



**EL COLEGIO
DE SONORA**

MAESTRÍA EN CIENCIAS SOCIALES

“...Marcada, porque mi sangre se contaminó...”:

**Representaciones y prácticas de las jefas y los jefes de hogares
afectados por el virus del dengue en el municipio de Hermosillo, Sonora**

Tesis presentada por:

Eloísa Aurora Pinto Salinas

Para obtener el grado de

Maestra en Ciencias Sociales

en la línea de investigación Estudios Socioculturales de Salud

Director de tesis: Dr. Rolando Enrique Díaz Caravantes

Asesora: Dra. Patricia Aranda Gallegos

Asesor: Mtro. Pablo Alejandro Reyes Castro

Hermosillo, Sonora

Junio de 2014

Para la luz que ilumina mis días grises, Ginger.

Para mi vida vivida, aunque ya no esté conmigo, Fernando.

Agradecimientos

Al Dr. Rolando Díaz, director de esta tesis, que fue guía en todo el camino de mi aprendizaje, porque sin su ayuda mi estancia en el COLSON no hubiera prevalecido y este trabajo no existiría; gracias por creer en mí.

A la Dra. Patricia Aranda y al Mtro. Pablo Reyes, lectores de esta tesis, gracias por sus comentarios, críticas y sugerencias enriquecedoras que fueron de gran utilidad en el proceso de la construcción de la misma, sin su ayuda nada hubiera sido igual.

A la Dra. Carmen Castro, Dra. Lucía Castro, Dra. Catalina Denman y Dr. Armando Haro, docentes e investigadores del CESS; gracias por depositar en mí el conocimiento a través de sus clases, cada uno de ustedes dejó huellas imborrables.

Al COLSON, mi institución formadora, gracias por acogerme con calidad y calidez durante mi estancia; siempre llevaré en alto su nombre, es un orgullo para mí ser parte de sus egresados.

A Yocelin, Yanelli y Luz del Carmen, mis amigas y ahora colegas, que fueron mi conciencia en esta trayectoria educativa; gracias por compartir tantos momentos conmigo.

A los informantes clave insertos en esta investigación, que me permitieron conocer sus experiencias sobre la enfermedad; gracias por brindarme la confianza y abrirme las puertas de sus hogares para compartir sus testimonios que son el cuerpo y sustento de esta tesis.

Al 13vo Curso Internacional de Dengue celebrado en el Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí" (IPK) en la Habana, Cuba; gracias por introducirme en los temas más relevantes y actuales del dengue.

A CONACYT, gracias por el apoyo financiero, que sin duda cubrió muchas vicisitudes económicas que se tuvieron durante el programa de maestría.

Índice

Agradecimientos.....	iii
Índice	iv
Índice de Figuras.....	vii
Resumen.....	vii
Introducción	1
Capítulo I. Panorama epidemiológico del dengue	5
1.1. Dengue, pobreza y cambio climático.....	6
1.2. Cambios progresivos y recurrentes en el comportamiento epidemiológico	9
Capítulo II. Elementos conceptuales para estudiar las representaciones y prácticas	23
2.1. Representaciones sociales de la enfermedad	24
2.2. Prácticas de atención en la enfermedad	27
2.3. Articulación entre representaciones y prácticas.....	33
Capítulo III. Área de estudio y abordaje metodológico	37
3.1. Área urbana y peri-urbana de Hermosillo como estudio de caso	38
3.1.1. <i>Colonia Insurgentes</i>	42
3.1.2. <i>Molino de Camou</i>	45
3.2. Descripción del abordaje metodológico y del proceso de investigación	48
3.3. Breve perfil de los jefes de hogar	53
Capítulo IV. Causalidad y prevención de la enfermedad desde los actores sociales	61
4.1. Causalidad o etiología de la enfermedad	62
4.2. Forma de transmisión	65
4.3. Prevención: entre la representación y la práctica	71

Capítulo V. Atención de la enfermedad	81
5.1. Diagnóstico de la enfermedad	82
5.2. Atención biomédica durante el desarrollo de la enfermedad.....	88
5.3. Autoatención durante el desarrollo de la enfermedad	93
5.4. Atención de tipo popular y tradicional durante el desarrollo de la enfermedad.....	99
Capítulo VI. Papel de las redes de apoyo y las instituciones en la supervivencia	105
6.1. Impacto de la enfermedad.....	106
6.2. Redes sociales de apoyo	112
6.3. Instituciones.....	115
Capítulo VII. Conclusiones	123
Bibliografía	133
Anexos	141
Anexo 1. Sugerencias para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad	141
Anexo 2. Formato notas de campo	148
Anexo 3. Mini-censo.....	149
Anexo 4. Consentimiento informado.....	150
Anexo 5. Planeación guía entrevista.....	151
Anexo 6. Guía entrevista 1.....	152
Anexo 7. Guía entrevista 2.....	153
Anexo 8. Guía entrevista 3.....	156
Anexo 9. Formato de observación 1	157
Anexo 10. Formato de observación 2	158
Anexo 11. Formato de observación 3	159

Índice de Figuras

Figura 1. Factores de la triada epidemiológica	13
Figura 2. Distribución de zonas en riesgo por dengue.....	15
Figura 3. Distribución de dengue por serotipos en 1970 y 2006	16
Figura 4. Propagación del dengue en América Latina.....	17
Figura 5. Estados endémicos de México	18
Figura 6. Número de casos de dengue hemorrágico entre 1984 y 2002	18
Figura 7. Panorama del dengue en México 2007-2012	19
Figura 8. Municipios endémicos en Sonora.....	20
Figura 9. Panorama del dengue en Sonora 2007-2012	21
Figura 10. Ubicación geográfica colonia Insurgentes y Molino de Camou	40
Figura 11. Indicadores de población y vivienda de las áreas de estudio	41
Figura 12. Mapa de la colonia Insurgentes	42
Figura 13. Croquis del Molino de Camou	46
Figura 14. Características de las participantes del poblado Molino de Camou.....	51
Figura 15. Características de los participantes de la colonia Insurgentes.....	51
Figura 16. Resumen de las características de los participantes	60
Figura 17. Representación de la dinámica de transmisión de los jefes de hogar.....	70
Figura 18. Rondas de observaciones entomológicas en las viviendas.....	75
Figura 19. Diagnóstico, duración y formas de atención	104
Figura 20. Redes sociales de apoyo e Instituciones	122

Resumen

El objetivo de la presente investigación es analizar las representaciones y prácticas desde la perspectiva de las jefas y los jefes de hogares afectados por el virus del dengue entre la década 2003-2012 en una zona urbana y una rural del Municipio de Hermosillo, Sonora. Los conceptos que se utilizan son representaciones y prácticas. Estos conceptos se abordaron con un sentido antropológico, desde una subdisciplina de la antropología social, como lo es la antropología médica. En particular se parte del marco teórico propuesto por Menéndez y Di Pardo (1996), así como los marcos de algunos de sus precursores.

La metodología utilizada fue de corte cualitativo; para obtener los datos se utilizaron dos técnicas: observaciones y entrevistas semi-estructuradas. El proceso constó de tres rondas de entrevistas desde la voz y discurso de diez jefes de hogar de la colonia Insurgentes de la ciudad de Hermosillo y del poblado rural Molino de Camou, ambas áreas ubicadas en el municipio de Hermosillo.

Para este estudio se consideró importante conocer las representaciones que las familias afectadas tienen interiorizadas sobre lo qué es el dengue y su causalidad, así como algunas prácticas de prevención adoptadas por ellos mismos. Al igual, fue importante precisar algunos aspectos sobre el diagnóstico de la enfermedad y las formas de atención que son adoptadas por estas familias. Por último, y no menos importante, se analizaron las estrategias de supervivencia que se utilizaron en la enfermedad, a través de las redes sociales de apoyo y programas institucionales con relación a la resolución de las necesidades de las familias afectadas.

*Porque lo que importa no es sólo que las personas vivan
muchos años, sino que vivan bien, que se sientan bien,
que se sientan saludables, que se sientan atendidos, que
se sientan seguros, que se sientan dignos.*

FIDEL CASTRO



**EL COLEGIO
DE SONORA
BIBLIOTECA
GERARDO CORNEJO MURRIETA**

Introducción

A través de la presente investigación, se pretende abordar las representaciones y prácticas de las jefas y los jefes de los hogares afectados por el virus del dengue, desde la voz y el discurso de ellos mismos. De manera general, el estudio trata de explicar qué piensan y hacen en torno a este fenómeno. El dengue es una enfermedad que se ha incrementado con el tiempo, propagándose, de forma progresiva, a nuevas zonas. Es una enfermedad claramente relacionada con el entorno físico (ambiente) y social (pobreza), condiciones que rodean y ponen en riesgo a los sujetos de estudio.

Objetivos

Este trabajo tiene por objetivo general, el analizar las representaciones y prácticas de las jefas y los jefes de hogares afectados por el virus del dengue, entre la década 2003-2012, de la colonia *Insurgentes*, y de la localidad *el Molino de Camou*, ambos lugares pertenecientes al municipio de Hermosillo, Sonora. Los objetivos particulares son los siguientes:

- i. Conocer las representaciones que tienen las jefas y los jefes de hogares afectados sobre el dengue y su causalidad, así como las prácticas de prevención.
- ii. Indagar las formas de atención adoptadas en los hogares afectados por la enfermedad.
- iii. Examinar el impacto que implica el dengue, así como las redes de apoyo y las instituciones en relación con la resolución de las necesidades vividas en los hogares afectados durante la enfermedad.

Estos objetivos corresponden a las siguientes preguntas de investigación:

Pregunta general

¿Cuáles son las representaciones y prácticas de las jefas y los jefes de hogares afectados por el virus del dengue en el periodo 2003-2012, en dos poblaciones del municipio de Hermosillo, Sonora: Molino de Camou y la colonia Insurgentes?

Preguntas específicas

- ¿Cuáles son las representaciones y prácticas que tienen las jefas y los jefes de hogares afectados sobre la causalidad y prevención del dengue?
- ¿Cuáles son las formas de atención que utilizan en los hogares afectados para dar solución al caso?
- ¿Cómo actúan las redes de apoyo y las instituciones para satisfacer las necesidades de salud en los hogares afectados por el dengue?

Con base en estos intereses de investigación se conformó la presente tesis, constituida por siete capítulos. El primer capítulo muestra el *panorama epidemiológico del dengue*. En éste se puede ver qué es el dengue, cuál es su sintomatología, cómo se diagnostica y algunos factores de incidencia; además se describe un panorama general del dengue a nivel global, América Latina, México y Sonora, este último como parte de nuestro contexto de estudio.

El segundo capítulo lo componen los *elementos conceptuales para estudiar las representaciones y prácticas*. En este apartado, se encuentra situado el marco *teórico-conceptual* de este trabajo; en éste se desarrollan conceptos como representaciones sociales de la enfermedad y prácticas de atención en la enfermedad. Estos conceptos son abordados desde la antropología médica.

En el tercer capítulo se muestra el *área de estudio y abordaje metodológico*. En esta sección se describe la comunidad, los límites del área de estudio, así como algunos indicadores de población y vivienda; de igual forma, se hace una descripción de los servicios con los que cuenta la colonia Insurgentes y el Molino de Camou. Además se detalla el proceso de investigación que se llevó a cabo, a través del abordaje de corte cualitativo. Asimismo, se presenta un breve perfil de los participantes enlistando una serie de características que los describen.

En el capítulo cuatro, *causalidad y prevención de la enfermedad desde los actores sociales*, a partir de las representaciones sociales de los sujetos insertos en este estudio, se identificaron algunas causas que son asociadas con la enfermedad, y cómo las prácticas de prevención están íntimamente relacionadas con sus representaciones sociales; además también se identificaron algunas representaciones de la forma de transmisión de enfermedad. Esto, a su vez, repercute anímicamente en el estado emocional de los sujetos, pues desde su representación han quedado marcados o tocados por la enfermedad, pues su sangre, según ellos, quedó envenenada o contaminada.

En el quinto capítulo, *atención de la enfermedad*, se examinó que en el caso de dengue, una vez adquirida la enfermedad, la persona va pasando por una serie de síntomas, que lo lleva a un diagnóstico. Además, se va narrando el proceso en el que las familias utilizan diversas formas de atención, como la *biomedicina* a través de las instituciones públicas de salud; la *medicina tradicional-popular* a través de remedios caseros y el papel curativo de ciertas figuras religiosas, y lo más importante para nuestra perspectiva, la *autoatención* a través de las acciones desarrolladas por los individuos para prevenir y atender el padecimiento.

En el sexto capítulo, *el papel de las redes de apoyo y las instituciones en la supervivencia*, se puede ver que en el caso de dengue las familias utilizan estrategias de supervivencia a través de las redes sociales de apoyo, conformadas por familiares y amigos que funcionan como estructuras que brindan soporte y seguridad al enfermo y su familia; también se pudo ver cómo las instituciones de salud atienden y resuelven los problemas de la comunidad.

El séptimo y último capítulo es el de las *conclusiones*, en este apartado se presentan las conclusiones que se desprenden del trabajo. Posteriormente se encuentra citada la *Bibliografía* que sustenta el cuerpo de esta tesis; y por último los *Anexos*, que muestran algunas sugerencias a que coadyuvan a reducir los riesgos y disparidades del dengue, y además los formatos utilizados que hicieron posible los hallazgos resultantes de la presente investigación.



Capítulo I. Panorama epidemiológico del dengue

En este capítulo se presentan algunos antecedentes históricos, descriptivos y geográficos del dengue. Se parte de las siguientes nociones biomédicas: a) el dengue es una enfermedad febril, transmitida por los mosquitos *Aedes Aegypti* y *Aedes Albopictus*; b) el hombre y el primate son el único reservorio; y c) según la clasificación que propone la OMS (2009: 10), en México existen dos tipos de dengue: fiebre por dengue (FD) y fiebre por dengue hemorrágico (FDH). En la primera parte del capítulo se establece que, como CENAVECE (2009b) señala, la población más expuesta a enfermar de dengue son las personas que viven en pobreza extrema, sin educación, y que carecen de programas de promoción de la salud, condiciones que reúnen los sujetos de este estudio y que se mostrarán más adelante. Por otra parte, Lázaro y Escarmis (2002:94) mencionan que “el calentamiento global es una amenaza para la propagación, ya que en climas cálidos se presenta las incidencias. Por lo tanto, las condiciones de pobreza extrema y los climas cálidos se conjugan para formar el contexto ideal para la reproducción del vector”.

En la segunda sección del capítulo, se describe muy brevemente la llamada “tríada ecológica o epidemiológica”; en el caso del dengue deben interactuar de manera simultánea tres factores: patógeno (virus del dengue), hospedero (individuo afectado) y vía de transmisión (vector). En cuanto a la historia y geografía del dengue, en el capítulo se menciona, entre otros datos, que para el año de 1970 sólo 9 países habían presentado dengue; a la fecha van más de 100 países. En México, el vector habita en áreas bien determinadas, y el predominio de diseminación se da cada 3 años; mientras que en Sonora existe una constante en el centro y suroeste del estado debido a la humedad y las altas temperaturas, y el predominio de diseminación es de 2 años, esto se traduce en un mayor número de casos en menor tiempo.

1.1. Dengue, pobreza y cambio climático

El dengue es una enfermedad febril ocasionada por un virus de la familia *Flaviviridae*¹, transmitido por los mosquitos *Aedes Aegypti*² y *Aedes Albopictus*³. El hombre y los primates son el único reservorio del virus. Éste no se transmite de una persona a otra, sino a través de la picadura de la hembra infectada. Su período de incubación es de cinco a ocho días. La hembra *Aedes* se infecta al ingerir la sangre de un individuo infectado; después de la picadura, hay un periodo de entre ocho y catorce días para poder transmitir el virus. La hembra infectada puede heredar el virus a toda su descendencia (Díaz-Castrillón 2003:787-788).

Según Díaz-Castrillón (ibid.:787), “el dengue es producido por cuatro virus o serotipos (den-1, den-2, den-3 y den-4)”. Los cuatro serotipos comparten algunos de sus determinantes antígenos, pero la inmunidad dejada por cualquiera de ellos es específica de serotipo y no difiere protección de los demás, es decir, si se enferma de un serotipo se es inmune a ese serotipo, pero no al resto. Si se vuelve a contagiar con otro serotipo distinto, existen grandes probabilidades de que se pueda sufrir de dengue hemorrágico o síndrome de shock por dengue, ya que el sujeto se vuelve más propenso; aquí se parte de la premisa de que el dengue es una sola enfermedad, ya que los cuatro serotipos pueden producir tanto fiebre por dengue como fiebre por dengue hemorrágico, que se complique o agrave con signos de *shock* (extravasación de plasma⁴ y trombocitopenia⁵), depende más de una interacción entre la cepa del virus y propensión del

¹ Familia *flavi viridae*: Todos los virus que pertenecían antes al grupo B de los arbovirus; fueron trasladados de la familia *togaviridae* a la familia *flaviviridae* (Organización Panamericana de salud 2003: 114).

² *Aedes Aegypti*: Mosquito originario de la región de Sudáfrica, de clima cálido y *semi-cálido*, su distribución altitudinal en México es hasta los 1,700 metros sobre el nivel del mar (CENA VECE, 2009b).

³ *Aedes Albopictus*: Mosquito de origen asiático, tolerante a las temperaturas bajas (CENA VECE, 2009b).

⁴ Extravasación de plasma: Hemorragia interna o externa.

⁵ Trombocitopenia: Disminución de plaquetas.

sujeto. Más aún, la población que ya ha sido contagiada por el dengue producido por cualquier serotipo en más de una ocasión se vuelve cada vez más propenso. Entonces, como los serotipos circulantes muestran predominio de diseminación en lapsos de tres a cinco años, esto convierte al dengue en una enfermedad progresiva y recurrente.

El dengue clásico o FD se manifiesta con algunos síntomas físicos que suelen confundirse con síntomas gripales. Según el Catálogo Universal de Servicios de Salud 2012 (CAUSES, 2012), los síntomas son fiebre mayor a 38°C, cefalea frontal, dolor retroorbitario⁶, escalofríos, mialgia⁷, artralgias⁸, náuseas, vómito, dolor abdominal leve, diarrea, fotofobia⁹, conjuntivitis, faringe hiperémica¹⁰, alteraciones del gusto, prurito localizado, bradicardia relativa¹¹ y adenopatías¹², así como síntomas *neuro-psicológicos* como insomnio, temor y depresión. La fiebre suele durar cinco días aproximadamente. En los menores de cinco años es frecuente que se presente sólo fiebre. Los casos leves de dengue clásico son extremadamente difíciles de diagnosticar (CAUSES 2012:81). Los síntomas del dengue hemorrágico son “petequias¹³, equimosis¹⁴ y hemasificación en cuatro grados¹⁵” (Romero 2007:472).

⁶Dolor retroorbitario: Dolor detrás de los ojos.

⁷Mialgia: Dolores musculares.

⁸Artralgia: Dolor en las articulaciones.

⁹Fotofobia: Intolerancia a la luz.

¹⁰Hiperémica: Enrojecida y con aumento de tamaño.

¹¹Bradicardia relativa: Frecuencia cardíaca de menos de 60 latidos por minuto.

¹²Adenopatías: Aumento anormal del tamaño de uno o varios ganglios linfáticos.

¹³Petequias: Manchas pequeñas de sangre sobre la piel.

¹⁴Equimosis: Manchas y bolsas de sangre grandes bajo la piel.

¹⁵Hemasificación en cuatro grados: 1er grado: Fiebre, síntomas constitucionales y prueba del torniquete positiva. 2do grado: Hemorragias de piel, boca y melena. 3er grado: Agitación e insuficiencia respiratoria. 4to grado: Síndrome de shock y muerte (Romero, 2007: 472).

El diagnóstico de dengue puede confirmarse mediante la serología ELISA¹⁶ y auxiliares del diagnóstico como biometría hemática completa. Para el dengue clásico no existe un tratamiento específico, sólo medicinas para aminorar los síntomas, como paracetamol. Es importante señalar que debe evitarse la aspirina por la naturaleza hemorrágica de la enfermedad; la hidratación es de suma importancia, por lo que comúnmente se suele administrar electrolitos orales (CAUSES 2012:81). En el caso de dengue hemorrágico pueden ser necesarias las transfusiones de sangre fresca o plaquetas para corregir problemas de sangrado; asimismo, pueden necesitarse terapias de oxígeno (Romero 2007:472). Hasta la fecha no hay vacuna que produzca inmunización para ningún serotipo de dengue, aunque se han realizado numerosos experimentos, de los cuales se han logrado algunos adelantos, sin embargo aún no han sido aprobados.

Por otra parte, el CENAVECE (2009b) señaló que la población más expuesta a enfermar de dengue son las personas en pobreza extrema, sin educación, que carecen de programas de promoción de la salud. En este sentido, Castillejos (2008:134) establece que la variable pobreza parece estar íntimamente relacionada con la salud, ya que en aquellas comunidades y familias con ingreso bajo, que no cuentan con servicios indispensables, que tienen una situación difícil en términos de subsistencia y donde además tienen un bajo nivel escolar, son en quienes se dan más frecuentemente las enfermedades.

Smith (2007:25-26) agrega que además de la pobreza, los brotes de dengue pueden estar íntimamente relacionados con el cambio climático, afectados por las altas temperaturas de las superficies, ya sea incrementando o disminuyendo la transmisión, dependiendo de las condiciones del lugar donde se ubican estos vectores. Este mismo autor estima que como

¹⁶ELISA: Acrónimo en inglés que traducido al castellano significa ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas, que consiste en un estudio que permite comprobar la presencia de microorganismos patógenos en la sangre.

consecuencia del cambio climático el porcentaje de la población mundial que vive en zonas afectadas por dengue se incrementará 40% en términos netos. Esta enfermedad se presenta con mayor facilidad en regiones tropicales y subtropicales durante todo el año, pero hay un incremento en temporada de lluvias.

Lázaro y Escarmis (2002:94) mencionan que también el aumento de la temperatura parece tener consecuencia en la expansión de los hábitats para muchos vectores, en los que en bajas temperaturas impiden su desarrollo. Los casos de dengue se presentan todo el año, pero la mayoría de los países presenta un ciclo estacional con un pico de incidencia durante los meses más cálidos y húmedos, por lo que el calentamiento global podría ser una amenaza ante la propagación del dengue.

Sin duda, en el caso del dengue, como se ha visto, la pobreza y los cambios climáticos y ambientales se conjugan peligrosamente aumentando la exposición de las poblaciones humanas. Acevedo, Martínez y Estario (2007:19-23) mencionan que en las últimas décadas se están produciendo cambios en la salud, que van modificando el perfil epidemiológico de las poblaciones; todos estos cambios han generado nuevas condiciones de vida que deben ser asumidas por la población y resueltas por quienes diseñan y gestionan las políticas sanitarias.

1.2.Cambios progresivos y recurrentes en el comportamiento epidemiológico

Aunque “la situación epidemiológica del dengue en México es limitada, por faltar suficiente información acerca de los diversos factores biológicos, sociales, culturales, médicos, ecológicos, económicos y políticos que afectan la salud” (Bustamante 1982:425), existen diferentes teorías que pueden explicar la enfermedad. Por ejemplo, desde la perspectiva epidemiológica de las enfermedades transmisibles, según Leavell y Clark (1958:13-49) en el

surgimiento de una enfermedad intervienen tres factores: el agente etiológico¹⁷, el huésped¹⁸ y el ambiente¹⁹; entonces, para que la enfermedad ocurra, estos tres factores necesitan conjugarse y estar en desequilibrio a la vez, cuando esto sucede a este conjunto de factores ellos lo llaman la tríada ecológica o la tríada epidemiológica; este modelo es aplicable a diversas enfermedades: respiratorias, diarreicas y, también, el dengue (por mencionar algunas).

En el caso de dengue deben interactuar de manera simultánea tres factores. Primero el *agente etiológico*, que será el virus del dengue y, que como ya se mencionó, es un arbovirus²⁰ del grupo B de la familia *flaviviridae* del género *flavivirus*, en el cual existen cuatro serotipos (den-1, den-2, den-3 y den-4). El virus circulante durante la fase virémica se aloja directamente en el cuerpo huésped, y es cuando se presentan las manifestaciones; éstas varían dependiendo de la cepa del virus y la respuesta inmunológica del hospedero. El dengue es una enfermedad transmitida por vectores, y estas enfermedades tienen un período de incubación²¹ que está compuesto por dos ciclos: el intrínseco, que es la etapa en que el mosquito adquiere el virus para transmitir la enfermedad, y el extrínseco, que es la etapa en la cual el virus se transmite al humano a través de la saliva del mosquito, luego se replica en los órganos, infecta leucocitos y tejidos linfáticos, y se libera y circula en la sangre (Nelson, Masters-Williams y Graham 2001:52).

El segundo factor de la tríada es el *huésped*, que es “aquel organismo que aloja a otro, es decir, aquel que a sus expensas mantiene al virus” (Del Rey-Calero 1998:215). La eficiencia de la

¹⁷Agente etiológico: Elementos infecciosos (virus, bacterias, hongos) o no infecciosos (biológicos, físicos o químicos) que producen la enfermedad.

¹⁸Huésped: Especie susceptible a la enfermedad, donde intervienen factores como genética, raza, edad, sexo, inmunidad, alimentación, hábitos, entre otros.

¹⁹Ambiente: Contexto físico, biológico o social donde se desarrolla la enfermedad.

²⁰Arbovirus: Nombre que se le ha dado a un conjunto de virus transmitidos por artrópodos.

²¹Período de incubación: Tiempo que tarda en desarrollarse y manifestarse una enfermedad.

transmisión de dengue depende de la susceptibilidad del cuerpo para que el sujeto desarrolle la enfermedad, además de influir factores genéticos (Martínez-Torres, 2013).

El tercer y último factor es el *ambiente*, que son las condiciones necesarias para que se reproduzca el vector; es importante mencionar que algunas de estas condiciones están supeditadas a causas externas a los sujetos, como las desigualdades sociales que acarrea desfavorables consecuencias para las poblaciones más desprotegidas y con menos recursos, como el entorno, factores climáticos, ecológicos, movimiento migratorio, densidad poblacional, pobreza, exclusión social, condiciones de vivienda, falta de prevención, vigilancia y control, malos hábitos higiénicos, almacenamientos de agua, circulación de varios serotipos, entre otros. *Aedes Aegypti* es el encargado de expandir el dengue en México, no es un mosquito autóctono de nuestro país, proviene de las embarcaciones devenidas de Europa (Fuentes, 2013). En sus antecedentes más remotos tenía su hábitat en la selva de Sudáfrica y la hembra se alimentaba de la sangre de los animales que habitaban en ese ecosistema; pero con el paso del tiempo se fue expandiendo, ampliando su zona de vida hasta convertirse en un fenómeno alejado de su hábitat de origen que es la selva, hoy en día el artrópodo se ha adaptado y apropiado del medio urbano.

El mosquito *Aedes* es antropofílico²² y hematófago²³, su ciclo vital²⁴ tiene cuatro estaciones: primero el huevo, la hembra deposita sus huevecillos en varios depósitos al nivel del agua y estos eclosionan de 2 a 3 días; luego estos huevos se convierten en larvas, las cuales son muy competitivas y escurridizas al movimiento, se desarrollan de 5 a 7 días; después dentro de su última fase acuática se convierten en pupas, esta etapa dura de 24 a 48 horas y durante este

²²Antropofílico: Siente preferencia y atracción por el hombre.

²³ Hematófago: Se alimenta de sangre.

²⁴ Ciclo vital: Se refiere a la longevidad del mosquito.

período no se alimentan; por último se convierten en adultos, salen del agua, no se alejan de los criaderos y viven alrededor de 30 días.

Resumiendo, en su ciclo vital puede tener varios ciclos gonadotróficos²⁵, éste último consta de 3 etapas: ovipositan, se alimentan y reposan. Se estima que a lo largo de su período de vida pueden tener hasta 10 ciclos gonadotróficos, en ese tiempo la hembra puede picar a 100 sujetos aproximadamente; su capacidad de ingesta es de 2 a 2.5 miligramos, más de dos veces su peso (Fuentes, 2013); si se interrumpe su ingesta busca la alimentación insatisfecha en el mismo u otro sujeto, atacan con cautela, su actividad es preferentemente diurna; cabe mencionar que el objetivo del mosquito no es transmitir el virus, sino cumplir su ciclo gonadotrófico, y por ende su ciclo vital.

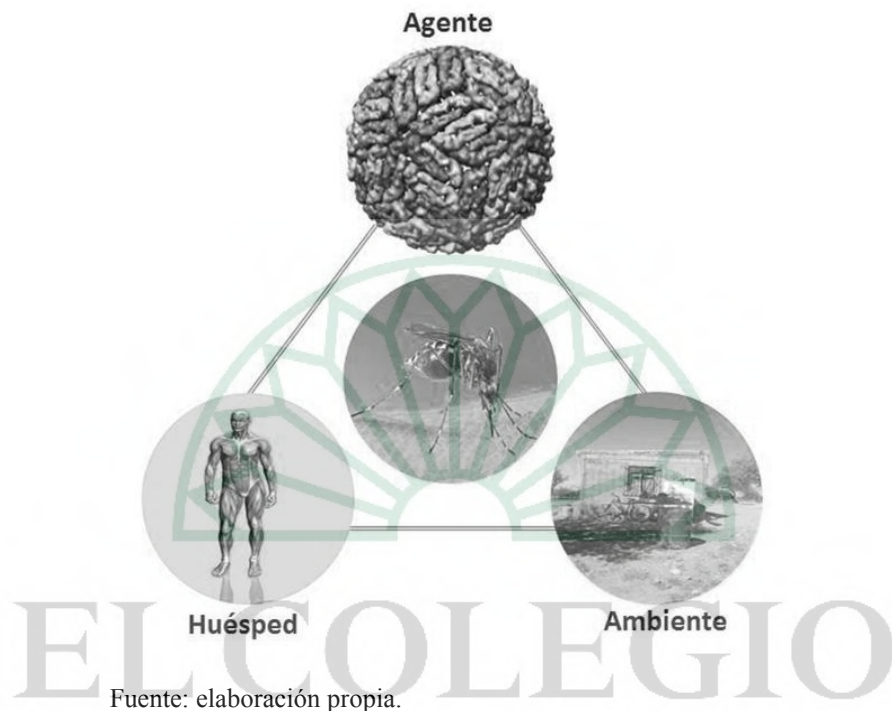
Ahora bien, no todos los mosquitos son *Aedes Aegypti*, ni todos los Aedes tienen dengue; según Lambrechts (2013), la compatibilidad en la reproducción de artrópodos de la cruce de mosquitos hembras y machos no infectados se produce en su descendencia sin infección; en el caso de las hembras no infectadas y los machos infectados simplemente no existe descendencia, ya que no sucede la copulación pues nunca llegan a cruzarse; sin embargo, en el cruce de la hembra infectada y el macho no infectado la descendencia también provendrá infectada, y en cuanto a el cruce de hembra y macho infectado su descendencia emanará infectada al igual que sus antecesores.

Entonces, tenemos la tríada epidemiológica en el caso de dengue, es decir, actúan tres factores de manera simultánea: agente etiológico, huésped y ambiente. El agente es la cepa del virus del dengue en cualquiera de sus serotipos. El huésped es el sujeto propenso a la cepa circulante del virus. Por último el ambiente es cualquier foco de infección contenedor de agua

²⁵Ciclo gonadotrófico: Se refiere al cumplimiento y satisfacción de las necesidades básicas de sobrevivencia del mosquito.

estancada que propicie la reproducción de los mosquitos portadores de la cepa del dengue. Lo anterior se representa en la Figura 1.

Figura 1. Factores de la triada epidemiológica



Fuente: elaboración propia.

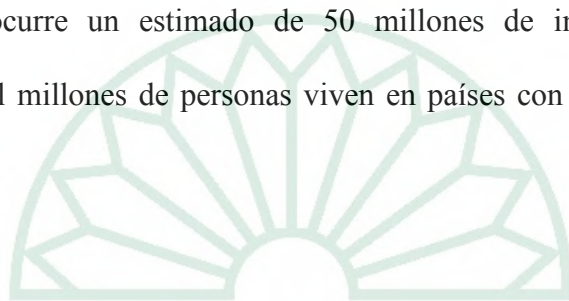
En cuanto al comportamiento global de esta enfermedad, en los últimos 50 años se ha incrementado, pues mientras en 1970 sólo 9 países habían sufrido epidemias²⁶ de dengue, hoy en día, además de ser una enfermedad endémica²⁷, es pandémica²⁸, ya que se presenta en más de 100 países. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) calcula que cada año se producen entre 50 y 100 de millones de casos en todo el mundo y el número aumenta a medida que la enfermedad se va propagando a nuevas zonas, por lo que se están produciendo nuevos brotes de carácter explosivo y progresivo.

²⁶Epidemia: Más casos de los esperados, rebasa el número.

²⁷Endémica: Enfermedad sistemática extendida frecuentemente en una región determinada.

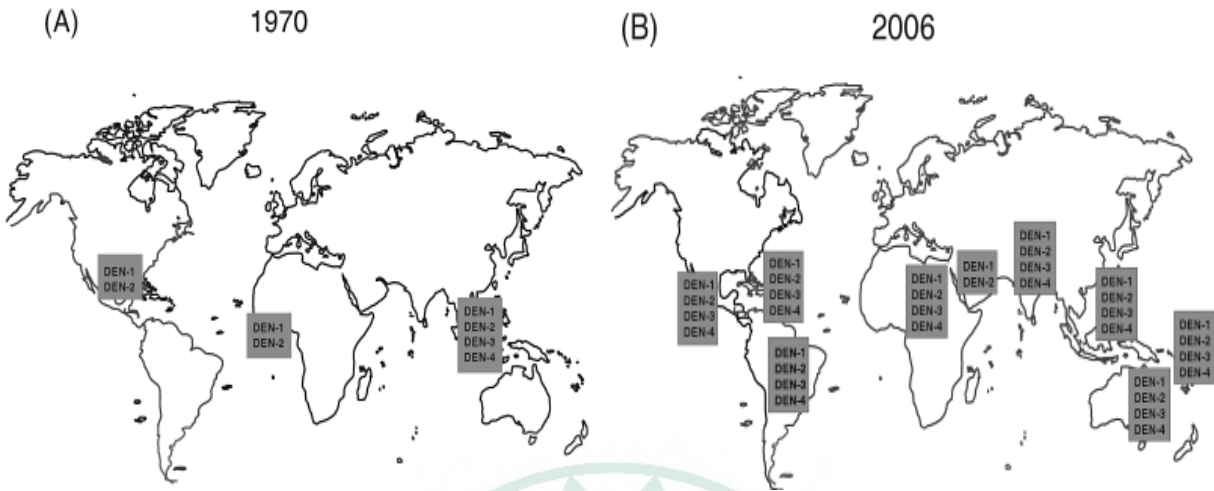
²⁸Pandémica: Enfermedad sistemática extendida frecuentemente en varios continentes.

A nivel global, donde más casos se presentan es en China, Australia, Somalia, Sudán, Arabia Saudita, Yemen, el Caribe, el sur de Norteamérica, América Central, y el Norte de Sudamérica. El dengue hemorrágico se presenta con mayor frecuencia en Asia y América Latina (OMS, 2009:3). En la Figura 2 se muestra la distribución global de los países más endémicos y en los cuales sus habitantes tienen mayor riesgo de adquirir dicha enfermedad. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud “en los últimos 50 años, su incidencia ha aumentado 30 veces con la creciente expansión geográfica hacia nuevos países y, en la actual década, de áreas urbanas a rurales. Anualmente ocurre un estimado de 50 millones de infecciones por dengue y, aproximadamente, 2.5 mil millones de personas viven en países con dengue endémico” (OMS, 2009:3).



EL COLEGIO
DE SONORA
BIBLIOTECA
GERARDO CORNEJO MURRIETA

Figura 3. Distribución de dengue por serotipos en 1970 y 2006

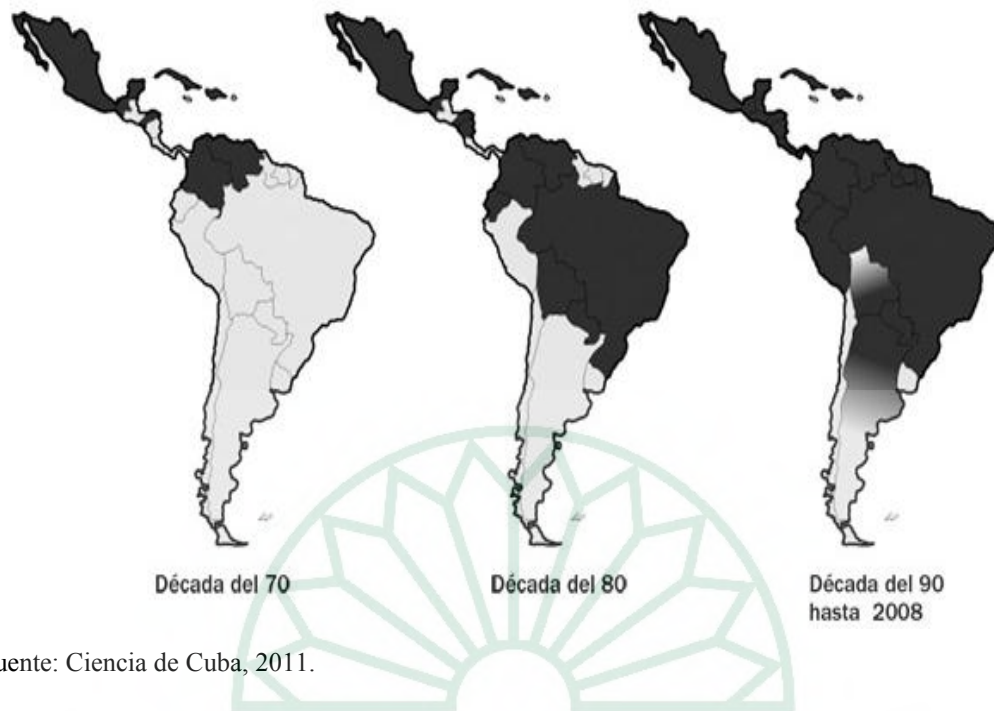


Fuente: Gluber, 2006:11.

Alrededor del mundo, año tras año suele observarse un incremento progresivo en el número de brotes de dengue y dengue hemorrágico. Esto quiere decir que la mayor parte de la población ya ha estado expuesta al dengue clásico producido por cualquier serotipo en más de una ocasión; entonces, como los serotipos circulantes muestran predominio de diseminación en lapsos de tres a cinco años esto convierte al dengue en una enfermedad progresiva y recurrente.

En cuanto a la evolución histórica del dengue en América Latina, se ha observado una fuerte y rápida propagación, distribuyéndose de manera creciente por casi todo el continente. Con excepción de Uruguay y Chile, el resto de los países de América Latina y el Caribe son endémicos de dengue (Figura 4). Cabe mencionar que la mayoría de estos países poseen más de un serotipo de dengue circulando, y muchos de ellos por ser tan endémicos cuentan con severos casos de dengue hemorrágico (Kourí et. al. 2007:177-185).

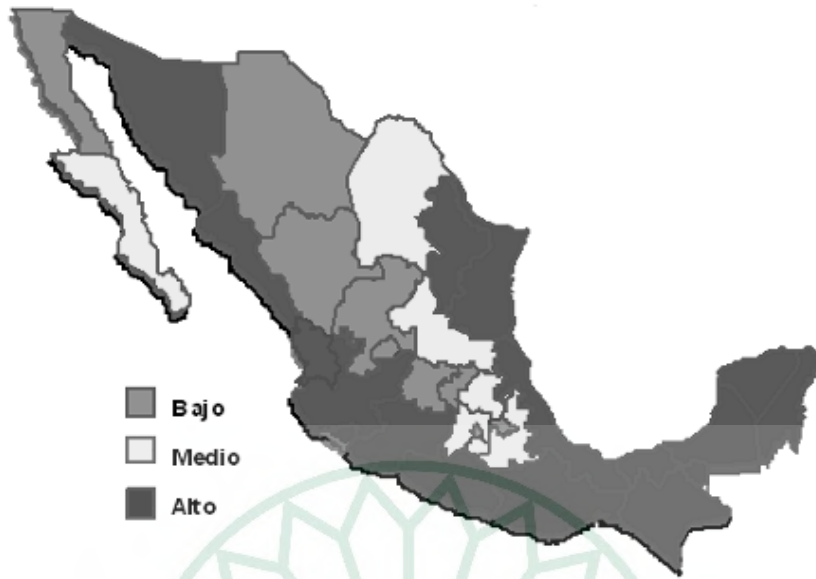
Figura 4. Propagación del dengue en América Latina



Fuente: Ciencia de Cuba, 2011.

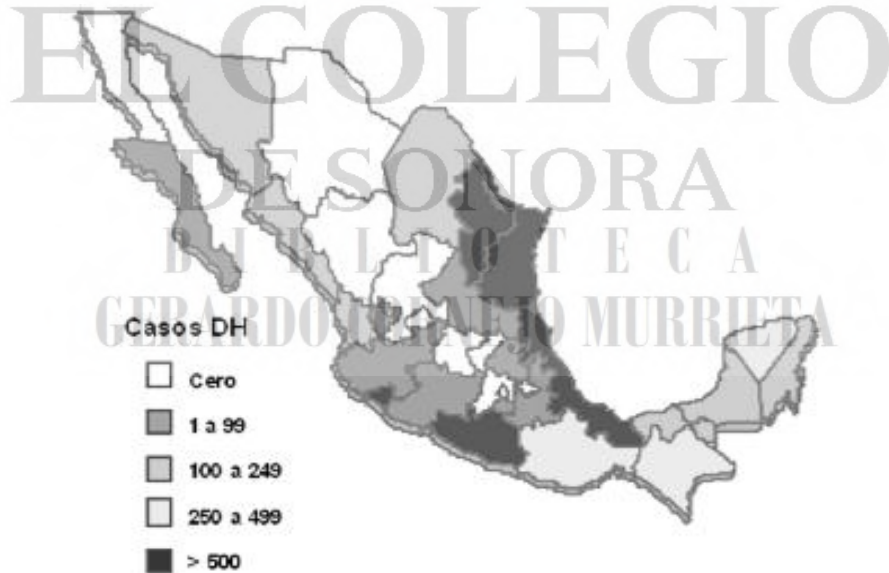
En México el dengue es un grave problema; según el CENAVECE (2009a), el vector habita en áreas bien determinadas. La Figura 5 permite apreciar que los estados de la República con una transmisión endémica intensa de dengue, ya sea de manera permanente o estacional, son Sonora, Nuevo León, Tamaulipas, Sinaloa, Veracruz, Nayarit, Jalisco, Colima, Michoacán, Guerrero, Oaxaca, Chiapas, Tabasco, Campeche, Yucatán y Quintana Roo. En cuanto al dengue hemorrágico, los estados con una mayor incidencia son Tamaulipas, Nuevo León, Veracruz, Colima y Guerrero (Figura 6).

Figura 5. Estados endémicos de México



Fuente: CENA VECE, 2009a.

Figura 6. Número de casos de dengue hemorrágico entre 1984 y 2002



Fuente: CENA VECE, 2009a.

Es importante resaltar que el comportamiento de este fenómeno no es el mismo a través del tiempo, pues generalmente los brotes fuertes se dan cada tres años. En la Figura 7 se aprecia que

a nivel nacional el año pico con mayor número de brotes de dengue fue 2009, y de dengue hemorrágico fue 2012. El mayor número de defunciones producidas por dengue hemorrágico ocurrió en 2009, aunque en ese año hubo un menor número de casos de dengue hemorrágico que en 2012 (SSA, 2008-2012).

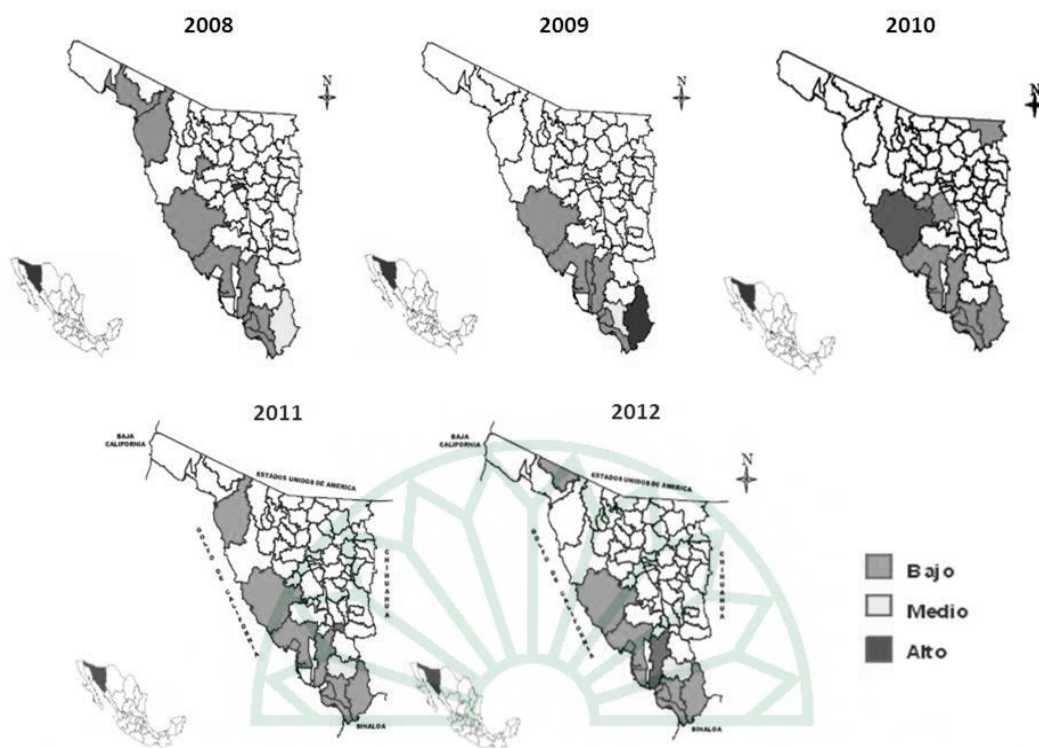
Figura 7. Panorama del dengue en México 2007-2012

Panorama México	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Dengue	42,936	28,017	44,565	23,608	10,970	32,662
Dengue Hemorrágico	9,433	7,588	11,396	6,548	4,608	17,706
Defunciones	29	38	96	84	50	64

Fuente: elaboración propia con base en información de SSA 2008-2012.

En Sonora, a partir del año 2000 se cuenta con programas de vigilancia virológica para ver el comportamiento de este fenómeno; por medio de estos programas se ha podido corroborar que la mayor parte de los brotes se dan en temporadas de lluvia entre los meses de julio y diciembre, siendo su principal pico de la semana 35 a la 38, para después ir decreciendo gradualmente. De acuerdo a los mapas de la Figura 8, en los últimos años este fenómeno se ha presentado en distintos municipios de climas diversos; sin embargo, existe una constante en el centro y suroeste del estado. Esto puede deberse a que en esta región abunda la humedad y las altas temperaturas, clima idóneo para la reproducción de vectores (SINAVE 2012:141). Asimismo en estos municipios es donde se concentra la mayor parte de la población, y esta última podría ser una variable más para que se multiplicaran los casos.

Figura 8. Municipios endémicos en Sonora



Fuente: Elaboración propia con base en SSA (2008-2012).

En Sonora, año con año también van en aumento el número de casos de dengue y dengue hemorrágico (con excepción de 2011). Sin embargo el comportamiento es distinto, ya que los serotipos circulantes muestran predominio de diseminación en lapsos de dos años, es decir, un año es relativamente alto y el siguiente año es menor. Un predominio de diseminación más corto podría traer como consecuencia mayor número de casos de dengue y dengue hemorrágico que en otros estados de la República, situación que hace que sea el momento idóneo para realizar la presente investigación y poder matizar las causas por las que está ocurriendo de esta manera.

Por otro lado hay que resaltar que en el año 2009, cuando se registró un mayor número de casos de dengue en el país, no se presentó de la misma manera en el estado de Sonora, pues se

tuvo un mayor número de casos de dengue, dengue hemorrágico y defunciones en 2010, como se puede apreciar en la Figura 9 que se presenta a continuación (SSA, 2008-2012).

Figura 9. Panorama del dengue en Sonora 2007-2012

Panorama Sonora	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Dengue	14	1083	219	2404	73	455
Dengue Hemorrágico	1	17	45	179	8	25
Defunciones	1	0	0	7	4	0

Fuente: elaboración propia con base en información de SSA (2008-2012).

Por otro parte, en el estado de Sonora se aplican diferentes medidas de control para evitar los brotes de dengue y de esta manera acabar con el problema. Una de estas medidas es el programa “Túmbate el dengue” que promueve la descacharrización en los hogares, que consta de eliminar todos aquellos objetos que no se utilicen y puedan almacenar agua estancada donde se reproduzca el vector; también promueve la colocación de abate (larvicida) en depósitos de agua como piletas y tanques residuales de agua sin tapadera, y por último, este programa también implementa campañas de fumigación con productos químicos, como la pectrina.

También en Sonora, dentro del programa Oportunidades²⁹ se ofrecen los Talleres de Capacitación Comunitarios para el Autocuidado de la Salud (TCCAS), los cuales cuentan con un taller llamado “Enfermedades transmitidas por vectores y alacranismo”. En este taller se aborda el tema del dengue, sólo que estas pláticas, no se ofrecen dentro de los 17 paquetes básicos

²⁹Oportunidades: Es un programa integral destinado a la población en extrema pobreza, que padece los más altos índices de desnutrición, enfermedades básicas curables y deserción escolar (Gobierno Federal y Comisión Nacional de Protección Social, 2009).

didácticos³⁰; sólo se efectúan cuando existe una epidemia de brotes en la población, es decir, se brindan como prevención de la enfermedad³¹ y no como promoción de la salud³².



³⁰ 17 Paquetes didácticos de los TCCAS: Cada uno está conformado por video, audio, carteles y rotafolios; Los temas son Seguro Popular (SP), Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), el recién nacido, niños y niñas menores de un año, niños y niñas menores de 5 años, enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas (IRAS), planificación familiar, embarazo, parto y puerperio, climaterio y menopausia, cáncer cervicouterino y de mama, VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual (ITS), sobrepeso y obesidad, diabetes, hipertensión arterial, violencia intrafamiliar y género (Gobierno Federal y Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2010).

³¹ Prevención de la enfermedad: Se refiere a una mirada patogénica, con la finalidad de impedir enfermedades en los individuos o comunidades en riesgo, sus acciones son más específicas, estas dependerán del grado de prevención (primaria, secundaria y terciaria).

³² Promoción de la salud: Se refiere a una mirada salutogénica, con la finalidad de proporcionar los medios necesarios para mejorar la salud individual y de la comunidad, a través de la educación para estos reproduzcan prácticas saludables.

Capítulo II. Elementos conceptuales para estudiar las representaciones y prácticas

En este capítulo se concentran los aspectos *teórico-conceptuales* que sirvieron como guía y que dan sustento a esta investigación. De igual forma, se desarrollan conceptos como *representaciones sociales y prácticas de atención*, así como la articulación entre ambos conceptos, es decir, el vínculo entre representaciones y prácticas; todas estas nociones son abordadas, en general, desde la antropología médica, y en lo particular, desde los marcos teóricos propuestos por Menéndez, Di Pardo, Osorio y Aranda.

Primero se parte de una breve discusión entre representaciones colectivas de Durkheim y representaciones sociales de Moscovici, y se decide adoptar estas últimas, como un sistema de valores e ideas con una doble función: establecer un orden a los individuos y proporcionar un código de intercambio a los miembros de una comunidad (Moscovici 1976, citado por Duveen 2001:12); y más acotado a la enfermedad, como un conjunto de nociones, conocimientos, creencia, actitudes y valoraciones a través de los cuales se vivencian y aprenden los padecimientos (Osorio, 2001). En cuanto a las *prácticas*, se sigue el concepto de Aranda (2010:44), quien las define como “acciones específicas que ejercen los sujetos y que actúan en términos funcionales-intencionales, para solucionar algún problema de salud”. Estudiar las prácticas visibilizará las formas de atención, las estrategias de supervivencia y las redes de apoyo de estos sujetos.

Por último, se aborda la articulación entre representaciones y prácticas, que es el vínculo entre lo que se piensa y se hace; para Menéndez y Di Pardo (1996) las representaciones están en estrecha retroalimentación con las prácticas, y ambas coadyuvan en un intercambio continuo.

2.1. Representaciones sociales de la enfermedad

Etimológicamente, la palabra *representación* proviene del latín *representatio*³³, que significa hacer presente una idea a través de figuras, imágenes o palabras que sustituyen a la realidad. Los antecedentes del uso del concepto *representaciones* en el campo de la investigación de la sociología datan desde 1898, con el trabajo de *representaciones colectivas* de Émile Durkheim quien utilizó el término para diferenciar el pensamiento individual del colectivo. Tiempo después, en 1979, desde la psicología social, Serge Moscovici retoma este mismo concepto y da un giro llamándolo *representaciones sociales* (Arnosó 2005:80).

La diferencia entre estos dos conceptos radica en que las representaciones colectivas se refieren a la conciencia que la sociedad impone al individuo o a los individuos, mientras las representaciones sociales se refieren al pensamiento significativo y funcional generado por los sujetos hacia la sociedad y viceversa (Rodríguez 2005:221). Durkheim a través de las representaciones colectivas estudiaba solamente la forma de pensamiento social sin circunscribirlo en su especificidad individual, y es el concepto de representaciones sociales de Moscovici el que ha incorporado este aspecto (Jodelet, 1986:469).

De acuerdo con Moscovici (citado por Duveen 2001:12), “una representación social es un sistema de valores, ideas y prácticas con una doble función”: primero, establecer un orden que permita a los individuos orientarse a sí mismos en su mundo material y social; y en segundo lugar, hacer posible que la comunicación tenga lugar entre los miembros de una comunidad,

³³Real Academia Española. 2001. *Diccionario de la lengua española. Vigésima segunda edición*. Madrid, España.

proporcionándoles un código de intercambio social y un código para nombrar y clasificar sin ambigüedades los diversos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal.

Jodelet (1986:478), establece que “toda representación social es representación de algo y de alguien”. Dicho en otras palabras, la representación es un acto de pensamiento por medio del cual un sujeto se relaciona con un objeto. Por ejemplo el objeto puede ser una situación, un acontecimiento o una enfermedad; y el sujeto, puede ser un individuo, una familia o una población. Sin embargo, es importante aclarar, “[...] por sí mismo un objeto no existe. Es y existe para un individuo o un grupo y en relación con ellos. Así pues, la relación sujeto-objeto determina al objeto mismo” (Abric 2001:12).

Jodelet (1986:481), dentro de las representaciones sociales describe dos procesos fundamentales, la objetivación y el anclaje. Estos procesos designan la actividad social y cognitiva que permiten la construcción y generación del conocimiento social. La objetivación es la operación que da imagen y estructura; sirve para materializar ideas y significados, hace corresponder cosas/ideas con las palabras. El anclaje es el enraizamiento social de la representación y explica cómo la representación se transforma en social. A diferencia de la objetivación, el anclaje ya no se trata de la constitución formal de un conocimiento, sino de su “inserción orgánica dentro de un pensamiento constituido” (ibid:486). Una vez que la representación social se vuelve visible, se objetiva la estructura de imagen, pasa a ser filtro de lectura y teoría de referencia para comprender la realidad, y de esta manera se ancla. Ambos procesos (objetivación y anclaje) actúan de modo simultáneo y se refuerzan entre ellos.

El concepto de representaciones sociales también ha sido estudiado ampliamente desde la antropología médica, subdisciplina de la antropología social, por Menéndez y Di Pardo (1996),

Osorio (2001), y Aranda (2010). Para Aranda (2010:36), el concepto de representaciones sociales está formado por una categoría cognoscitiva, y una categoría ontológica, donde el sujeto se relaciona con el objeto material o imaginario. Además, para esta misma autora:

Las representaciones incorporan distintos elementos que son resultado de un diálogo permanente entre seres humanos, pensadores activos, inmersos en contextos sociales, culturales, políticos, económicos [...], que organizan su realidad y sintetizan elementos ideológico-culturales que son históricos y se desarrollan dentro de marcos estructurales cambiantes (ibid:42-43).

Desde la antropología médica crítica, según Osorio (2001:15) “las representaciones sociales son un conjunto de nociones, conocimientos, creencia, actitudes y valoraciones a través de los cuales se vivencian y aprenden los padecimientos, se toman decisiones, y se ejecutan acciones que conllevan significados y sentidos particulares que tienen repercusiones concretas y específicas en la salud de los sujetos”. Por su parte, Menéndez y Di Pardo (1996:54) mencionan al respecto, que para que el sujeto produzca “un saber tiene que reproducir representaciones sociales y prácticas técnico-ideológicas a partir de un rol [...]”. Es preciso mencionar que estas representaciones siempre serán diferentes de un rol a otro, más aún si se trata del rol del enfermo, y dentro de los roles siempre serán diferentes de sujeto a sujeto, pues no todos tienen el mismo sistema de representaciones.

La importancia de las representaciones sociales en la antropología médica radica en rescatar la formación cognitiva y representativa de lo social que va formando el sujeto a partir de la construcción del objeto (enfermedad) con la formación existente. Es importante mencionar que las representaciones son previas a los sujetos, y aun cuando éstos puedan generar modificaciones, éstas refieren al esquema dominante de las que son parte (Menéndez y Di pardo 1986:56), es decir, antes de que el sujeto ejerciera su rol ya se habían constituido en la sociedad un cúmulo de representaciones sociales, que son el objeto; el sujeto al actuar con el objeto, se va apropiando de

estas representaciones, y cada vez que interactúa con el objeto, las nuevas representaciones se van incorporando a las ya existentes, y de esta manera se van modificando las estructuras de estas representaciones. Por tanto, la estructura de representaciones nunca se presentará de manera acabada como la suma de conocimientos totales, pues el sujeto siempre estará en continuo proceso de conocimiento.

En esta investigación las representaciones sociales van a ser utilizadas como el eje central para describir e interpretar los pensamientos etiológicos, preventivos, diagnósticos y de atención, de las familias afectadas por el dengue, tal cual se aborda en el Capítulo 4.

2.2. Prácticas de atención en la enfermedad

Etimológicamente, la palabra práctica proviene del latín *practīcus*³⁴ que significa hacer en función del conocimiento. Las prácticas han sido un concepto muy utilizado en las investigaciones, tanto en la sociología como en la antropología y psicología social, para hacer referencia a acciones específicas que ejercen los sujetos y que actúan en términos *funcionales-intencionales*. Estas investigaciones sociales o antropológicas se han hecho con la finalidad de analizar el modo o estilo con el que se está ejerciendo la acción, y de esta manera poder diagnosticar, explicar y solucionar algún problema.

El concepto de prácticas está formado por una categoría metodológica, y una categoría ontológica, y son “el conjunto organizado de acciones rutinarias o eventuales realizadas por los conjuntos sociales” (Aranda 2010:44). Menéndez y Di Pardo (1996:57) señalan que “los sujetos

³⁴Real Academia Española. 2001. *Diccionario de la lengua española. Vigésima segunda edición*. Madrid, España.

frente a un padecimiento diagnostican, tipifican, presuponen una evolución de la misma, deciden el tratamiento y tratan de curar”; todos estos pasos implican la práctica como producto social que los sujetos reproducen y transforman en determinado tiempo y espacio.

Las *prácticas de atención* se pueden conocer a través de la *trayectoria de atención* del enfermo. La palabra *carrera* antes era reservada únicamente para la competencia o la profesionalización; sin embargo, Goffman (1988:133) es uno de los primeros que ha acuñado e introducido este concepto, mencionando que “se le llama *carrera* a cualquier trayectoria social recorrida por cualquier persona en el transcurso de su vida”. En este sentido, desde la antropología médica crítica, Osorio (2001:39) señala que la trayectoria de atención “es el recorrido que los sujetos enfermos instrumentan respecto a su padecimiento [...] incluye representaciones y prácticas sociales orientadas a la curación, también incorpora sujetos e instituciones de atención”.

Esta trayectoria puede estar compuesta por diversas fases, de las cuales, en términos generales, se pueden identificar las siguientes tres³⁵. La primera fase de esta *carrera curativa* empieza desde “la detección o diagnóstico de un malestar”; la segunda fase es “el desarrollo” e incluye una serie de decisiones, prácticas y recursos; y por último, la tercera fase es “el punto de llegada”, que concluye con una evaluación de los resultados, y no es otra cosa más que el proceso de aprendizaje que conlleva la enfermedad; mismos aprendizajes que nos servirán como experiencia para posteriores ocasiones (Osorio 2001:39).

En suma, la trayectoria de atención es la secuencia de decisiones y hechos instrumentados por los sujetos para hacer frente a un episodio de padecer, a través de la curación o el alivio

³⁵Por supuesto, ésta es una interpretación de la autora.

parcial que se da como resultado de las estrategias de atención. Para Barragán (2005:64), la trayectoria de atención desde este enfoque médico-antropológico, se refiere a “la forma en que los grupos sociales utilizan diversos recursos para resolver o atenuar el problema de dolor”, uno de estos recursos son las formas de atención.

Menéndez (2003:186-189) establece que “a través de la trayectoria del enfermo podemos ver todas o por lo menos la mayoría de las formas de atención que intervienen en un contexto determinado [...]”. Las formas de atención son “aquellas actividades que tienen que ver con el cuidado y vigilancia de los padecimientos en términos intencionales, es decir, que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar una enfermedad [...]”; algunos factores que influyen en la selección son “económicos, religiosos, educativos, étnicos, políticos, geográficos [...]”; estas formas no son excluyentes, se articulan, se mezclan, se yuxtaponen, y algunas veces son hasta complementarias. Algunas formas de atención de acuerdo con Menéndez son la biomedicina; la medicina tradicional-popular; la medicina alternativa, new age o paralela; la devenida de la biomedicina; los grupos de autoayuda, y por último la autoatención.

Cabe mencionar, que aunque las formas de atención están estrechamente relacionadas con la trayectoria de atención, esta investigación se enfocará en estudiar las formas; siguiendo a Menéndez (2003:188-189), las trayectorias de atención serán un medio para entender estas formas. Asimismo, es importante establecer que en este estudio se considerarán principalmente tres formas de atención, las que se consideran más destacadas en la población de estudio: biomedicina, de tipo tradicional-popular y autoatención. Mismas que son examinadas en el quinto capítulo.

La biomedicina, también conocida como Modelo Médico Hegemónico o medicina alópata, y que está referida a médicos profesionales, se expresa a través de instituciones oficiales y privadas, brindando soluciones a padecimientos basados en fármacos específicos y hasta ciertas drogas psicotrópicas. Debido a que es una de las fuentes más recurridas por los enfermos de los casos de dengue, se seleccionó para este estudio.

La atención de tipo *tradicional-popular* es expresada a través de curadores especializados como hueseros, brujos, curanderos, espiritualistas, yerberos, chamanes, entre otros; aquí también debe incluirse el papel curativo de ciertos santos o figuras religiosas tanto cristianas como de otros cultos. Por la ferviente devoción por la divinidad (mágico, mítico y religioso) que nos caracteriza y está casi siempre presente en todo tipo de estratos sociales de nuestro país, principalmente en la clase media baja, se eligió también ver esta forma de atención.

Por último, la autoatención es la primera y más frecuente fuente utilizada; son representaciones y prácticas desarrolladas por los propios sujetos y grupos sociales; se utiliza para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud, ya sean reales o imaginarios. Está compuesta (pero no limitada a) por las prácticas de automedicación y el autocuidado (Menéndez, 2003:198-203). Por ser la más común, la que cualquier persona puede utilizar, como en el caso de nuestros informantes, se consideró como un elemento importante para este estudio.

Es necesario justificar la exclusión de las otras formas de atención, que propone Menéndez (2003), del presente estudio, como lo son las alternativas, paralelas y new age; éstas son relativamente novedosas en el mercado de la salud y también relativamente costosas, por lo que buena parte de la población no puede acceder a éstas, como es el caso de nuestros informantes,

quienes viven en precariedad. O las devenidas de la biomedicina (acupuntura, digitopuntura, medicina ayurvedica y mandarina) que por ser provenientes de otras culturas son escasas y de difícil acceso para los sujetos de estas comunidades. Y por último se excluyó la forma de atención mediante grupos de autoayuda, porque no se encontraron estos casos en el contexto estudiado. Por lo tanto dichas formas de atención nos resultan innecesarias en la presente investigación.

Por otra parte, Osorio (2001) señala que:

Las prácticas en la trayectoria de atención se desarrollan sobre la base de una estructura de recursos disponibles a nivel intra y/o extradomésticos, donde además del propio enfermo, participan diversos actores sociales, como los miembros del grupo familiar, las redes sociales, los terapeutas profesionales, vecinales, alopáticos o populares (ibid:15).

De esta manera, las prácticas se instrumentan tomando en cuenta los recursos monetarios y humanos disponibles al momento de enfermar. En este sentido, para este estudio, es crucial el conocer las estrategias de supervivencia, ya que estas estrategias pueden actuar como determinante de los comportamientos o prácticas ante la enfermedad del dengue. Además, su estudio es relevante porque el concepto ha sido principalmente estudiado desde la antropología social y económica, pero limitadamente abordado desde la antropología médica. Acerca del concepto, Ciancio (2008:40-41) señala que las estrategias de supervivencia son un conjunto de “acciones económicas, sociales, demográficas y culturales, como consecuencia de no poseer los medios de producción necesarios que les permita tener un nivel de vida establecido”.

Las personas muchas veces no escogen las circunstancias en las que viven; las condicionantes de la pobreza no dependen de ellas, sino de otros factores como son el Estado, las crisis financieras, el desempleo, el neoliberalismo, la globalización, las reformas, las políticas implantadas, que de alguna forma van haciéndolas incapaces de hacer frente a sus problemas. Ante estas condiciones y aunado a la inestable situación laboral y precaria situación económica

que poseen algunos sujetos, se organizan para poder subsistir, aprovechando los escasos recursos con los que cuentan, pero en el trayecto, sucede lo inesperado, como lo es una enfermedad.

Una categoría fundamental en estos momentos de crisis son las redes de apoyo. Debido a la inestable situación laboral y precariedad económica, se suele conformar un sistema de relaciones sociales. Así como señala Lomnitz (1997:12) “estas redes son como un sistema económico informal, equiparable con la economía de un mercado, que tienen como característica el aprovechamiento de los recursos sociales, y el intercambio recíproco entre iguales”.

Estas redes de apoyo y reciprocidad funcionan como estructuras sociales que refuerzan la seguridad moral y económica del enfermo y su familia. En la mayoría de los casos estas relaciones son bidireccionales, es decir, de ayuda mutua: “hoy por ti, mañana por mí”. A la vez, estas estructuras sociales nos muestran a los sujetos más cercanos con los que se puede contar en los momentos difíciles, a quienes se les puede pedir un favor, compartir experiencias y sentimientos. Estas estructuras son capaces de asegurar la subsistencia del sujeto en condiciones de desventaja, como lo es estar enfermo.

Cuando las condiciones financieras y de salud no son favorables, se vislumbra un panorama de alta dependencia económica y social; en este sentido resulta evidente la participación de instituciones y familiares como proveedores (García y Madrigal 1999:229-240). Estos autores también señalan la existencia de dos tipos de redes de apoyo: el primero son las *redes informales* cuyas relaciones son afectuosas, y se dan de manera horizontal, es decir, entre iguales, compuestas por familiares, parientes, amigos, compadres, vecinos, entre otros; el segundo, son las *redes formales*, cuyo lazo se basa en relaciones altruistas o de beneficencia, y se da de manera

vertical, es decir, es subordinada por una autoridad; esta se presenta a través de instituciones como centros de salud, iglesias, programas gubernamentales, entre otros.

Entonces, cuando está enfermo algún miembro de la familia y no se cuenta con los suficientes medios de subsistencia, entran estas redes de apoyo funcionando como un “intercambio recíproco de bienes y servicios” (Lomnitz 1997:25). Estas redes se constituyen ya sea de instituciones sociales o de beneficencia, o bien de familiares, parientes, compadres, amigos, vecinos, entre otros, a través del intercambio de favores como el cuidado de enfermos, préstamos de dinero, medicina o alimento. De esta manera, gracias a las relaciones (verticales u horizontales) de confianza, cooperación y solidaridad en los momentos más difíciles, los sujetos pueden sobrevivir a las enfermedades. Además contar con estas redes de apoyo genera un sentido de pertenencia y un capital social invaluable en los momentos de crisis.

En resumen, el alcance del abordaje de la trayectoria de atención en la investigación, reside en conocer qué, cómo, quién, y dónde se atienden los enfermos de dengue; esto ayuda a detectar y conocer las formas de atención utilizada, así como los actores involucrados en situaciones específicas (Capítulo 5). Además se buscan las estrategias de supervivencia con que cuentan las familias para enfrentar la enfermedad, en particular corroborar en la investigación si se cuenta o no con redes de apoyo en la trayectoria de atención del enfermo; el estudio de las redes, abordado en el Capítulo 6, será útil para comprender las prácticas implementadas por las familias cuando están en situaciones de crisis por una enfermedad y se posee poco capital financiero.

2.3. Articulación entre representaciones y prácticas

Para Menéndez y di Pardo (1996:49), la discrepancia entre representaciones sociales y prácticas puede ser explicada por la concurrencia de procesos a través de los cuales operan criterios

económicos, sociales, institucionales e ideológicos y no únicamente *técnico-científicos*. Abric (2001:195) se pregunta si las representaciones y prácticas están ligadas indisolublemente, y más aún, si las prácticas sociales determinan las representaciones o viceversa; la respuesta es que no se pueden disociar la representación, el discurso y la práctica porque forman un todo, por lo que resulta vana la pregunta acerca de si la práctica produce la representación o es a la inversa.

Sin embargo, “las representaciones sociales son aprendidas como un sistema que presenta aporías, conflictos y hasta contradicciones, pero constituyen un sistema de expectativas [...], siendo la práctica donde la representación se realiza y se modifica” (Menéndez y Di Pardo 1996:54). Las prácticas no necesariamente se reproducen tal cual como la representación, es decir, no se hace ni mecánica, ni idénticamente lo que se piensa. Aunque la representación sea una guía para el actuar en la práctica, y que debiera operar en términos *funcionales-intencionales*, esto no sucede así, pues tiene que ver más con las circunstancias en las que se propicie el evento.

En el marco de la antropología médica, las representaciones sociales y prácticas se resumen en el concepto de *saberes* (ibid. 1996:53), como un concepto que intenta sintetizar lo que piensan y hacen las personas. De acuerdo a estos autores, “este concepto supone asumir la existencia de un proceso de síntesis continua que integra aparentes incongruencias a partir de que lo sustantivo es el efecto del saber sobre la realidad” (op. cit. 1996:58).

Al respecto, Osorio (2001:9) agrega que dentro del saber popular se identifica al *saber materno* como “la forma en que las madres entienden y atienden los padecimientos de sus hijos”. En su trabajo ella destaca tres tipos de saberes maternos: en primer lugar, los *saberes etiológicos y preventivos* (ibid:131-132), que tienen que ver con la causalidad y prevención, es decir, qué estilos de vida y factores de riesgo influyen más para que se propicien las enfermedades, pero

partiendo desde el punto de vista materno; en segundo lugar los *saberes pronósticos y diagnósticos* (op cit:109-110), que radican en identificar, reconocer, distinguir o discriminar entre una molestia pasajera y una entidad nosológica a través de ciertos indicadores (signos y síntomas) desde la perspectiva materna; y por último, los *saberes terapéuticos* (Osorio 2001:157-158), que son los saberes curativos instrumentados, resignificados y asimilados por las madres de familia para dar tratamiento a los suyos, con la finalidad de eliminar cualquier entidad nosológica y regresar al familiar al estado sano en que estaba; todo esto, visto desde la percepción materna.

Por otra parte, Aranda (2010:30) introduce el concepto de *saberes legos*, entendidos como aquellos saberes apropiados por los sujetos que “no tienen estudios formales en medicina [...] pero sí tienen un conocimiento de sentido común [...]”, es decir, que a pesar de que los sujetos no hayan tenido una formación especializada en medicina, han adquirido ciertos saberes a través de la vida cotidiana. Aranda (ibid:35) indica que estos saberes son cambiantes y construidos desde el punto de vista del mismo sujeto, en un contexto determinado. Cabe destacar que estos saberes no están exentos del discurso médico o de las políticas públicas en salud, sino todo lo contrario, no pueden estar libres de preconociones, y además en cada interacción sufren cambios, pues el saber se va modificando.

Tomando como base a Osorio (2001), en el Capítulo 4 de la presente investigación, se intenta comprender las representaciones y prácticas de la etiología y prevención de la enfermedad, y, en el Capítulo 5, se busca examinar las representaciones y prácticas terapéuticas, es decir, de la atención y tratamiento de la enfermedad. Por último, en el Capítulo 6, se busca describir el papel que tienen las redes de apoyo, formales e informales, en cubrir las necesidades de las familias afectadas por el virus del dengue. Asimismo, siguiendo a Aranda (2010), se

propone rescatar ese saber lego respecto al virus del dengue desde la voz y el discurso de los habitantes de la colonia Insurgentes y del Molino de Camou.



EL COLEGIO
DE SONORA
B I B L I O T E C A
GERARDO CORNEJO MURRIETA

Capítulo III. Área de estudio y abordaje metodológico

En este capítulo se realiza un acercamiento a algunas características propias del contexto del que son parte los sujetos insertos en esta investigación; se inicia describiendo el contexto de la colonia Insurgentes, ubicada en el área urbana del municipio de Hermosillo; después se relata el contexto actual del Molino de Camou, ubicado en el área rural. Buena parte de la población de ambos sitios vive en condiciones precarias, algunos carecen de los servicios públicos más básicos y además existen múltiples factores que contribuyen a que estas poblaciones sean un foco de infección para la transmisión de dengue; situación que hace de estas comunidades lugares ideales para investigar el tema propuesto.

También en este capítulo se muestra la metodología de la investigación, estudio de corte cualitativo en que se utilizaron diferentes instrumentos. Se presenta además, una breve descripción de los participantes insertos en este estudio, donde se detallan las características físicas, económicas y sociales de cada sujeto, el rol del afectado, el tipo de padecimiento de acuerdo a la clasificación del dengue en México, así como algunas complicaciones que existieron durante la enfermedad; todo esto con el fin de asegurar una aproximación más comprensiva del caso, y por consiguiente, que el lector tenga una mayor información del problema de investigación.

3.1. Área urbana y peri-urbana de Hermosillo como estudio de caso

Con una población total de alrededor de 748,342 habitantes, la ciudad de Hermosillo es el animado centro del estado noroccidental de Sonora, México; que comparte su frontera norte con los Estados Unidos (*Figura 10*). La ciudad de Hermosillo en las últimas décadas ha experimentado un importante crecimiento poblacional; para ilustrar esto último se tiene el dato que de 1970 a 1990, la población se incrementó en un 130% (unos 230,000 habitantes). Este cambio demográfico se explica por la rápida industrialización de Hermosillo, en especial el arribo en 1984 de la planta Ford con una capacidad de producción de 130,000 unidades por año y que generó, en un inicio, 1,200 empleos directos (Ramírez et. al. 1997:187).

De acuerdo a información proporcionada por la Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora, de los 2,773 casos de dengue clásico ocurridos en Sonora durante el 2010, un total de 2,414 se presentaron en la ciudad de Hermosillo. Asimismo, de los 465 casos de dengue hemorrágico ocurridos en el mismo año en el Estado, 384 fueron en esta misma ciudad. Sin duda estos datos revelan la enorme incidencia de la enfermedad, y a su vez, la importancia de estudiar las implicaciones de este padecimiento en el municipio. Según información proporcionada en entrevistas con personal de la Secretaría de Salud, la mayor parte de estos casos se ubicaron en la zona norte de la localidad de Hermosillo, que es donde se encuentra ubicada la colonia Insurgentes. En esta colonia en particular, ocurrieron 124 casos de dengue clásico y 19 casos de dengue hemorrágico; por lo que se consideró una excelente área de estudio. Dada su importancia, de esta colonia fueron seleccionados 8 de los 10 jefes de hogar entrevistados, quienes se describen más adelante.

Por otra parte, como se mencionó previamente, y de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud “en los últimos 50 años, su incidencia ha aumentado 30 veces con la creciente expansión geográfica hacia nuevos países y, en la actual década, de áreas urbanas a rurales” (OMS 2009:3). Aunque no es el tema principal de este estudio el comparar estos dos ámbitos, lo anterior deja ver la importancia de incluir casos que ayuden a entender qué es lo que pasa más allá de la ciudad. Por esta razón se decidió incluir algunos casos del Molino de Camou, localidad rural menor a 2500 habitantes. De este sitio se intentó incluir el mismo número de casos que de la colonia Insurgentes, sin embargo, en las visitas sólo fueron identificados dos casos que estuvieran dispuestos a colaborar en el proyecto.

Debido a la disparidad del número de casos entre la colonia Insurgentes y el Molino de Camou, es imposible considerar el presente estudio como un análisis comparativo entre ambas áreas. De esta forma, al incluir el área urbana y peri-urbana de Hermosillo se pretende tener una mayor diversidad de casos y perspectivas de los temas que en este estudio se abordan como ejes. Ambos lugares se ubican en la Figura 10 que se muestra a continuación.

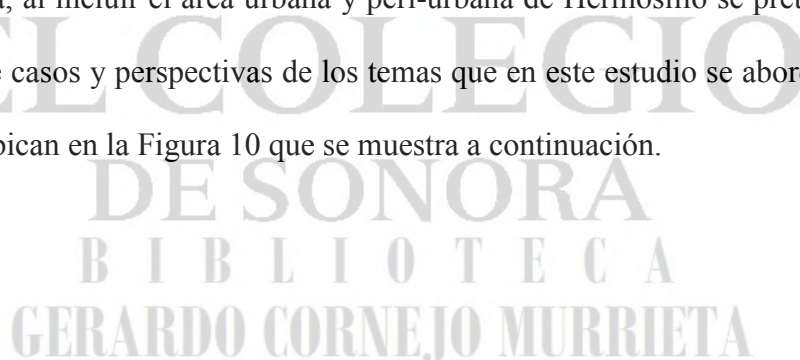
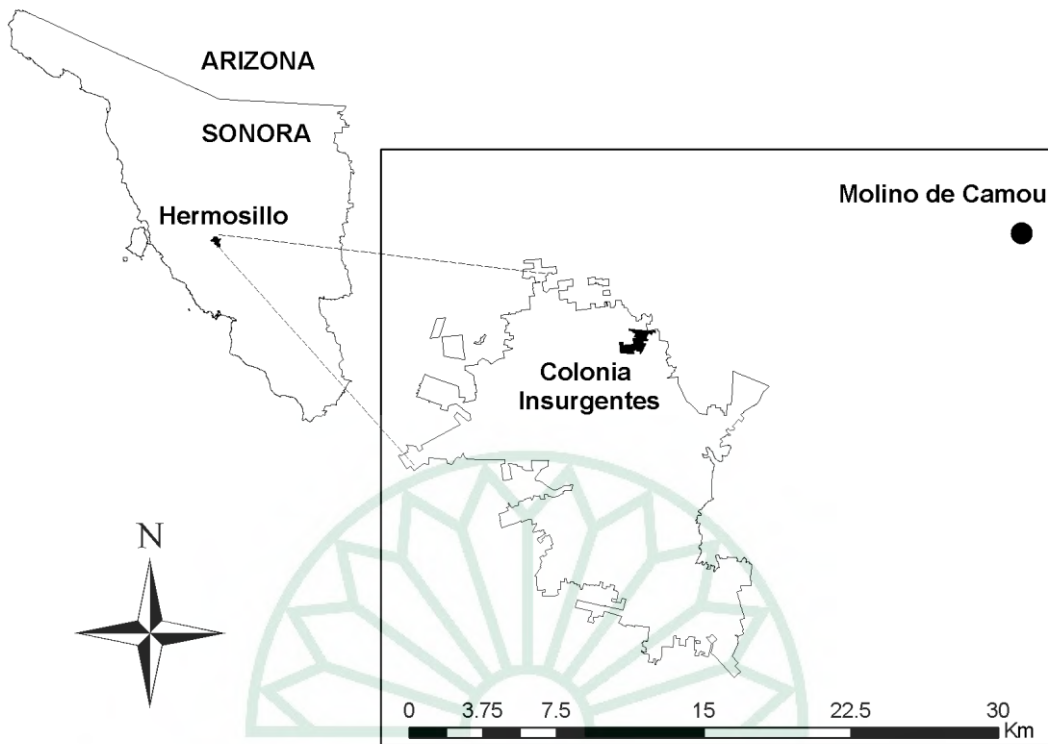


Figura 10. Ubicación geográfica colonia Insurgentes y Molino de Camou



Fuente: Elaboración propia con base en cartografía de INEGI (2010).

Como se observa en la Figura 10, la colonia Insurgentes se ubica dentro del área urbana de Hermosillo, al norte de la Ciudad. El Molino de Camou se encuentra a aproximadamente 15 kilómetros de la ciudad, en lo que es definido por algunos autores como el área peri-urbana de la ciudad (Díaz-Caravantes y Sánchez-Flores:2011). Algunos datos de población y vivienda de la ciudad de Hermosillo, la colonia Insurgentes y el Molino de Camou se muestran en la Figura 11 que se presenta enseguida.

Figura 11. Indicadores de población y vivienda de las áreas de estudio

Indicadores de población y Vivienda	Hermosillo	Colonia Insurgentes	Molino de Camou
Población total	715,061	8,308	1,116
Viviendas particulares habitadas	194,096	2,081	273
% Población de 15 años o más analfabeta	1.40%	1.90%	5.80%
% Población de 6 a 14 años que no asiste a la escuela	2.50%	3.40%	5.70%
% Población de 15 años o más con educación básica incompleta	21.60%	30.00%	57.30%
% Población sin derecho-habienencia a los servicios de salud	21.60%	27.70%	35.30%
% Viviendas particulares habitadas sin agua entubada dentro de vivienda	2.60%	7.20%	5.10%
% Viviendas particulares habitadas sin excusado o sanitario	0.70%	1.60%	21.20%
% Viviendas particulares habitadas sin drenaje	1.50%	1.90%	20.50%
% Viviendas particulares habitadas con piso de tierra	3.30%	7.50%	3.30%
% Viviendas particulares habitadas sin energía eléctrica	0.70%	1.10%	2.90%

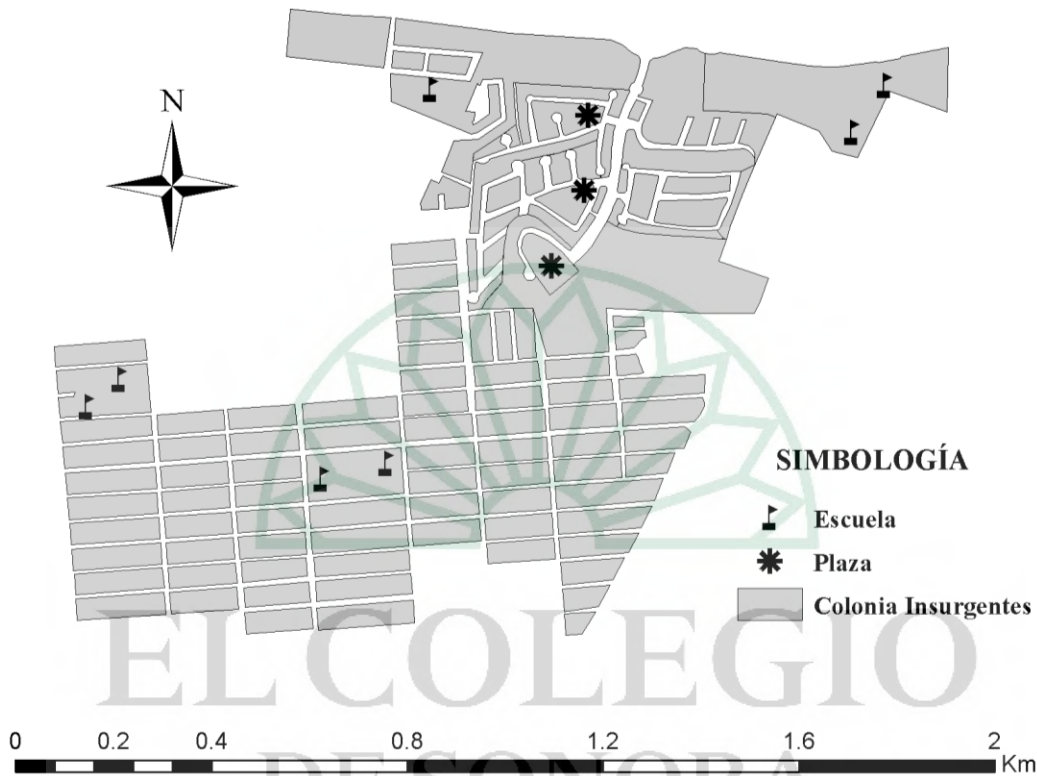
Fuente: Elaboración propia con base al censo de población y vivienda INEGI (2010).

Los datos que se muestran en la Figura 11 son algunos de los indicadores de marginación que emplea el Consejo Nacional de Población (CONAPO), con base a los censos de población y vivienda. Las dimensiones indicadas son educación, salud y vivienda. En los siguientes subapartados se abordarán más específicamente las estadísticas contenidas en esa Figura.

3.1.1. Colonia Insurgentes

Las 112 manzanas que conforman la colonia Insurgentes se muestran en la Figura 12.

Figura 12. Mapa de la colonia Insurgentes



Fuente: Elaboración con base en INEGI (2010).

Según el censo de 2010, la población total ubicada en la colonia Insurgentes es de 8,308 personas, lo cual equivale al 1.1% de los 715,061 habitantes de la ciudad de Hermosillo. En cuanto al clima, éste es seco y árido, con temperaturas mínimas en invierno de 10°C, y máximas en verano de 48°C aproximadamente; la temperatura media oscila entre los 26 y 32°C; los meses de lluvia son de junio a agosto.

Referente a los indicadores de educación, se observa que si bien no hay una diferencia importante de esta colonia con respecto a Hermosillo en cuanto al porcentaje de población

analfabeta y menores de edad que no asisten a la escuela, el porcentaje de población de 15 años o más con educación básica incompleta sí es considerablemente mayor en la colonia con respecto al total de los habitantes de la ciudad. En cuanto al indicador de salud, que es el porcentaje de población sin derecho-habienencia a servicios de salud, la colonia es más alta por 6 puntos porcentuales.

El número de viviendas particulares habitadas en estas 112 manzanas es 2,081. Como se ve, el porcentaje de viviendas sin excusado o sanitario, sin drenaje, y sin energía eléctrica, es muy bajo tanto en la colonia como en la ciudad. No es éste el caso para el porcentaje de viviendas particulares habitadas con piso de tierra, donde la diferencia es ya más considerable. Todavía más importante para el presente estudio es que 149 de las viviendas, el 7.2% del total en esa colonia, no contaban con agua entubada dentro de la vivienda. Para entender mejor las proporciones de este indicador, calculando que en esta colonia existe un promedio de 19 viviendas por manzana, resultaría que estas 149 viviendas equivaldrían a 8 manzanas que no cuentan con este servicio. El problema de no tener agua entubada dentro de la vivienda es que los residentes de estas casas necesitan guardar aguas en piletas, cubetas, baldes, etc., los cuales son lugares propicios para que se reproduzca el vector. Sin duda este es un buen ejemplo de los muchos factores pueden contribuir a que esta población pueda ser un foco de infección para la transmisión del dengue.

No toda la población de la colonia cuenta con los mismos servicios públicos: al sur de ésta, la mayoría de las viviendas tiene servicios de energía eléctrica, agua potable, drenaje y alcantarillado, mientras al norte de la colonia, ubicado en la falda de un cerro, es mayor el número de viviendas que no cuentan con energía eléctrica y en algunas manzanas existe una sola toma de agua y carecen de drenaje y alcantarillado; más aún, la mayoría de las casas cuentan con

fosa séptica. Solamente algunas calles tienen servicio de alumbrado público y pavimento; los pobladores cuentan con transporte colectivo que pasa en ruta muy cerca de sus hogares.

Respecto a la apariencia de las viviendas, al sur de la colonia la mayor parte de casas son de cemento y ladrillo, mientras que al norte, un gran número vive en deplorables condiciones, sus casas son de diversos materiales como cartón, madera, lámina negra y cobijas; en general, los patios de las viviendas son grandes de terracería en los que siembran palmas, árboles de frutales y de ornato, arbustos con flores, y en donde también cohabitan animales como perros y gatos.

Los habitantes de esta colonia cuentan con varios abarrotos; existe un supermercado (Súper del Norte) y un mercado. También hay escuelas de educación básica, canchas deportivas, templos, farmacias, una auxiliar de salud que pone sueros e inyecta a la población. Algunas de las ocupaciones de los pobladores son trabajo doméstico, venta de productos de belleza por catálogo, albañilería, carrocería, vulcanización, micro-comercios, entre otras.

Además, la higiene que se tiene en el lugar no es la más adecuada para evitar brotes, pues en los patios se pueden ver acumulamientos de cacharros, por ejemplo latas, botes y botellas vacías y neumáticos viejos. Estos son lugares ideales que sirven a la hembra para depositar sus huevecillos infectados, ya que ésta deja entre 150 y 200 cada tercer día; una vez humedecidos, los huevecillos se convierten en embriones, posteriormente en larva, después en pupas, y luego se hacen adultos; todo este proceso en siete días. Una vez adultos, los mosquitos tienen un tiempo de vida alrededor de 45 días, y vuelan en un rango de 100 metros, por lo tanto podrían picar a los miembros de la familia y vecinos.

Los grandes encharcamientos por las calles de terracería debido a las grandes fugas de agua o a las temporadas de lluvia, además de su clima cálido idóneo para la reproducción de vectores,

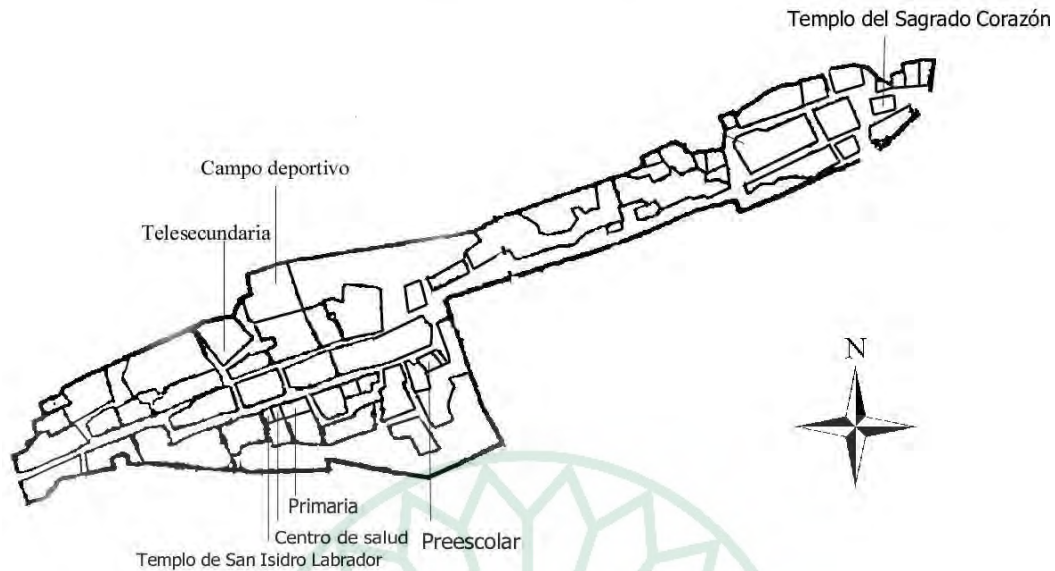
contribuyen a que la población sea un foco de infección para el dengue. Aunado a lo anterior, en la colonia Insurgentes también existe una situación socioeconómica precaria de una parte de la población, lo cual queda de manifiesto en el porcentaje de viviendas con piso de tierra y/o que no cuentan con agua entubada dentro de la vivienda. Todas estas condiciones físicas y sociales aumentan la propensión de morbilidad y mortalidad de las familias y limitan la capacidad de la población para hacer frente a enfermedades, entre ellas el dengue.

3.1.2. Molino de Camou

El Molino de Camou es una localidad que pertenece al municipio de Hermosillo; se encuentra ubicado en el área periurbana³⁶ de la ciudad, sobre la carretera que comunica a la capital con el municipio de Ures. Según el Censo de Población y Vivienda 2010 del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2010), en el Molino de Camou habitan un total de 1,212 habitantes, 0.15% del total del municipio de Hermosillo. En cuanto al clima, es seco y árido, con temperaturas mínimas en invierno de 10°C, y máxima en verano de 48°C aproximadamente, muy similar al de la ciudad de Hermosillo; la temperatura media oscila entre los 26 y 32°C; los meses de lluvia son de junio a agosto. El área de asentamientos humanos del Molino de Camou se puede observar en la Figura 13, que se muestra a continuación.

³⁶Área Periurbana: Territorio ubicado al margen o en las afueras de la ciudad donde se han concentrado aglomeraciones y asentado urbanizaciones.

Figura 13. Croquis del Molino de Camou



Fuente: Elaboración propia basada en Díaz Caravantes (2001).

El asentamiento humano ha crecido de forma alargada de este a oeste, lo cual se debe a que al sur se ubican las tierras agrícolas; los pobladores quizá siguieron esa forma para estar lo más cercano posible a sus tierras.

En la Figura 11, se aprecia que aunque el porcentaje de población analfabeta y de menores de edad que no asiste a la escuela es relativamente pequeño, el porcentaje de población de 15 años o más con educación básica incompleta es bastante alto, al menos cuando se compara con el municipio de Hermosillo o la colonia Insurgentes. Asimismo, el porcentaje de población sin derecho-habiencia a servicios de salud es de poco más de un tercio de la población.

Las viviendas particulares habitadas de este poblado son 273, y de los indicadores resalta que una de cada cinco no cuenta con servicio de drenaje y/o excusado sanitario; este dato es mayor al registrado en Hermosillo o la colonia Insurgentes. El porcentaje de viviendas sin energía eléctrica, con piso de tierra o sin agua entubada dentro de la vivienda es relativamente pequeño,

incluso estos dos últimos indicadores son menores a los que se censaban en ese mismo año en la colonia Insurgentes.

Los servicios públicos con que cuenta la población son: energía eléctrica (en la mayoría de las viviendas) y una toma de agua potable por casa. Las viviendas no cuentan con drenaje, ni alcantarillado, pero la mayoría de las casas cuentan con fosa séptica. Solamente una calle, la principal, tiene alumbrado público; no hay pavimento, y los pobladores cuentan con transporte colectivo que va del Molino de Camou a Hermosillo y viceversa.

Respecto a la apariencia de las viviendas, todas son muy similares, de material (cemento y ladrillo en las paredes y techo de lámina); cerco de troncos de madera y alambre de púas; con grandes patios, de 40 x 60 metros (Díaz Caravantes, 2001), con árboles de frutales y de ornato, arbustos con flores, y animales como caballos, perros, gatos, gallos y gallinas que andan sueltos por los patios de las viviendas.

Los habitantes tienen acceso a varias tiendas de abarrotes. El supermercado (Súper del Norte) y la farmacia (Genéricos Intercambiables) más próxima están en San Pedro, a aproximadamente 7 kilómetros de allí; también cuentan con un preescolar, una primaria y una telesecundaria; un campo deportivo; dos templos (San Isidro Labrador y Sagrado Corazón de Jesús); una casa de salud y los servicios de una sobadora. Algunos pobladores se siguen dedicando a la agricultura y a la crianza de animales; otros más están optando por vender o rentar, o trabajar en el mantenimiento de lotes campestres para el esparcimiento de las familias urbanas.

Existen muchos factores que contribuyen a que esta población pueda ser un foco de infección para la transmisión del dengue, entre ellos, el que sólo cuentan con una toma de agua en

sus viviendas, generalmente ubicada en el patio, por lo que almacenan agua en piletas, tambos, cubetas, bebederos de animales, etc. Además en los patios se pueden ver acumulamientos de cacharros (en latas, botes, botellas vacías y neumáticos viejos). Asimismo, al igual que en la colonia Insurgentes, los grandes encharcamientos por las calles de terracería en temporada de lluvia puede contribuir a crear espacios para la reproducción del vector.

Aunado a lo anterior, en el Molino de Camou también existe una situación socioeconómica precaria en la población, incluyendo todos sus gradientes sociales, como lo es la falta de servicios médicos y farmacias. En el poblado tan sólo se cuenta con una casa de salud que la mayor parte del tiempo permanece cerrada, con escasas medicinas y con sólo dos auxiliares encargadas de esta casa de salud. Una vez por mes vienen brigadas de médicos del programa Oportunidades a la casa de la salud a atender a los enfermos del poblado, pero si alguien enferma de dengue o cualquier otra enfermedad cuando los médicos no están, el enfermo se tiene que trasladar a Hermosillo por sus propios medios.

3.2. Descripción del abordaje metodológico y del proceso de investigación

La presente investigación se aborda desde un enfoque cualitativo, ya que la idea es describir y analizar las representaciones y prácticas de las jefas y los jefes de hogares afectados por el dengue, y este enfoque permite captar a profundidad la dinámica microsocial, cuestión muy difícil de estudiar con métodos cuantitativos, los cuales sólo permitirían un análisis superficial de estos procesos. La unidad de análisis son las jefas y los jefes de hogares afectados por el dengue (que en este trabajo por simplicidad en ocasiones se le denominará *jefes de familia*), definido por el INEGI (2010) como la persona que dirige una unidad formada por otras personas que “residen habitualmente en la misma vivienda particular” y “en el que al menos uno

de los integrantes tiene parentesco con el jefe(a) de hogar o familia”. En este sentido, la población que participará de manera directa en las entrevistas son dichas jefas y jefes de hogar y los criterios de inclusión para este estudio son que algún miembro de familia haya padecido fiebre por dengue o fiebre por dengue hemorrágico entre la década 2003-2012 y que radique en la colonia Insurgentes (área urbana), o en el poblado Molino de Camou (área peri-urbana o rural).

Referente al trabajo realizado en campo, en una primera etapa se realizaron visitas exploratorias, tanto a la colonia como al poblado rural, con la finalidad de acercarse y conocer con más profundidad el área de estudio, y de esta forma poder describir de manera más amplia el contexto. Posteriormente se realizó un mini-censo, que constó de ocho preguntas; este censo fue con la finalidad de detectar los casos tanto de fiebre por dengue como de fiebre por dengue hemorrágico en el período de estudio. Cabe mencionar que en el caso del Molino de Camou solamente se detectaron dos casos, uno de fiebre por dengue y otro de fiebre por dengue hemorrágico.

En el caso de la colonia Insurgentes se tenía como antecedente que presentó un alto número de casos en 2010. De los casos de fiebre por dengue identificados por medio del mini-censo, se seleccionaron solamente cuatro casos; de dengue hemorrágico se seleccionaron otros cuatro. En total se obtuvo una muestra de ocho casos en la colonia Insurgentes, que sumados a los dos que se tenían del Molino de Camou, suman diez en total. Es importante señalar que para el estudio se tomó el mismo número de casos de fiebre por dengue y fiebre por dengue hemorrágico, esto con el fin de observar si existen diferencias acentuadas en cómo se manifiestan las creencias y comportamiento de los sujetos en ambos casos, incluyendo o no el síndrome de shock por dengue.

Posteriormente, en todos los casos entrevistados se les solicitó su permiso para la participación en este estudio; éste se pidió a través de un documento por escrito (consentimiento informado), en el cual se les solicitó de la manera más atenta su permiso para realizar una serie de entrevistas y observaciones; este documento también incluyó el objetivo de estudio, la duración, la información sobre la permanencia voluntaria, la grabación del audio, los criterios de inclusión por los que fue seleccionado y la finalidad de los resultados; asimismo, se les mencionó que todos los nombres y los datos serían manejados de manera confidencial, honesta, ética y profesional. Este documento, como los otros se presentan en el apartado de *anexos* de esta tesis.

Para asegurar una aproximación más comprensiva del caso, y obtener la mayor información posible respecto al problema de investigación, con la información obtenida en el mini-censo que se aplicó en ambas localidades, se realizó una tipología diversa con todos los participantes por área, donde se pudiera apreciar el padecimiento del enfermo, ya sea fiebre por dengue (FD), fiebre por dengue hemorrágico (FDH) o síndrome de shock por dengue (SSD), tal y como lo señala la clasificación de la OMS (2009:10) y algunas observaciones que nos hacen deducir que hubo la presencia de signos de síndrome de shock por dengue (SSD) u otras complicaciones como nos lo explica Martínez-Torres (2008:37-38). Asimismo se identifican los nombres de los jefes de familia entrevistados y los roles de los enfermos en el hogar (padre, madre e hijos en sus distintas etapas del desarrollo). En las Figuras 14 y 15 se enuncian las características de los sujetos participantes en la investigación.

Figura 14. Características de las participantes del poblado Molino de Camou

Nombre jefe de hogar	Rol de los afectados	FD	FDH	SSD	Observaciones
Luna	Madre	X			Embarazo
Marisela	Madre		X	X	Extravasación de plasma nasal moderado y trombocitopenia

Fuente: Elaboración propia

Figura 15. Características de los participantes de la colonia Insurgentes

Nombre jefe de hogar	Rol de los afectados	FD	FDH	SSD	Observaciones
Azul	Madre	X			Petequias y artralgias
Candy	Hijo (Adolescencia)		X	X	Extravasación de plasma nasal leve y trombocitopenia
Clara	Madre	X			Reinfección
Elena	Hijo (Niñez)	X		X	Extravasación de plasma nasal leve y Trombocitopenia
Julio	Padre		X	X	Extravasación de plasma nasal y bucal moderado
María	Hijos (Adultez)	X			Crisis alérgica severa y reinfección
Michelle	Hija (Lactancia)		X	X	Trombocitopenia
Yuridia	Madre		X		Asintomático

Fuente: Elaboración propia

Para recoger la información se utilizaron tres guías de preguntas para tres rondas de entrevistas semi-estructuradas para diez jefes de hogar. La primera guía de la entrevista está compuesta por datos de identificación, como lo son datos personales, del conyugue, de los hijos, familiares y por último del enfermo, que para términos de la entrevista constituyen un recurso de información descriptiva, real, única e importante para la clasificación de los sujetos entrevistados, y de esta manera poder realizar el perfil de cada uno de los participantes.

La segunda guía constituyó la parte de representaciones, que para términos de esta entrevista son un conjunto de nociones, conocimientos, creencias, actitudes y valoraciones que poseen los sujetos del padecimiento; se buscaron las representaciones etiológicas, de prevención, diagnósticas, de atención, tratamiento y control. En esta guía también se preguntaba por las prácticas de atención, entendidas éstas como el conjunto de acciones rutinarias o eventuales realizadas por los jefes de familia y el enfermo en términos funcionales-intencionales para diagnosticar, explicar y dar solución a este problema de salud; cabe mencionar que el principal énfasis fue examinar las formas de atención y las estrategias de supervivencia de las familias al momento de sufrir este fenómeno.

Por último, la tercera guía correspondió al vínculo entre representaciones y prácticas, que para esta entrevista es la articulación entre ambas, es decir, para conocer a profundidad lo que piensan y lo que hacen los jefes de hogar respecto a la enfermedad. Cabe mencionar que las preguntas de esta última parte se realizaron de acuerdo a los resultados de la segunda guía; en primer lugar para corroborar lo que se estaba entendiendo, y en segundo lugar para profundizar

sobre nuevos temas que fueron surgiendo y se consideraron relevantes. Para la codificación y el análisis de las entrevistas se utilizó el programa NVIVO 7³⁷.

Además se realizaron dos rondas de observaciones domiciliarias, en las que se utilizaron tres formatos proporcionados por la Secretaría de Salud en las mismas diez viviendas; esto con el fin de analizar las condiciones en las que se encontraban, buscar posibles focos de infección, realizar conteo de recipientes, búsqueda de larva y pupa, todo esto con la finalidad de tener un poco más de información sobre el estilo de vida, actividades y prácticas de esta población.

3.3. Breve perfil de los jefes de hogar

Los criterios de inclusión para los informantes son que radiquen actualmente en el Molino de Camou o la colonia Insurgentes, que sean jefas y jefes de hogar, que algún miembro de la familia haya padecido fiebre por dengue y fiebre por dengue hemorrágico entre el período 2003 y 2012. Por lo que en total se obtuvieron cinco familias con casos de fiebre por dengue y cinco familias con casos de fiebre por dengue hemorrágico, de las cuales dos son del Molino de Camou y ocho de la colonia Insurgentes; sin embargo, ya estando dentro de los hogares pudimos ver más número de casos, es decir, unos casos nos llevaron a los otros, encontrando un total de 24, de los cuales 17 son de fiebre por dengue, y 7 de fiebre por dengue hemorrágico. Es importante señalar que hubo buena disposición a participar en la investigación, “siempre y cuando el resultado sea a favor y en beneficio de su comunidad” agregaron los participantes de este estudio. Es importante advertir que por motivos de confidencialidad, los nombres de las personas entrevistadas fueron cambiados, y elegidos por ellas mismas. A continuación se mencionan una serie de características

³⁷“Software desarrollado por la empresa QSR, que permite definir, construir y organizar los ejes analíticos resultantes de la información empírica” (Castro y Arellano 2010, 267)

que describen a nuestros informantes clave, enlistando primeramente a los del Molino de Camou, y posteriormente a los de la colonia Insurgentes.

La primera informante del Molino de Camou es *Luna*, de 27 años, estatura media-baja, complexión rolliza, de tez muy morena, ojos chicos color café, cabello negro y lacio; ella es muy jovial, dicharachera y en las entrevistas siempre estuvo bromeando. Es originaria de Hermosillo; estudió hasta tercero de secundaria; vive en unión libre con su pareja, tiene tres hijos, se dedica al hogar y según dijo a pregunta expresa en la entrevista, su familia percibe un ingreso de \$5,000 mensuales. Su familia vive en casa propia de dos cuartos que cuenta con los servicios de agua, luz y fosa séptica; en cuanto a servicios médicos, tienen acceso al Seguro Popular, el cual refiere utilizar muy poco. Ella padeció fiebre por dengue, y sobre esta enfermedad no tiene mucho conocimiento pero muestra un gran interés por saber más.

La segunda informante del Molino de Camou es *Marisela*, de 43 años de edad, estatura media y complexión regular, piel blanca, mejillas rosada, con unos ojos azules muy grandes y expresivos que parece que pueden mostrar fácilmente su estado de ánimo, cabello corto semiondulado de color rubio oscuro; es tímida y reservada. Originaria de Hermosillo. Estudió hasta sexto de primaria. Es casada, tiene una hija, se dedica al hogar y en los ratos libres atiende una tienda de abarrotes que está ubicada en casa de su madre; según dice, su familia percibe un ingreso aproximado de \$6,000 mensuales, viven en una casa propia de tres cuartos equipada con servicios de agua, luz y fosa séptica; en cuanto a servicios médicos cuenta con Seguro Popular, por ahora se atiende en este programa unos miomas en la matriz. Ella padeció dengue hemorrágico y sobre esta enfermedad tiene ideas muy arraigadas en las cuales cree fielmente y sus acciones giran alrededor de ellas.

La primera informante de la colonia Insurgentes es *Azul*, de 53 años, estatura baja, complexión delgada, de tez blanca, ojos medianos color café, cabello corto y teñido de castaño claro. Es una mujer amable, cordial, y con una charla muy amena. Originaria de Navojoa, Sonora, pero tiene treinta y un años viviendo en Hermosillo y los mismos en la colonia Insurgentes. Estudió hasta primer grado de Secundaria con comercio. Vive en unión libre con su pareja y tiene cuatro hijos, pero ninguno vive con ella. Actualmente, se desempeña como empleada doméstica por las mañanas y por las tardes atiende su hogar; su pareja se dedica a la albañilería y juntos, según señala *Azul*, perciben un ingreso de \$7,240 mensuales. Viven en casa de renta de un cuarto que cuenta con los servicios de agua, luz y drenaje. En cuanto a servicios médicos, ambos (ella y su pareja) tienen acceso al Seguro Popular, que utiliza cada mes debido a un problema de hipertensión arterial. Ella padeció fiebre por dengue, y sobre esta enfermedad tiene miedos y temores, además bastantes interrogantes que la inquietan, y que quisiera que fueran contestadas por un experto.

La segunda informante de la colonia Insurgentes es *Candy*, de 47 años, estatura media, complexión delgada, tez blanca, ojos grandes de color café, cabello lacio, largo de color castaño oscuro; es una mujer sencilla, sincera y cariñosa, aunque también es desconfiada, ya que ha tenido algunas experiencias en la vida que la han dejado marcada. Es originaria de Hermosillo y tiene 23 años residiendo en la colonia Insurgentes. Estudió hasta tercer grado de Secundaria. Es casada y tiene tres hijos, un par de gemelos de dieciocho años y una niña de nueve años. Candy se dedica al hogar y en sus tiempos libres vende productos de belleza y según ella, el ingreso de la familia asciende a \$10,000. La casa es propia, tiene 6 cuartos y cuentan con los servicios de agua, luz, drenaje y alcantarillado, teléfono e internet. En cuanto a servicios médicos todos cuentan con Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que utilizan en caso de un serio

padecimiento; para los demás casos utilizan los consultorios de las Farmacias Similares “por ser más rápidos”; el hijo mayor padeció fiebre por dengue hemorrágico, y sobre esta enfermedad la madre del chico manifiesta no recordar mucho sobre la trayectoria de atención; reconoce que tal vez le restó importancia a la enfermedad porque nunca supo la gravedad del problema y tampoco nunca sintió el malestar que sintió su hijo. Dadas estas circunstancias, se solicitó la presencia del chico para realizar la entrevista y que ambos narraran este proceso vivido de enfermedad; los dos señalan que en la actualidad no hacen nada para prevenir y controlar este fenómeno, sin embargo les gustaría saber la manera de hacerlo.

La tercera informante de la colonia Insurgentes es *Clara*, de 41 años, estatura media-baja, complexión delgada, de tez morena, ojos grandes y alegres de color café, cabello largo y teñido de rojo quemado; es una mujer sencilla y jovial, aparenta ser más joven que su edad. Es originaria de Los Mochis, Sinaloa y tiene diecisiete años en Hermosillo y catorce en la colonia Insurgentes. Estudió hasta tercer grado de Secundaria, es divorciada, tiene dos hijos, de catorce y doce años, que viven con ella. Se dedica a la venta por catálogo de productos de belleza, su ex-esposo le pasa una pensión para sus hijos, y sus ingresos son de \$3,000 mensuales. Viven en casa propia de dos cuartos que cuenta con los servicios de luz y fosa séptica; en cuanto a servicios médicos cuentan con Seguro Popular que utilizan cada tres meses debido a que su hijo mayor padece epilepsia. Ella y un hijo padecieron fiebre por dengue y sobre esta enfermedad tiene bastantes dudas y temores ya que en dos ocasiones ella ha padecido fiebre por dengue y ella siente que ahora es más propensa a padecer fiebre por dengue hemorrágico.

La cuarta informante de la colonia Insurgentes es *Elena*, de 28 años, de estatura baja, complexión delgada, de tez muy morena, ojos medianos y expresivos de color café, cabello largo, lacio y teñido rubio. Es una mujer muy joven. Es originaria de Hermosillo y siempre ha vivido en

la colonia Insurgentes. Estudió hasta tercer semestre de preparatoria. Es separada, tiene tres hijos, de diez, seis y dos años, que viven con ella. Ella trabaja en casa, tiene planes de dejar de trabajar y reconciliarse con su ex esposo; este último da una pensión para sus hijos; aunado a su sueldo tiene un ingreso aproximado total de \$6,000 mensuales. Viven en casa de renta de dos cuartos que cuenta con los servicios de luz, agua potable y drenaje y alcantarillado. En cuanto a servicios médicos ni ella ni sus hijos están protegidos por ninguna institución ni programa; refiere haber utilizado una vez el Seguro Popular, programa del que quedó decepcionada pues según ella no cubre la mayoría de las enfermedades ni medicamentos; recuerda que cuando su hijo estuvo hospitalizado de fiebre por dengue con síndrome de shock por dengue, el Seguro Popular no cubrió el padecimiento.

El quinto informante de la colonia Insurgentes es *Julio*, de 56 años, estatura mediana, complexión regular, tez morena, más bien tostada por el sol, ojos chicos color café, cabello y bigote entrecano; él es un hombre de pocas palabras hasta que se apaga la grabadora, por lo que se puede decir es cauteloso y precavido. Es originario del Cajón de Onapa en Sahuaripa (Sierra de Sonora), tiene veintidós años viviendo en Hermosillo y veinte en la colonia Insurgentes. Estudió hasta segundo grado de Primaria, es divorciado, tiene siete hijos, tres viven con él. Se dedica a la albañilería. Su familia percibe un ingreso de \$6,000 mensuales. Viven en casa propia de tres cuartos que cuenta con los servicios de agua, luz y fosa séptica. Referente a servicios médicos, Julio cuenta con Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el resto de la familia con Seguro Popular, sin embargo nunca utilizan sus servicios ya que prefieren ir a los consultorios de Genéricos Intercambiables o Similares por ser más rápidos. Él padeció fiebre por dengue hemorrágico, y sobre esta enfermedad quedó con algunos miedos.

La sexta informante de la colonia Insurgentes es *María*, de 65 años, estatura media, complexión rolliza, de tez morena clara, ojos color café, cabello melena y teñido de castaño, es una mujer servicial, atenta y muy platicadora. Es originaria de Hermosillo, Sonora; tiene veintiocho años viviendo en la colonia Insurgentes. Ella no estudió, solamente sabe escribir su nombre. Es casada, tiene cuatro hijos, tres viven con ella y su esposo; él se dedica a la carrocería y ella al hogar; sólo un hijo trabaja como empleado de la Harinera; juntos perciben un ingreso de \$6,000 mensuales. Viven en casa propia de cuatro cuartos, dos sirven como dormitorio; la casa cuenta con los servicios de agua, luz y drenaje. En cuanto a servicios médicos cuentan con IMSS que les brinda el hijo que trabaja, que utilizan muy seguido para remediar las enfermedades asociados a la vejez, a decir de ella. Una hija y dos hijos de ella padecieron fiebre por dengue y sobre esta enfermedad ella tiene la incertidumbre de dónde la pudieron adquirir sus hijos, pues argumenta que por lo general su casa siempre está limpia y ellos por lo regular acostumbran tener prácticas de higiene.

La séptima informante de la colonia Insurgentes es *Michelle*, de 23 años, de estatura media, complexión delgada, tez morena clara, ojos muy grandes y expresivos de color café, cabello en melena larga y de color negro; es una mujer joven, tímida y callada. Es originaria de Hermosillo y toda su vida ha residido en la colonia Insurgentes. Estudió hasta tercer grado de secundaria. Es madre soltera, tiene una hija de dos años. Ella y su niña viven en un cuarto al lado de la casa de sus padres y sus dos hermanos. En la actualidad ella está desempleada por lo que se dedica al hogar, el padre de la niña le pasa una pensión alimenticia, que aunado a los ingresos de su familia suman \$11,000 mensuales. La casa es propia, el cuarto donde vive se lo prestan sus padres y la casa cuenta con los servicios de agua, luz, drenaje y televisión por cable. En cuanto a los servicios médicos ella y la niña cuentan con Seguro Popular que utilizan en caso de enfermedades

de gravedad, ya que para enfermedades más leves utilizan los servicios de los consultorios de las Farmacias Similares. El resto de la familia cuenta con el IMSS. La niña padeció fiebre por dengue hemorrágico, y sobre esta enfermedad la madre de la niña no alcanza a comprender todavía la gravedad, los alcances y las consecuencias de este padecimiento; además argumenta que todo lo vivido en aquel episodio de enfermedad fue como un mal sueño o una pesadilla.

La octava y última informante de la colonia Insurgentes es *Yuridia*, de 59 años de edad, de estatura media, complexión gruesa, de tez morena oscura, ojos chicos color café, usa gafas de aumento, cabello largo, lacio y teñido de color rojo; ella es alegre, bromista, amena y platicadora. Es originaria de Guanajuato, Guanajuato, pero tiene 58 años viviendo en Hermosillo y 28 en la colonia Insurgentes. Estudió hasta primero de secundaria. Es casada y tiene tres hijos adultos, el más chico vive con ellos. Se dedica al hogar y su familia, según señala, percibe un ingreso aproximado de \$12,000 mensuales. Viven en casa propia de cinco cuartos que cuenta con los servicios de agua, luz, drenaje y alcantarillado, teléfono, televisión por cable, e internet. En cuanto a servicios médicos cuentan con Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que refiere utilizar cada mes por problemas de hipertensión, colesterol y asma. Ella padeció fiebre por dengue hemorrágico y su hijo fiebre por dengue. Sobre ambos padecimientos ella tiene algunos conocimientos, sin embargo aún no se puede explicar algunas cuestiones sobre lo que sucedió cuando estuvo enferma y expresó la inquietud de resolver algunas dudas que la embargan.

A continuación en la Figura 16 se enlistan algunas características generales que describen a los participantes de este estudio, donde a grandes rasgos podemos ver que la mayoría tiene pareja, ya sea casado o que viva en unión libre; el promedio de hijos es de 3.1 por familia; la media de estudio por jefe de hogar es de 1° de secundaria; la mayoría de las jefas se dedica al hogar, y el

ingreso mensual promedio es de \$7 224. En la actualidad 9 de las 10 familias cuentan con seguridad social, la mayoría es beneficiario del programa Seguro Popular, seguido por el IMSS e ISSSTE. Es importante destacar que cuando algún miembro de la familia enfermó de dengue algunas de estas características no eran las mismas, por ejemplo algunos no contaban con seguridad social en aquel tiempo.

Figura 16. Resumen de las características de los participantes

Nombre del jefe de hogar	Estado Civil	Hijos	Último grado de estudio	Ocupación	Ingreso por mes (\$)	Institución de derecho-habiciencia
Azul	Unión libre	4	1° de secundaria	Doméstica	7 240	Seguro Popular
Candy	Casada	3	3° de secundaria	Vendedora	10 000	IMSS
Clara	Divorciada	2	3° de secundaria	Vendedora	3 000	Seguro Popular
Elena	Separada	3	3° de preparatoria	Hogar	6 000	---
Julio	Divorciado	7	2° de primaria	Albañil	6 000	IMSS
Luna	Unión libre	3	3° de secundaria	Hogar	5 000	Seguro Popular
María	Casada	4	---	Hogar	6 000	IMSS
Marisela	Casada	1	6° de primaria	Abarrotera	6 000	Seguro Popular
Michelle	Soltera	1	3° de secundaria	Hogar	6 000	Seguro Popular
Yuridia	Casada	3	1° de secundaria	Hogar	12 000	ISSSTE

Fuente: Elaboración propia

Capítulo IV. Causalidad y prevención de la enfermedad desde los actores sociales

El presente capítulo propone como objetivo el conocer las representaciones que se tienen interiorizadas sobre qué es el dengue, no sólo desde el discurso biomédico que está asociado con la enfermedad, sino una representación desde su propio constructo sociocultural. También se pretende conocer las representaciones sobre la causalidad pero visto desde los sujetos de estudio, mostrándolos a ellos y a los múltiples factores de riesgo que existen en los sitios por los que comúnmente transitan: hogares, trabajo, colonia. Además examina las representaciones de la forma y dinámica de transmisión desde la lógica secuencial de su experiencia con la enfermedad: si es a través del contacto directo con el mosquito (picadura), si el contagio es a través de un intermediario humano (de persona a persona), o si proviene de las emanaciones fétidas (fluidos y desechos corporales del enfermo).

Por último, se intenta conocer las prácticas de prevención del antes y después de la enfermedad, desde la voz de las madres de familia en su rol madre/esposa y como las principales cuidadoras de la salud de la familia; se rescata qué hábitos han cambiado; qué prácticas presentan aporías, conflictos y hasta contradicciones; de dónde provienen (por ejemplo de la interacción con diferentes espacios y distintos agentes sociales como los son los servicios de salud, medios masivos de comunicación u otras mujeres); la utilización de ciertos productos químicos para prevenir (los cuales están “al alcance de su bolsillo” a pesar de sus limitaciones económicas); y por último, de qué manera las representaciones difieren de las prácticas de prevención a través de los resultados de las observaciones.

4.1. Causalidad o etiología de la enfermedad

El dengue es una enfermedad febril transmitida al hombre por el mosquito *Aedes Aegypti*; no obstante, la población tiene su propia representación de lo que es el dengue, no tanto asociándolo a una enfermedad, sino más bien, relacionándolo con las campañas públicas de las instancias gubernamentales que muestran la imagen del mosco e inmediatamente después la palabra “dengue”, haciéndose de esta manera una representación, desde su propio constructo sociocultural de que el dengue es un mosco, como nos relata Luna en su testimonio:

Pues el dengue es un mosco, es un mosco que puede ser peligroso así como gracias a Dios que a mí no me tocó que fuera fuerte pues ha habido casos que sí [...] pues nada más así es un mosco que se da por el agua y por lo sucio (Luna 27, FD)³⁸.

Además desde su representación ellos tienen interiorizada la imagen de este mosco, y la mayoría lo describe como un mosco grande, negro, que está más rayadito, más “peludito” que los otros, y que tiene unas “patotas” largas. Algunos testimonios, como el de Clara, refieren haberse dado cuenta de cuando le picó el mosco que la enfermó, y cuando empezó con la sintomatología de la enfermedad, período relativamente corto e inmediato que dura entre 4 y 10 días:

Pues yo casi estoy segura, me picó en la casa de una amiga (vecina). ¡Ah! Le digo que estaba en una casa pero por esta calle y de hecho miré el animal yo, miré el animalito y otro día fue cuando empecé con la enfermedad, amanecí enferma al otro día (Clara 41, FD).

Aedes Aegypti es el nombre del vector transmisor del dengue; no es un mosco autóctono de nuestro país, es un insecto introducido por las embarcaciones provenientes de Europa. Desde sus antecedentes más remotos tenía su hábitat en la selva de Sudáfrica, se criaba en los huecos de los árboles; la hembra se alimentaba de la sangre de los animales que habitaban en ese ecosistema,

³⁸En el paréntesis se indican el nombre, la edad y el tipo de enfermedad, ya sea fiebre por dengue (FD), fiebre por dengue hemorrágico (FDH) o síndrome de shock por dengue (SSD).

pero con el paso del tiempo se fue expandiendo, ampliando su zona hasta convertirse en un fenómeno alejado de su hábitat de origen, que es la selva; el artrópodo se ha apropiado del medio urbano.

Hoy en día la representación configura un espacio en tiempo y forma donde el sujeto convive con el mosquito día a día, y aunque éste no pertenece al medio urbano, para las personas el mosquito es algo ya propio del entorno, sean cuales sean las causas que lo producen. Así lo relata Luna en su testimonio:

No, sí, o sea pues aquí es muy común los zancudos, y no necesariamente tiene que estar donde hay agua y así, nomás con la humedad sale, lo verde de las matas, o a lo mejor con la lluvia o no sé, pero sí, por ejemplo ahorita que llovió y hay muchos charcos, y sí hay muchos moscos, pero se va a ir el calor y los moscos ahí se van a quedar (Luna 27, FD).

Existen múltiples factores para que se reproduzca el mosquito, sin embargo para la mayoría de los entrevistados esto tiene relación con la suciedad. Como estableció Luna en una entrevista:

Pues nada más así que es el mosquito del dengue que se da por lo sucio (Luna 27, FD).

De acuerdo a los sujetos de estudio, la causalidad del dengue está íntimamente relacionada con la “cochinada”, la inmundicia, y el desperdicio. Como también lo señala María:

Pues yo digo que habiendo mucho “cochinerito”, el agua sucia, la mugre, la basura atrae a los moscos (María 65, FD).

Algunas jefas de hogar mencionaron que el factor de riesgo “cochinada” ellos mismos los propiciaban en sus viviendas antes de padecer dengue:

Pues yo me imagino como te digo a lo mejor la “cochinada” tener todo eso pues a raíz de eso que me pegó a mí (Azul 53, FD).

Sin embargo, hubo sujetos que también mencionaron que esta condición insalubre está presente fuera de su domicilio y explica por qué enfermaron. Este es el caso de Julio, quien se encontró expuesto al “cochinero” en su espacio de trabajo:

Creo que lo “haiga” agarrado en la chamba, donde andaba trabajando, estaba trabajando ahí en el expendio donde estábamos chambeando, no era mucho el “cochinero” que había, pero siempre había (Julio 56, FDH-SSD).

Esta idea no sólo se relaciona con los espacios propios de las personas, como es el hogar o el lugar de trabajo, sino también con la representación del cuidado que los vecinos tienen sobre este aspecto, como lo comenta Yuridia:

Yo pienso que la causa son las aguas rezagadas de los charcos, la suciedad de los corrales, así pienso yo, no sé, yo pienso que la suciedad que las demás gentes tienen en sus casas porque no asean (Yuridia 59, FDH).

Reforzando esta misma idea, Candy comenta:

Algunas señoras aquí son muy descuidadas, todos los días que pasa el camión de la basura sacan sus botes y los perros hacen y deshacen con la comida, les tiran los botes de la basura a las señoras y es un mosquero, un “cochinero”, yo lo saco el bote y ahí me estoy al pendiente de que los perros no me lo tiren y en cuanto pasa el de la basura, lo recojo y lo lavo, pero yo ya sé pues (Candy 47, FD).

Y como el “cochinero” es la causa del dengue, culpan a los vecinos de ser los principales agentes que propician la propagación del mosquito y por ende de la transmisión de la enfermedad. Es el caso de Elena, que responsabiliza a los vecinos de que en su hogar y varias viviendas a la redonda haya habido dengue:

Sí, pero no era tanto que nosotros tuviéramos un “cochinero”, era la gente, los vecinos pues, porque uno trataba de tener el patio limpio y pues la gente por ejemplo la gente de enseguida tenían muchas botellas acumuladas y el agua toda encharcada, porque de ahí empezó el dengue pues de esa casa, y luego se pasó para acá y así se está pasando, en la calle fuimos como cinco (Elena 28, FD-SSD).

Los entrevistados están tan convencidos de la responsabilidad que los vecinos tienen sobre el que haya moscos, que algunas veces les aconsejan para que éstos mantengan limpio su hogar. Como Michelle que ya ha hablado con sus vecinas:

Será porque los vecinos no limpian ni nada y hay “cochinero” y todo eso en su casa y el dengue llega donde sea, no tiene diferencia, pues yo les digo a mis vecinas que mantengan limpio y que no haya “descacharre”, ni nada de eso (Michelle 23, FDH-SSD).

Además del “cochinero”, se tiene la creencia de que la fosa séptica es un lugar propicio para el criadero del mosquito y transmiten estas representaciones a sus vecinas que tienen fosa para que actúen responsablemente y hagan algo al respecto. Por ejemplo Marisela desde su representación concientiza a sus vecinas de esta manera:

A mis vecinas, por ejemplo a esta vecina yo le he dicho tapa la fosa porque ahí se acumulan muchos animalitos, no le miento, y a la otra vecina de este lado también que pues ahí corre la popo, corren los orines y yo les digo traten de tener cuidado les digo, si no es juego (Marisela 43, FDH-SSD).

4.2. Forma de transmisión

A lo largo de la historia, han existido diversas suposiciones que explican la forma de transmisión de distintas enfermedades. La evolución de las ciencias biológicas y biomédicas a lo largo del tiempo se ha ido adaptando a los nuevos cambios a través de descubrimientos, observaciones, ideas y hechos, que sirven para sustituir o modificar paradigmas científicos; pero la ciencia médica no es la única que sufre transformaciones, sino que las representaciones sociales de la enfermedad se modifican, generando cambios de prácticas en la comunidad; algunos de estas representaciones se han quedado arraigadas, otras se han ido mezclando o yuxtaponiendo en el transcurso del tiempo.

En el caso de la forma de transmisión se observa claramente que todavía en la comunidad permanecen las creencias de que las enfermedades provenían de fuerzas divinas y sobrenaturales, ofendidas por las malas conductas y comportamientos. De esta manera se ponía a prueba la fe de los sujetos (Félix 2010:19). En los testimonios recabados, se observa como lo sobrenatural se ha adaptado a estos tiempos y sigue sobreviviendo. Tal y como relata Azul en su testimonio de reclamo a Dios pues no recuerda que haya tenido malas acciones como para recibir el castigo de enfermar de dengue.

Me sentía así como dice ahora uno “te entra la depre”, te sientes mal, hasta lloré, dije yo “¿Qué me está pasando?, ¿Qué hice yo para merecer este mal?, ¿Por qué yo?, ¿Por qué a mí?, ¿Por qué no le pegó a mi vecina?, ¿Por qué a mí Dios mío?, ¿Por qué yo? Si me porto bien” (Azul 53, FD).

En las entrevistas también se manifestó la creencia de relacionar la forma de transmisión de las enfermedades con una de las primeras explicaciones: la *teoría del miasma*, introducida por los sanitaristas, que explica que la enfermedad es producto de emanaciones fétidas y gases venenosos que se encuentran ambiente, y entran al cuerpo del sujeto a través del olfato (Urquía 2006:14). Y aunque con el tiempo se demostró que las hipótesis de esta teoría eran erróneas, en la actualidad siguen prevaleciendo en la población creencias de que la enfermedad se respira, siendo el olfato la puerta de entrada al cuerpo del sujeto. Esto fue lo que nos contó Marisela, quien cree que adquirió el dengue a través de respirar las emanaciones fétidas provenientes de los fluidos y desechos corporales de su suegro:

Y me tocó batallar a mi suegro, hacerle comida, lavarle la ropa, porque también a mi suegro le pegó diarrea y muchas veces ensuciaba la ropa y yo se la tenía que lavar, y todo eso yo lo aspiré, yo aspiré la aroma pues de la popó, yo digo que a lo mejor de ahí ya empecé yo también con ese problema, porque uno respira, respira hasta la fiebre que le está pegando a aquella persona, el humor del enfermo [...] y le dije a mi esposo “ya me pegó la enfermedad tu papá” (Marisela 43, FDH-SSD).

Después de la teoría miasmática, a mitad del siglo XIX a partir del descubrimiento de Pasteur y de Koch, surge la *teoría del germen (contagionismo)*, que explica que las enfermedades estaban causadas por el contagio de organismos microscópicos que no eran perceptibles al ojo humano, y cuya principal práctica en estos tiempos para evitar la propagación era aislar en cuarentena (período de incubación) a los sujetos afectados por la enfermedad (Urquía 2006:69). La población le dio una explicación a esta práctica, y en el imaginario colectivo se creó una representación de que las enfermedades se contraen de persona a persona. Hoy en día existen testimonios que muestran la fiel convicción de que el dengue es una enfermedad que se pega de persona a persona. Las aportaciones de la teoría del germen aunado a las circunstancias o sucesos vivenciados por los que han pasado los enfermos y sus familias, van quedando como herencia en la memoria colectiva a través de estas representaciones. Este fue el caso de Elena, cuya experiencia se relata a continuación:

Pues el dengue se pega de la misma gente o sea yo pienso ¿No? Se pega porque al niño cuando se enfermó lo tenían aislado, solo, [...] Luego en la casa se enfermó el niño, me enfermó yo, el papá, el hermanito, los vecinos estuvieron con el dengue también, aquí hubo muchos enfermos (Elena 28, FD-SSD).

Es importante resaltar que por esos tiempos, Carlos Finlay (apodado “el médico del mosquito”) mostró su *hipótesis de los vectores*; ésta decía que los mosquitos eran transmisores de enfermedades, mostrándolos de esta manera como un agente infeccioso (Félix 2010:55). En la actualidad, los sujetos estudiados aunque saben que la enfermedad es proveniente de un mosquito: “el mosco del dengue”, la mayor parte tiene la creencia que se transmite de persona a persona, es decir, primero el mosco pica al sujeto y el sujeto va pasando la enfermedad a otros sujetos; así de esta manera llega a propagarse a la población. Algunos testimonios, como el de Michelle, mencionan esta posibilidad:

Pues la más común es por el mosquito y pues cuando te pica, te pica y se va yendo así ¿Qué no? Pues se le va pegando de uno en uno, aquí le picó a uno y después se enfermó otro, y otro así se fue yendo [...] Aquí se enfermaron mi hermano, mi hermana, mi papá y la niña (Michelle 23, FDH-SSD).

El que la población tenga esta representación social del contagio de la enfermedad, no ayuda a quien padece dengue, pues afecta de manera directa el sentir emocional del enfermo, ya que se sufre de rechazo social durante esta trayectoria, muchas veces hasta por parte de su propia familia, parientes, amigos, vecinos y compañeros de trabajo. Azul sufrió el rechazo de su familia y de sus vecinos cuando se dieron cuenta que estaba enferma, pues la misma Secretaría de Salud se encargó de visibilizar la enfermedad ante toda la comunidad, al colocar un cerco epidemiológico en su casa:

Me miraban como si me acercaba a ellos se los iba a pegar me entiendes, no me visitaban las vecinas porque tenían miedo de que se los fuera a pegar porque cuando el Hospital me denunció al SEMESON que yo tenía dengue, y pues llegaron en carros vestidos como extraterrestres, y bajaban aparatos, una humareda y nos sacaron para afuera con todo y chamacos, así mucho muy drástico, y pues toda la gente en la colonia un “mitoterío” porque me estaban fumigando la casa, fue cuando ya se dieron cuenta, algo había cambiado la gente no se me acercaba [...] Les decían a mis hijos que me dijeran que donde estuviera acostada quemara las cosas, las tirara, que me apartaran el traste, no tomar en el mismo vaso de agua (Azul 53, FD).

Como consecuencia de tener la representación de que se contagia de persona a persona, la población tiene miedo del enfermo y hasta la misma familia lo rechaza. Elena vivió esta exclusión en forma subjetiva y deliberada, privándola de toda interacción en su mismo grupo social cuando enfermó su hijo:

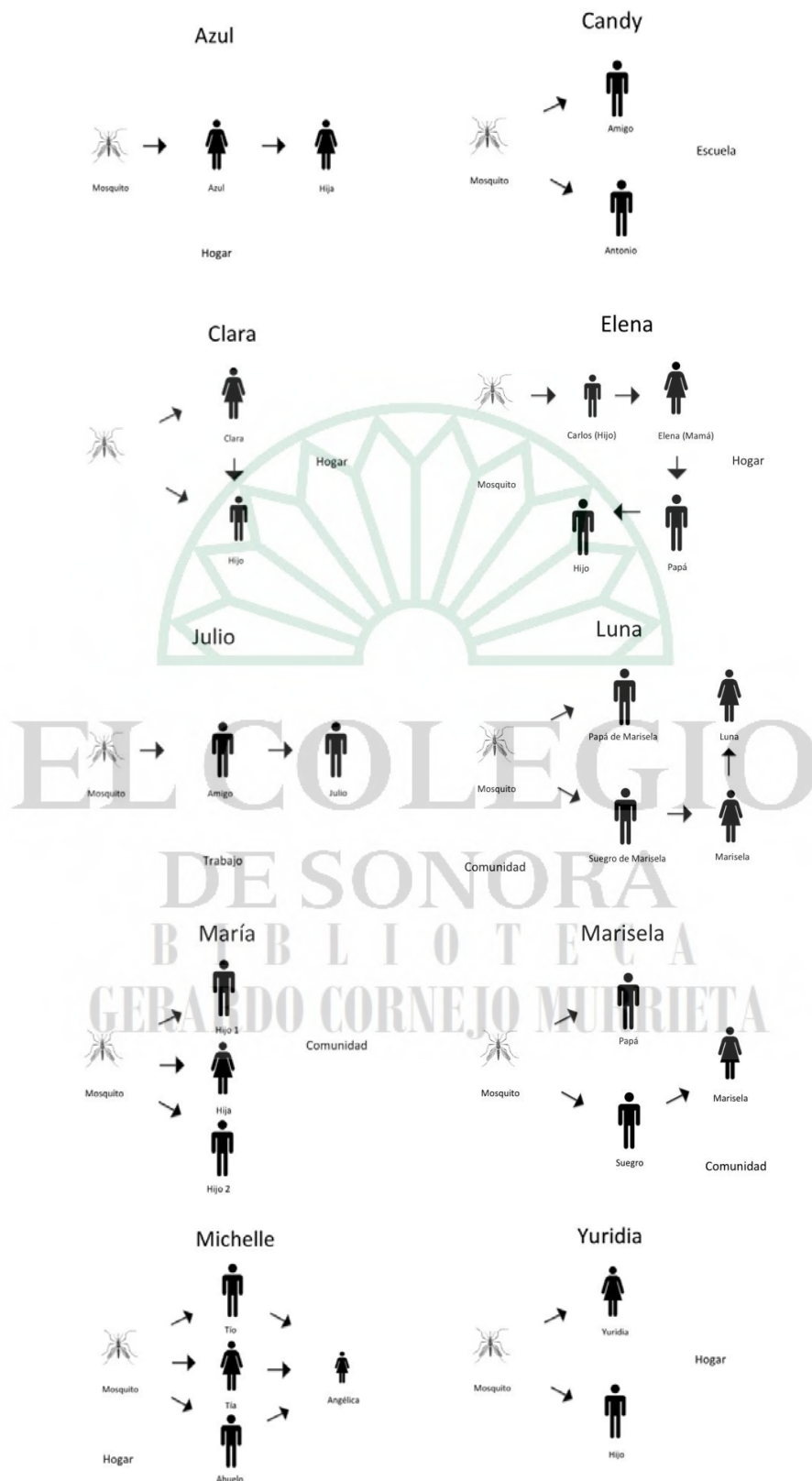
Pues muchas veces la gente tiene temor porque que es contagiosa, siempre le hacen el feo a uno y pues muchas veces hasta la propia familia cercana, que no la visitan a uno en el transcurso de la enfermedad, y se siente “gacho” uno (Elena 28, FD-SSD).

Sin embargo, para no sufrir este rechazo social existe la opción de poder ocultar la enfermedad hasta las últimas consecuencias, todo con la finalidad de que el sujeto no se sienta excluido de sus redes sociales que le aportan sentido de pertenencia. Este fue el caso de Julio quien ocultó que estaba enfermo de fiebre por dengue hemorrágico ante la necesidad de ser aceptado por sus colegas de oficio albañil:

El motivo por el cual enterraba los papeles con sangre era para que los compañeros del trabajo no se dieran cuenta y no temieran de un contagio (Julio 56, FDH-SSD).

En cuanto a la representación de la dinámica de transmisión, como se puede apreciar en la Figura 16, sobre la construcción de las formas de contagio de dengue, de los 10 informantes, sólo tres (Candy, María y Yuridia) refirieron estar seguros de la transmisión a través del contacto directo con el mosquito; los demás (Azul, Clara, Elena, Julio, Luna, Marisela y Michelle) mencionan que hubo un intermediario humano ya sea de forma directa (persona) o indirecta (virus en el aire, utensilios contaminados, desechos humanos, humor del enfermo) que interviniera en el contagio. De esta manera, a través de la dinámica de transmisión podemos ver las formas de contagio que desde su imaginario nos relatan una lógica secuencial del proceso en la experiencia vivida que les da como resultado la creencia de que se contrae de persona a persona, porque estuvieron de visita o cuidando de algún enfermo, o alguien los visitó o cuidó mientras ellos estuvieron enfermos.

Figura 17. Representación de la dinámica de transmisión de los jefes de hogar



4.3. Prevención: entre la representación y la práctica

En la literatura de investigación social en salud, predominan textos en los que es posible encontrar que la jefa de hogar, desde su papel de madre/esposa, ha sido la principal actora en la prevención de enfermedades en el hogar. Las jefas de hogar desde el ámbito doméstico y en el pensar materno, crean un ambiente sostenedor que aporta a los que están bajo su cuidado la protección necesaria para su vida y un crecimiento integral (Hernández, Arenas y Valdés, 2001:443-50).

Es importante mencionar que antes de que padecieran la enfermedad los sujetos de estudio, ninguna jefa de hogar realizaba prácticas de prevención contra el dengue. Cabe señalar que después de la enfermedad, algunas prácticas de prevención en las viviendas han cambiado. A través de los testimonios y las observaciones se pudo constatar que el dengue es un fenómeno que tiene que vivirse “en carne propia” para saber qué se siente y por ende cambiar ciertas prácticas en el hogar, es decir, en algunos casos, si la jefa de hogar no es la que enfermó de dengue, ella no realiza prácticas de prevención contra este malestar. Un ejemplo de esto es Candy, quien no ha padecido la enfermedad y cuyo hijo enfermó de fiebre por dengue hemorrágico:

[...] pero precisamente para prevenir no hacíamos nada, no sabíamos, ni ahora ¿No? Porque ni nos acordamos, ni nos acordamos la verdad del dengue, especialmente para eso no limpiamos, limpiamos porque tenemos que limpiar, pero para eso no (Candy 47, FD).

Caso contrario al de las jefas de hogar que han padecido dengue, ya que después de la experiencia han cambiado sus prácticas; la estructura de sus conocimientos se ha modificado, y de esta manera se han apropiado de algunos aprendizajes preventivos que reproducen en sus

hogares. Azul, que padeció dengue, desde sus representaciones de la causalidad después de la enfermedad modificó ciertos hábitos en el hogar para no volver a adquirir la enfermedad:

Yo tenía veintitantos rosales [...] y me enfermé y luego supe que ahí es donde se hacen los moscos, y entonces me olvidé de los rosales ya los dejé que se sequen uno por uno, porque me entró miedo, mucho miedo volver a pescar la enfermedad (Azul 53, FD).

La enfermedad es una realidad construida por el sujeto, el bagaje cultural depende del contexto histórico y social que se haya vivido, y aunque desde la biomedicina esa realidad construida que nos ha heredado, por ejemplo la teoría del miasma o germen, no sea certera, actuamos en términos funcionales-intencionales desde lo que sabemos. Las lecciones aprendidas en ocasiones presentan aporías, conflictos y hasta contradicciones que de alguna manera propician, sin intención, la emergencia de nuevos elementos de riesgo. Desde su percepción materna, Elena, para evitar que ella y los suyos vuelvan a enfermarse de dengue, practica una estrategia que en lugar de prevenir, permite la entrada del vector a su hogar:

Será que aquí yo tengo abierto todo el tiempo, así prevengo teniendo abierto todo, para que se salga la enfermedad, eso es lo que deberíamos de hacer más seguido [...] también tener ventilado, por eso prende uno el abanico, aquí todo el día tenemos prendido el abanico (Elena 28, FD-SSD).

Como ya se ha mencionado, en el caso de dengue, son las jefas de hogar las que partieron de sus propias experiencias de la enfermedad, y de la interacción con diferentes espacios y distintos agentes sociales, como los servicios de salud, los medios masivos de comunicación (los sitios o blogs en internet, programas y spots de televisión); y de esta manera han aprendido que la prevención contra el dengue está íntimamente relacionada con la limpieza del hogar, por ende realizan algunas prácticas de prevención con relación a esto. Un ejemplo de esto es Clara, quien padeció dengue y después de la enfermedad, a través de los distintos medios masivos de

comunicación, ha adquirido el conocimiento necesario con relación a las prácticas de limpieza en su hogar para prevenir la enfermedad:

Pues sí he aprendido en la televisión, en la radio que hay que tener limpio el patio, barro todos los días, trato de tener los trastes limpios, de no tener agua almacenada que no esté tapada [...] No tener mucho cochinerero, mucho almacenamiento de basura, o de ropa, o de cosas así [...] he aprendido pues que tenemos que tener más limpia nuestra casa y más atendidos a los niños (Clara 41, FD).

Otro camino para aprender a prevenir es la observación de prácticas y la escucha de experiencias enriquecedoras de algunas mujeres, generalmente mayores y las de su mismo grupo generacional. Éstas últimas, cuentan como personajes importantes que se encargan de la formación. Con estos aprendizajes ya apropiados, y a pesar de las limitaciones económicas, las jefas de hogar se las ingenian con sus propios medios para prevenir, con el uso de productos que estén a su alcance económico, pues para ellas es central que los suyos estén protegidos del dengue, que no se vuelvan a enfermar, pues su finalidad es el bienestar. Como Marisela que ya sea directa o indirectamente se ha apropiado de saberes que proveen el cuidado necesario tanto de su familia como de sí misma mediante la limpieza del hogar, con ciertos productos que están al alcance de su bolsillo para combatir el dengue, pues para ella lo importante es obtener resultados satisfactorios:

Pues con Cloro, Pinol, porque el Pinol también lo ayuda mucho a uno, y el Cloro, y fumigar, echar „Flit“ [aerosol], nomás con eso, siempre se ha sabido y también me han dicho aquí que todo eso es muy bueno para prevenir y sí (Marisela 43, FDH-SSD).

Por tanto, las prácticas de prevención están íntimamente relacionadas con la representación del contagio de los sujetos, pues si creen que la forma de contagio es a través del vector, tendrán prácticas de limpieza para que este no se reproduzca.

Cuando se le preguntó a los entrevistados sobre las prácticas de prevención, de inmediato viene a colación el tema de la limpieza: siete de los diez sujetos de estudio tienen una percepción de sí mismos y de sus hogares como limpios. Hubo quien señaló que siempre se han tenido prácticas de limpieza en su hogar, como Clara, que mencionó que es una costumbre arraigada a través de los años, por lo que refiere haber adquirido dengue en un sitio ajeno a ella:

Pues es que mis hábitos siempre han sido los mismos, yo soy de que debe de estar limpia la casa, todo eso pues, a mí siempre me ha gustado tener limpio todo pues, si yo agarré el dengue fue en otra parte (Clara 41, FD).

Para corroborar las prácticas de prevención, más allá de la representación, se realizaron observaciones entomológicas en la vivienda. Cabe mencionar que primeramente se entrevistó a los sujetos de estudio; una vez que se realizaron las entrevistas, con el permiso de éstos, se procedió a realizar la observación. Se cuidó este procedimiento para que los resultados de la observación no sesgaran las entrevistas. Como ya se mencionó anteriormente en la metodología, las observaciones se llevaron a cabo dos rondas con tres formatos proporcionados por la Secretaría de Salud en los diez hogares. El primer formato medía la apariencia general de la casa a través de una puntuación de las condiciones en que se encontraba; en general buscaba oquedades, puertas y ventanas abiertas (sin mosquitero), recipientes con agua, sombra y suciedad en el patio. El segundo formato era de exploración entomológica y contaba todos los recipientes que estuvieran bocarriba o no, así como la presencia de larva y pupa en estos. Y por último el tercer formato buscaba tener un control a través del conteo de los recipientes en total positivos y negativos ya sea larva, pupa o ambas. Los resultados de estas rondas se muestran en la Figura 17.

En esta figura se pueden observar, para cada sujeto de estudio, los Probables Focos de Infección (PFI), a través del conteo de recipientes que pueden contener agua (que están hacia arriba y descubiertos) como tanques, tambos, llantas, pilas, tinacos, botes, cubetas, pozos,

cisternas, macetas, baños, tinas, sanitarios y Coolers. Asimismo, en la tabla se muestra la Actividad de Control Larvario (ACL), donde un resultado positivo indica la existencia de larvas o pupas en, al menos, uno de los PFI y negativo cuando no se observa ninguno de éstos.

Figura 18. Rondas de observaciones entomológicas en las viviendas

Jefes de hogar	Primera ronda		Segunda ronda	
	Probables Focos de Infección (PFI)	Actividad de Control Larvario (ACL)	Probables Focos de Infección (PFI)	Actividad de Control Larvario (ACL)
Azul	9	Neg (-)	8	Neg (-)
Candy	21	Pos (+)	21	Neg (-)
Clara	6	Neg (-)	7	Neg (-)
Elena	10	Neg (-)	11	Pos (+)
Julio	11	Neg (-)	14	Pos (+)
Luna	36	Pos (+)	47	Pos (+)
María	16	Pos (+)	16	Neg (-)
Marisela	119	Neg (-)	134	Pos (+)
Michelle	16	Pos (+)	33	Pos (+)
Yuridia	11	Neg (-)	19	Pos (+)

Fuente: Elaboración propia

Como ya se mencionó, la mayoría se asumió como sujeto limpio o pulcro; algunos sujetos mencionaron que practican hábitos de limpieza en su rutina diaria, pero además se responsabilizan de mantener todo en orden para evitar los posibles focos de infección, como Yuridia, quien comenta lo siguiente:

Nunca pensé que me enfermaría de dengue, porque soy muy limpia, yo siempre tengo limpio todo, yo misma, yo sola cuido aquí mi hogar, gracias a Dios nunca se me junta cochinerero, yo siempre lo tiro. [...] Pues yo digo que la limpieza es lo más importante de todo en un hogar es limpiar a diario para prevenir esos moscos (Yuridia 59, FDH).

Sin embargo, a través de la observación entomológica en el patio de su vivienda, se encontraron larvas en más de un recipiente en la segunda ronda de observación.

Además, hay quienes relacionan la prevención con sacar el “cochinerero”, como relata Elena, que no tiene “amor al cacharro” (acumulación de objetos que ya no son útiles en los patios, debido al valor significativo, ya sea sentimental o económico, que poseen los objetos aparentemente inútiles o de valor limitado para las demás personas), siendo éstos, lugares propicios para el criadero de mosquitos; no obstante, el no tener cacharros no es suficiente para evitar el dengue, pues en la segunda ronda de observación se encontraron larvas y pupas en el depósito de agua del Cooler de su vivienda.

Aunque la representación debiera ser una guía para el actuar en la práctica, y operar en términos intencionales, esto no sucede así. Michelle, cuya hija lactante sufrió fiebre por dengue hemorrágico, y en la entrevista expresa la creencia de la limpieza como prevención, por lo que desde su discurso podríamos inferir que es una persona que previene la enfermedad; pero, una vez realizadas ambas observaciones, pudimos corroborar que las representaciones difieren de las prácticas ya que en ambas rondas se pudieron observar larvas y pupas en diferentes contenedores como cubetas de basura, botellas de vidrio y canaletas del cancel de baño, todas éstas con agua estancada. En una entrevista Michelle comentaba:

Pues limpiando, aquí en la casa todos nos ponemos a limpiar. [...] No tenemos “descacharre” ni nada de eso, tiramos todo lo que no sirve donde se pueda acumular el mosco (Michelle 23, FDH-SSD).

Por otra parte, de acuerdo con Abric (2001), las representaciones desempeñan un papel mucho más importante en tanto que los actores son enfrentados a situaciones complejas o ambiguas. En situaciones donde existe una relativa autonomía de los actores, las representaciones mantienen un papel importante en guiar las prácticas; pero cuando la carga afectiva de la situación es fuerte y la referencia a la memoria colectiva es necesaria, las representaciones son determinantes de las prácticas sociales. No obstante, en la presencia o emergencia de nuevos datos, como la aparición de una nueva enfermedad o un cambio sociopolítico radical, se establecerán prácticas que pueden ocasionar transformaciones completas de las representaciones. En los casos estudiados, se constató una carga afectiva fuerte por el padecimiento de la enfermedad; una de estas emociones es el miedo de que la próxima vez que se infecten de dengue sea de forma grave y, por ende, tengan síntomas más severos que la vez anterior. Azul expresa este miedo en su testimonio:

[...] fíjate que es un trauma que me agarró, si a mí no me hubieran dicho que después de la picada del dengue clásico te iba a volver a pegar el hemorrágico, desde entonces ya me causó como un miedo a mí, porque a raíz del dengue clásico viene el hemorrágico (Azul 53, FD).

Azul, desde que enfermó de dengue, cambió su percepción de sí misma, respecto a su cuerpo y su sangre, ella después del dengue siente que su cuerpo quedó marcado y su sangre contaminada, y con relación a esto ha modificado ciertos patrones de conducta, ya que piensa que está más propensa que ningún otro sujeto a volver a enfermarse de dengue, en su forma grave. Al preguntarle acerca de la inmunidad, ella respondió:

Pues cómo te podría explicar esa pregunta, o sea como que quedas marcada, porque mi sangre se contaminó en aquel entonces, porque a mí se me dijo que ya no iba a poder donar sangre, me entiendes, la realidad queda marcada uno, pues ya estas yo digo contaminada [...]. Y luego ya estas con eso de que ya te pegó una vez, y ahora se va a repetir más fuerte,

que es el hemorrágico, y claro que sí estoy propensa, yo me siento que estoy propensa porque mi sangre ya está (Azul 53, FD).

Atrás de estas representaciones, está el discurso biomédico, que si bien no menciona que una vez que se haya padecido dengue jamás se pueda donar sangre, pero establece un período de uno o dos años (dependiendo del banco de sangre) después de la enfermedad para poder ser donador, entonces de esta manera se va deformando en la comunidad la representación de no poder donar nunca sangre después de este padecimiento.

Sin embargo, es posible constatar una congruencia entre esta representación y las prácticas de prevención de Azul, ya que en las dos rondas de observación realizadas durante el trabajo de campo, el resultado de la Actividad de Control Larvario fue negativo. No obstante, no siempre esta representación lleva a eliminar la reproducción del mosquito en la vivienda como se expone en los casos de María, Elena y Candy.

María, al igual que Azul, expresaba un gran miedo a enfermarse por dengue hemorrágico. Ella, con el sólo hecho de saber que sus hijos tenían dengue, se sintió atemorizada por la vida de sus hijos:

Cuando me dijeron dengue lo primero fue miedo, ¡Ay es que yo le tengo mucho horror al dengue! Mucho miedo, pues yo pensaba que era hemorrágico, tenía mucho miedo, y ya me dijeron los doctores que no era hemorrágico descansé (María 65, FD).

De igual forma, María tiene la creencia de que la sangre queda envenenada, y al quedar envenenada es más fácil atraer a los mosquitos que existen en su entorno:

Yo le pregunté al muchacho que viene “qué si vuelve a picar”, y me dijo: “sí doña, sí vuelve a picar”, “válgame Dios yo pensé que no volvía a picar otra vez”, pero entonces yo pienso que a la misma persona que le pica como que ya queda envenenada la sangre ¿Verdad? (María 65, FD).

La perspectiva personal que se tiene del cuerpo cambió después de padecer la enfermedad, y con ella la forma de pensar respecto a ésta. Por su parte, Elena tiene miedo porque siente que su hijo “está tocado” por la enfermedad, estar tocado en este caso significa que está más propenso a que algún mosquito contaminado puede identificar al niño y volverlo a enfermar, según se expresa:

Que el niño volviera a recaer es el miedo, porque si le vuelve a pegar otra vez, dicen que queda como tocado, como que atrae el animalito, lo absorbe cuando anda volando (Elena 28, FD-SSD).

Candy, también hace énfasis en que el miedo más grande que ella tiene es morir por la enfermedad del dengue:

Pero ahorita el principal temor es el de morir, pues de morir de dengue ¡Dios guarde, qué miedo!, ¿No? Eso es lo más peligroso [...] como te digo, nomás de ese, es el más peligroso (Candy 47, FDH, SSD).

La percepción del sujeto, de su cuerpo y de su sangre queda alterada después de tener la enfermedad. Al respecto, Candy comenta que el sujeto “queda picado”, es decir, más propenso en caso de reinfección, esto quiere decir que la enfermedad se desarrollara más fuerte que en la primera ocasión:

Y según esto quedas picado también, o sea en la sangre, esta picado en tu sangre, que si te vuelve a picar es más grave, si te vuelve a picar otro mosquito pega más fuerte, eso entendí yo la vez pasada, como te dije ahorita que no vuelva porque sí es peligroso una segunda ocasión (Candy 47, FDH-SSD).

El sentir emocional durante y después de la enfermedad altera la representación de sí mismos respecto a los demás, y podría pensarse que proporciona una guía de actuación que orienta su práctica. Sin embargo, María, Elena y Candy tenían 16, 10 y 21 Probables Focos de Infección (PFI) en su vivienda, respectivamente. Más aún, estos tres casos resultaron positivos a la Actividad de Control Larvario (ACL) en una de las dos rondas de observación.

Abric (2001) se pregunta si las representaciones y prácticas están ligadas indisociablemente y, más aún, si las prácticas sociales determinan las representaciones o viceversa. Su respuesta es que no se pueden dissociar la representación, el discurso y la práctica porque forman un todo, por lo que resulta vana la pregunta acerca de si la práctica produce la representación o es a la inversa (ibid:1994). En este caso se ha constatado una aparente disociación entre las representaciones: la limpieza en el hogar y el sentirse “marcado”, y la existencia de pupas y larvas en la vivienda. Una interpretación de esta aparente incongruencia es la existencia de otras creencias asociadas con la etiología y forma de transmisión de la enfermedad.

En primer lugar, según lo expuesto, existe entre los sujetos de estudio la creencia de que el mosquito se reproduce en el “cochinero”, más que de los depósitos de agua y, como se ha señalado, los Probables Focos de Infección (PFI) son tanques, pilas, tinacos, cisternas, macetas, baños y „Coolers“, donde pueda almacenarse agua, y no necesariamente donde exista el “cochinero”.

En segundo lugar, esta aparente ausencia de prácticas de prevención eficientes, evidenciada en el resultado positivo de la ACL, quizá también podría deberse a la representación de que la enfermedad puede ser transmitida de persona a persona. Sin duda esta representación se relaciona con alguna reminiscencia colectiva de las enfermedades infectocontagiosas de antes o con las aún presentes por repunte, como la tuberculosis y la influenza. Esta „convivencia“ de tipos de enfermedades, infectocontagiosas y vectoriales por ejemplo, puede generar en el imaginario colectivo una amalgama de creencias respecto a la forma de transmisión del dengue, y ésta a su vez, puede influir en el resultado positivo del ACL.

Capítulo V. Atención de la enfermedad

En este capítulo se describen parte de los resultados de la presente investigación cuyo objetivo es indagar sobre el diagnóstico y la atención del enfermo de dengue. Se hace un relato del inicio de la trayectoria: cuando comienzan a experimentar los primeros síntomas que llevan a un primer autodiagnóstico de la enfermedad, realizado por ellos mismos o familiares.

También se indagó sobre la atención en sus diversas formas: en cuanto a la atención biomédica, la cual muestra la trayectoria por el paso a las instituciones oficiales de medicina alópata, la hospitalización, los estudios diagnósticos, el tratamiento a través del uso de ciertos fármacos específicos para el padecimiento, y la duración de la enfermedad.

Otra forma muy recurrida por los sujetos y que se estudiará en este trabajo es la *autoatención*, desarrollada por los propios sujetos y grupos de manera autónoma, donde no intervienen de manera directa los curadores. En el estudio se identifica la automedicación a través de la utilización de determinados fármacos y remedios caseros para tratar determinados padecimientos sin intervención médica; además se visibiliza el autocuidado, entendido éste como el conjunto de acciones desarrolladas por los individuos para tratar el dengue, como lo son el reposo, la hidratación, la limpieza del hogar, el aseo personal, la alimentación, entre otros.

Para finalizar, se muestra la atención *tradicional-popular*, expresada a través de curanderos especializados, y el papel curativo de ciertos santos o figuras religiosas tanto cristianas como de otros cultos. En esta última se registra cuáles son las figuras religiosas más socorridas por los sujetos y lo que les ofrecen como agradecimiento (mandas, velaciones, rosarios, promesas, entre otros) a cambio de favores.

5.1. Diagnóstico de la enfermedad

De acuerdo con Osorio (2001:39), la trayectoria de atención, entendida ésta como el recorrido que los sujetos experimentan con relación a su padecimiento, inicia cuando se comienzan a experimentar los primeros síntomas que sirven para el diagnóstico de una enfermedad. Azul relata cuáles fueron los síntomas que presentó cuando enfermó de fiebre por dengue:

La dolencia de huesos, como que se te están quebrando los huesos, era así como si me hubieran golpeado, como si me hubieran machacado el cuerpo, muy feo, los ojos no los podía abrir, la luz que entraba así por la ventana del sol me molestaba, atrás la bola de mis ojos me dolía, no me daba hambre, y luego temperatura, ni ganas de moverte, ni nada [...] Al menos la gente que nos ha pegado, me comprende cómo es eso del dengue (Azul 53, FD).

Entre los signos frecuentemente mencionados, los informantes han señalado que se sienten decaídos (desanimados, débiles y tristes) y desganzados (falta de fuerza y vigor):

No pues sí se decae mucho uno, o sea, físicamente sí porque pues se la lleva acostado uno, no puede hacer nada, o sea, por más que quería levantarme a hacer algo me levantaba un ratito y me desganzaba y me debilitaba e iba y me acostaba (Clara 41, FD).

Pero la enfermedad puede ir más allá de la fiebre y presentarse también un síndrome de shock por dengue (SSD), el cual viene acompañado de signos como sangrado, disminución de plaquetas, acumulación de líquidos, dolor abdominal e incluso afectación de órganos por muerte de células o tejidos (Martínez-Torres 2008:37-38). Este fue el caso del hijo de Elena, quien además de los síntomas de fiebre por dengue, también presentó sangrado y disminución de plaquetas, razón por la cual fue hospitalizado:

Pues tenía dolor de cabeza, dolor de cuerpo, los puntitos le salieron pero ya a los días y sangre por la nariz, le dolían los ojos, la calentura que lo tenía así como ido pues, él lloraba me decía que le dolía mucho, me lo internaron pero porque se le bajaron mucho las plaquetas al niño, por eso no me lo daban (Elena 28, FD-SSD).

Así como existen casos de fiebre por dengue con sangrado, también existen casos de fiebre por dengue hemorrágico sin sangrado; esto hace creer a los jefes de familia que el caso no es severo, ni complicado; tal y como lo relata Yuridia:

Pues principalmente las fiebres altas, pues así empecé yo, con fiebres altas, que hasta los huesos me dolían, y no podía ni caminar, mucho ardor por encima de la piel, y me daba mucha comezón, luego a no poder comer, vomitar todo, pero no tuve sangrado ni nada, y ya me diagnosticaron que era eso y me dejaron ahí, para ver si se agravaba, dos días me tuvieron ahí, y de ahí, después ya me vine para la casa, y muy bien después (Yuridia 59, FDH).

Otro caso de dengue hemorrágico fue prácticamente asintomático, sin embargo las plaquetas estaban muy bajas. Este fue el caso de la hija lactante de Michelle.

Como te digo, a la niña no le dio calentura ni lloraba ni nada, ni dolor de cabeza, ni lloraba, ni se quejaba ni nada como un bebé normal así, comía bien a sus horas, todo. Nomás eran las puras ronchitas y pensé que era alergia por eso la llevé y me la dejaron ahí, pues dijeron que no pasaba de esa noche, que se me moría, que porque traía bajas las plaquetas (Michelle 23, FDH-SSD).

La mayoría de los sujetos de estudio refirió en sus testimonios haber presentado manchas, granitos o ronchas en la piel³⁹. Esto le ocurrió a la hija lactante de Michelle. La madre confundió este malestar con una alergia en la piel:

Pues como le digo, yo no sabía, le empezaron a salir ronchitas rojas, yo pensé que era una alergia y la llevé al DIF y me dijeron que la iban a internar porque traía lo del dengue, le vieron las ronchitas rojas, ya me la internaron, ya no me la dieron (Michelle 23, FDH-SSD).

El primer diagnóstico, sea acertado o no, siempre lo hacen los mismos sujetos; por lo general, es a las jefas de familia a quienes se les responsabiliza del cuidado de la salud de sus

³⁹Estas manchas, conocidas en el lenguaje biomédico como exantemas, aparecen en las extremidades y provocan picazón, parecida a la de una alergia cutánea; estas manifestaciones dermatológicas permanecen mientras está latente el virus, una vez que cede la cepa desaparecen.

hijos. Con base en los conocimientos previos adquiridos en episodios de enfermedad y atención biomédica pasados, ellas diagnostican, tal y como se muestra en el siguiente caso:

No, nadie, yo sola (risas) porque pensé que era una gripa [...] No pues yo pensé que era alguna gripa y les daba pastillas y les daba Paracetamol, les daba Penicilina (María 65, FD).

También la familia directa, como abuelos, tíos, hermanos, primos interviene en el primer diagnóstico. Aquí el papel de la familia en el diagnóstico y tratamiento juegan un papel muy importante pues es bien sabido que los conocimientos se van pasando de generación en generación. Por ejemplo, Luna comentó que su madre y sus hermanos le advirtieron sobre una posible infección en la faringe:

No pues aquí en la casa, pues me dijeron “tienes mucha calentura yo creo que es alguna infección en la garganta o algo así” (Luna 27, FD).

Para algunas mujeres casadas, una opinión fundamental en la enfermedad es la del esposo, pues en éste basan la confianza y seguridad para un diagnóstico adecuado. Así lo vivió Marisela cuando su cónyuge le diagnosticó dengue hemorrágico debido a la experiencia vivida que había tenido con su padre, es decir, el suegro de ella:

Pues mi esposo fue el que dijo, “y que tengas lo mismo que mi papá”, y como a su papá ya le habían dicho de eso pues que tenía dengue [...] Sí, pues ya él me dijo “tienes la misma enfermedad de mi papá”, y como yo me iba con mi suegro y le daba la comida en la boca allá en el hospital (Marisela 43, FDH-SSD).

Más allá de la familia directa, algunas veces los amigos o compañeros de trabajo son los que hacen un diagnóstico con base en las experiencias ya vividas con los síntomas del dengue, dando un diagnóstico acertado de la enfermedad. Como Julio, que a través de su testimonio relata la charla con su compañero de trabajo quien le sugirió que podía ser dengue:

Yo mismo me sentí como crudo (con resaca), y a un compañero le platicué y me dijo que podía ser el dengue, yo no lo creía todavía, hasta cuando me empezó a salir sangre de la nariz (Julio 56, FDH-SSD).

Es interesante notar que en el caso del dengue, la gran mayoría de los sujetos de este estudio confundieron sus síntomas con los de una gripa, resfriado, dolor de garganta, infección en las anginas, entre otros problemas relacionados con estas enfermedades. Una de las jefas de hogar que confundió estos síntomas fue Luna, quien manifestó que sentía molestias similares a las de la gripa:

No, yo pensé que me iba a dar gripa, nunca pensé que fuera dengue [...] Porque regularmente así me pega a mí la gripa todo el tiempo. Primero me empiezan como calenturas y luego ya me da la gripa, o sea casi siempre me pega así (Luna 27, FD).

Pero cuando no cede la sintomatología similar al cuadro catarral o bien cuando aparece algún otro síntoma que no tiene nada que ver con el cuadro catarral es cuando deciden ir al médico. Este fue el caso del hijo de Elena que tuvo manifestaciones cutáneas en la enfermedad:

Pues yo pensé como él se enferma de la garganta y le pegaban los mismos síntomas, pero ya vi cuando le empezó a salir las manchitas en el cuerpo ya fue cuando fui al hospital y ya me lo dejaron ahí (Elena 28, FD-SSD).

Ante los síntomas observados, la primera reacción de la mayoría de los jefes de familia fue acudir a algún centro de salud para que les atendieran el problema; al mismo tiempo tenían la incógnita de la enfermedad que aqueja a ellos o a sus hijos. María nos relata lo vivido:

Pues inmediatamente correr al Hospital General de volada, sí porque el muchacho cuando yo lo llevé ya iba bien malo ya tenía como 2, 3 días tirado en la cama y le dije yo: “¿Qué tendrás?” Le decía yo” (María 65, FD).

Otros sujetos de estudio comentan que guardaron reposo o tomaron algún medicamento para aminorar los síntomas, pero al final terminaron yendo a consultar su problema con un

médico. Como Clara, que guardó reposo, pero cuando ya no pudo soportar más, pidió ayuda para asistir a los servicios médicos:

Pues a mí cuando recién me empezó y todo me acosté, me fui a acostar un rato pero no, como que no aguanté porque empecé a vomitar y ya fue cuando le hablé a la vecina y ya me llevaron al Hospital (Clara 41, FD).

En suma, queda claro que es cuando los síntomas van más allá del conocimiento previo de las personas que padecen la enfermedad es cuando se recurre al diagnóstico médico, que es el procedimiento clínico por el cual un profesional de la salud determina una enfermedad en el sujeto, en este caso el dengue. El médico basa el diagnóstico en análisis clínicos, en específico en la prueba ELISA mediante la búsqueda de los antígenos NS1 y anticuerpos IgM, IgG (Demorizi 1998:228). Cuando se tiene un resultado positivo en una o más de las anteriores pruebas estamos hablando de un caso de dengue confirmado, como lo fue el caso de Azul:

No, luego, luego me sentaron en una camilla y en eso vino un doctor, y un doctor más joven, como yo usaba falda larga me dice, “súbase su falda”, y yo me levante la falda, antes tenía las piernas muy blancas, y ya me vio y me hizo así (movió la cabeza de un lado a otro), y verbalmente dijo el doctor, “trae el dengue, ella tiene dengue”, entonces la doctora dijo, “para estar más seguros vamos a sacarle sangre, hay que practicarle biometría”, como hablan ellos, y si me sacaron sangre de mi brazo y pues la analizaron rápido y ya vino el doctor y me dijo, “si señora usted tiene pero ya va de salida” (Azul 53, FD).

Sin embargo el antígeno NS1 se hace presente en el suero del paciente en las primeras etapas de la enfermedad, mientras que las pruebas serológicas para los anticuerpos IgM se presentan en aproximadamente cinco días después de los síntomas, y el IgG se produce entre dos y cuatro semanas después de los mismos (Ministerio de Salud Argentina 2013:14-16). Por lo tanto, mientras no se confirme con las pruebas específicas de laboratorio estamos hablando de un caso probable de dengue. Esto Clara nos lo relata en su testimonio:

Pues cuando recién llegué, primero me preguntó todo lo que es los síntomas y me dijo, “vamos a hacerle una prueba para diagnosticar si es dengue”, sí me hicieron una prueba pero como que no salió y ya después dijo “tiene que pasar 2 días y tiene que venir otra vez” y ya, fui otra vez y ya me sentía peor todavía ya fue cuando me dijo que sí era (Clara 41, FD).

En algunos casos se puede confundir el diagnóstico médico con otras enfermedades, tales como la rickettsia, ya que es una infección que puede causar fiebre, erupción cutánea y una sensación de malestar, síntomas muy semejantes a los del dengue. Entonces, mediante estas pruebas clínicas que se practican al sujeto se descarta o confirma la presencia de alguna de estas enfermedades. Esta confusión queda manifiesta en el caso de Elena:

Sí pues cuando llegué, haz de cuenta que llegué nos atendieron y todo y ya entré ya que me tocó a mí, lo estuvieron revisando al niño, y ya me empezó a preguntar qué síntomas traía y ya le hable a otro doctor le revisaron el cuerpo porque le dije que traía el cuerpo lleno de puntitos así rojos, y ya le hablo a otro doctor, y a otro y a otro, y llegaron como 5, lo estuvieron revise y revise, y que no sabían qué es lo que tenía, que no hallaban si tenía rickettsia o el dengue, y ahí estuvieron un buen rato todos los doctores y en eso el doctor dijo que se iba a quedar mejor porque no sabían que es lo que tenía, que le iban a hacer estudios a ver que le salía, y ya al otro día fue cuando me dijo el doctor, ya me dio el diagnóstico y me dijo que tenía el dengue (Elena 28, FD-SSD).

Recapitulando lo hasta aquí presentado, la trayectoria de atención empieza desde los primeros síntomas de la enfermedad, mismos síntomas que llevan a los sujetos a realizar un autodiagnóstico. En esta investigación, la mayoría de los sujetos de estudio confundieron la enfermedad con un resfriado común por la similitud de los síntomas. Y es cuando aparece un síntoma atípico a la enfermedad que ellos creyeron padecer, cuando se recurre al diagnóstico médico, y es hasta este momento que a través de los análisis clínicos identifican la enfermedad del dengue.

5.2. Atención biomédica durante el desarrollo de la enfermedad

Todos los informantes, sin excepción alguna, se atendieron en instituciones oficiales de medicina tipo biomédica o también llamada alópata; algunas de éstas fueron el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado (ISSSTE), Hospital General del Estado de Sonora Dr. Ernesto Ramos Bours, Hospital Infantil del Estado de Sonora (HIES), Secretaría de Salud (SSA), Centro de Avanzado de Atención Primaria a la Salud (CAAPS); algunos se atendieron en estos hospitales a través del Seguro Popular.

Las instituciones anteriores, según Menéndez (2003:188-198), están referidas a médicos del primer nivel de atención y del nivel de especialidades para padecimientos físicos y mentales que la biomedicina reconoce como enfermedades. Esta forma de atención es ejercida por profesionales de la salud; es una de las principales fuentes recurridas por las personas; se caracteriza por sus cambios, no sólo científicos y técnicos sino también de intervención, y brinda soluciones a padecimientos basadas en fármacos específicos y hasta ciertas drogas psicotrópicas.

No todos los enfermos de dengue son hospitalizados, pues no presentan los mismos signos ni síntomas; unos casos son más leves que otros y no necesitan cuidados intensivos, por lo que la visita al médico puede ser ambulatoria. Como fue el caso de Azul que se atendió de fiebre por dengue cuando ya iba en una etapa muy avanzada y no necesitó ser hospitalizada:

No para nada, yo fui ya noche, ya tarde y en el mismo día me regrese, no quedé hospitaliza [...] nada más me sacaron sangre y al rato ella vino y me dijo, “sí tiene dengue, sí señora usted tiene pero ya va de salida”, como diciendo que ya se me iba a quitar, pero que si lo tuve el dengue (Azul 53, FD).

Hay que recordar que aunque no muy frecuentemente, existen casos de fiebre por dengue que necesitan de mayores cuidados porque pueden venir acompañados de signos de síndrome de shock por dengue que requieren hospitalización inmediata para mantener vigilado al enfermo, quien ocupará mayores cuidados. Éste fue el caso de Elena cuyo hijo padeció fiebre por dengue con signos de síndrome de shock por dengue:

Pues ya ve cuando le empezó a salir las manchitas en el cuerpo ya fue cuando fui al hospital y ya me lo dejaron ahí [...] El doctor dijo que se iba a quedar mejor, que lo iban a encamar pues y ya me lo encamaron [...] Pues como le salió sangre por la nariz fíjate (Elena 28, FD-SSD).

Existen casos de fiebre por dengue hemorrágico que no necesitan hospitalización; sin embargo, es necesario llevar un conteo sanguíneo completo de manera periódica para conocer el número de plaquetas, y de esta manera poder estabilizarlos. Esta situación fue la que vivió el hijo de Candy, quien padeció fiebre por dengue hemorrágico:

No, nomás fue el puro análisis de sangre, a lo mejor si se ponía más mal lo internaban, pero lo estaban checando todos los días, todos los días íbamos a que le sacaran sangre y la checaran ¿No? Después cada dos días y le volvían a sacar sangre otra vez, y le tomaban otra vez la muestra, y le volvían a hacer los análisis otra vez, y ahí le daban los análisis y ahí le decían como iban las plaquetas, pues ya iban bajando (Candy 47, FDH-SSD).

Tampoco hay que olvidar que en el caso de dengue hemorrágico existe una mayor probabilidad de sufrir signos de SSD, que llevan a que se complique y agrave el cuadro, por lo que los sujetos que presentan este padecimiento necesitan hospitalización, ya que requieren ser observados por si llegara a existir alguna complicación. Así sucedió en el caso de Yuridia, quien tuvo fiebre por dengue hemorrágico y permaneció dos días hospitalizada en observación:

Primeramente yo tuve calentura, mucha calentura, entonces ya después, en el mismo día me aumento pero exagerado, bien feo, y luego a no poder comer, vomitar todo, y pues que me tardé, sería una tarde, hasta que vino mi esposo y me llevo, y sí me atendieron, y me hicieron los estudios, y ya me diagnosticaron que era eso y me dejaron ahí, para ver si se

agravaba, dos días me tuvieron ahí, y de ahí, después de ahí pues ya me vine, me vine para la casa (Yuridia 59, FDH).

En la trayectoria de atención hospitalaria existen buenas experiencias durante la estancia clínica que satisficieron las expectativas del sujeto. Marisela cuenta su grata experiencia vivida durante su estadía en el hospital:

Pues muy bien, muy buenas las enfermeras, muy a todo dar, muy bien me atendieron, me bañaban en la camilla porque no me podía ni mover, ni a la silla de rueda, nada de nada, no me podía ni sentar nada, ahí mismo me daban vuelta y me bañaban y así como un bebé (Marisela 43, FDH-SSD).

De igual manera existen experiencias que dejaron vivencias desagradables y huellas imborrables que impactan en la memoria de los jefes de hogar al ver el sufrimiento que causa la hospitalización de los suyos, tal fue el caso de Michelle y su hija lactante:

Pues ahí en el Seguro no sabían pues, le hicieron estudios y todo [...] Duró desde las 9:00 de la mañana hasta las 12:00 de la noche picándola porque no le encontraban la venita y la manita pues es tan tiernita la de los bebés, la picotearon toda, toda picoteada la dejaron y yo me metí a la salita que está así y me la quería traer porque lloraba mucho y eran puros enfermeros que estaban estudiando y nomás llegó uno de ahí mismo y le encontró la vena luego, y no lo utilizó el medicamento, ni suero ni nada, nomás se la pusieron así, bien feo ese día, yo me la quería traer (Michelle 23, FDH-SSD).

Es importante aclarar que actualmente no existe ningún medicamento que combata directamente a la cepa del virus del dengue, por lo tanto sólo se puede suministrar tratamientos para aminorar los síntomas. El tratamiento que recetan los profesionales de la salud varía dependiendo el caso, existen ocasiones donde no se suministra medicamento al enfermo de dengue porque no lo requiere por la asintomatología del caso, como ocurrió en con Candy:

Pues no sabemos, porque él no tomó medicamentos ¿Verdad? No le dieron medicamentos, reposo nada más, según yo no le dieron (Candy 47, FDH-SSD).

Para aminorar ciertos síntomas tales como la fiebre y el dolor se puede administrar Tempra (Paracetamol)⁴⁰; para evitar la deshidratación se debe tomar abundantes líquidos y guardar reposo; si el paciente presenta fiebre por dengue hemorrágico, probablemente necesite reposición de líquidos por vía intravenosa e incluso podría necesitar transfusiones de sangre y/o plaquetas, y por último, es muy importante identificar cualquier signo de síndrome de shock por dengue para prevenir complicaciones. Esto relata Yuridia en su testimonio, quien enfermó de fiebre por dengue hemorrágico:

Lo único que me dio Paracetamol para la calentura para que no me subiera, muchos líquidos, y sobretodo más que nada reposo, y eso es todo y me dijeron que si se me bajaban más las plaquetas me iban a tener que poner plaquetas, así que me dijeron que me estuviera alerta si me salía sangre de los dientes o de la nariz (Yuridia 59, FDH).

Existen casos donde aqueja una comorbilidad al enfermo, es decir, dengue más otra enfermedad; en estas situaciones el tratamiento será específico para cada caso en particular. Este fue el caso de la hija lactante de Michelle quien padeció fiebre por dengue hemorrágico con síndrome de shock por dengue con signos de bajo conteo de plaquetas y anemia de manera simultánea:

Pues aparte me recetó el Ferroso porque salió una poquita anémica por los mismos estudios que le hicieron salió anémica (Michelle 23, FDH-SSD).

Otro factor trascendente en la atención del dengue es la duración de la enfermedad; cabe mencionar que por lo general la fiebre por dengue es de corta duración y el paciente no tiene grandes complicaciones. Los jefes de hogar con este cuadro señalaron que la enfermedad tuvo una duración entre cuatro y diez días para sanar. En el caso de fiebre por dengue con

⁴⁰Nombre genérico del Tempra.

complicaciones, como signos de síndrome de shock por dengue, algunos sujetos de estudio mencionan que tardaron de ocho días a dos meses para curarse por completo, dependiendo de la severidad del caso. La hija de María estuvo dos meses con las secuelas de fiebre por dengue:

Pues el dengue duró como dos meses para recuperarse los muchachos, y la muchacha duró más porque pues estaba muy hinchada hasta que no se deshinchó me la dieron pero no vomitaba ni nada, esa si nomás se hinchó, toda se hinchó (María 65, FD).

En el caso de fiebre por dengue hemorrágico, según los jefes de familia, se tardó aproximadamente dos meses en aliviarse por completo. Yuridia relata perfectamente la evolución paso por paso de estos casos:

Hasta los quince días empecé a sentirme yo, pero todavía no me paraba a hacer lo demás, hasta como el mes, mes pasadito ya empecé a sentirme normal, no sin ninguna molestia, muy leves aún las tenía, para no sentir nada, nada completamente, como estoy ahorita por ejemplo duré como dos meses, para ya no tener nada (Yuridia 59, FDH).

Y por último, los casos de fiebre por dengue más síndrome de shock por dengue, se pensaría que se pueden prolongar por bastante tiempo, sin embargo se encontró que tienen aproximadamente la misma duración que la de fiebre por dengue sin complicaciones, de dos semanas a un mes según señalan los sujetos. Así lo deja ver Candy en su testimonio:

Pues es que la enfermedad así de que estaba muy malo duro como dos semanas, y para recuperarse así como al 100% ya normal pues más o menos un mes, porque ya iba a la escuela pero iba todo así todo aflojerado todavía, todavía no se sentía normal, ya después ya (Candy 47, FDH-SSD).

Es conveniente aclarar, que en la duración de la enfermedad están involucrados otros factores como son la edad, la alimentación, las condiciones económicas y de higiene, el diagnóstico y la atención oportuna, entre otros. Además es importante mencionar que la población debe saber actuar en caso de dengue, y para saber actuar, es elemental el conocimiento

de la enfermedad, desde identificar una etapa ambulatoria (febril) hasta una etapa crítica (choque), para un diagnóstico y tratamiento satisfactorio, ya que si se presenta un signo de síndrome de shock por dengue se necesitará hospitalización inmediata, estar en observación en cuidados intensivos y recibir el tratamiento adecuado; lo peor pudiera venir, manifestándose en otras complicaciones como trastorno en los órganos: afectación hepática, cardiovascular, neurológica o renal (Martínez-Torres 1995:29-44).

5.3. Autoatención durante el desarrollo de la enfermedad

Otra forma de atención utilizada por estos sujetos en la atención del dengue, es la autoatención, que “son representaciones y prácticas que los sujetos y los grupos sociales utilizan para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud, ya sea reales o imaginarios” (Menéndez 2003:198-203).

También es la primera y más frecuente fuente utilizada por las personas, como ha sido descrito en la primera parte de este capítulo, acerca del diagnóstico. La autoatención es desarrollada por los propios sujetos y grupos de manera autónoma y constituye una de las actividades básicas del proceso salud/enfermedad/atención en que no intervienen de manera directa los curadores. La principal encargada de este modelo es la mujer en su rol de esposa/madre y se vale de los conocimientos previos y las experiencias (Osorio, 2001).

En la autoatención se incluyen, pero no se limita a, dos actividades: la automedicación y el autocuidado. La automedicación tiene que ver “...con la decisión más o menos autónoma de utilizar determinados fármacos para tratar determinados padecimientos sin intervención directa y/o inmediata del médico o del personal de salud habilitado para ello” (Menéndez 2009:199). En el caso de dengue, como se mencionó, algunos síntomas físicos son los mismos que los síntomas

gripales; por esta razón, la mayoría de los testimonios señalan que al inicio de los síntomas creyeron que se trataba de un resfriado o infección en la garganta. Asimismo, algunos de los sujetos entrevistados, debido a la existencia de erupción cutánea, pensaron que se trataba de una alergia; un entrevistado creyó que se trataba de una resaca. Es por esta razón que, sin excepción, todos los sujetos de estudio mencionaron que suministraron a ellos o a los suyos algún medicamento. Azul pensó que era una gripa y por la fiebre y el dolor se suministró Tempra (Paracetamol); este medicamento es el único indicado por la biomedicina para aminorar los síntomas del dengue sin que cause reacciones secundarias:

Pues sí, porque yo me auto receté como dicen, la Tempra, yo le digo Tempra al Paracetamol, es lo único que me auto receté yo para la dolencia (Azul 53, FD).

No obstante, no todos los sujetos actuaron tan acertadamente como Azul. La gran mayoría autorecetaron Paracetamol, pero aparte otros medicamentos, porque no sabían a ciencia cierta de qué enfermedad se trataba, y en el intento por sanar se suministraron medicamentos que no son aptos en caso de dengue, como la Aspirina. Tal cuál le sucedió a María, quien pensó que su hijo, en edad adulta, sufría una amigdalitis, hasta que el médico le explicó que era lo único que debería suministrarle:

“¿Qué tendrás?” Le decía yo, y le daba medicamento, Penicilina se la daba, y yo le dije “has de estar malo de la garganta”, también le di Ampicilina, Tempra y Aspirina, pero ya me dijo el doctor “no ‘mija’ no debió de haber dado esos medicamentos porque traen dengue, dele el puro Tempra”, “¡Ah! Pues no sabía” le dije, (María 65, FD).

Otros testimonios también señalan que se recurrió a varios medicamentos, los cuales podrían tener complicaciones en el caso de dengue. Elena dio a su hijo, en edad preescolar, varios medicamentos, entre éstos la Aspirina Efervescente que está contraindicado en el caso de dengue y es de uso exclusivo para adultos:

Paracetamol pa la calentura, pa la infección ¿Cómo se llama? Amoxicilina [...] Pero también tomaba Aspirinas Efervescentes porque esas lo componían del dolor de huesos (Elena 28, FD-SSD).

En general, la población desconoce qué medicamentos se deben evitar en caso de contraer dengue, así como también el uso de otros medicamentos que no son apropiados según la edad del enfermo. Sin embargo, la automedicación demuestra cómo las personas toman un papel activo que aprenden de la biomedicina y no son simples entes pasivos como muchas veces los considera ésta. Por otra parte, la automedicación es un reflejo de la “medicalización” a la que se recurre actualmente. Al respecto, Roberto Castro (2000:87) dice que la medicalización “está permeando gradualmente todos los aspectos de la vida cotidiana de manera que la medicina moderna se está transformando en el principal referente cultural, ideológico y cognoscitivo que los individuos utilizan para interpretar sus circunstancias”, redefiniendo términos médicos que antes eran considerados como hegemónicos, en aspectos de la vida cotidiana donde han sido interpretados, reconstruidos, reproducidos y apropiados doméstica y culturalmente para sanar enfermedades.

No obstante, de acuerdo a Menéndez (2003:199), la automedicación no se refiere sólo al uso de fármacos, sino de sustancias (infusiones de hierbas, alcohol, marihuana, etc.) y actividades, como masajes, que van más allá de la biomedicina. Los remedios caseros también forman parte de la autoatención de muchas enfermedades. Marisela nos relata en su testimonio, cómo en el caso de fiebre por dengue hemorrágico con disminución de plaquetas como signo de síndrome de shock por dengue, utilizó un remedio casero que le recomendaron varias personas:

Yo tomé mucho el tepehuaje, porque se bajan las plaquetas, yo con eso estuve muy bien, me aliviame mucho [...]. El tepehuaje, me lo recomendó una amiga que vino de allá de Phoenix “toma tepehuaje porque tienes muy bajas las plaquetas”, me dijo, y fueron hasta la Puerta del Sol para allá para Ures, fueron a traer el tepehuaje mi esposo y mi papá [...]. También un muchacho que le dijo a mi esposo pero no me acuerdo como se llama, pero es amigo de mi esposo y una amiga de él, le dijo del tepehuaje también (Marisela 43, FDH-SSD).

Las madres juegan un papel fundamental cuando se trata de remedios caseros. Como se le ha asignado el rol de la encargada de la salud de la familia, reconoce y diagnostica enfermedades, y desde su bagaje al cuidado de los suyos, se apropia de las experiencias y las hace suyas, convirtiéndose de esta manera en la principal protagonista del proceso salud/enfermedad/atención. Sobre ello María contó:

Como les dio mucho vómito, mucho, pero mucho no podían comer ni tomar agua, les hacía limonadas con sal para el vómito (María 65, FD).

María ya tiene interiorizado a través de su experiencia como madre que la limonada con sal repondrá los líquidos perdidos, rehidratará y mitigará el vómito de sus hijos. Candy desde sus conocimientos como madre y reforzados por la biomedicina como generadora de autoatención, combatió las náuseas que causó el dengue a su hijo a través de la preparación y administración de Vida Suero Oral (VSO):

Lo que hice es uno de esos Sueros Vida Oral, porque nomás andan con tantito revuelto el estómago, es el que uso, ya me la sé (Candy 47, FDH-SSD).

Como ya se señalaba al principio de este apartado, la autoatención incluye, pero no se agota, dos actividades: la automedicación (que ya se habló de ella) y la otra actividad es el autocuidado, que son las acciones desarrolladas por los individuos para tratar ciertos padecimientos y favorecer la salud positiva; sin embargo, el uso de este concepto por la biomedicina tiene una connotación individualista, y se diferencia del de autoatención, cuyo carácter es básicamente grupal y social, por lo que las actividades de autocuidado, y también las de automedicación, “son parte del proceso de autoatención, pero no son equivalentes, ya que autoatención constituye el concepto y proceso más inclusivo” (Menéndez 2003:199).

En las entrevistas se señaló repetidamente que el autocuidado estuvo íntimamente relacionado con el reposo; el enfermo debía guardar unos días en cama, de esta forma se recuperaría más rápido. Al respecto Yuridia narró lo siguiente:

Mucho reposo, es lo único que baja la calentura, mucho reposo, y muchos líquidos, y reposo eso sí, reposo [...]. No salir, estar encerrado, yo para nada me levantaba (Yuridia 59, FDH).

Una relación más que se identificó con el autocuidado, tiene que ver con la limpieza, tanto del hogar, como del individuo. Sobre lo anterior Clara nos contó:

Pues debe tener reposo, tomar muchos líquidos, estar en una habitación limpia, y bañarse todos los días, pues hasta ahí (Clara 41, FD).

Algo que también han relacionado con el autocuidado, es la alimentación del enfermo, de esta forma éste tendrá más fuerzas para soportar la enfermedad; Candy así lo expresó:

Pues reposo y buena alimentación, tienes que, y sobre todo eso la buena alimentación y el reposo es fundamental (Candy 47, FDH-SSD).

Y como sus testimonios han señalado que la alimentación es parte del autocuidado, es importante para esta investigación describir cuál fue su alimentación en la trayectoria del enfermo, ya que al sufrir una disminución de plaquetas, es fundamental que el enfermo a través de la alimentación aumente éstas, a pesar de que un síntoma de dengue es la falta de apetito. Sobre ello, María relata que sus hijos sufrieron ese síntoma en su enfermedad, más desde su rol de madre, ella alimentaba a sus hijos con una dieta rica en vitaminas, para que de este modo se recuperaran gradualmente de la enfermedad:

Pues puros calditos de pollo con verduras, con lentejas, sopitas, manzanas, jugos, todo eso les hacía yo, poco a poco fueron recuperando el apetito, y se repusieron muy rápido, pero siempre batallé para que quisieran comer, no les daba hambre (María 65, FD).

Desde su representación, las familias saben que el enfermo de dengue, aunque no tenga hambre, tiene que consumir alimentos que le aporten nutrientes; los alimentos más mencionados en las entrevistas fueron el pollo y el pescado; ciertamente, y los entrevistados lo saben bien, estos alimentos contienen nutrientes, y a la vez, bajas cantidades de grasas saturadas y carbohidratos. Al respecto Candy comenta lo que le daba de comer a su hijo:

No le daba mucha hambre, pero tenía que comer bien, comidas que le aportaran algo de nutrientes para poder levantar las plaquetas y pues recuperarse de la enfermedad, con una comida por ejemplo pollo, que estuviera baja en grasa y que aportara nutrientes, para poder levantar los niveles de plaquetas que tenía [...] Pollo o pescado, ensalada, y muchos vegetales (Candy 47, FDH-SSD).

Otro grupo importante de alimentos que señalaron los testimonios fueron las frutas y verduras que el enfermo de dengue debe consumir, ya que aportan vitaminas, minerales y fibra. Como en el caso de Azul, que sentía la necesidad de consumir pepino, considerado una hortaliza que aporta vitamina C necesaria para la formación de ligamentos y tendones, que podrían proporcionar alivio a la mialgia y artralgia (dolor de músculos y articulaciones). El relato es el siguiente:

No me daba hambre, o sea mi cuerpo nomás se me venía a mi pensamiento el pepino con limón y sal y mucho chile, era eso lo que me gustaba comer, sabe por qué sería eso, sería por la vitamina C (Azul 53, FD).

La relación que existe entre las ganas de comer y lo que nuestro cuerpo necesite nos lleva a consumir cierto tipo de alimentos para estar sanos. Clara prefería comer frutas. La mayoría de las frutas contienen vitamina C que nuestro cuerpo al adquirirla a través de una dieta aporta un efecto antioxidante, que protege las células de la sangre, incluyendo las plaquetas, cuestión que podría ayudar a aumentar el número de plaquetas cuando existe una disminución de plaquetas:

Comía pura fruta y no me daban ganas de comer nada, fruta, la mayor parte era de comer fruta, porque me daban ganas, no más (Clara 41, FD).

Las frutas y verduras contienen múltiples beneficios para la salud, por ejemplo Marisela consumía betabel, rico en potasio, y vitamina C, además de calcio y hierro, y también es una buena fuente de folato, que es una vitamina para mantener sanas las células; además posee propiedades curativas contra el dolor de cabeza y otros dolores, como los causados por el dengue. Marisela también menciona que comía frijoles y lentejas, que son leguminosas que aportan proteínas, vitaminas y minerales, como el hierro, que produce hemoglobina y células rojas en la sangre, lo cual podría ayudar a recuperarse de la disminución de plaquetas:

Y luego mi mamá me estuvo cocinando el betabel, me daba el betabel que me lo comiera y la agüita del betabel que me la tomara, y luego las lentejas también, muchas cosas ahí me estuvo dando, caldito de frijoles, y las calabacitas cocidas y así cosas que tuvieran hierro para la sangre me estuvo dando mi mamá (Marisela 43, FDH-SSD).

Como en muchas otras enfermedades, tener una dieta balanceada y rica en nutrientes ayuda al enfermo a recuperarse más rápido de la enfermedad y su sintomatología. El papel de la familia como fuente de autoatención de los enfermos fue básica; esto queda de manifiesto al constatar que los que tuvieron mejores prácticas de autoatención, como el reposo y la alimentación, se debía en gran medida a que contaban con algún familiar que proveía el apoyo.

5.4. Atención de tipo popular y tradicional durante el desarrollo de la enfermedad

Otra forma de atención utilizada por los informantes clave es la medicina *tradicional-popular*, “expresada también a través de curadores especializados como hueseros, culebreros, brujos, curanderos, espiritualistas, yerberos, chamanes, etc.”. (Menéndez 2003:188). Marisela

durante la enfermedad padeció dolor de cabeza crónico, se atendió con un curandero y sanó su malestar:

Dolor de cabeza crónico nada más, pero ahorita ya no me pega, pero antes sí me pegaba, me llevaron con una señora que me curó el dolor de cabeza, y ahorita, ya no me duele, no me duele. [...] La señora era curandera, ya falleció la señora esa, nada más me sobaba la cabeza y me jalaba el pelo pa' arriba, y con eso tuve yo (Marisela 43, FDH-SSD).

Aquí también, dentro de la medicina tradicional popular, debe incluirse el papel curativo de ciertos santos o figuras religiosas, tanto cristianas como de otros cultos, así como el desarrollo de actividades curativas a través de grupos como los pentecostales o los carismáticos (Menéndez 2003:189). Entre las representaciones religiosas más socorridas por los sujetos de estudio están Dios, la Virgen de Guadalupe y Santo Niño de Atocha. Cabe mencionar que la mayoría de los sujetos de estudio eran católicos, a excepción de una cristiana y una testigo de Jehová.

Entre las peticiones más frecuentes están que les regrese la salud, que les quite la enfermedad, que no tengan nada malo, que no les pase nada malo, no morir, otra oportunidad para ser mejores, fuerza y sabiduría para manejar la situación, entre otras. A cambio de estos favores los sujetos ofrecen “algo” en virtud del agradecimiento. Por ejemplo, Marisela realizó una manda a cambio de su salud; ésta consistió en una velación, que es un ritual que se celebra desde el anochecer hasta el amanecer entre un grupo de personas reunidas en una casa; en ésta se coloca un altar con la imagen de la figura que van a adorar y se ofrece comida y bebida a los invitados a este festejo. Marisela habla sobre la manda que ella ofreció:

Yo le pedía a Dios y al santo niño de atocha, y a todos los santos yo les pedía, luego hice una manda, una velación con el santo niño y todos los santos porque sí me cumplieron (Marisela 43, FDH-SSD).

Así como Marisela ofrece una manda, hay quienes ofrecen rezar rosarios; el rosario es un rezo tradicional católico en el que se rememoran veinte misterios de la vida de Jesús y la Virgen María, después de cada misterio se recita oraciones como el Padre Nuestro, el Ave María y el Gloria. Este fue el caso de María quien ofreció un rosario a cambio de la vida de sus hijos:

Yo recé rosario, yo es lo que hago, pedirle y rezar rosario. Le pedí a la Virgen pues que no me los lleve, que me los deje otro poco más, que me los preste, así como me los prestó que me los siga prestando mientras yo viva lo que me queda (María 65, FD).

También hay quienes ofrecen a cambio promesas a Dios y a sí mismos para ser mejores personas. Esto le sucedió a Yuridia al verse cerca de la muerte:

Pues que me iba a morir, en ese momento dije me voy a morir, Dios mío dame otra oportunidad mis hijos me necesitan dame otra oportunidad, y hacer promesas de uno decir “me voy a comportar bien, voy a ser mejor persona”, pues muchas cosas uno sabe que vaya a pasar (Yuridia 59, FDH).

Otros simplemente piden sin ofrecer nada a cambio, como Clara que sin dar ofrendas, pidió la fortaleza y sabiduría para enfrentarse a la situación por la que estaba pasando en aquel momento de crisis y desesperación:

Pues es que yo todo el tiempo he creído en Dios y a él siempre me dirijo, pues sí, le pedí las fuerzas, que me diera fuerzas y sabiduría para saber cómo manejar la situación porque para pedirle que me quitara la enfermedad pues yo sé que las enfermedades existen, no puede uno decir “¡Ay quítamela!” Nomás que le dé fuerzas a uno para aguantar y sabiduría para saber cómo enfrentar las cosas (Clara 41, FD).

Existen otros, que más que hacer una petición, hacen un reclamo a Dios, quizá porque les parece una injusticia la situación por la que están atravesando, pues como ya se ha mencionado los sujetos de estudio viven en situación precaria; aunado a esto, enfermar de dengue lleva una serie de complicaciones que alteran la rutina diaria y economía de las familias, por lo que les podría parecer incomprensible. Al respecto Azul comenta:

No pues yo le decía a mi Dios, Dios mío ayúdame, ¿Por qué a mí esto? Le pedía a que me ayudara, que no me fuera a pasar nada malo por mis hijos, decía ayúdame, y también hacía esa pregunta, ¿Por qué a mí mi Dios?, ¿Por qué me pasa esto a mí?, ¿Por qué no le pegó a la vecina o a otra? Yo hacía la pregunta ¿Por qué a mí? (Azul 53, FD).

Recapitulando, De esta manera, apreciamos que el dengue tiene una duración de 5 hasta 60 días, durante este período lo que antes eran aspectos exclusivamente biomédicos, únicamente pertenecientes a esta disciplina y utilizados solamente por las instituciones de salud, se han vuelto aspectos de la vida cotidiana de los sujetos, que si bien son provenientes de la medicina alópata, han sido reaprendidos por éstos para la atención de las enfermedades. De tal forma que los sujetos toman sus propias decisiones con base en sus representaciones más allá del saber médico; estas decisiones son parte del autodiagnóstico y autoatención.

Durante el trayecto aparecen síntomas, la representación del diagnóstico que tienen los sujetos los ha llevado a confundir los síntomas del dengue con los síntomas de un resfriado común, lo cual en la mayoría de los casos implicó, como se aprecia en la Figura 19, ejercer la autoatención a través de la automedicación contraindicada con Aspirina, Naproxeno, Penicilina, entre otras que no son recomendadas por su carácter hemorrágico. Estas prácticas de identificación de síntomas, autodiagnóstico y automedicación provienen de la biomedicina, pero retomadas por los sujetos en la vida cotidiana, donde ciertas circunstancias han sido interpretadas, reconstruidas, reproducidas y apropiadas doméstica y culturalmente con la finalidad de sanar enfermedades. Otra actividad dentro de la autoatención que aparece en la Figura 19, quedó de manifiesto es el autocuidado a través de las acciones de alimentación, reposo, limpieza, entre otras prácticas de los enfermos. Como ha sido establecido por Menéndez (2003), estas acciones tienen un carácter grupal y social, pues ni la buena alimentación ni el reposo se pudieron haber logrado sin un grupo o red que apoye al enfermo.

Sin embargo ante la aparición de un síntoma atípico al resfriado, es cuando las personas acuden al diagnóstico médico; es hasta este momento que descubren que su malestar es dengue a través de los análisis clínicos. La mayoría de estos enfermos pasan por un período nosocomial de atención y cuidados intensivos, que va desde 1 hasta 15 días de hospitalización, como lo vemos en la Figura 19, durante este trayecto llevándose gratas y desagradables experiencias en la hospitalización en las diversas instituciones de salud.

Por último también se encontró que otra forma de atención utilizada por nuestros informantes clave es la medicina tradicional-popular, expresadas por curanderos para atender y sanar distintos síntomas de este padecimiento, solo una de diez nuestras informantes empleó a este tipo de sanador. Además, dentro de esta medicina la mayoría de nuestros informantes recurre al papel curativo de ciertos santos o figuras religiosas, en particular cristianas; entre las más socorridas por los sujetos, están Dios, la Virgen de Guadalupe y Santo Niño de Atocha; a cambio del favor, en este caso la salud, los sujetos hacen ofrendas en virtud del agradecimiento, es como un intercambio recíproco; las ofrendas consisten en velaciones, manda, rosarios, promesas, entre otras. Esto se puede apreciar en la Figura 19.

Por lo tanto en este capítulo se pudo corroborar que en el caso de dengue, las familias utilizan diversas formas de atención entre ellas, la autoatención mediante las prácticas de automedicación y autocuidado; la biomedicina a través de las instituciones públicas de salud; la medicina *tradicional-popular* por medio de curanderos y el papel curativo de ciertas figuras religiosas.

Figura 19. Diagnóstico, duración y formas de atención

Nombre del Jefe de hogar	Diagnóstico	Duración (aprox)	Biomedicina	Autoatención		Medicina Tradicional -popular
				Automedicación	Autocuidado	
Azul	FD	15 días	Consulta médica	Indicado	Apartar utensilios	Oración a Dios
Candy	FDH+SSD	30 días	Consulta médica	Contraindicado (Aspirina)	Alimentación y VSO	Oración a Dios
Clara	FD	20 días	1 día de hospitalización	Contraindicado (Naproxeno)	Reposo y limpieza	---
Elena	FD+SSD	10 días	8 días de hospitalización	Contraindicado (Amoxicilina)	---	Petición a Dios
Julio	FDH+SSD	30 días	10 días de hospitalización	Contraindicado (Cerveza)	---	---
Luna	FD	5 días	1 día de hospitalización	---	---	Oración a Dios y a la Virgen
María	FD	60 días	15 días de hospitalización	Contraindicado (Ampicilina)	Limonada con sal	Rosario a la Virgen
Marisela	FDH+SSD	20 días	8 días de hospitalización	Contraindicado (Cafiaspirina)	Tepehuaje	Curandera y manda a Santo Niño de Atocha
Michelle	FDH+SSD	7 días	7 días de hospitalización	---	---	Oración a Dios y a la Virgen
Yuridia	FDH	60 días	2 días de hospitalización	Indicado	Reposo y líquidos	Promesa a Dios

Fuente: Elaboración propia

Capítulo VI. Papel de las redes de apoyo y las instituciones en la supervivencia

Este capítulo describe el impacto económico que deja la enfermedad a la familia y el papel que tienen las redes de apoyo, ya sean formales o informales, en cubrir las necesidades de las familias afectadas por el virus del dengue. En primer lugar, interesa rescatar el impacto que acarrea consigo la enfermedad, es decir, si las familias han quedado excluidas de la seguridad social; si cuentan con recursos económicos para atenderse en un esquema abierto; la manera en que son atendidos en estas clínicas y hospitales; las modificaciones que sufre la rutina diaria de la familia; las pérdidas laborales y económicas, y las consecuencias físicas, económicas y emocionales que deja la enfermedad.

Las redes de apoyo sociales, también llamadas redes informales (familiares y amigos) se examinan como esas estructuras sociales que refuerzan la seguridad moral y económica del enfermo y su familia; se revisa qué actores participan de manera directa e indirecta en la trayectoria de la enfermedad, a quiénes se les puede pedir un favor, además qué tipo de favores son los que se intercambian en este proceso. Las instituciones o redes formales (instituciones, centros, programas de salud, entre otros) son aquellos entes que a través de conductas, criterios y condiciones buscan los medios propicios que contribuyen al bienestar y la mejora de la calidad de vida de la comunidad; en el estudio se revisa el tipo de institución al que acudieron para atender su malestar, si pagaron por atención, medicina u otros servicios, si sus necesidades de salud fueron cubiertas, resueltas y satisfechas; además, desde la perspectiva de los sujetos de estudio, conocer quiénes son los actores responsables de prevenir, atender y controlar el dengue en la comunidad.

6.1. Impacto de la enfermedad

Algunas de las familias estudiadas en la colonia Insurgentes y el ejido Molino de Camou "viven al día" con los gastos del hogar, y con lo poco que tienen dan prioridad a la compra de alimento; si se tiene algún gasto extra que hacer se tienen que programar y hacer planes con antelación, y si en el trayecto sucede lo inesperado, como lo es enfermar de dengue, todo lo planeado se modifica, la enfermedad no sólo viene a afectar la rutina diaria de la familia, sino la economía familiar y los gastos programados que se tenían; peor aún es si los jefes de hogar económicamente activos son los que enferman, como lo señala Clara, debido a que tienen que dejar de trabajar y por ende dejan de obtener ingreso:

Pues fueron tiempos malos, porque son unos días en que no, pues tenía yo que comprarles uniforme, zapatos, todo para la escuela, entonces ya había empezado yo a trabajar, pero cuando yo ya me empecé a sentir mal, me salí, entonces yo ya no pude pues [...] tampoco tenía ahorros porque yo estaba viviendo al día nada más, muchas veces tiene uno nomás para lo que sale aquí, pues lo del día, no alcanza [...] entonces tuvieron que ir con lo que pudieron a la escuela (Clara 41, FD).

Otras de las familias han quedado excluidas de la seguridad social y de otros esquemas básicos de salud. En muchas ocasiones, algún miembro de la familia enferma y no se cuenta con los recursos económicos suficientes para acceder a los servicios médicos privados, por más económicos que estos sean, ni se tiene el respaldado de una institución pública que brinde seguridad social para satisfacer de manera integral sus necesidades básicas de salud. Sobre esto, Elena comenta lo siguiente:

Pues sí estábamos mal, porque dejó de trabajar el papá, estábamos con la pura ayuda de la pensión de mi suegro, y sí estuvimos muy raquíticos [...], el Seguro Popular no cubre nada de eso, teníamos que pagar de la bolsa de uno y no teníamos, ni pa pagar médico, ni hospital, ni medicinas del niño, ni nada, porque uno aquí ni pa las tortillas, tiene que venir a hacerlas uno en la casa, ni modo así es la vida del pobre (Elena 28, FD-SSD).

Esta situación contradice el derecho que tiene toda persona a la protección de la salud establecida en el Artículo 4º del Capítulo I de La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Como algunos autores establecen, “la salud como derecho no siempre ha sido reconocida por las sociedades y Gobiernos como un atributo humano universal e inherente a la persona humana” (Fontenla y Tajer 2008:207). Menéndez (2003:194) menciona que “la salud es vista como un mercado”, ya que aunque sea un derecho, los sujetos nos adaptamos al bien por necesidad, cueste lo que cueste, y aunque la salud sea un derecho, este derecho tiene un costo.

En Hermosillo, Sonora, este derecho se otorga a través del sistema de protección social en salud para la población abierta y se cobra una cuota módica por acceder a estos servicios. Los jefes de hogar afectados por el dengue han pagado por estos servicios un rango de entre 100 y 3,400 pesos. Como se observa en este rango, el monto pagado no fue igual para todos, pues no tuvieron las mismas necesidades en atención a la salud.

Por otra parte, los sujetos en el trayecto de la enfermedad no sólo pierden dinero, sino también pierden bienes materiales que han adquirido a lo largo de sus vidas, ya que el hecho de estar enfermo limita a la familia económicamente y los obliga a vender bienes materiales. En muchas ocasiones, esto funciona como la única estrategia para obtener recursos y cubrir los gastos que se generan en la enfermedad. Al respecto Marisela señaló:

Porque gracias a Dios que mi esposo tenía sus vaquitas y él de ahí echó mano de todo eso, nosotros no les pedimos a nadie, gracias a Dios que teníamos las vaquitas, y con eso salimos adelante (Marisela 43, FDH-SSD).

Cuando no se cuenta con bienes materiales se recurre a diversas estrategias para hacerle frente a las vicisitudes derivadas la enfermedad. Otros problemas ocasionados por la enfermedad de manera directa a quien la padece e indirecta a quienes se hacen cargo del enfermo son las

faltas consecutivas a la escuela y la pérdida de empleo que ocasionan un atraso en la rutina diaria de la vida cotidiana, como lo menciona Candy quien se encargó de su hijo enfermo:

Pues a principalmente en la escuela que tuvo que faltar, por las vueltas de ir al doctor, análisis y todo eso, y pues que no se podía mover, no se podía levantar. [...] Y yo ya no salía a vender Mary Kay, porque me la llevaba más tiempo aquí, no pude hacer mis labores de venta diaria ¿Verdad? No más eso que para estar con él, aquí me la llevé yo, no pude salir pues, porque eso de estas ventas es de andar en la calle (Candy 41, FD).

Debido a las patologías que trae consigo el dengue, la ausencia al trabajo durante la enfermedad es casi obligada; cuando se tiene un trabajo formal y se cuenta con seguridad social, se otorgan incapacidades al enfermo, las cuales justifican su ausencia en el trabajo debido al padecimiento y las pérdidas económicas son mínimas. Cuando se trata de una enfermedad general, como lo es el dengue, se cubre el 60% del salario diario a partir del cuarto día de incapacidad. Sin embargo, cuando se cuenta con un trabajo informal o independiente, no sucede lo mismo, pues no se tiene el soporte de la justificación por ausencia que brinda la seguridad social en el empleo, y por ende se pierde el trabajo y los ingresos derivados de éste. Este fue el caso de Clara, que trabajaba como empleada doméstica:

¡Ay no! Pues que fue muy, muy difícil en lo económico porque no trabajas, pues porque perdí mi trabajo, me debilité mucho y porque ya no pude ir, perdí mi trabajo, pues hasta como a los dos meses después que me recuperé empecé a trabajar [...] (Clara 41, FD).

Los roles de género también juegan un papel muy importante desde el heteropatriarcado, Clara en su rol de mujer enferma asume que puede ser “débil” y “vulnerable”, y también puede dejar de asistir al trabajo a pesar de las pérdidas económicas. Pero con los hombres no sucede lo mismo, atrás de ellos existe una construcción cultural donde se minimizan los padecimientos pues son “fuertes” e “invulnerables”, el imperativo de la virilidad implica “aguantarse como hombre”, el deber ser evita que sean estigmatizados a sabiendas de las consecuencias que implica

asumir el rol de enfermo, por lo que da como resultado una resistencia simbólica ante el padecimiento (Calvario, 2007: 47-51). Como señala Julio en la entrevista:

Eran muy abajo, muy bajas las condiciones económicas, por eso yo no quería dejar de trabajar, pero me sentía muy desgastado, muy de a tiro decaído, y me puse a trabajar siempre así, y así dure una semana chambeando con el dengue [...], cuando me empezó a salir sangre de la nariz, aguanté una semana echando sangre por la nariz, una semana completita, a lo mejor una semana y días o más, yo no quería ir al Seguro, ya sabía que me iban a internar, y yo no quería dejar de trabajar (Julio 56, FDH-SSD).

En este sentido, no sólo los roles de género intervienen, sino también las condiciones económicas de la familia actúan como determinantes de los comportamientos y/o prácticas ante la enfermedad. De esta manera cuando el enfermo es el jefe de hogar económicamente activo y su ingreso es el único capital financiero que posee la familia, este puede no asumir el rol de enfermo. Pues a pesar de la sintomatología y patología que conlleva estar enfermo de dengue, en algunas ocasiones sobresalen más las preocupaciones económicas; el ser el único sustento de la familia es una razón más poderosa que asumir el rol de enfermo; por lo tanto, para algunos sujetos que tienen como obligación la manutención de una familia, dejar de aportar dinero por enfermedad no es una opción.

Enfermar de dengue acarrea como resultado situaciones a corto, mediano y largo plazo no deseadas por los afectados, estas situaciones son desencadenadas después de la enfermedad y son causales de algunas pérdidas, por ejemplo del estado económico, emocional y físico de quien enferma y en algunas ocasiones hasta de la propia familia. En la colonia Insurgentes y en el poblado Molino de Camou los enfermos de dengue también tuvieron considerables secuelas, en primera instancia de tipo económico, debido principalmente al reposo del enfermo, que trae como consecuencia la pérdida de trabajo y otras actividades que desencadenan el atraso económico de la familia. Este fue el caso de Julio:

Perdí la chamba, el trabajo, la obra que estaba yo haciendo y siempre me pegué una atrasadita con los préstamos, la “comedera”, los recibos, fueron días muy difíciles (Julio 56, FDH-SSD).

Otros testimonios aseguran que enfermar de dengue desencadenó consecuencias emocionales en el enfermo, que no han podido ser reparadas con el tiempo y, por lo contrario, se han ido agravando hasta el momento, manifestándose en enfermedades patológicas a partir del sistema nervioso del afectado; tal como Azul narra:

Nervios, yo estoy psicológicamente tratándome, miedos, nervios, voy con un psicólogo, yo sí no le digo que le echo la culpa al dengue, pero todo vino a repercutir a raíz de que me enfermé y todo eso (Azul 53, FD-SSD).

De igual manera que el enfermo, la familia sufre consecuencias emocionales que a través del tiempo se transforman en secuelas físicas, como enfermedades crónicas no transmisibles, que pueden afectar la salud del individuo y de las personas que lo rodean. María relata un poco más acerca de esto:

Pues me puse muy nerviosa y desde entonces estoy enferma del corazón y enferma y ahí voy, y no me quiero componer y mi esposo también, yo creo que fue por tanto susto (María 65, FD).

Por otra parte una de las consecuencias físicas que comúnmente los enfermos afectados han manifestado después de haber padecido dengue es el dolor de cabeza. Estos sujetos mencionan que el dolor ha sido tratado y llega a ser controlado con fármacos. Como en el caso de Luna:

Pues el dolor de cabeza, pero yo lo asociaba a los partos, de que te cuidas, te inyectas y así, pero estoy segura que el dolor de cabeza fue después del dengue [...] (Luna 27, FD).

Otros dolores de cabeza son sanados a través del desarrollo de ciertas actividades curativas de la medicina tradicional-popular. Algunos curadores especializados en esta medicina son los

hueseros, culebreros, brujos, curanderos, yerberos y chamanes. Marisela comenta que acudió al curandero para sanar su dolencia:

Dolor de cabeza crónico nada más, pero ahorita ya no me pega, pero antes sí me pegaba, me llevaron con una señora que me curó el dolor de cabeza, y ahorita, ya no me duele, no me duele. [...] La señora era curandera, ya falleció la señora esa, nada más me sobaba la cabeza y me jalaba el pelo pa arriba, y con eso tuve yo (Marisela 43, FDH-SSD).

Otra consecuencia física que manifestaron haber tenido estos sujetos es la pérdida de apetito y por consiguiente la pérdida de peso. Éstos comentaron que llegaron a perder entre 4 y 10 kilos por la enfermedad, como le sucedió a Azul:

Pos yo creo que algunos 10 kilos bajé. ¡Bastantes! Yo pesaba 97 kilos ahí donde me ves, y pos ya no quise ni recuperarlos (Risas) ¿No? [...] Sí muy gorda estaba, y a raíz de eso los perdí, ya me establecí bien y todo, pero que dieta ni que nada, es una cosa tremenda (Azul 53, FD).

Una consecuencia física importante que también han manifestado es el síndrome de fatiga crónica (cansancio crónico), que es un cansancio intenso y continuo que no se alivia con el descanso y es causado directamente por el dengue; éste perjudica en el desempeño habitual de los sujetos pues no pueden desarrollar de manera integral ciertas actividades laborales como en el caso del hijo de María:

A mi hijo le quedó mucho cansancio, y cada rato le duele la cabeza, los huesos, también perdió fuerza, se agota, y sí se la lleva muy agotado pobrecito no puede trabajar, les digo yo: ¡Ay ustedes están peor que yo! ni que tuvieran sesenta y tantos años, apenas están en la pura juventud, a los jóvenes no les duele nada, y me dice: “eso crees tú amá” (María 65, FD).

Por lo anterior, enfermar de dengue no sólo acarrea pérdidas económicas al momento de enfermar, sino también posteriores, algunas de estas son consecuencias económicas como la pérdida de empleo y pérdida de bienes materiales; emocionales como nervios y miedos; y físicas

como pérdida de peso, dolor de cabeza y fatiga crónica, consecuencias que repercuten tanto en el enfermo como en quienes lo rodean.

6.2. Redes sociales de apoyo

En la colonia Insurgentes y en el Molino de Camou, la mayor parte de las redes de apoyo informales están conformadas por la familia directa; incluyen al cónyuge, hijos, padres, suegros, hermanos y tíos, y, en una menor parte, a los amigos, vecinos y patrones. Cuando enferma algún miembro de la familia y no se cuenta con los suficientes medios de subsistencia, entran estas redes de apoyo informales funcionando como un “intercambio recíproco de bienes y servicios” (Lomnitz 1997:25). En el estudio de esta autora, el intercambio de favores se presenta a través del cuidado de enfermos, préstamo de efectivo, medicina o alimento. Estas relaciones bidireccionales brindan el apoyo no sólo del cuidado de enfermos, sino el cuidado de los hijos pequeños y el quehacer diario del hogar cuando el jefe de hogar es el enfermo. Este fue el caso de Azul:

Mi hija mayor era la que me ayudaba a atender a los más chamacos, a mandarlos a la escuela, darles de comer, bañarlos, les lavaba, les planchaba, es la que se ocupó de ellos el tiempo que yo estuve con eso del dengue en el hospital y en la casa también (Azul 53, FD).

Otro apoyo que mencionaron recibir los sujetos afectados por el dengue fue la transportación, mejor conocida como “raite” o “aventón”, pues la gran mayoría no cuenta con automóvil propio o no cuentan con los recursos económicos para alquilar un vehículo (taxi) o bien, no utilizaron el transporte público debido al malestar físico que experimentaban con la enfermedad; tal y como Clara lo vivió:

Pues a mí cuando recién me empezó y todo me acosté, me fui a acostar un rato pero no, como que no aguanté porque empecé a vomitar y vomitar, ya fue cuando le hablé a la vecina y le pedí de favor que me lleve al hospital en su carro, y ya me llevaron al hospital (Clara 41, FD).

Debido a su precaria situación económica y a la condición de desventaja, como lo es estar enfermo, para los sujetos estudiados, una ayuda fundamental en esos momentos tan difíciles fue el préstamo de efectivo, que aseguraban de manera momentánea la subsistencia del enfermo y de su familia. Elena así lo explica:

En esos momentos de crisis, pues a mi suegra porque ella era la que nos prestaba dinero [...]. A mi suegra como 1,000 pesos le pedimos para pagar una parte del hospital, que me cobró el Seguro Popular [...]. Y también le estuvimos pidiendo prestado a mi hermana Gabriela para comprar gas y comida (Elena 28, FD-SSD).

El préstamo de efectivo era utilizado básicamente para la compra de víveres para el hogar, pagos de servicios como energía eléctrica y arrendamiento de vivienda, pago de servicios médicos, hospitalarios y de medicina. A la vez, otra ayuda que se pudo identificar, fue el donativo de alimentos para el enfermo y su familia ya que no poseen los medios económicos para acceder a ellos. Clara lo vivió de la siguiente manera:

No pues mis patronas sabían que estaba enferma, de hecho ellas venían a buscarme, venían a traerme, como comía pura fruta, y no me daban ganas de comer nada, a veces eran ellas las que me traían fruta [...]. Pues sí venían, venía una amiga o entonces mis hermanas que viven aquí, o sea no ayudarme en la casa pero sí venían a traerles comida, burritos, taquitos de frijol a ellos (Clara 41, FD).

Otra ayuda importante que aportaban las redes informales, de acuerdo a los entrevistados, es un apoyo espiritual para reconfortar al enfermo de manera física y emocional; este apoyo lo expresan en la oración con plegarias, suplicas, rezos y "peticiones" que realizaban las redes informales por la salud y el bienestar del enfermo. Sobre este tipo de apoyo Azul comenta:

Porque en aquel entonces mis hermanos cuando ellos supieron que era dengue ellos fueron, me visitaron, oraron, pues como oramos, así como oran ellos, oraron por mí y todo, y pues ya a los días, pues ya me pasó eso, la dolencia, se me fueron desapareciendo los puntitos rojos, y la temperatura se me fue bajando (Azul 53, FD).

En los testimonios anteriores, se puede ver claramente que la familia directa (cónyuge, hijos, padres, suegros, y hermanos) brinda diversos tipos de apoyo al enfermo y su familia, mientras que los amigos, vecinos y patrones apoyan más mediante el préstamo de efectivo y donativo de alimento.

Las redes de apoyo informales actúan como estructuras sociales que refuerzan la seguridad moral y económica del enfermo y su familia. Estas estructuras muestran a los sujetos más cercanos con los que se puede contar en los momentos difíciles, a los que se les puede pedir un favor, compartir experiencias y sentimientos. La mayoría de los casos estas relaciones son de ayuda mutua, es decir, “hoy por ti, mañana por mí”, como lo señala Marisela:

Porque yo les digo, “buquis, luego les voy a pagar”, “no tía, algún día se nos va a ofrecer a nosotros, y usted ahí va a estar, vamos a acudir y usted nos va a ayudar” y hay ocasiones que sí se ha visto la oportunidad así y yo les ayudo, pero no me siento en deuda con ellos, porque yo todo el tiempo los he visto, todo el tiempo nos hemos ayudado, cuando no se nos ofrece a uno, al otro y así nos la llevamos, no nos sentimos así (Marisela 43, FDH-SSD).

Este apoyo, según los testimonios de las familias afectadas, así como lo señala Lomnitz (1997:12), “es intercambio recíproco de favores”. El intercambio no se presenta en todos los tipos de ayuda, sino principalmente en el cuidado de enfermos, niños, donación de alimentos y oraciones. En el caso del préstamo de efectivo sucede diferente cuando es entre familia pues en algunos casos el intercambio no fue recíproco, ni bidireccional y simplemente no se paga la deuda, tal y como relata Elena:

Pues ya ve que cuando les pide prestado a la familia, ni le cobran a uno, ni tampoco se acuerda uno de pagar, sino que se olvida la cuenta (Risas), eso ya se sabe, siempre ha sido así, son como pactos entre familia ¿No? (Elena 28, FD-SSD).

Una de las razones por las que no se paga la deuda, es porque a la persona que se le pide el préstamo tiene mayor nivel económico que el deudor, y se piensa que al tener solvencia no se

necesita el dinero, por ende, perdona y olvida la cuenta, convirtiéndose de esa manera en el „salvador“ económico de la familia. Esto coincide con lo que Julio señala:

Sí, se quedaba a cuidarme la “carnala” mía [...]. Otra hermana mía que está en Nogales, y tiene la manera, pues me ayudó con dinero, le pedí dinero prestado, ahí me hicieron el paro y le iba a pagar pero ya no tuve, ella sabe que nunca tengo, no sé lo puedo pagar, ella ni lo necesita, es como quitarle un pelo a un gato, además es que así son los prestamos entre familia, así que no se pagan (Julio 56, FDH-SSD).

En el caso de Julio se puede apreciar el sesgo de respeto al dirigirse a su hermana como tal, por el poder que ejerce tener mayor solvencia económica que el afectado, mientras que a la hermana que lo cuidaba en el hospital la refiere como “carnala”, lo que en este caso quizá indique una relación entre iguales con mayor confianza.

6.3. Instituciones

Al igual que las redes informales, las redes formales actúan como estructuras sociales que refuerzan la seguridad moral y económica del enfermo y su familia. Estas redes se presentan a través de instituciones como centros de salud, programas e instituciones gubernamentales, instituciones que poseen un reglamento establecido escrito que debe ser acatado para poder pertenecer a éstas.

Cuando se posee poco capital financiero, el enfermo de dengue y su familia viven una situación de crisis. Por esto, es evidente la importancia de la participación de instituciones como principales proveedoras. En los casos estudiados, algunas instituciones o programas que dieron atención al dengue fueron de carácter público. Para los trabajadores del sector formal con contribución tripartita (Gobierno, empleador y trabajador); éstas son el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del

Estado (ISSSTE). Para la población abierta, con contribución tripartita (Gobierno Federal, Gobierno Estatal e individuos) fueron el Hospital General del Estado Dr. Ernesto Ramos Bours, Hospital Infantil del Estado de Sonora (HIES), Secretaría de Salud (SSA), Centro de Avanzado de Atención Primaria a la Salud (CAAPS), y el programa Seguro Popular.

En el caso de los enfermos que están protegidos con seguridad social, algunas veces sus necesidades de salud no son satisfechas, ya que los jefes de hogar económicamente activos suelen trabajar en los mismos horarios de atención que las clínicas y cuando ellos descansan son los días inhábiles de estas instituciones. De este modo aparte de pagar la cuota mensual para que el jefe de hogar económicamente activo y su familia estén asegurados, se tienen que pagar por los servicios médicos a otras instituciones. Julio comenta esta situación:

Me atendí en el Hospital del Estado, tenía el Seguro Social en ese tiempo, nada más que fui al Hospital porque era sábado [...]. No muy seguro pero se me hace que fueron como 400 pesos, con todo y todo lo que pagué (Julio 56, FDH-SSD).

Un programa que la mayoría de los sujetos de estudio refieren utilizar o haber utilizado es el Seguro Popular, el cual forma parte del sistema de protección social en salud para la población abierta, y busca otorgar cobertura de servicios de salud a través de un aseguramiento público y voluntario para aquellas personas de bajos recursos que no cuentan con empleo o que trabajan por cuenta propia y que no son derechohabientes de ninguna institución de seguridad social. Sin embargo, en el reglamento está establecido que, gozar de estos beneficios tiene un costo, una cuota anual dependiendo de la condición socioeconómica de la familia, es decir, dependiendo del decil de ingreso. Si se vence la póliza, como se le venció a Clara, sin excepción se paga por los servicios médicos y farmacéuticos:

Pues la verdad no sé, porque la vez que yo fui al Hospital pues me cobraron, porque llevaba la póliza vencida, entonces ahí sí que no supe, si el dengue lo cubre o no. [...] Todavía lo

debo (Risas), me cobraron \$200 pesos, y yo a la muchacha le dije, ¡Ay por qué! Porque “trae la póliza vencida” me dijo, firmé un papel de que iba a regresar a pagar. [...] Yo creo que me cobraron por los análisis más que nada o el tiempo en que me estuve ahí, hasta ahorita no me he fijado en la cartilla que nos dan si el Seguro Popular cubre eso o no (Clara 41, FD).

Según el Seguro Popular, los integrantes de las familias afiliadas tienen acceso a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios siempre y cuando estén dentro del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES); sin embargo, de acuerdo a los entrevistados, en realidad no se cuentan con esos recursos. En las instituciones no tienen las medicinas más necesarias para sus beneficiarios. Michelle vivió esta situación:

En el DIF (Hace referencia al HIES), pues tiene Seguro Popular, la vez que la tuve internada pues sí me lo cubrió, pues los medicamentos los da el Seguro Popular, pero no todo el tiempo tienen el medicamento, nunca lo tienen, y yo nunca tengo dinero (Michelle 23, FDH-SSD).

El Seguro Popular establece que brinda la protección de saber que, si se llegan a enfermar algunos de los miembros de la familia, no tendrán que preocuparse de cómo pagar la atención y los medicamentos; sin embargo, a pesar de que los beneficiarios aportan su cuota anual, según los testimonios siguen pagando por los servicios, aunque las enfermedades de fiebre por dengue y fiebre por dengue hemorrágico estén dentro del CAUSES desde el 2010, mismo año en el que enfermó el hijo de Elena:

No, porque cuando se enfermó el niño yo tenía Seguro Popular y me cobraban todo, todo me apuntaban en un papel, que porque no lo hacían válido me dijeron, que no cubría la enfermedad del dengue, que era más de operaciones y todo eso, me cobraban los días que estuve en la cama, hasta las jeringas que usaba cuando le sacaban sangre al niño, todas las jeringas me contaron, si le sacaban tres veces en el día, tres jeringas me cobraban, pues la verdad el Seguro Popular muy mal, cuando uno en realidad lo necesita no cubre nada, me cobraron como 3,400 con todo y medicina (Elena 28, FD-SSD).

Las limitaciones señaladas en estas entrevistas dejan ver que prevalece el cobro del servicio y del tratamiento, lo cual produce una falta de credibilidad en el sector salud mexicano. Con relación a esto, María señala en su entrevista que la atención tampoco es buena ni suficiente; tal vez como consecuencia de que no se dan abasto con los pacientes:

Pos que estén más al pendiente de los que les pica el dengue, no que ahí los dejan salir todos atarantados, por no querer batallarlos o desocupar camas, a mis nietos no los atendieron muy bien en el Hospital General, y ni en Salubridad (Hace referencia a la Secretaría de Salud) tampoco (María 65, FD).

Estos son sólo algunos testimonios de los sujetos de estudio y beneficiarios de este programa, los cuales se vieron en la necesidad de ejercer su derecho a la salud y solamente recibieron pretextos y trabas por parte del Seguro Popular, pero podría ser el caso de millones de familias afiliadas a este programa; desgraciadamente pareciera que ésta es la realidad cotidiana.

Por otra parte, los sujetos de estudio identifican al Gobierno como el responsable de hacer caso omiso a sus necesidades de salud, mismo por el que se sienten defraudados, ya que en algún momento la comunidad les dio su confianza y les brindo el apoyo, como en el caso de Azul:

El Gobierno, pos los gobernantes, los que nos gobiernan ¿No? Me imagino que tienen que velar por nosotros, venir a fumigar para que no “haiga” zancudos, así como nosotros les dimos el voto, es una cosa recíproca, ellos también nos tienen que responder, yo me imagino que es problema de ellos, porque ellos son los que le dan órdenes [...] es lo que pienso yo, ¿No? (Azul 53, FD).

Algo significativo de este comentario es que no culpabilicen al Gobierno de que haya enfermos, sino de que no prevenga a través de acciones específicas que combatan el problema de raíz. La comunidad también juega un papel muy importante en la prevención, y los jefes de hogar lo saben; como Luna, ella es consciente de que tiene una corresponsabilidad con el Gobierno en la limpieza de los patios:

En parte el Gobierno y en parte nosotros, nosotros también tenemos que ver eso, de mantener los patios limpios, de hacer todo lo posible para que no “haiga” moscos (Luna 27, FD).

Candy por ejemplo, narra que la corresponsabilidad es por parte de la comunidad prestando atención a lo que nos ofrecen y de la Secretaría de Salud manteniéndonos informados en cuanto a prevención y control:

Yo pienso que dos partes, en este caso pues nosotros, pero también apoyados por la Secretaría de Salud, que estuviéramos informados, estar informados de ¿Cómo prevenirlo?, ¿Qué hacer en nuestras casas?, ¿Verdad? Para evitarlo (Candy 47, FD).

No obstante este comentario sobre la corresponsabilidad compartida, en los testimonios nunca se encontró que esta responsabilidad fuera única y exclusivamente de la población, pues siempre se señalaba a las instituciones como principales responsables de prevenir y atender la enfermedad; llámese Gobierno, Secretaría de Salud o una combinación de los anteriores. Así lo señaló Clara:

Pues los responsables son los del Gobierno, la Secretaría de Salud, y una parte nosotros, un poquito nosotros también, pero nadie hace nada, porque ellos no nos dicen qué hacer (Clara 47, FD).

Sin embargo, saben que son responsables de algo, pero no tienen claro qué es, es por eso que no asumen el rol de prevención y control en sus hogares, pues argumentan que no saben cómo, porque la Secretaría no les ha dicho, no les ha enseñado. Por los testimonios se puede inferir que la comunidad está lista para que la Secretaría de Salud los involucre en acciones efectivas de prevención y de control para erradicar al mosco y por ende combatir la enfermedad.

Al no estar tan inmersos en el tema, por no ser involucrados como parte de la solución, los jefes de hogar no tienen una clara idea de cómo combatir este fenómeno, pues antes de la

enfermedad no sabían sobre ésta. Entonces una carencia que posee la gran mayoría de estos sujetos, son necesidades de información, ya que nadie ha venido a brindarles la información más básica siquiera sobre esta enfermedad. Los jefes de hogar necesitan conocer más sobre prevención para poder reproducir esos conocimientos.

Lo ideal es que el Gobierno y la comunidad trabajen en conjunto como una sola red de apoyo; es decir que, en la medida de la posible, la red formal que representa el Gobierno, se combinara e involucrara con la red informal de las colonias para incrementar la participación en las acciones de prevención y atención de la enfermedad. En lo referente al dengue, en la colonia Insurgentes y el Molino de Camou, pasa lo mismo, no existe un trabajo conjunto entre los encargados de salud y la comunidad, no existen prácticas comunes que ayuden a prevenir y erradicar la enfermedad.

Como se ha analizado en este capítulo, las redes sociales de apoyo (informales) actúan como estructuras sociales que refuerzan la seguridad moral y económica del enfermo y su familia. Estas estructuras muestran a los sujetos más cercanos con los que se puede contar en los momentos difíciles, a los que se les puede pedir un favor, compartir experiencias y sentimientos. Las redes de apoyo informales de las familias estudiadas están conformadas principalmente por la familia; incluyen al cónyuge, hijos, padres, suegros, hermanos y tíos, que brindan ayuda en los quehaceres, cuidado al enfermo, a los niños, donación de alimento, préstamo de efectivo y apoyo espiritual; y en una menor parte involucra, a los amigos, vecinos y patrones, que proporcionan transporte, donación de alimento y también préstamo de efectivo como lo podemos ver en la Figura 20.

Reiteradamente se ha dicho que los Gobiernos y las sociedades preocupados por la salud de la comunidad, deben buscar juntos los medios propicios que sean equiparables a estar bien y sentirse sanos, a través de conductas, criterios y condiciones para cambiar estilos de vida y de esta manera contribuir al bienestar y la mejora de la calidad de vida.

Acceder a la salud es un derecho humano que viene estipulado en el Artículo 4° de La Constitución Política de nuestro País. Pero en este estudio podemos constatar que las Instituciones cubren sólo parcialmente este derecho, a través de un costo-beneficio por la salud. El hecho de ser beneficiario de un programa como el Seguro Popular no garantiza la gratuidad en la atención a la salud ni en los medicamentos, pues la mayoría de las familias inscritas en este programa han pagado entre un rango de 200 a 3400 pesos mexicanos, con excepción de una informante que no pagó por atención, sin embargo, pagó por medicamentos. Cabe señalar que tanto la atención de fiebre por dengue como fiebre por dengue hemorrágico, sus estudios y su tratamiento lo cubre de manera gratuita desde que se creó el CAUSES, pero ya sea por una u otra razón los beneficiarios siguen pagando por estos servicios.

Por otra parte los informantes que no están afiliados al programa Seguro Popular han pagado por los servicios de atención entre un rango de 100 a 400 pesos mexicanos. Y por último los sujetos que tienen Seguridad Social por medio del empleo (IMSS e ISSSTE) no pagaron por atención ni medicamento, más aún, pagan una cuota obrero-patronal en función del sueldo recibido de manera periódica para acceder a estos servicios médicos. Pero, tener estos servicios tampoco es una garantía de atención, pues algunos empleados formales trabajan en los mismos horarios que las Instituciones, por lo que atenderse en otra institución en sus tiempo libre también tiene un costo para ellos. Todo lo anterior se puede apreciar en la Figura 20.

Figura 20. Redes sociales de apoyo e Instituciones

Nombre del Jefe de hogar	Redes sociales de apoyo (Redes informales)		Instituciones (Redes formales)	
	Actores sociales	Tipo de ayuda	Institución que atendió el caso	Observaciones
Azul	-Hijos -Hermanos -Patrona	-Cuidado de enfermo -Apoyo espiritual -Préstamo de efectivo	Seguro Popular (Centro de Salud)	Tuvo un costo pero no recuerda.
Candy	-Madre	-Cuidado de enfermo y apoyo espiritual	IMSS	---
Clara	-Vecinos -Patrona y hermana	-Transporte -Ayuda alimentaria	Seguro Popular (Hospital General)	Pagó \$200 por póliza vencida
Elena	-Madre -Suegra	-Cuidado de niños -Préstamo en efectivo	Seguro Popular (Hospital del niño)	Pagó \$3400 porque no cubría la enfermedad
Julio	-Esposa y hermana -Hijo -Hermana	-Cuidado de enfermo -Ayuda alimentaria -Préstamo en efectivo	Hospital del Estado	Pagó \$400 porque no cuenta con Seguro Popular, ya que tiene IMSS
Luna	-Tíos -Madre y hermanos	-Transporte -Cuidado de enfermo	DIF (Hospital del niño)	Pagó \$350 porque no contaba con Seguro Popular
María	-Esposo	-Quehaceres	Centro de Salud	Pagó \$100 porque no contaban con Seguro Popular
Marisela	-Madre -Esposo y hermanas -Padre	-Cuidado de niños -Cuidado de enfermos -Préstamo de efectivo	Seguro Popular (Centro Avanzado de Atención Primaria a la Salud)	Tuvo un costo pero no recuerda.
Michelle	-Madre y hermanos -Padre	-Apoyo espiritual -Compra de medicamentos	Seguro Popular (Hospital del niño)	Cubrió atención pero no medicamentos.
Yuridia	-Esposo e hijos	-Quehaceres	ISSSTE	---

Fuente: Elaboración propia

Capítulo VII. Conclusiones

El objetivo de este trabajo, fue analizar las representaciones y prácticas desde la perspectiva de las jefas y los jefes de hogares afectados por el virus del dengue entre la década 2003-2012 en una zona urbana y una rural del Municipio de Hermosillo, Sonora; por lo que a lo largo del mismo, se ha tratado de responder ciertas interrogantes tanto teóricas como empíricas que fundamentan la presente investigación. Se ha descubierto que el dengue es un tema las nociones del sentido común; por consiguiente, en este estudio nos ha interesado matizar esas imágenes, significados y palabras que son culturalmente construidas y reproducidas como una respuesta de acuerdo al entorno espacial y temporal del sujeto durante la enfermedad. Con base en lo anterior, es posible señalar, en primera instancia, que el abordaje fue apropiado para los objetivos, así como lo es también la pregunta central de la tesis. Asimismo, se considera que es coherente el enfoque cualitativo que dominó el trabajo, en este caso acotado a entrevistas a jefes de hogar y observación en los hogares que constituyeron el foco del estudio.

Es fundamental para las ciencias sociales contar con un tema bien definido de investigación, y es evidente el gran avance que se ha obtenido con este trabajo, por lo que avoca pensar que fue un acierto tomar el marco de representaciones y prácticas para estudiar este tema en el trabajo de tesis, ya que esta perspectiva no ha sido aplicada de forma significativa en lo referente al estudio del dengue. De esta manera, se tiene la convicción de que el tema es actual, relevante, promisorio y muy poco explorado desde esta disciplina. Asimismo, se ha tratado de hacer un estudio crítico y constructivo desde las ciencias sociales en salud que aporte algo nuevo a lo que ya se sabe, y así, continuar incrementando el conocimiento hasta ahora obtenido.

Moscovici menciona que las representaciones sociales son “un sistema de valores, ideas y prácticas” (citado por Duveen 2012:12); más acotado al caso de las enfermedades, como señala Osorio (2001:15), las representaciones sociales son esas “nociones, conocimientos, creencias, actitudes, y valoraciones a través de los cuales se vivencia y aprende el padecimiento”. En esta investigación descubrimos que esas nociones, ideas o creencias configuran la realidad para los sujetos de estudio, llevan un significado que dista de estar cargado del discurso biomédico, pues para ellos el dengue no es una enfermedad, sino un mosquito que pica y pega la enfermedad, constructo sociocultural que podría estar relacionado con las políticas públicas del sector salud que lanzan campañas publicitarias donde presenta la imagen del mosquito junto a la palabra dengue. Para los jefes de hogar, este mosquito posee ciertas características (negro, rayado, peludo, grande, y con patas largas) que lo diferencian de los demás insectos y lo hacen único.

La representación etiológica de la enfermedad según los sujetos, está estrechamente relacionada con la suciedad o “cochinerito”, condición propicia, para la reproducción del mosquito; sin embargo, muchas veces sienten que esta condición es algo ajeno a su persona, fuera de su control, pues la solución no depende de ellos, sino de sus vecinos, culpándolos de esta manera del “cochinerito” en su vecindario.

En cuanto a la representación de la transmisión, se observó cómo a lo largo de la historia, las diversas creencias que explican las enfermedades no sólo han ido modificando paradigmas científicos y biomédicos, sino las representaciones y las prácticas sociales en la comunidad. En este estudio quedó de manifiesto que todavía en la comunidad permanecen las creencias de formas de transmisión de antaño, así como actuales, que explican la transmisión de las enfermedades. Algunas que estuvieron visibles en este estudio fueron el *castigo divino*, *la teoría del miasma*, *la teoría del germen (contagionismo)* y *la hipótesis de los vectores*. La presencia de

estas creencias ayudaba a los sujetos a comprender y a la vez a explicar cómo entienden la enfermedad y cómo actúan durante ésta.

Como resultado de toda esta construcción social de representaciones y prácticas sobre la transmisión, se ve que aún existe el dilema de si pica el mosquito o se pega de persona a persona, pues de los diez sujetos de estudio, sólo tres refirieron estar seguros de la transmisión a través del contacto directo con el mosquito; los otros siete mencionan que hubo un intermediario humano (directo o indirecto) que interviniera en el contagio. Aquí subrayaremos que para estos últimos la enfermedad proviene del “mosquito del dengue”, y la dinámica de transmisión de manera directa es la siguiente: primero el mosquito pica al sujeto y el sujeto va pasando la enfermedad a otros sujetos. Otra forma de contagio indirecta, a la que se aludió, es a través del virus en el aire, utensilios contaminados, desechos humanos, fluidos corporales o humor del enfermo. Que la población tenga la representación de que la enfermedad se pega de persona a persona causa rechazo social al enfermo, incluso por parte de su propia familia, parientes, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, entre otros.

Y como consecuencia de tener la representación de que se contagia de persona a persona, el dengue produce miedos a las personas. Pero también produce miedos al enfermo durante su trayectoria de atención, miedo al solo hecho de estar y saberse enfermo, a la sintomatología, a que deje secuelas físicas, a que sea hemorrágico, a morir desangrado, a morir porque es una enfermedad incurable, a dejar de laborar y, por ende, dejar desamparados a los suyos. Sin embargo, no sólo existen miedos durante la enfermedad, sino también después de haberla padecido, como miedo de volver a enfermarse, a que les pegue más fuerte, a que les pegue el hemorrágico, a morir, a las pérdidas económicas durante el proceso, a no tener los recursos necesarios para atenderse y medicarse.

Asimismo, cuando se ha enfermado de dengue, los sujetos se quedan con la representación de que su cuerpo ha quedado “marcado” y “tocado” por la enfermedad, y también este sentir es el responsable de guiar ciertas conductas y comportamientos de prevención ante la aparente vulnerabilidad que ellos sienten. Además, el sentir emocional les sirve para establecer su posición con respecto a lo que les rodea, y les impulsa a tener creencias sobre ciertas cosas, por ejemplo la percepción de la sangre que ha quedado “contaminada” o “envenenada” después de la enfermedad, los ha llevado a suponer que es más fácil atraer a los mosquitos que existen en su entorno. Por lo tanto en su estado anímico permanece una representación de quedar “marcado” o “tocado” por la enfermedad, pues para ellos su sangre es “contaminada” o “envenenada”.

El sentir emocional durante y después de la enfermedad, altera la representación de sí mismos respecto a los demás, y podría pensarse que proporciona una guía de actuación que orienta su práctica. Sin embargo, como se observó en el cuarto capítulo, esto no siempre fue así, pues se constató la existencia de pupas y larvas en viviendas donde había una representación de sentirse marcado. Una interpretación de esta aparente incongruencia es la existencia de otras creencias asociadas con la etiología y forma de transmisión de la enfermedad. Según lo expuesto, la creencia de que el mosco se reproduce en el “cochinerito” más que de los depósitos de agua y la representación de que la enfermedad puede ser transmitida de persona a persona pueden influir en este aparente descuido que permitió la existencia de larvas y pupas en los hogares.

Sobre las formas de atención de la enfermedad, en el quinto capítulo se examinó el cómo se detecta y diagnostica la enfermedad desde la perspectiva de los actores sociales. En nuestra investigación, los sujetos se percataron de la enfermedad a través de una serie de síntomas tales como dolor de cabeza, dolor de huesos, mareos, náuseas y debilidad; un síntoma no contemplado por la biomedicina, pero mencionado frecuentemente en los testimonios por los informantes es

que se sienten “desguanzados”. Cabe mencionar que desde la representación del enfermo, el dengue es un fenómeno que tiene que vivirse en carne propia para comprender el malestar físico por el que pasan los enfermos. De esta manera el sujeto ante tales síntomas tiene una primera reacción; desde sus experiencias anteriores realiza un autodiagnóstico, sin importar si es certero o no. Al no ver resuelto su problema o aparecer un síntoma desconocido se recurre a una segunda fuente, el diagnóstico médico, el cual se realiza a través de los análisis clínicos sanguíneos.

Después del diagnóstico médico, la mayoría de los sujetos de estudio pasaron por un período nosocomial de atención y cuidados intensivos, donde recibieron diferentes tipos de atención, estudios y tratamientos, en que algunos sujetos se llevaron gratas o desagradables experiencias cuando estuvieron hospitalizados. Cabe destacar que no todos los enfermos tuvieron el mismo tratamiento ni las mismas recomendaciones pues esto depende principalmente de la gravedad del cuadro clínico que se presente.

Asimismo, se descubrió que durante la enfermedad del dengue, las familias utilizan diversas formas de atención. En este estudio, además de la atención biomédica indicada en el párrafo anterior, se observaron las formas de autoatención y medicina tradicional-popular. En la primera forma de atención se pudieron identificar dos actividades: la automedicación (Tempra, Aspirina y Aspirina Efervescente, Ampicilina, Amoxicilina, y el autocuidado (reposo, tomar líquidos, habitación limpia, baño diario y buena alimentación).

Un tema que emergió como fundamental durante el trabajo de campo es referente a las prácticas de alimentación. Los actores sociales mencionaron que debe ser nutritiva, rica en vitaminas y minerales (hierro), baja en sal y grasas, como carnes (pescado y pollo), leguminosas (frijol y lentejas) frutas y verduras (betabel). Como ha sido establecido por Menéndez (2003),

estás prácticas tienen un carácter grupal y social, pues ni la buena alimentación ni el reposo, por mencionar sólo dos prácticas, se pudieron haber logrado sin un grupo o red que apoye al enfermo.

Otra forma de atención utilizada por los informantes clave es la medicina tradicional-popular a través de remedios caseros (tepehuaje, limonada con sal, VSO), y el papel curativo de figuras religiosas a través de mandas, velaciones, rosarios y promesas, entre las figuras religiosas más socorridas están Dios, la Virgen de Guadalupe y Santo Niño de Atocha.

Finalmente, como fue descrito en el tercer capítulo, en la colonia Insurgentes y el ejido Molino de Camou existe una situación socioeconómica precaria de la población, incluyendo todos los factores que determinan la incidencia y mortalidad, que van convirtiendo a la población incapaz de hacer frente a sus necesidades más básicas de salud. Ante este contexto, si en el trayecto sucede lo inesperado, si algún miembro de la familia llegará a enfermar de dengue, la rutina diaria se modifica, sufre cambios y en el transcurso existen pérdidas que van llevando a la población a carecer de las necesidades más básicas para poder subsistir. Aunado a esto, algunas de las familias han quedado excluidas de la seguridad social y de otros esquemas básicos de salud, además no se cuenta con los recursos económicos suficientes para acceder a los servicios médicos privados, por más económicos que estos sean, por lo que se echa mano de otras estrategias. Y en el trayecto se pierden planes, ahorros, bienes materiales, y hasta empleo; esto trae como consecuencia el atraso económico de la familia.

Es en este momento que entran en juego las estrategias de supervivencia como un “conjunto de acciones económicas, sociales, demográficas y culturales como consecuencia de no poseer los medios necesarios” (Ciancio 2008:40-41). De esta manera, la población se organiza para hacer frente a sus propias necesidades y echan mano de las redes de apoyo como estrategia

de supervivencia en la enfermedad, las redes de apoyo “son como un sistema económico informal, equiparable con la economía de un mercado, que tienen como característica el aprovechamiento de recursos sociales, y el intercambio recíproco entre iguales”.

Motivado por lo anterior, en el sexto capítulo de nuestro estudio, se visibilizaron tanto las redes de apoyo informales como las redes de apoyo formales. Las redes de apoyo informales que refuerzan la seguridad moral y económica del enfermo y su familia. Estas estructuras muestran a los sujetos más cercanos con los que se puede contar en los momentos difíciles, a los que se les puede pedir un favor, compartir experiencias y sentimientos. Las redes de apoyo informales de las familias estudiadas, están conformadas por la familia directa; incluyen al cónyuge, hijos, padres, suegros, hermanos y tíos, y en una menor parte, los amigos, vecinos y patrones. Entonces, cuando enferma algún miembro de la familia y no se cuentan con los suficientes medios de subsistencia, entran estas redes de apoyo informales, funcionando como un “intercambio recíproco de bienes y servicios” (Lomnitz 197:25). Este apoyo se realiza a través del cuidado de enfermos o hijos pequeños, el quehacer diario del hogar, transportación al hospital, préstamo de efectivo, donativo de alimento y apoyo espiritual a través de oraciones. En el caso del préstamo de efectivo sucede diferente cuando es entre familia, en la mayoría de ocasiones el intercambio no es recíproco, ni bidireccional, simplemente no se paga la deuda, ya que existe un pacto entre familia reconocido por ellos mismos, pues a la persona que se le pide el préstamo tiene mayor nivel económico que el deudor y se piensa que al tener solvencia no se necesita el dinero, y por tanto, se olvida la cuenta.

Las redes de apoyo formales se presentan a través de instituciones como centros de salud, programas o instituciones gubernamentales. En este caso también se encontró que las redes de apoyo formales (autoridades competentes de salud) no atienden, ni resuelven los problemas de la

comunidad de manera eficaz y efectiva, pues esto se refleja en horarios inaccesibles, pago a otras instituciones; de igual forma, los programas no cubren la enfermedad ni el medicamento, deficiente atención, falta de programas de prevención y control. De esta manera se muestran deficiencias como que la seguridad social no satisface de manera integral las necesidades, ya que los jefes de hogar económicamente activos suelen trabajar en los mismos horarios de atención que las clínicas, de este modo tienen que pagar a otras instituciones. En cuanto a los programas para la población abierta se sigue pagando por la atención y los medicamentos; aunque las enfermedades de FD y FDH estén dentro del CAUSES desde el 2010. La atención a la enfermedad tampoco es buena, ni suficiente, según testimonios podría ser consecuencia de que no se dan abasto con los pacientes. Gobierno, a través de la Secretaría de Salud, es el responsable de prevenir, atender y controlar el fenómeno, la comunidad también es responsable pero en menor grado, sin embargo los jefes de hogar argumentan que la comunidad no tiene claro el rol de prevención y control en sus hogares, porque la Secretaría no les ha enseñado como hacerlo.

Por lo tanto para concluir esta investigación, a lo largo de todo el texto y a través del lente de la teoría social y antropológica, se ha visto que existen diversos factores que interactúan sobre la enfermedad en la comunidad, entre estos se enlistan: factores ambientales (altas temperaturas, lluvias, humedad, encharcamientos de agua que favorecen la infestación de mosquitos); factores genéticos (cepa del virus y propensión de la persona); factores socio-comunitarios (pobreza, densidad de población por tener mayor posibilidades de transmisión) y factores institucionales en la atención de la salud (falta de educación en la salud y falta de atención médica, sistemas con políticas focalizadas, polarizadas, fragmentadas y extremadamente restringidas), y finalmente factores institucionales para la prevención (sistema de vigilancia epidemiológica, monitoreo de casos, acciones que toma el Estado para prevenir alertas tempranas y brotes, pavimentación,

reparación de fugas). Esto deja ver la necesidad de que la Secretaría de Salud planifique e implemente políticas públicas que coadyuven a reducir los riesgos y disparidades ante el dengue, a través de ciertas estrategias que integren la participación comunitaria.



EL COLEGIO
DE SONORA
B I B L I O T E C A
GERARDO CORNEJO MURRIETA



EL COLEGIO
DE SONORA
BIBLIOTECA
GERARDO CORNEJO MURRIETA

Bibliografía

- Abric, Jean Claude. 2001. *Prácticas sociales y representaciones*. México: Ediciones Coyoacán.
- Acevedo, Gabriel Esteban, Gustavo Adolfo Martínez, y Juan Carlos Estario. 2007. *Manual de salud pública 7*. Córdoba: Centro de Investigación y Formación en Salud Ambiental/Escuela de Salud Pública/Facultad de Ciencias Médicas/ Universidad Nacional de Córdoba.
- Aranda, Patricia. 2010. *Los motivos de la desidia. Estudio sociocultural de los saberes legos sobre el pánico y el cáncer cervicouterino*. México: El Colegio de Sonora.
- Arnos, Ainara. 2005. *Cárcel y trayectorias psicosociales. Actores y representaciones sociales*. España: Alberdania, S.L. Editorial.
- Barragán, Anabella. 2005. La interacción de los distintos modelos médicos en la atención del dolor crónico en un grupo de pacientes con neuralgia posherpética. *Cuicuilco* 12 (33): 61-78.
- Bustamante, Miguel. 1982. *Las epidemias en el siglo XIX*. Compilado por Enrique Florescano y Elsa Malvido. Instituto Mexicano del Seguro Social: México.
- Calvario, José Eduardo. 2007. Masculinidad, riesgos y padecimientos laborales. Jornaleros agrícolas del poblado Miguel Alemán, Sonora. *Región y sociedad* XIX (40): 39-72.
- Castillejos, Margarita. 2008. La medición de la salud: Una mirada a propuestas de la década de 1970 para reabrir la discusión en el campo médico. En *Aspectos de las políticas y prácticas públicas de salud en México. Seguridad social, servicios, promoción de la salud*, compilado por María del Consuelo Chápela, y Rosario Cárdenas, 117-136. México: Universidad Autónoma Metropolitana.

- Castro Vásquez, María del Carmen y María del Carmen Arellano Gálvez. 2010. Acceso a la información de mujeres con VPH, displasia y cáncer cervical in situ. *Salud Pública de México* 52(3): 207-212.
- Castro, Roberto. 2000. *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM: México.
- Catálogo Universal de Servicios de Salud. 2012. *Diagnóstico y tratamiento de dengue clásico*. México: Seguro Popular/ Comisión Nacional de Protección Social en Salud/ Gobierno Federal.
- Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. 2012. Clasificación del dengue. Disponible en línea: <http://www.cenavece.salud.gob.mx/programas/programas.html> (consultado por última vez el 01 de noviembre de 2013).
- CENA VECE. 2009a. Situación de dengue en México. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. Disponible en línea: <http://www.cenavece.salud.gob.mx/programas/interior/vectores/dengue/situacionmexico.html> (consultado por última vez el 22 de diciembre de 2012).
- _____. 2009b. Programa de prevención y control de dengue. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. Disponible en línea: http://www.saludbc.gob.mx/descargas/pandemia/Control_Larbarrio_Costa.pdf (consultado por última vez el 22 de diciembre de 2012).
- Ciancio, Ana María. 2008. Pobreza y desigualdad. Familia, mujer y vulnerabilidad. Ponencia presentada en el 4º Congreso Nacional de Políticas Sociales. Pobreza crítica y desigualdad persistente. El desafío de las políticas de inclusión social. Buenos Aires.
- Ciencia de Cuba. 2011. Aedes Aegypti travieso pero controlable. Disponible en línea: <http://cienciadecuba.wordpress.com/2011/11/07/aedes-aegypti-travieso-pero-controlable-video/> (consultado por última vez el 01 de mayo de 2013).

- Del Rey Calero, Juan. 1989. *Método epidemiológico y salud de la comunidad*. Interamericana. McGraw Hill: Madrid.
- Demorizi, Julio. 1998. Dengue, dengue hemorrágico y síndrome de choque por dengue. *Revista Médica Dominicana* 59 (3): 226-230.
- Díaz-Caravantes, Rolando. 2012. Balancing urban and peri-urban exchange: water geography of rural livelihoods in Mexico. *The Geographical Journal* 178 (1): 42-53.
- _____. 2001. Cambios socioeconómicos en el ejido Molino de Camou a partir de la construcción de la presa El Molinito. Tesis de Maestría en Ciencias Sociales, El Colegio de Sonora.
- Díaz-Caravantes, Rolando y Erick Sánchez Flores. 2011. Water transfer effects on peri-urban land use/land cover: A case study in a semi-arid region of Mexico. *Applied Geography* 31: 413-425.
- Díaz-Castrillón, Francisco Javier. 2003. Fiebre amarilla, dengue y encefalitis por arbovirus. En *Enfermedades infecciosas*, compilado por Hernán Vélez, William Rojas, Jaime Borrero, y Jorge Restrepo, 787-788. Colombia: Editorial CIB.
- Duveen, Gerard. 2001. Introduction: The Power of Ideas. En *Social Representations. Explorations in Social Psychology*, compilado por Sege Moscovici. New York: New York University Press.
- Félix, Hiram. 2010. *Cuando la muerte tuvo alas. La epidemia de la fiebre amarilla en Hermosillo (1883-1885)*. México: El Colegio de Sonora.
- Fontenla, Mariana y Deborá Tajer. 2008. El derecho a la salud de las mujeres y su garantía constitucional en Argentina. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de psicología Universidad de Buenos Aires* XV (I): 205-213.
- Fuentes, Omar. 2013. Bioecología de los vectores del dengue. Conferencia presentada en el XIII Curso Internacional de Dengue, La Habana.

- García, Hilda, y Romeo Madrigal. 1999. Redes sociales y vejez: Apoyos formales e informales en el área metropolitana de Monterrey. *Papeles de Población* 019: 217-242.
- Gluber, Duane. 2006. Dengue/dengue haemorrhagic fever: history and current status. En *New treatment strategies for dengue and other flaviviral diseases*. Compilado por Gregory Bock y Jamie Goode. The United Kingdom: Novaritis Foundation symposia.
- Gobierno Federal y Comisión Nacional de Protección Social en Salud. 2010. Seguro Popular. Disponible en línea: <http://www.seguro-popular.gob.mx/> (Consultado por última vez el 24 de febrero de 2012).
- _____. 2009. Programa Oportunidades. Disponible en línea: http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=13&Itemid=37 (Consultado por última vez el 10 de noviembre de 2012).
- Goffman, Erving. 1988. La carrera moral del paciente mental. En *Internados*, compilado por Erving Goffman. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hernández, Isabel. Ma. Luz Arenas y Rosario Valdez. (2001). El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. *Salud pública* 35 (5): 443-50.
- INEGI. 2010. Censo General de población y vivienda 2010. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Disponible en línea: www.inegi.org.mx (Consultado por última vez el 22 de diciembre de 2013).
- Jodelet, Denise. 1986. La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En *Psicología Social II*, compilado por Serge Moscovici. Barcelona: Paidós.
- Kourí, Gustavo, José Pelegrino, Blanca Munster, y María Guzmán. 2007. Sociedad, economía, inequidades y dengue. *Revista Cubana de Medicina Tropical* 59 (3): 177-185.
- Leavell, Hugh Rodman, y Edwin Gurney Clark. 1958. *Preventive medicine for the doctors in his community. An epidemiologic approach*. McGraw Hill: New York.

- Lambrechts, Louis 2013. Dengue virus-vector interactions. Conferencia presentada en el XIII Curso Internacional de Dengue, La Habana.
- Lázaro, Esther; y Cristina Escarmis. 2002. *Virus Emergentes. La amenaza oculta*. Madrid: Equipo Sirius, S. A.
- Lomnitz, Larissa. 1997. *Cómo sobreviven los marginados*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Martínez-Torres, Eric. 1995. Dengue y dengue hemorrágico. Aspectos clínicos. *Salud Pública de México* 37(1): 29-44.
- _____ 2008. Dengue. *Estudios Avanzados* 64 (22): 33-52.
- _____ 2013. Dengue es una enfermedad sistémica y dinámica. Conferencia presentada en el XIII Curso Internacional de Dengue, La Habana.
- Menéndez, Eduardo L. 2003. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Colectiva* 8 (1): 185-207.
- Menéndez, Eduardo y Renné Di Pardo. 1996. *Algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*. México: Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social/ Colección Miguel Othón de Mendizábal.
- Ministerio de Salud Argentina. 2013. *Enfermedades infecciosas dengue. Guía para el equipo de salud*. Dirección de epidemiología: Argentina.
- Nelson, Kenrad, Carolyn Masters Williams, y Neil Graham. 2001. *Infectious disease epidemiology. Theory and practice*. Aspen Publishers: USA.
- Organización Mundial de la Salud. 2009. *Dengue. Guías para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control*. Geneva: UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS
- _____ 2012. Dengue y dengue hemorrágico. Disponible en línea: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/es/> (Última consulta el 22 de diciembre de 2012).

- Organización Panamericana de Salud. 2003. *Zoonosis y enfermedades transmisibles comunes al hombre y a los animales. Clamidiosis, rickettsiosis y virosis*. Washington: Organización Panamericana de Salud.
- Osorio, Rosa María. 2001. *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México: Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social/ Instituto Nacional de Antropología e Historia/ Instituto Nacional Indigenista.
- Ramírez, José Carlos, Oscar Conde y Ricardo León. (1997). La Nueva Economía Urbana. En *Historia General de Sonora. Historia Contemporánea 1929-1984*. Compilado por Ernesto Camou Healy, Rocío Guadarrama y José Carlos Ramírez, 187. México: Gobierno del Estado de Sonora.
- Real Academia Española. 2001. *Diccionario de la lengua española. Vigésima segunda edición*. Madrid, España.
- Rodríguez, Margarita. 2005. Sexualidad, infecciones de transmisión sexual y representaciones sociales. En *Sociedad y procesos políticos e históricos*, compilado por Freddy Domínguez y Juan Carlos Guzmán. México: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
- Romero, Raúl. 2007. *Microbiología y parasitología humana. Bases etiológicas de las enfermedades infecciosas y parasitarias*. México: Editorial Médica Panamericana.
- SSA. 2008-2012. Panorama epidemiológico de fiebre y fiebre hemorrágica por dengue en entidades federativas. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, Dirección General de Programas Preventivos, Dirección General de Epidemiología, Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos. 2008-2012. Disponible en línea: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/panodengue/intd_dengue.html (última consulta el 1 de mayo de 2013).

Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de Dengue.2012. Perfil epidemiológico del dengue en México. Disponible en línea: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/publicaciones2012.html> (última consulta el 1 de mayo de 2013).

Smith, Mark. 2007. *Sólo tenemos un planeta. Pobreza, justicia y cambio climático*. Perú: Intermediate Technology Publications Ltd.

Urquía, Marcelo. 2006. *Teorías dominantes y alternativas en epidemiología*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús.



EL COLEGIO
DE SONORA
BIBLIOTECA
GERARDO CORNEJO MURRIETA



EL COLEGIO
DE SONORA
BIBLIOTECA
GERARDO CORNEJO MURRIETA

Anexos

Anexo 1. Sugerencias para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad

Reiteradamente se ha dicho que los Gobiernos y las sociedades preocupados por la salud de la comunidad deben buscar juntos los medios propicios que sean equiparables a estar bien y sentirse sanos, a través de conductas, criterios y condiciones para cambiar estilos de vida y factores de riesgo, y de esta manera contribuir al bienestar y la mejora de la calidad de vida. En lo referente al dengue, en el área del contexto de estudio, no pasa lo mismo, no existe un trabajo paralelo entre los encargados de salud y la comunidad, no existen prácticas en conjunto que ayuden a prevenir y erradicar a la enfermedad.

De esta manera, los jefes de hogar han hecho un llamado a las autoridades, al Gobierno a través de la Secretaría de Salud o a cualquier instancia competente, a que atiendan estas necesidades, que no han podido ser resueltas por los encargados de gestionar los servicios de salud, a través de acciones efectivas, para quedar más protegidos ante este fenómeno, y de esta manera satisfacer sus necesidades más básicas de salud, como es no enfermar de dengue.

Los sujetos de estudio, al no estar inmersos en el tema, y desconocer los avances que existen hasta el momento, no tienen una clara idea de cómo combatir este fenómeno, pues antes de enfermar, la mayoría nunca había escuchado sobre este tema. Entonces una carencia que posee la gran mayoría de estos sujetos, son necesidades de información, ya que nadie ha venido a brindarles la información más básica siquiera sobre esta enfermedad. Los jefes de hogar necesitan conocer más sobre prevención para poder reproducir esos conocimientos.

Lo ideal sería que el Gobierno y la comunidad trabajaran en conjunto, primero que la población tuviera el interés intrínseco y disponibilidad de acceder a la información, y segundo

que Secretaría de Salud brinde toda la información relacionada con el fin de evitar focos de infección y la propagación de la enfermedad y por ende prevenir la enfermedad. Que ambos trabajaran como una red de apoyo, es decir, que en la medida posible, la red formal, que representa el Gobierno, se combinara e involucrara con la red informal de las colonias, para incrementar la participación en acciones conjuntas.

Es necesario apostar a la promoción de la salud, pues es más costoso atender una enfermedad que promover la salud, más si el caso se agrava y necesita hospitalización. Por mencionar un dato, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2009:13), el costo total promedio de un caso ambulatorio fue de US\$ 514, en tanto que el costo promedio de un caso hospitalizado no fatal fue de US\$ 1,491. En promedio, un caso hospitalizado cuesta casi tres veces más que un caso ambulatorio. Por lo anterior y observando las necesidades de salud de los casos estudiados, en este apartado y desde una propia perspectiva se realizan cuatro propuestas de promoción de la salud para los encargados de las políticas públicas en México. Es importante mencionar que algunas de éstas son implementadas en otros países, pero que podrían servir para nuestro contexto nacional y local.

Cuando se fue a campo a realizar las observaciones domiciliarias para encontrar larvas y pupas, los sujetos más interesados en conocer sobre este tema, sin duda, eran los niños, como se puede apreciar en la *Imagen 1* Ellos pedían permiso para hacer la búsqueda de posibles focos de infección con nosotros y hacían diversas preguntas durante la exploración, por ejemplo, dónde se criaba, cómo se reproducía, cómo se identificaban las larvas, cómo se alimentaban, en cuánto tiempo se convertían en moscos, entre otras. También eran buenos buscadores de larvas, pues una vez que se les enseñaba, estos las encontraban fácilmente.



Imagen 1. Técnica entomológica “búsqueda de focos de infección (larvas y pupas)” aplicada por los niños en la comunidad

Es por eso que la primera recomendación que se hace a los encargados de las políticas públicas en salud de México es *fomentar el aprendizaje en los niños sobre el tema del dengue desde la educación básica*. De esta manera, los niños podrían ser grandes agentes que transmitieran los conocimientos en sus hogares y los reprodujeran eliminando focos de infección, y por ende evitando el dengue.

Los tópicos que el niño aprendería serían referente a el mosquito Aedes (características de Aedes Aegypti y Aedes Albopictus, el ciclo gonadotrófico del mosquito); el dengue como enfermedad (causas, síntomas, signos de alarma) y la comunidad como responsable (el hombre como hospedero, ambientes propicios, identificación de criaderos). Los temas serían manejados en libros de texto manejando vocabulario, contenido e imágenes de acuerdo a su edad, en el campo formativo “Exploración y comprensión del mundo natural y social” en la materia de “Ciencias naturales” que está en el bloque de 3° a 6° de primaria.

Además se podría reforzar esos conocimientos adquiridos con folletos y video animados sobre el dengue (como en el caso de Brasil) con la intención de que sea visiblemente atractiva la

información que se le está ofreciendo al niño, ver *Imagen 2*, y videojuegos en internet, ver *Imagen 3*, como lo está haciendo el Gobierno de Costa Rica, la OMS, y la OPS con el juego interactivo “Pueblo Pitanga: Enemigos silenciosos”. Todas las herramientas anteriores (libros de texto, folletos, videos animados y videojuegos) tendrán el objetivo de generar conocimiento y crear conciencia sobre el dengue en las nuevas generaciones, y buscarán reforzar la prevención mediante prácticas individuales y colectivas que se deberán llevar a cabo, además dichas herramientas deberán de ser gratuitas y de fácil acceso para los niños.



Imagen 2 Folleto animado del dengue en Brasil

GERARDO CORNEJO MURRIETA



Imagen 3 Videojuego “Pueblo Pitanga” de Costa Rica

En la experiencia obtenida en campo se pudo corroborar que los jefes de familia carecen de conocimientos necesarios para prevenir y controlar el dengue en sus hogares. Ellos argumentan que las autoridades responsables (Gobierno y SSA) no les han dicho, ni les han enseñado cómo hacerlo. Algunas de sus acciones de prevención no muy acertadas son matar mosquitos, dejar las puertas abiertas y/o prender abanicos para que se ventile la casa y no entre ninguna enfermedad. Ellos mostraron estar interesados y en la mejor disposición por adquirir nuevos aprendizajes que puedan reproducir en sus hogares y comunidades. Basados en nuestro estudio, sabemos que no existe un trabajo conjunto en la prevención de dengue, donde se involucren las redes informales y las formales.

En busca de favorecer la promoción de la salud en la población adulta se propone se agregue un *curso sobre el dengue* en los Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud del programa Oportunidades, a través del Seguro Popular. Este taller se puede complementar con visitas domiciliarias educativas dirigidas a jefes de hogar mediante la explicación de trípticos o volantes con la información más relevante sobre prevención en el hogar para propiciar una cultura de prevención que promueva en la comunidad estilos de vida saludables.

Además se proponen *acciones específicas para eliminar al vector* en los domicilios de las zonas de mayor riesgo como el lavado de contenedores de agua, búsqueda de probables criaderos, tapar los contenedores de agua, mantener cerradas puertas y ventanas, y descacharrización de manera periódica en sus patios. Por parte del Gobierno se esperaría el que muestren a los residentes de estas zonas como identificar posibles focos de infección en una sola sesión en su domicilio, descacharrizar el domicilio una vez por mes en cada colonia, surtir a la población de tapa-tanques confeccionados para contenedores de agua de almacenamiento de agua, y de cortinas para puertas y ventanas impregnada con deltamethrina que tengan efecto de larga duración, con protección para la luz UV, y que sean lavables, como se implementó en Cuba con resultados favorables (ver *Imagen 4*).



Imagen 4 Cortinas con deltamethrina y tapa-tanques.

Considero esta una estrategia específica importante, dirigida para eliminar al vector y por ende la enfermedad, quizá suena complicadísimo en términos logísticos, por la amplitud de los sectores, pero será algo que habrá que afinar las acciones, probablemente reduciéndolas a



colonias con mayor incidencia con el objetivo de bajar los índices. La intervención tampoco será costosa, el presupuesto sería mínimo, pues sólo se invertiría en capacitación y sueldo del personal que va a campo a realizar las pesquisas, se gastaría en papelería: formatos entomológicos (en caso de encontrar huevecillos, larvas o pupas), y un lugar donde sean entrenados y donde se archive toda la información de los casos (oficina).

Cabe mencionar que antes de implementar la estrategia se alertará a través de los medios masivos de comunicación para que la comunidad este pendiente de dicha campaña. Lo que se pretende con esta técnica es que el sujeto conozca que el vector le puede transmitir enfermedades, que sepa cómo evitarlo, y que a través de la conciencia incorpore nuevos estilos de vida y que a través del conocimiento sea un ciudadano responsable. Al final de cada mes se medirá el impacto de la vigilancia entomológica con la finalidad de ver si esta estrategia está siendo eficaz y efectiva, también se evaluará la aceptabilidad, factibilidad y relevancia de esta.


Por lo tanto en el caso de prevención del dengue, la Secretaría de salud debe trabajar en conjunto con la comunidad, y tomar medidas para erradicar al vector, ya que lo imprescindible es evitar que ocurran infecciones y reinfecciones ¿Para qué esperar a 2017 a que Sanofi Pasteur⁴¹ u otro laboratorio invente la vacuna? Si podemos tener el control a través de estas técnicas, como lo ha hecho Cuba desde décadas atrás.

⁴¹Laboratorio francés investigador, productor y distribuidor de vacunas en el mundo.

Anexo 2. Formato notas de campo

NOTAS DE CAMPO		 EL COLEGIO <small>DE SONORA</small>
Número de nota de campo:		Lugar de la observación:
Día:	Hora:	
Objetivo:		
Director de tesis: Dr. Rolando Enrique Díaz Caravantes		Observación: Eloísa Aurora Pinto Salinas
Horario	Observaciones	
	 EL COLEGIO DE SONORA BIBLIOTECA GERARDO CORNEJO MURRIETA	

Anexo 3. Mini-censo

MINICENSO											 EL COLEGIO DE SONORA	
Objetivo: Realizar un primer contacto con los informantes claves de esta investigación.												
Instrucciones: Llenar la casilla con la información según corresponda.												
Dirección												
¿Alguna persona en la vivienda ha padecido dengue										Sí		No
¿Quién lo padeció?		Jefe o jefa de familia			Hijos		Otros (Parentesco):					
¿Cuál fue el diagnóstico?				Fiebre por dengue				Fiebre por dengue hemorrágico				
¿En qué año?		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Otro
¿El jefe o jefa de familia desea participar en una entrevista?										Sí		No
¿Día en el que puede realizar la entrevista?								Horario				
¡Gracias por su participación!												


EL COLEGIO
DE SONORA
BIBLIOTECA
GERARDO CORNEJO MURRIETA

Anexo 4. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO



A quien corresponda:

Municipio de Hermosillo; Mayo de 2013

Por medio de la presente, y de la manera más atenta solicito su permiso para realizar una entrevista, que tiene como objetivo analizar las representaciones y prácticas desde la perspectiva de las jefas y jefes de hogares afectados por el virus del dengue entre la década 2003-2012 en una zona urbana y una rural del Municipio de Hermosillo, Sonora. La entrevista tiene duración de una hora aproximadamente, tiempo en el que será grabado el audio, y su permanencia será voluntaria. La razón por la que se elige a usted y no a otra persona para realizar la entrevista es porque usted cuenta con todos los criterios de inclusión, ya que es jefe(a) de hogar, que habita actualmente en la colonia Insurgentes o el ejido Molino de Camou, y que padeció o tiene algún miembro de la familia que haya padecido dengue entre 2003 y 2012.

¿Qué es una entrevista? La entrevista consiste en la recolección de información a través de un proceso de comunicación, en el transcurso del cual el entrevistado responde a ciertas cuestiones, previamente diseñadas en función de dimensiones que se pretenden estudiar, planteadas por el entrevistado. Los resultados obtenidos de esta entrevista serán tomados en cuenta para la realización de una tesis titulada "Representaciones y Prácticas de las Familias Afectadas por el Virus del Dengue en el Municipio de Hermosillo"; de la Maestría en Ciencias Sociales, de la línea Estudios Socioculturales en Salud de El Colegio de Sonora. Cabe mencionar que los resultados serán manejados de manera confidencial, honesta, ética y profesional. Asimismo al final del proceso los resultados le serán informados para su conocimiento y aprobación.

Su participación es muy importante, agradezco de antemano su amable atención.

Nombre y
Firma del Entrevistado

Firma Entrevistador
Eloísa Pinto


Maestrante del programa Ciencias Sociales
ESS-COLSON

Email: epinto@posgrado.colson.edu.mx


Teléfono: (662) 3 02 25 47

Móvil: (662) 2 33 96 22

Anexo 5. Planeación guía entrevista

PLANEACIÓN GUÍA ENTREVISTA				
				
Objetivo: Analizar las representaciones y prácticas desde la perspectiva de las jefas y jefes de hogar afectados por el virus del dengue entre la década 2003-2012 en una zona urbana y una rural del Municipio de Hermosillo, Sonora				
Instrucciones: Escuchar de manera atenta el discurso del entrevistado(a)				
Nombre del entrevistador: Eloísa Aurora Pinto Salinas				
Perfil de las entrevistadas: Jefe(a) de hogar			Número de familias entrevistadas: 10	
Lugar: Ejido Molino de Camou			Período: Mayo-Julio de 2013	
Variables	Definición	Operacionalización	Indicadores	Nº de indicadores
Datos de identificación	Constituyen un recurso de información descriptiva y real, única e importante para la clasificación de los sujetos entrevistados.	<ul style="list-style-type: none"> * Datos personales. * Datos del conyugue. * Datos de los hijos. * Datos familiares. * Datos de la vivienda. * Datos del enfermo. 	32	1-32
Representaciones	Conjunto de nociones, conocimientos, creencia, actitudes y valoraciones a través de los cuales se vivencian y aprenden los padecimientos.	<ul style="list-style-type: none"> * Etiología * Prevención * Diagnóstico * Atención * Tratamiento * Control 	50	1-50
Prácticas	Conjunto organizado de acciones rutinarias o eventuales realizadas por los conjuntos sociales en términos funcionales-intencionales para diagnosticar, explicar y solucionar algún problema de salud.	<ul style="list-style-type: none"> * Trayectoria de atención * Estrategias de supervivencia 	50	51-100
Vínculo entre representaciones y prácticas	Articulación entre lo que piensan y lo que hacen los sujetos respecto a la enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> * Articulación entre representaciones y prácticas. 	8	1-8

Anexo 6. Guía entrevista 1

GUÍA ENTREVISTA 1	
	
DATOS DE IDENTIFICACIÓN	
Datos personales	
1.	¿Nombre con el que quiera que se le identifique en la entrevista?
2.	¿Cuántos años tiene?
3.	¿Cuál es el último grado que estudió?
4.	¿A qué se dedica?
5.	¿Cuánto percibe mensualmente?
6.	¿Cuál es su estado civil?
Datos del cónyuge	
7.	¿Qué edad tiene?
8.	¿Cuál es el último grado que estudió?
9.	¿A qué se dedica?
10.	¿Cuánto percibe mensualmente?
Datos de los hijos	
11.	¿Tienen hijos, y cuántos?
12.	¿Cuáles son sus edades?
13.	¿Cuál es el último grado que estudiaron?
14.	¿A qué se dedican?
15.	¿Cuánto perciben mensualmente?
Datos familiares	
16.	¿Viven otras personas diferentes a las antes mencionadas en la vivienda? Señale su parentesco.
17.	¿A qué se dedican?
18.	¿Cuáles son sus ingresos mensuales?
19.	¿Alguien más aporta otros ingresos en casa? Mencione quién y cuánto.
20.	¿Cuáles son sus gastos más fuertes?
21.	¿Con que tipo de seguridad social cuentan: IMSS, ISSSTE, Seguro Popular?
22.	¿En qué ocasiones utiliza sus servicios médicos?
23.	¿Con qué frecuencia los utilizan?
Datos de la vivienda	
24.	¿La vivienda es propia, prestada o paga renta?
25.	¿Cuántos cuartos tiene la vivienda?
26.	¿Cuántos sirven como dormitorio?
27.	¿Cuánta gente duerme en cada uno?
28.	¿Con qué servicios cuenta la vivienda?
Datos del enfermo	
29.	¿Qué parentesco tiene con usted?
30.	¿En dónde nació el enfermo?
31.	¿Cuánto tiempo tiene viviendo en el Ejido Molino de Camou o en Hermosillo?
32.	¿Cuál fue el diagnóstico?

Anexo 7. Guía entrevista 2

GUÍA ENTREVISTA 2	
	
REPRESENTACIONES SOCIALES DEL DENGUE	
Etiología	
1.	Antes de que padeciera dengue, en general ¿Qué sabía sobre este fenómeno?
2.	Después de la enfermedad ¿Qué hábitos ha cambiado?
3.	Explíqueme ¿Cómo cree que se contagia el dengue?
4.	¿Cree que un humano podría contagiar de dengue a su familia, y por qué?
5.	¿Sabe cuál es el mosquito que trasmite esta enfermedad?
6.	¿Qué atrae a los mosquitos?
7.	¿Sabe cuántos tipos de dengue existen? Mencíonelos
8.	¿Quién enferma más de dengue los niños o los adultos? De preferencia mencioné en qué edad y por qué.
9.	¿Quién considera que enferma más de dengue la mujer o el hombre, y por qué?
10.	¿Cree que el dengue es curable o queda de por vida, y por qué piensa esto?
11.	Usted ¿Podría volverla a adquirirla en otro momento dengue o es inmune, y por qué piensa esto?
12.	En resumen ¿Cuáles son los aprendizajes que obtuvo de esta experiencia?
13.	¿Considera que lo que ha aprendido de la enfermedad es suficiente, y por qué lo considera así?
14.	¿Ha compartido su experiencia vivida con otras personas?
Prevención	
15.	Sobre los programas de prevención del dengue, ¿Qué ha escuchado?
16.	¿Usted ha asistido a algún taller o curso referente al dengue, cuál y qué recuerda de este?
17.	¿Qué otros conocimientos tiene sobre prevención y dónde los ha aprendido?
18.	¿Usted aplicó esos conocimientos antes de enfermar, y de qué forma?
19.	¿Usted aplica esos conocimientos después de enfermar, y de qué forma?
20.	¿Qué tipo de actividades de las que realiza a diario ayudan a prevenir el dengue?
21.	Después de la experiencia, ¿Usted ha tratado de enseñar a otras personas como prevenir el dengue, y cómo?
Diagnóstico	
22.	¿Cuándo enfermó sospechó alguna vez que se tratará de dengue, y por qué sospechó esto?
23.	¿Por qué cree que algunas personas sufren dengue y otras dengue hemorrágico, Cuál será la diferencia?
24.	¿Cuáles son los síntomas del dengue clásico y del dengue hemorrágico?
25.	En general ¿Cuáles son los síntomas que considera de alarma en esta enfermedad?
26.	Con referencia a estos síntomas ¿Cuáles son los principales riesgos que se corren?
27.	¿Sabe a través de qué exámenes médicos se diagnostica?
28.	Después de la experiencia ¿Alguna vez ha ayudado a diagnosticar el dengue a otra persona? Cuéntenos.
Atención	
29.	¿Qué hay que hacer en caso de sospecha de dengue?
30.	¿Y qué hay que hacer en caso de sospecha de dengue hemorrágico?
31.	¿A quién aconsejaría recurrir en primera instancia en caso de dengue, y por qué?
32.	Y en caso de dengue hemorrágico ¿Sería diferente? Explíquelo.

33.	¿Cuánto tiempo dura el dengue, y el dengue hemorrágico?
34.	En estos momentos si volviera a enfermar ¿Usted considera que tendría que pagar por atención, y por qué?
35.	En estos momentos si volviera a enfermar ¿Usted considera que tendría que pagar medicamentos, y por qué?
36.	¿Tendría el apoyo moral y económico de algún familiar, pariente, compadre, amigo, o vecino, qué y de quién?
37.	¿Tendría el respaldo de alguna institución médica, cuál sería?
38.	¿Usted ha aconsejado a un amigo o familiar que hacer en caso de sospecha de dengue, qué ha dicho?
39.	Después de la enfermedad ¿Ha creído volverse a enfermar, y por qué?
Tratamiento	
40.	¿Cuáles son los cuidados que tiene que tener el enfermo en caso de dengue?
41.	¿Qué medicamentos recomendaría tomar, y por qué estos?
42.	¿Qué medicamentos no recomendaría tomar, y por qué?
43.	¿Ha recomendado usted algunos medicamentos en caso de sospecha de dengue, y cuáles fueron?
Control	
44.	Actualmente ¿Qué hace para que usted y su familia no enfermen de dengue?
45.	¿De qué manera limpia su casa para evitar esta enfermedad?
46.	En caso de conocer qué es la descacharrización, ¿Qué es lo que usted hace en su casa al respecto?
47.	En caso de conocer el polvo de abate ¿Sabe para qué sirve, así como cuándo, cómo y dónde aplicarlo?
48.	¿Sabe usted de qué manera sirven las campañas fumigación, y en qué momento se aplican?
49.	Después de un episodio de dengue en el sector ¿Cuál de las anteriores técnicas ha visto que se implementen?
50.	¿Ha dicho a alguna persona como se controla este fenómeno? Explíqueme qué ha dicho.
PRÁCTICAS DE ATENCIÓN AL DENGUE	
Trayectoria de atención	
51.	¿Cuáles fueron los síntomas que presentó?
52.	Ante los síntomas presentados ¿Cuál fue su primera reacción?
53.	¿Quién fue el primero que dio un diagnóstico, aunque no haya sido el correcto?
54.	¿Qué enfermedad creía usted que tenía, y porque?
55.	¿Qué medicamentos utilizó en casa para aminorar los síntomas, y por cuánto tiempo?
56.	¿Tomó alguno de los siguientes medicamentos: Aspirina, Naproxeno, Ibuprofeno, Metamizol o Dipirona?
57.	¿Utilizó algunos remedios caseros, cuales fueron estos, cómo se preparan y quién los recomendó?
58.	¿A cuántas personas y a quiénes acudió antes de su diagnóstico de dengue?
59.	¿Qué otros medicamentos o remedios le sugirieron estas otras personas?
60.	En específico ¿Su madre, hermana, pariente recomendó algún medicamento o remedio?
61.	En particular ¿Su comadre, amiga, vecina, compañera de trabajo recomendó algún remedio o tratamiento?
62.	Entonces ¿Quién diagnosticó y le dijo usted tiene dengue?
63.	¿Cuál fue su reacción al verse enfermo de dengue? Lo que se le vino a la cabeza, su mayor preocupación.
64.	¿Utilizó la ayuda de algún curador, yerbero o chaman para atender su problema, y que le sugirió?
65.	¿A qué religión pertenece?
66.	En el proceso ¿Realizó alguna oración de petición? Si es así a quién oró y que pidió.
67.	¿Realizó alguna manda? Si es así mencione a quién y qué tipo de manda.
68.	¿Acudió con algún profesional médico, fue público o privado?
69.	¿Se atendió por medio de alguna institución, cuál fue?

70.	¿Se le practicaron análisis de sangre, y recuerda cuáles fueron?
71.	¿Estuvo hospitalizado, cuántos días?
72.	En caso de hospitalización ¿Qué tipo de tipo de atención recibió? Análisis de sangre, sueros, radiografías, etc.
73.	¿Qué recetó el médico, y por cuánto tiempo?
74.	En total ¿Cuántos días duró el proceso, desde los primeros síntomas hasta que se sintió completamente sano?
75.	¿Cuál fue su sentir físico y emocional durante este proceso?
Estrategias de supervivencia	
76.	Cuénteme ¿Cómo eran sus condiciones económicas al momento de enfermar?
77.	¿Tuvo que gastar en atención, y cuánto? (Consulta, hospitalización, análisis, radiografías, etc.).
78.	¿Tuvo que gastar en medicamentos, y cuánto?
79.	¿La enfermedad afectó la rutina diaria de la familia? Cuente de qué manera.
80.	¿Qué otros cambios se generaron en casa?
81.	¿Se vivió alguna situación de estrés, tensión, nervios, malos entendidos, problemas familiares en casa?
82.	¿La enfermedad alteró su trabajo o sus actividades diarias en el hogar, y de qué manera?
83.	¿Algún otro miembro de la familia faltó a su trabajo por cuidar al enfermo, y quiénes fueron?
84.	¿Algún otro miembro de la familia faltó a la escuela por cuidar al enfermo, y quiénes fueron?
85.	¿En el transcurso tuvo que echar mano de ayuda de algún pariente, compadre, amigo o vecino, de quién?
86.	¿Tenía algún ahorro disponible para enfrentar los gastos? Sí es así, en qué utilizó el dinero.
87.	¿Pidió algo de dinero prestado, a quién y cuánto?
88.	¿Vendió alguna propiedad para sufragar los gastos? Si es así qué vendió.
89.	¿Quién cuidaba de sus hijos mientras estaba convaleciente, y qué relación tiene con usted?
90.	¿Quién daba de comer a la familia mientras estaba convaleciente, y qué relación tiene con usted?
91.	¿Alguien más realizó otras actividades diarias que usted realiza, qué actividades y qué relación tiene con usted?
92.	¿Dio a alguien dinero a cambio de esos favores?
93.	¿Se siente en deuda con ellos, y cómo podría recompensarlos?
94.	¿Tiene a alguien más a quién agradecer por su ayuda en estos momentos de crisis, a quién y por qué?
95.	¿Contaba con alguna institución médica que lo(a) respaldará?
96.	¿A qué instituciones del gobierno acudió, y que le resolvieron?
97.	¿Acudió a alguna institución privada, y qué problema le resolvieron?
98.	¿Acudió a alguna institución de social, de beneficencia, a cuál institución y qué tipo de ayuda le brindaron?
99.	¿Pagó algo de dinero en alguna de estas instituciones?
100.	¿Desea agregar algo más al respecto?

Anexo 8. Guía entrevista 3

GUÍA ENTREVISTA 3	
SABERES LEGOS	
Articulación entre representaciones y prácticas	
1.	¿Quiénes son los responsables de prevenir y atender el dengue en la sociedad? (Papel y cosas por hacer).
2.	¿Qué cosas no se hacen y usted considera necesario que se realicen para prevenir y atender el dengue?
3.	¿Cómo es que se enferma alguien de dengue? (Cómo, dónde y por qué se adquiere).
4.	¿Alguien enfermó mientras lo visitaba o cuidaba, o viceversa? (Usted visitó o cuidó a algún enfermo).
5.	¿Cómo ven en la comunidad a los enfermos de dengue?
6.	¿Cuáles son los temores que produce esta enfermedad a la comunidad? (Sus miedos y temores antes y después).
7.	¿Qué consecuencias trae consigo haber padecido dengue? (Físicas, emocionales y económicas).
8.	¿Cómo cree que se tiene que alimentar el enfermo de dengue? (Qué comía y cuántos kilos perdió)



EL COLEGIO
DE SONORA
BIBLIOTECA
GERARDO CORNEJO MURRIETA

Anexo 9. Formato de observación 1



INDICE DE CONDICIÓN DE CASA

Localidad o Colonia _____ Municipio _____ Jurisdicción _____
 Domicilio _____ Fecha _____

Numero de Sector _____ Clave de Manzana: _____ Folio: _____

Clave del Entomólogo: _____

Riesgo de presencia de <i>A. Aegypti</i>				
Indicador	Característica	Riesgo	Puntuación	
1. Apariencia de la casa	1.a. Oquedades, aberturas o huecos en la pared (celosías, entretechos)	Ausentes	Bajo	1
		Pocos	Medio	2
		Muchos	Alto	3
	1.b. Ventanas/puertas	Siempre cerradas o con malla de mosquitero	Bajo	1
		Abierta en el día o sin malla de mosquitero	Alto	3
	1.c. Presencia de recipientes con agua dentro o fuera de la casa	Ninguno	Bajo	1
		Alguno (cerrado o tapado)	Medio	2
		Alguno (abierto)	Alto	3
	Apariencia global de la casa	Promedio	Bajo	1
Promedio		Medio	2	
Promedio		Alto	3	
2. Sombra en el patio	< 25 %	Bajo	1	
	26-50%	Medio	2	
	> 50%	Alto	3	
3. Suciedad del patio	Limpio	Bajo	1	
	Algo sucio (pasta, basura)	Medio	2	
	Sucio y con recipientes con agua	Alto	3	
CRITERIO DE PUNTUACIÓN:				
Indice de calidad de la vivienda para <i>Aedes aegypti</i> , ICC	Bajo		3	
	Medio		4-6	
	Alto		7-9	

Positivos: Huevos, larvas o pupas: Si () No ()

Nombre de quien realizó el trabajo _____

Nombre del supervisor _____

Benjamín Franklin No. 132, Col. Escandón, Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11800, México,
 t. +52 (55) 2614 6323 | 2614 6324 | 2614 6446 | 2414 6448 f. (55) 2614 643 www.salud.gob.mx

Anexo 11. Formato de observación 3

SECRETARIA DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES
DEPARTAMENTO DE DENGUE
REGISTRO DE ACTIVIDADES DE CONTROL LARVARIO

CL-1

Localidad: _____ Municipio: _____ Jurisdiccion: _____ Estado: _____

Fecha: _____ Ciclo: _____ Clave de elemento: _____ Clave de Jefe de Brigada: _____ Clave de Jefe de Sector: _____

No. Ord.	Domicilio	CLAVE DE SECTOR	CLAVE DE MANZANA	LOTE BALDO		Casas					Depositos			Larvicida Consumido	Volumen de Agua	Num. de Habits	
				SI	NO	T	C	D	R	Revisados	Abatizados	Eliminados	Controlados				No Tratados
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
22																	
23																	
24																	
25																	
26																	
27																	
28																	
29																	
30																	
SUMAS																	

Observaciones _____

TOTAL DE CASA VISITADAS
TOTAL DE CASA TRABAJADAS
TOTAL DE CASA NO TABAJADAS

T = Casa Trabajada
C = Casa Cerrada
E = Casa Deshabitada
R = Casa Rotunda

NOMBRE DEL CONTROLADOR



EL COLEGIO
DE SONORA
BIBLIOTECA
GERARDO CORNEJO MURRIETA