En general aparecen impuestas desde el exterior por

especialistas de instituciones médicas, instancias legítimas de difusión, que muchas veces entran en competencia con las normas más antiguas o habituales que preserva y propaga el medio familiar y social y que son sentidas como propias y consideradas eficaces (Bolstansky Luc 1974).

Las encuestas, los encuentros educativos, el trabajo grupal, las entrevistas individuales pretendieron acompañar el proceso de construcción de la enfermedad, promoviendo mecanismos de apropiación de nuevas prácticas respecto al cuidado de la salud.

### De la relación médico-paciente

Así como se reclama un médico al momento de comunicación del diagnóstico, en relación a un *hacer posible* respecto a la enfermedad también se recupera la palabra del médico, por lo que ésta dice o por lo que omite.

*«Los médicos dicen que nos quedemos tranquilas, que hagamos control», a lo cual otra agrega: «me dijo que viniera a la charla, que morirme no me voy a morir».*

Sin embargo las pacientes han planteado cierta dificultad en la instalación de un diálogo, o al menos en plantear alguna pregunta:

*«Yo no me atrevo a preguntarle demasiadas cosas»,  
«Me da no sé qué preguntarle»,  
«No me da suficientes explicaciones».*

Esta denuncia de la escasa palabra médica indudablemente aumenta el desconcierto de las pacientes ante la enfermedad, y fomenta la instalación de mecanismos de defensa. Sólo parecen recibir órdenes, sin comentarios acerca de las razones y los conocimientos que fundamentan y dan sentido a las normas prescritas por el médico.

De todas maneras las pacientes reconocen prestarse fácilmente a esta situación y permanecer humildes, amables y silenciosas, sin perturbar con sus observaciones y preguntas el orden establecido, respetando la escasa duración de cada entrevista. Dice N.:

*«El tiempo no me alcanzó para preguntarle las cosas que quería saber de la nena. No me gustó, ahora me dieron otro pediatra».*

Cuando las mujeres relatan la consulta, repiten lo que recuerdan haber escuchado —fragmentos de palabras y de términos científicos enunciados en desorden y casi con vergüenza, o mal enunciados, desarrollando un discurso entrecortado y desprovisto de coherencia aparente— o se limitan a describir lo que el médico les hizo, las instrumentaciones a las que sometió su cuerpo, sin buscar, en apariencia, desentrañar el sentido de esas instrumentaciones.

### Del encuentro con los servicios de salud

Sin duda los servicios de salud se vinculan activamente a las prácticas de la población, interviniendo como mediadores. Una de las modalidades que adquiere dicha mediación es el discurso médico sobre el «deber ser de una madre». Este discurso preventivista enfatiza la lactancia materna y la asis-

tencia a los controles como normativa universal. En general es transmitido a las madres como prescripciones rígidamente normatizadas, acompañadas de prejuicios que las convierten en sospechosas de incumplimiento de las indicaciones médicas.

En este sentido, una madre durante su internación en el puerperio dice:

*«El médico no me cree que no tengo leche. Que lo mismo me pasó con los otros chicos, ellos siempre creen que una no quiere darles el pecho».*

Otras, sorprendentemente, al no poder cumplir con las normas admitidas por el cuerpo médico y al no sentirse escuchadas en su historia personal, pensaron en la huída del hospital para poder establecer sus propias normas y recuperar sus experiencias previas y su protagonismo como madres.

*«Nos dicen que no nos pasemos los chicos a la noche de cama en cama para que otra le de el pecho, pero algunos lloran todo el tiempo y no todas tenemos leche».*

*«Yo pensaba irme de aquí (se refiere a fugarse del hospital sin esperar el alta médica) para que la nena pueda comer, en casa le doy leche rebajada con agua, aquí hace dos días que no come y llora, pero a mí no me creen».*

Estas y otras prácticas, al ser interrogadas, pertenecen al terreno de lo que «se dice», «se hace así», haciendo referencia a ese amplio conjunto de cosas sabidas de oídas, practicadas por costumbre, cuya realidad nunca se pone en cuestión y que no tienen que ser necesariamente ciertas o falsas por completo.

En relación a los controles de la infección chagásica del niño, su escasa presencia alude a que su salud en general no sea motivo de preocupación por parte de la madre. Las mismas acuden a los que reconocen como efectores habituales para los controles pediátricos de rutina, incorporados a su cotidianidad como referentes institucionales y donde los distintos aspectos del proceso de atención les resultan familiares.

Respecto del Hospital, si bien la atención médica es positivamente valorada, se enumeran aspectos organizativos que desalientan su utilización: el hecho de «tener que levantarse temprano para llegar a las 6 para sacar turno», «tener que esperar mucho». A lo cual se suma en las mujeres que viven fuera de Rosario las dificultades impuestas por la distancia.

En relación a la atención del médico, una madre dice:

*«Me atendieron mejor los doctores que la doctora. Ella atendía rapidito, cuando se me ocurría preguntar algo, ya estaba afuera». Y otra dice: «Me gusta la atención, principalmente de la Dra. M. No me gusta la Dra. G., cómo atiende a la gente, el trato».*

Y otras agregan:

*«los médicos son buenos», «me gusta la atención, no me puedo quejar», «hasta ahora estoy conforme, salvo algunos casos... A veces te hablan mal, son personas de mal carácter, te hablan como sobrándote, queda mal... Había mucha gente y no te atendían».*

Estas madres que valoran, que emiten comen-

tarios respecto de la atención que reciben, plantean tanto su disconformidad como su valoración, su predilección en elegir tanto al médico como a uno u otro servicio de atención.

Hay razones claras que acompañan la preferencia por «el dispensario»: «Dan la leche para los chicos», «no tengo que ir tan temprano», «hace dos meses que no hay leche en el Hospital», y fundamentalmente «porque les queda más cerca o más cómodo». Una madre dice:

*«Uno de mis hijos falleció a los ocho meses. Parece que fue un Decadron para adultos que le inyectaron en el dispensario. A pesar de eso, cuando tengo algún problema los llevo ahí porque me queda más cerca».*

Específicamente, acerca de la cuestión de la enfermedad de Chagas aparecen quejas, críticas y hasta desilusión frente a la ausencia de información. Una mujer dice:

*«Cuando me dicen que me van a repetir el análisis de Chagas le cuento a mi mamá para que me diga qué me puede pasar, en el Hospital no me dieron ninguna información»; «la verdad que esto de que tengo Chagas no lo sabía, nadie me lo dijo, si no fuera por ustedes ni siquiera nos enterábamos»; «estoy muy mal, mi médico no me dijo nada».*

A lo expresado se suma la falta de reactivos en laboratorio y la débil presencia de la enfermedad como situación de riesgo posible para el niño en las representaciones médicas.

En la relación población-servicios, se trata de poder ir creando una nueva cultura sanitaria, que redefine el papel de los profesionales y de los servicios de salud, ampliando la capacidad de autonomía del paciente. Esto significa otorgarle mayor existencia como sujeto y no como objeto de la norma. Romper la inercia institucional implica abrir un permanente proceso de diálogo del saber técnico con las necesidades, posibilidades y deseos de los pacientes y su familia, promoviendo intercambios mutuos.

Esto implica previamente, la configuración de espacios donde los profesionales y técnicos de los distintos servicios puedan incluirse con sus propios descontentos, necesidades y perspectivas. Trabajo de largo aliento que apunta a favorecer la progresiva constitución de usuarios y profesionales de salud para el accionar autónomo y solidario. Desafiante tarea, ya que incluye una necesaria lógica de construcciones, re-conocimientos, deconstrucciones y reconstrucciones, sin eludir enfrentarse con el micropoder que significa la prescripción-imposición, el «deber ser», y la naturalización del propio lugar y el del otro.

Esta perspectiva abarca el cuestionamiento de las absolutizaciones «científicas» y autorreferentes y de la desvalorización automática del «otro» diferente. (de Souza Campos G 1993).

### **De la prevención y el control de la salud**

Pensar en «estar enfermo» se revela como una barrera clara que separa la salud de la enfermedad; el paso de un estado a otro es experimentado como repentino y la tarea del médico, en primer lugar es la

de «remediar» el mal en forma casi instantánea para retornar a la vida activa.

Por lo tanto, recibir un diagnóstico de Chagas sin que se acompañe de un tratamiento o de medicamentos, sólo un diagnóstico acompañado por normas de vida, viene a imponer algo diferente. ¿Cómo concebir que se está enfermo si uno se siente bien, puede trabajar, y no hay interrupciones en la vida habitual?. Si el médico no habla más que de realizar controles periódicos y «sólo me revisa». Tener buena salud significa, en esa lógica, poder hacer uso habitual y familiar del cuerpo, vivir «normalmente», por lo tanto, olvidar el cuerpo, olvidar de controlar el cuerpo.

Al pedir a los sujetos que se sometan a visitas médicas regulares, se les exige que adopten una actitud de «previsión» con respecto a la salud y la enfermedad. Pero para muchos de ellos, ir a consultar regularmente al médico aunque no se sientan enfermos constituye una conducta inútil y casi absurda. Una norma de control preventiva cuyo objeto no es curar el mal actual sino prevenir un mal mayor, suena a muy irreal en la medida en que no se evita la enfermedad. Su eficacia es sólo probable, mediata y estadística. Para quien desconoce la enfermedad no hay, en efecto, ninguna relación comprensible entre los controles y la prevención de enfermedades.

Sin embargo, cuando los sujetos adoptan y aplican a pesar de todo las normas sugeridas, las mismas no aparecen investidas de valores, no están acompañadas por un discurso justificador. Los controles quedan entonces como algo impuesto por la necesidad del momento, son reacciones mudas ante las exigencias de la situación.

Construir estrategias de anticipación a la aparición de sintomatología, requiere de la posibilidad de planificar acciones con conciencia de los fines, con cierto nivel de abstracción y visualizándose el sujeto como movilizador de su propia situación. Esta modalidad de pensamiento nada tiene que ver con la forma en que transcurre la vida en contextos de pobreza, donde se trata de satisfacer necesidades inmediatas, salvando como sea posible la inestabilidad laboral, buscando reaseguros en redes familiares y sociales que permitan afrontar las situaciones de transitoriedad y de mayor grado de conflicto.

En una villa miseria, la madre de una adolescente embarazada con infección chagásica dice:

*«Yo en casa, recibo a gente que no tiene adónde ir, la abuela (se refiere a una Sra. de mayor edad) estaba sola en el hospital, me dejaron a una chica de 14 años embarazada que no tenía adónde ir, yo la cuidé y la acompañé; después el padre la vino a buscar y me la sacó...».*

Frente al problema de Chagas y su posible transmisión al bebé, este panorama no cambia sustancialmente. Durante el proceso de investigación si bien se abrió un espacio importante donde unos y otros pudieron escucharse, las intervenciones realizadas fueron recepcionadas en parte también como prescripciones del exterior, de la investigación, del deber ser y hacer.



«Lo voy a llevar (al bebé) la semana que viene sin falta».

«Yo me ocupo mucho de la salud de mis hijos».

«Quédense tranquilas, que el sábado voy».

«Mis hijos son todos sanos».

«Tienen todas las vacunas puestas».

Nuevamente, encontramos respuestas acordes al modelo médico aunque las prácticas concretadas poco tuvieron que ver con ellas.

A partir de lo expuesto, podemos decir que la cuestión de la prescripción, entendida como imposición que caracteriza fundamentalmente la relación con los servicios, y la presencia de una enfermedad muy difícil de construir y subjetivar fueron dos elementos que confluyeron y condicionaron un seguimiento escaso de los controles del niño.

En relación a los *controles y cuidados de salud de la madre* durante el embarazo es llamativo encontrar en general pocos comentarios. Sólo una de ellas claramente manifiesta: «No controlo mis embarazos, soy muy vaga... voy cuando estoy de última».

Las concepciones acerca del *control y cuidados de salud del niño* aparecen claramente ligadas a la vacunación, al pedido del médico y a la ocurrencia de enfermedades. «Ser sanito» —«estar vacunado»— «no enfermarse nunca» son construcciones que aparecen asociadas entre sí, remitiendo unas a otras.

En tal sentido, es interesante remarcar cómo la idea de «estar controlado» se vincula a la de «estar vacunado», como si la vacunación misma del niño (que debe cumplir con sus esquemas) garantizara el cuidado, el «ser fuerte y sanito» y al mismo tiempo le impusiera cierto ritmo a los controles (pero sin quedar claro si los mismos se efectivizan o no).

El discurso de estas madres deja entrever que se efectúa cierta transmisión médica de la norma. Saben que los controles deben cumplir con cierta periodicidad, a la cual aluden con más o menos especificaciones: «una vez por semana, cada 15 días, una vez por mes», «todos los meses hasta el año», «como el médico me dice». Normas que se flexibilizan a medida que se tienen hijos y se adquiere experiencia. Dice una madre:

«Estoy acostumbrada a criar chicos, ya estoy ducha en el tema, mis hijos son sanos, jamás se han enfermado, ...».

Algunas madres sitúan el control del niño en relación a la dación de leche<sup>6</sup>. En este sentido el cumplimiento de dichos controles entra en estrecha relación con la disponibilidad de leche.

En particular en el segundo encuentro educativo surgen espontáneamente alusiones a la lactancia, a la cual se le atribuye gran valor e importancia. Claramente en el recién nacido «estar bien alimentado» se relaciona con «tomar el pecho». Una de las madres dice en relación a sus hijos:

«Les doy de mamar hasta los dos años, a no ser que quede embarazada».

En las mujeres con localización fuera de Rosario, las escasas alusiones a los *controles maternos* aparecen acompañadas por un intento de justificar el incumplimiento de los controles médicos: «de dejada», «debería haber ido más veces pero no puedo porque tengo 6 chicos y...». Llamativamente no plantean dificultades impuestas por la distancia y la mayor parte de ellas registra controles obstétricos en el Hospital.

La idea de *control de la salud del niño* después de los primeros meses aparece con mayor frecuencia «naturalmente» ligada a la ocurrencia de enfermedades o a la vacunación. Nos dicen:

«Llevo a mi hijo al médico sólo cuando tiene algún problemita»; «... cuando se enferman o cuando me entero que hay una campaña de vacunación», y en menor medida «cada vez que me dicen».

Todas ellas dicen asistir a los centros de salud más cercanos y mencionan dificultades impuestas por la distancia y por el trabajo doméstico sólo cuando se les pregunta acerca de su concurrencia al Hospital:

«Tengo muchos chicos que cuidar, no siempre se me hace posible ir al Hospital».

Nuevamente, respecto de la enfermedad de Chagas es importante remarcar que las mujeres que no conocían su diagnóstico demuestran mayor preocupación e intranquilidad frente a la enfermedad, piden explicaciones y precisiones acerca de los controles clínicos y plantean con mayor inquietud el tema del *contagio*, haciendo jugar la posibilidad de transmisión a través de relaciones sexuales, a través de la madre o simplemente diciendo:

«... la verdad que no entiendo cómo pude contagiarme».

En las mujeres multíparas, tener Chagas ahora, próximo al nacimiento de otro hijo cuando ya tienen varios «y nunca salió nada», plantea dudas o cierta negación. En varios casos enterarse acerca de la posible transmisión congénita las lleva a realizar análisis a sus otros hijos. Concluyen:

«Dieron negativo».

Las primíparas por su parte son las que demuestran mayor sensibilidad, susto y miedo frente a la comunicación diagnóstica.

En general estas mujeres se refieren en mayor medida a la asistencia a los controles clínicos o bien despliegan las razones que impiden dicho control, que se repiten cuando aluden al no cumplimiento de las prácticas pediátricas solicitadas:

«... tantos problemas tenemos, ahora nos tenemos que mudar...»; «me es imposible moverme ahora, mi marido está trabajando. La semana pasada no tenía plata, por eso no fui, es tan lejos»; «Yo no puedo ir

6 Un programa de complementación alimentaria para embarazadas y niños menores de dos años que se viene desarrollando en los centros de salud y hospitales municipales y provinciales y que consiste en la entrega de un kilo de leche en polvo por cada niño o embarazada al mostrar el carnet donde se hallan registrados los controles médicos.

*a controlarme por problemas de familia»; «estoy con algunos problemas, empecé a trabajar y el Hospital me queda muy lejos».*

Es interesante observar de qué modo el resultado del primer análisis parasitológico del niño (y en algunos casos del electrocardiograma en el caso de la madre) tranquiliza, hace que la enfermedad «ya no preocupe tanto», lo cual viene a ser reforzado por la buena salud de la cual gozan sus otros hijos.

Las madres de los niños que no tienen ningún análisis registrado, prometen, dicen «lo voy a llevar» y plantean sus problemas, y otras aluden no saber o nos hablan de cierta fragmentación en la información que reciben del médico: «La Dra. me dijo que por ahora no, que es muy chiquita».

De todos modos de una u otra manera expresan: «Quiero lo mejor para ellos, son todo para mí».

### CONCLUSIÓN

El material obtenido, nos muestra que no sólo la población en su gran mayoría desconoce y carece de información acerca de la enfermedad, sino que también se torna dificultosa cierta apropiación de la misma.

En este sentido, la falta de continuidad y sistematicidad en los controles pediátricos en las mujeres que participaron en las distintas instancias de la investigación, constituye uno de los indicadores más contundentes de la fragilidad de los procesos de subjetivación de la enfermedad.

Aparentemente estos comportamientos revelan la falta de alguna señal de alarma, cierto grado de pasividad o desinterés, a pesar de que circulaban enunciados expresando temor y preocupación.

Pero se puede decir que en las mujeres que participaron del trabajo grupal y del estudio de casos algo ocurrió, algún movimiento se produjo. Los registros revisados revelan que el número de controles pediátricos efectuados por estas madres se acerca o supera la norma establecida y que existe un mayor cumplimiento de los exámenes parasitológicos.

Lo que ellas relataron, confiaron, transmitieron, permitió acceder, al mismo tiempo que acompañarlas, a procesos singulares de construcción de la enfermedad.

En este sentido, el trabajo realizado abrió un

camino que nada tiene que ver con la «vigilancia y el control», ni con el ejercicio de una modalidad de práctica asistencial normativa y autoritaria, ya que ésta estimula en más de una ocasión, la culpabilidad y la huída, aunque sea de manera no deliberada. Por el contrario, el sentido de la intervención apuntó a poder producir interrogantes que rasguen la inmovilidad del paisaje y permitan dar lugar a lo singular, aunque sea a través de la queja.

### REFERENCIAS

- Batallan G y García J. «Antropología y participación. Contribución al debate metodológico». *Publicar en Antropología y Ciencias Sociales* - Revista del Colegio de Graduados en Antropología de Buenos Aires Volumen I, 1992.
- Birman Joel, «Interpretação e Representação na Saúde Coletiva», *PHYSIS*, Revista de Saúde Coletiva, vol. 1, nro. 2. Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 1991.
- Bolstansky Luc. *Puericultura y moral de clase*. Ed. Laia, Barcelona, 1974.
- De Souza Campos Gastão Wagner. «Sobre la reforma de los modelos de atención: un modo mutante de hacer salud». *Cuadernos Médico Sociales* N°s 65-66, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Asociación Médica de Rosario, setiembre-diciembre de 1993.
- González Cuberes María T. *El taller de los talleres*. Ed. Estrada, Buenos Aires, 1991.
- Guber R. *El salvaje metropolitano*. Ed. Legasa, Buenos Aires, 1991.
- Herzlich C. «A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença», *Physis*, Revista de Saúde Coletiva (1) 2:23-34, 1991.
- Kleiman A. «Culture, Illness and Care, Clinical lessons from Anthropology and Cross-Cultural Research», *American College of Physicians. Annals of Internal Medicine* 88: 251-258, 1978.
- Rimbault Ginette. *Pediatría y Psicoanálisis*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1989.
- Torres de Quinteros et al. «Comportamientos migratorios en donantes de sangre y su relación con la infección chagásica». *Cuadernos Médico Sociales* N° 54, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Asociación Médica de Rosario, diciembre de 1990.