

Enfermedad de Chagas: de las tendencias epidemiológicas rurales a su urbanización en países desarrollados. Revisión de la literatura*

Chagas disease: epidemiological trends of rural urbanization in developing their countries. Literature review

Adriana Gisela Martínez-Parra ¹

Maria Yaneth Pinilla Alfonso ²

John Harold Estrada Montoya ³

RESUMEN

Introducción: es necesario ver la Enfermedad de Chagas en toda su complejidad, desde miradas inter y transdisciplinarias que permitan integrar el conocimiento de distintas áreas con el saber popular en pro de crear condiciones favorables para el buen vivir de las personas que viven con ella. **Objetivo:** describir el estado actual de la investigación sobre los aspectos sociales de la Enfermedad de Chagas. **Metodología:** revisión de la literatura publicada en ciencias sociales sobre Enfermedad de Chagas durante el periodo 1985–2015. **Resultados:** fueron encontrados 52 documentos y clasificados así: 1) Prevención, control y erradicación de la Enfermedad de Chagas; 2) Aspectos socioculturales y económicos relacionados con la Enfermedad de Chagas; 3) Tendencias epidemiológicas de la Enfermedad de Chagas y su relación con la migración; 4) Urbanización de la Enfermedad de Chagas. **Conclusiones:** los estudios sobre aspectos sociales de la Enfermedad de Chagas permiten vislumbrar que los conocimientos, actitudes y prácticas frente a la enfermedad, sus padecimientos y afrontamiento están mediados por las diferencias económicas, educativas, la etnia, el acceso a los servicios de cuidado, prevención y control de la enfermedad, y las políticas instauradas por los Estados. Es necesario un enfoque integral orientado no sólo a evitar la enfermedad, sino a la promoción de la salud de la población, que permita comprender de qué manera los pacientes con Enfermedad de Chagas perciben su estado y le dan sentido a su proceso salud-enfermedad.

PALABRAS CLAVE:

Enfermedad de Chagas, estudios sociales, proceso salud-enfermedad y urbanización de la Enfermedad de Chagas.

Abstract

Background: it is necessary to see Chagas disease in all its complexity from interdisciplinary and looks to integrate knowledge from different areas with the lore in favour of creating favourable conditions for the good life of people living with Chagas disease. **Objective:** To describe the current state of research on the social aspects of Chagas disease. **Methodology:** review of the literature published in social sciences on Chagas disease during the period 1985–2015. **Results:** 52 documents were found and classified as follows: 1) prevention, control and eradication of Chagas disease; 2) socio-cultural and economic aspects related to Chagas disease; 3) epidemiological trends of Chagas disease and its relation to migration; 3) Construction of Chagas disease. **Conclusions:** Studies on social aspects of Chagas disease glimpses that knowledge, attitudes and practices against the disease, suffering and coping are mediated by the economic, education, ethnicity, access to care services, prevention and control of disease, and the policies implemented by States. Oriented comprehensive approach not only to prevent disease, but also to promote the health of the population for understanding how patients perceive their Chagas disease status and give meaning to their process is necessary to health and disease.

KEY WORDS:

Chagas disease, social studies, health-disease process, urbanization of Chagas Disease.

* Artículo de **revisión** elaborado en el marco de la investigación sobre Determinantes sociales de la Enfermedad de Chagas en tres departamentos colombianos. Agradecimientos: Nos gustaría dar las gracias a las personas que participaron en esta investigación por su tiempo y disposición para compartir con nosotros su experiencia. Apoyo financiero: Contrato RC- 380 2011 entre COLCIENCIAS y Red de Chagas (Unión Temporal Programa Nacional de Investigación para la Prevención, Control y Tratamiento integral de la enfermedad de Chagas en Colombia). Dirección de correspondencia. Adriana Gisela Martínez Parra, Calle 45ª 25ª-30 apartamento 401, Bogotá DC, Colombia. E-mail: adrianagiselam@gmail.com

¹ DMD. MPH. Ph.D student, Universidad Autonoma Metropolitana, Xochimilco, México. Red Chagas Colombia, Bogotá D.C. Dirección: Calle 45ª 25ª-30 apartamento 401, Bogotá DC, Colombia e-mail: adrianagiselam@gmail.com

² BA, MA. Red chagas Colombia, Bogotá D.C. Dirección: Calle 45ª 25ª-30 apartamento 401, Bogotá DC, Colombia. e-mail: hialina1@yahoo.com

³ Odontólogo, Magister y PhD en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Profesor Titular, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia. Dirección postal: Carrera 30 No. 45–30 Edificio 210, Ciudad Universitaria – Bogotá, Colombia. Correo electrónico: jhestradam@unal.edu.co ó jhestradam@gmail.com

Citación sugerida

Martínez-Parra AG, Pinilla-Alfonso MY, Estrada-Montoya JH. Enfermedad de Chagas: de las tendencias epidemiológicas rurales a su urbanización en países desarrollados. Revisión de la literatura. *Acta Odontológica Colombiana* [en línea] 2015, [fecha de consulta: dd/mm/aaaa]; 5(2): 85-103. Disponible desde: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol>

Recibido	Octubre 10 2015
Aprobado	Noviembre 10 2015
Publicado	Diciembre 31 2015

Introducción

La Enfermedad de Chagas tiene tres características especiales que van a marcar la forma como se construyen los significados entre los actores involucrados: pacientes, personal de salud, etc. La primera es su connotación de enfermedad transmisible, que tiene un desarrollo crónico. La segunda tiene una estrecha relación con la anterior y es que, una vez la persona se infecta, existen varias posibilidades de desenlace: un evento agudo, quedarse latente durante muchos años en el cuerpo y nunca presentar algún tipo de consecuencia; o provocar daño en el corazón, intestino o sistema nervioso en algunos años. La tercera se relaciona con el tratamiento, en el paradigma biomédico y en el imaginario de las personas existen dos tipos de enfermedades las que se "curan" y las que no; sin embargo el Chagas se mueve entre esta polaridad sin ser parte de ninguno de los dos grupos. Pareciera que estas tres características están desligadas; sin embargo, están íntimamente relacionadas y tienen una fuerte influencia en la construcción de discursos ambiguos respecto a la enfermedad en los profesionales de la salud y entre los pacientes.

Las acciones de *cuidado* están relacionadas con el estadio de la enfermedad en que se encuentra el paciente. Así, se evidencia que, entre la mayoría de los pacientes que no presentan síntomas, no hay ningún tipo de estrategias de cuidado; incluso dejan de asistir a los controles médicos que les indican, por no considerarse enfermos. Por su parte, los pacientes, que presentan un cuadro clínico complejo, concentran sus "estrategias" de cuidado principalmente en la esfera biomédica; es decir, que asisten a sus controles, aún cuando haya problemas para conseguirlos.

Entender la salud-enfermedad como un proceso socialmente construido, implica reconocer que el conocimiento respecto a un evento particular, en este caso la Enfermedad de Chagas, se construye en un entramado de discursos (de salud, sociales, culturales, políticos y económicos) subsumidos en contextos particulares que están atravesados por estructuras de poder y desigualdad que determinan las formas de relación, significación, re-significación y apropiación de dicha enfermedad y sus consecuencias para la vida.

Entran en juego los imaginarios y vivencias que sobre el corazón se tiene como órgano fisiológico que simboliza valores, sentimientos, relaciones, emociones, afectos, etc. El corazón afectado representa la inminencia de la posibilidad de morir y, paradójicamente, la posibilidad de recuperación, en él se consolida la idea de vida; esto determina la manera como las personas se aproximan a la enfermedad cardíaca, pero también el nivel de sufrimiento que pueden llegar a vivir ante procesos administrativos que se dilatan mucho más allá de lo habitual, restringiendo las posibilidades de acceder a la atención, el tratamiento y el cuidado en el momento adecuado.

Gracias a los estudios y avances en distintas áreas del conocimiento hoy es posible saber en detalle los aspectos biológicos, ecológicos, epidemiológicos y clínicos de la enfermedad; también es cierto que aún queda mucho camino por recorrer. Todo lo anterior es absolutamente importante y vital para responder a las demandas de la población en materia de la Enfermedad de Chagas. Desde el punto de vista social, el desarrollo es más pobre, incluso en Colombia, uno de los países dentro de la denominada zona endémica. Las investigaciones se realizan de manera fragmentada. Es por ello que la invitación es ver la Enfermedad de Chagas en toda su complejidad, desde miradas inter y transdisciplinarias, que permitan integrar el conocimiento de distintas áreas con el saber popular en pro de crear condiciones favorables para el buen vivir de las personas que viven con Enfermedad de Chagas. Dado esto, el objetivo de este artículo es presentar el estado actual de la investigación sobre los aspectos sociales de la Enfermedad de Chagas.

Metodología

Este artículo de revisión es de tipo descriptivo, partió de una exploración de la literatura con el fin de describir el estado de la cuestión del tema propuesto, el período indagado fue 1985 – 2015. Se exploró la literatura nacional e internacional en bases de datos como: Medline, Pubmed, Google Scholar, Lilacs, Redalyc y Scielo. Una vez realizado el ejercicio de búsqueda, se procedió a revisar y clasificar los artículos encontrados. Solo fueron contemplados artículos disponibles en texto completo en los idiomas español, inglés o portugués.

Resultados

A partir de la revisión realizada, se encontró que sobre los aspectos sociales y la investigación de este tipo de temáticas y su relación con la Enfermedad de Chagas se han publicado estudios, reflexiones y revisiones desde 1985. El total de artículos publicados, sobre nuestro tema de interés, durante el período 1985–2015 a los cuales se tuvo acceso fue 52. Estos fueron caracterizados según el tipo de estudio y el país de origen (bibliometría). El país donde se publicaron artículos resultados de investigación, reflexión o revisión, mayoritariamente, fue Brasil, seguido por Argentina y Colombia (ver Tabla 1).

Luego de revisar y analizar los diferentes documentos, se procedió a clasificarlos en cuatro grupos: 1) Prevención, control y erradicación de la Enfermedad de Chagas; 2) Aspectos socioculturales y económicos relacionados con la Enfermedad de Chagas; 3) Tendencias epidemiológicas de la Enfermedad de Chagas y su relación con la migración; 4) Urbanización de la Enfermedad de Chagas (ver tablas 2 y 3).

Tabla 1. Bibliometría inicial sobre Enfermedad de Chagas, tipo de publicación y país de origen.

Tipo de documento País de origen	De investigación	De reflexión	De revisión	Total
Argentina	5	0	3	8
Brasil	10	2	4	16
Colombia	4	1	1	6
Cuba	1	0	0	1
EE.UU.	3	0	1	4
España	0	0	2	1
Honduras	1	0	0	1
Inglaterra	0	0	1	1
México	2	0	0	2
Panamá	1	0	0	1
Paraguay	1	0	0	1
Perú	4	0	0	4
Venezuela	5	0	0	5
Total	37	3	12	52

Tabla 2. Clasificación de los estudios sobre Enfermedad de Chagas según tema y país.

Tema tratado País de origen	Prevención, control y erradicación	Aspectos socioculturales y económicos	Tendencias epidemiológicas y migración	Urbanización	Total
Argentina	0	3	4	1	8
Brasil	7	5	3	1	16
Colombia	2	2	2	0	6
Cuba	0	1	0	0	1
EE.UU.	2	1	0	1	4
España	0	1	1	0	2
Honduras	0	1	0	0	1
Inglaterra	1	0	0	0	1
México	1	1	0	0	2
Panamá	0	1	0	0	1
Paraguay	1	0	0	0	1
Perú	1	0	1	2	4
Venezuela	0	4	1	0	5
Total	15	20	12	5	52

Tabla 3. Clasificación de documentos sobre estudios sociales de la Enfermedad de Chagas 1985-2015.

Tema tratado Tipo de documento	Prevención, control y erradicación	Aspectos socioculturales y económicos	Tendencias epidemiológicas y migración	Urbanización	Total
Artículo de investigación	9	18	5	5	37
Artículo de reflexión	2	0	1	0	3
Artículo de revisión	4	2	6	0	12
Total	15	20	12	5	52

1.1 Prevención, control y erradicación de la Enfermedad de Chagas

Esta categoría se ha desarrollado de manera continua de 1985 a 2014, siendo la más antigua en este campo. Se inició con el estudio de Carol MacCormack (1985) quien pretendió mostrar resultados de campañas contra enfermedades tropicales en países subdesarrollados africanos. Para ello, desde la antropología social, realizó una investigación de observación participante, corroborada con cifras sobre las estrategias tradicionales, por parte de grupos de indígenas locales relacionadas con la prevención de enfermedades tropicales. Encontró que la Enfermedad de Chagas es catalogada como una enfermedad de pobres y que el proceso de prevención, control y erradicación estaba en manos del Estado; sin embargo, las técnicas tradicionales de grupos indígenas efectivamente ayudan a la prevención de las enfermedades tropicales (1).

En el mismo año Tonn (1985) realiza un análisis cualitativo de los resultados en programas (integrales o tradicionales) contra la Enfermedad de Chagas en Argentina, Venezuela y Brasil y concluye que la vivienda, como principal control contra el vector del Chagas, debe verse desde los componentes sociológicos, psicológicos, de diseño, construcción y finanzas pero con una visión comunitaria como base (2).

Con el objetivo de evaluar la situación ocupacional y características sociales de la Enfermedad de Chagas entre los trabajadores urbanos en el Estado de Goiás, con miras a una mejor comprensión de la importancia social y médica de la enfermedad como una causa de la discapacidad, Zicker (1988) realizó una investigación donde encontró que los pacientes con esta enfermedad eran más jóvenes que otros sujetos y, predominantemente, de origen rural; además, los sujetos no infectados presentaban un mejor nivel socioeconómico, realizaban actividades más calificadas y tenían menos cambios de trabajo (3).

Dias, Silveira y Schofield (2002) realizaron una revisión de estado del arte sobre manejo de la Enfermedad de Chagas en Latinoamérica desde el siglo XX. Encontraron que el control se basa principalmente en la destrucción del hábitat de los vectores y la concientización de la comunidad. Para este momento México y el Amazonas fueron las zonas donde debían enfocarse los esfuerzos para el control y prevención de la Enfermedad de Chagas (4).

En relación con lo anterior, Nicholls, Cucunubá, Knudson, *et al* (2007) en Colombia describieron 10 casos procedentes de los departamentos Putumayo, Arauca, Casanare, Norte de Santander y Santander, encontrando que la principal vía de transmisión fue vectorial concomitante con la presencia de convivencia con el vector (5). Silveira (2007) realizó un estado de arte sobre las formas de transmisión de la Enfermedad de Chagas y la atención brindada desde programas gubernamentales y nuevas formas de contagio debido a vectores no tradicionales; plantea la necesidad de desarrollar metodologías y técnicas adecuadas para las distintas dinámicas de circulación del parásito en la región amazónica y para solventar las dificultades operativas ocasionadas por la extensión del territorio y, en muchos casos, por su inaccesibilidad (6).

En 2008 Serrano, Mendoza, Suárez, *et al* determinaron, entre otras cosas, el grado de conocimiento de la enfermedad de Chagas en los habitantes del municipio Costa de Oro, estado Aragua, Venezuela. Dentro de sus hallazgos están que el 95% de los encuestados conocen el insecto transmisor de la enfermedad pero menos del 46% sabían qué es la enfermedad, cómo se transmite y los daños que produce (7).

Reithinger, Tarleton, Urbina, *et al* (2009), al analizar las estrategias propuestas por la OMS para eliminar la Enfermedad de Chagas, afirman que son limitadas y deben tener en cuenta las nuevas tendencias en las que la enfermedad no es territorializada, o adscrita a los lugares en donde se pueden encontrar los vectores, sino que está relacionada con la migración internacional, la urbanización de la enfermedad y el contagio por transfusión de sangre (8). Dias (2009), al analizar las tendencias de la Enfermedad de Chagas, concluye que las tendencias tradicionales decrecerían, mientras que aumentarían las "nuevas" como la transfusión de sangre y la aparición en zonas no endémicas, por tanto las estrategias y los protocolos para la prevención y erradicación de la Enfermedad de Chagas deben ser dinámicos.(9).

Minneman, Hennink, Nicholls, *et al* (2012) realizaron un estudio cualitativo en Georgia, con once grupos de discusión conformados por 82 inmigrantes latinos, incluidos los trabajadores agrícolas

migrantes. Se identificaron tres conductas de salud que buscan retrasar el tratamiento, el uso tradicional remedios y el uso de establecimientos ordinarios o de los proveedores de salud alternativos. Los comportamientos y motivaciones difieren según el género y el uso de proveedores médicos con licencia se consideraba el último recurso debido al costo de la asistencia y la pérdida de ingresos (10).

Ríos-Osorio, Crespo-González y Zapata-Tamayo (2012); con el objetivo de establecer prevalencia de la Enfermedad de Chagas en las comunidades Wiwa de la Sierra Nevada de Santa Marta, Colombia, trascendiendo el modelo de investigación biomédica, sustentado en el paradigma positivista, e involucrando la dimensión sociocultural y ambiental que caracteriza este fenómeno, desde la sostenibilidad como un nuevo paradigma de las ciencias; realizaron un estudio en el que encontraron que la enfermedad es inexistente en el sistema médico tradicional de los Wiwa, sólo el insecto vector es reconocido aunque no es considerado como agente perturbador de la salud de las comunidades. Por lo que se hace necesario un sistema integral de sostenibilidad que dialogue entre ambas culturas para así, mediante la cooperación y construcción conjunta, se llegue a buen término en el control y tratamiento. (11).

Ruoti y Russomando (2012) realizaron un estudio sobre conocimientos, percepciones, actitudes y prácticas preventivas relacionadas con la Enfermedad de Chagas en poblaciones de áreas rurales de departamentos endémicos del Paraguay. Los resultados de la investigación revelan que la gran mayoría de la población posee un buen conocimiento porque más de las tres cuarta parte de la población ha escuchado hablar de la "vinchuca", de la Enfermedad de Chagas e identifica correctamente al vector responsable. Más de la mitad, lo ha visto y refiere que puede afectar al corazón. La radio, la escuela/colegio, la familia y los profesionales de la salud son las principales fuentes de información. Finalmente, las autoras plantean que están pendientes acciones específicas orientadas a la prevención de la enfermedad de Chagas (12).

Manne, Snively, Ramsey, *et al* (2013), en México, evaluaron las barreras de acceso frente al tratamiento de la Enfermedad de Chagas. El análisis reveló que el programa nacional, encargado de coordinar la donación de nifurtimox, presenta obstáculos importantes para el acceso a tratamiento, que incluyen: la exclusión de medicamentos Antitripanosomiásicos del formulario nacional (regulación), la exclusión histórica de la Enfermedad de Chagas de la seguridad social paquete (organización), la ausencia de guías clínicas nacionales (organización) y la conciencia proveedor limitado (persuasión) (13).

Coura (2013) afirma que, para lograr la prevención, control y erradicación de la Enfermedad de Chagas, hay que tener múltiples perspectivas. Tomando como ejemplo a América Latina plantea que las poblaciones residentes o los visitantes –turistas, cazadores, pescadores y, especialmente, las personas cuyos medios de vida implica la extracción de plantas se encuentran en permanente riesgo de ser afectadas por la Enfermedad de Chagas. Además, reafirma que actualmente la migración de personas con la Enfermedad de Chagas de áreas endémicas de América Latina a los países no endémicos, enfrenta a éstos a nuevos problemas, como: el riesgo de transmisión por transfusión de sangre, la responsabilidad de controlar los donantes y el tratamiento de los migrantes con la enfermedad. Finalmente, concluye que la enfermedad de Chagas no puede ser erradicada, pero su transmisión al hombre debe ser controlada (14).

Rosecrans, Cruz-Martin, King *et al* (2014) emplearon una secuencia de métodos de investigación cualitativos y cuantitativos para investigar conocimientos, actitudes y prácticas que rodean la

Enfermedad de Chagas, triatomínicos y control de vectores en tres comunidades rurales. Los datos combinados muestran que los miembros de la comunidad son conscientes de los triatomínicos y conocedores de su hábitat. La mayoría tienen un conocimiento limitado de la dinámica de transmisión y las manifestaciones clínicas de la enfermedad. Si bien el control de triatomínicos no es una prioridad para los miembros de la comunidad, con frecuencia utilizan insecticidas domésticos incluyendo insecticidas, repelentes de mosquitos y plug-in como repelentes. Las familias disponen alrededor de \$32 dólares anuales para la elaboración de estos productos (15).

Se puede resaltar que en el mundo, según los diversos estudios revisados, existen diversos programas sobre prevención, control y erradicación de la Enfermedad de Chagas; sin embargo, se debe tener presente que es una enfermedad difícilmente erradicable. Por tal motivo, el hincapié debe estar en el control y la atención a las nuevas dinámicas de transmisión de la enfermedad, las barreras de acceso a su tratamiento y su adecuado diagnóstico temprano.

1.2 Aspectos socioculturales y económicos relacionados con la Enfermedad de Chagas

Esta categoría, al igual que la anterior, se ha desarrollado de manera continua entre los años 1985 y 2014, siendo también antigua en este campo. Se inició con el estudio Dias (1985) mediante una revisión del estado del arte histórico sobre colonización en zonas endémicas, los movimientos migratorios y de poblamiento. Para entonces se encontró que el poblamiento con vivienda precaria (adobe, pala o barro) genera mayor exposición a la Enfermedad de Chagas (16).

Ávila, Martínez, Ponce, *et al* (1998) realizaron un estudio en una zona endémica de Honduras. Allí, la gran mayoría de la población tenía conocimiento sobre el contagio vectorial, más no sabían sobre contagio transfusional y gestacional. El conocimiento sobre la enfermedad se referían a los funcionarios de salud y las charlas en centros médicos. Concluyeron que la ignorancia fue el mayor obstáculo para luchar contra la enfermedad y que la alta prevalencia de la infección se debe no tanto a la falta de cuidado sino a la ausencia de una educación básica en salud. Socioculturalmente se problematiza al pito como un insecto hematófago pero no como vector de la enfermedad. La prevención se ve como obligación gubernamental y no se refiere a la estructura física del hogar. En cuanto a las campañas, se resaltaba el hecho de que solo son efectivas las que no tienen contenido escrito dado el alto porcentaje de analfabetismo (17).

En Argentina, Sanmartino y Crocco (2000) estudiaron el nivel de conocimientos sobre la Enfermedad de Chagas de los habitantes de dos zonas epidemiológicamente diferentes: una endémica, Río Seco y la otra no endémica, Puelén. Ambas poblaciones reconocen a las ninfas como problemáticas por su característica hematófaga. Evidenciaron, según la zona (endémica o no endémica), mayores conocimientos por parte de la población docente en relación con el común de la comunidad. La población no reconoce a las aves y los animales domésticos como parte del ciclo de vida del vector (18).

De igual forma, en Argentina Storino, Auger, Sanmartino, *et al* (2002) evaluaron si la sola serología reactiva para Enfermedad de Chagas es motivo de discriminación laboral. Las personas sub-ocupadas y desocupadas fueron mayoritariamente los pacientes chagásicos. De las personas encuestadas, que se encontraban dentro de la población económicamente inactiva, el 71% eran amas de casa; el 22% ancianos no jubilados y jubilados; el 6% jubilados por invalidez y; menos del 1% eran estudiantes. En conclusión, señalan la necesidad de un abordaje interdisciplinario del paciente

chagásico y de la población en riesgo, siguiendo un esquema bio-psico-social para complementar y optimizar las medidas de control convencionales (19).

León y Páez (2002) identificaron creencias y actitudes compartidas que pudieran favorecer o interferir en la participación de las comunidades en la prevención del Mal de Chagas. La representación más importante y generalizada de la enfermedad, se hace en términos de un escenario: la casa prototípica del Mal de Chagas. Para León y Páez se hace necesario: estimular la percepción del riesgo personal y familiar de contraer la enfermedad y severidad de la enfermedad; difundir conocimiento preciso acerca de las afectaciones cardiacas asociadas a esta enfermedad; aumentar la percepción de que hay medidas efectivas que pueden prevenir la enfermedad, aunque no haya cura para la misma; y combatir la creencia de que el rancho campesino de palma y barro es el único riesgo de infestación por chipos (pitos). Esto implica cambiar el mensaje de la casa típica de riesgo, para hacer énfasis en las prácticas y hábitos de riesgo que hacen probable que cualquier tipo de casa pueda ser infestada por el vector (20).

Cabrera, Mayo, Suárez, *et al* (2003) encontraron que, en una población escolar de una zona endémica del departamento de Ica, Perú, más de la mitad de los encuestados poseían conocimientos insuficientes sobre la enfermedad y su vector. Las personas reconocen el vector pero no lo relacionan con la enfermedad. La absoluta mayoría desconoce otros vectores de la enfermedad. La limpieza en las viviendas es insuficiente como medio de prevención (21).

Por su parte Briceño-León (2007) evidenció la problemática social de la Enfermedad de Chagas mediante un recorrido histórico y una revisión de la atención. Encuentra que la prevalencia de la enfermedad cambia en los años 80 gracias a la sindemia generada con el VIH. Concluye afirmando que la Enfermedad de Chagas más que una patología médica, es un problema social de los menos afortunados; que se seguirá reproduciendo, mientras no se mejoren las capacidades de las personas que la padecen o están en riesgo de hacerlo (22). El mismo autor, en 2009, esboza un panorama sobre la Enfermedad de Chagas desde la perspectiva de eco-salud, planteando que este enfoque debe ser implementado en las estrategias para la erradicación de la enfermedad al proveer un espectro más amplio e integro para atender la problemática. Afirma que la sociedad debe plantearse no sólo encontrar un modo de evitar la enfermedad, sino responder con todos los medios sociales y ambientales posibles para mejorar la calidad de vida de las personas y alcanzar la salud como algo más que la ausencia de la enfermedad (23).

Oliveira (2009), en contraste con Briceño-León, propone el método de Engel, de la biomedicina, como metodología más integra para estudiar y tratar la Enfermedad de Chagas, ya que combina experticias relacionadas con la salud y el trabajo social. Durante más de dos décadas, el Hospital Oswaldo Cruz apostó por una atención integral de la Enfermedad de Chagas en donde la nutrición, la cardiología, la psicología, la enfermería y el trabajo social trabajaban conjuntamente para poder dar un tratamiento y pensar estrategias de prevención ante éste padecimiento. Según Oliveira analizar factores sociales comprobará la hipótesis de Carlos Chagas: la Enfermedad de Chagas es una enfermedad que debe tratarse principalmente desde lo social. La integración de varias experticias médicas y sociales genera una visión holística del padecimiento y, por consecuencia, un mayor rango de estrategias para su prevención, control, tratamiento y posterior erradicación (24).

Pérez, Hernández y Rodríguez (2010) realizaron una valoración de los factores determinantes; su trascendencia como rasgo social y de salud; y las implicaciones bioéticas que surgen de la actuación de los servicios de salud hacia la población que padece la Enfermedad de Chagas. Para los

autores, se necesita urgentemente un abordaje, desde el paradigma médico-social, que propicie un análisis desde la perspectiva multi e interdisciplinaria para desarrollar su prevención integral, desde el diagnóstico hasta la rehabilitación, en las dimensiones individual y colectiva, con énfasis en la promoción y protección de la población. Concluyen que, debido a que la enfermedad es incurable, su control depende del abordaje integral y multidisciplinario sobre aquellos hábitos que permiten mantener un contacto estrecho con el hombre o los animales domésticos, en diversos refugios que ofrece la vivienda humana empobrecida, muy presente en el continente americano (25). Al respecto, Moya y Alvar (2010) encontraron, a partir de una revisión de la literatura, que las enfermedades tropicales, entre ellas la Enfermedad de Chagas, pueden ser objeto de estigma y discriminación; por lo tanto, los programas e intervenciones implementadas necesitan prevenir el estigma y eliminar sus efectos negativos (26).

Genero, Nasir, Cayre, *et al* (2011), con el objetivo general de describir el nivel de conocimiento y actitudes en relación con la enfermedad de Chagas, realizaron una encuesta poblacional a los jefes y jefas de hogar. Encontraron que la mayoría disponen de los conocimientos básicos acerca de la enfermedad de Chagas, pero poca información acerca de la transmisión congénita (27).

Celis, Guevara y Rattia (2012) investigaron sobre los estilos de vida de individuos con diagnóstico de Enfermedad de Chagas en su fase crónica, procedentes de zonas rurales, semi-urbanas y urbanas. El estudio permitió identificar categorías relacionadas con su vivienda durante su niñez y juventud; las creencias sobre la enfermedad; el estilo de vida adoptado y; su interacción con el personal de salud. Se observó que los estilos de vida van encaminados a dos etapas antes y después de la infección; el cuidado personal y de las viviendas se modifican cuando se padece la Enfermedad de Chagas, de acuerdo a la forma como ésta es asumida (28).

Recientemente, con el objetivo de difundir y sensibilizar acerca de la problemática del Chagas desde una mirada integral, Sanmartino, Mengascini, Menegaz, *et al* (2012) realizaron un ejercicio cualitativo e interactivo con la comunidad mediante la muestra de obras plásticas, la proyección de materiales audiovisuales innovadores y otras formas de expresión. Afirman que pensar el Chagas desde la multiplicidad de factores realmente involucrados, rompiendo con miradas parcializadas y respuestas fragmentadas, es el horizonte deseado para poder encarar acciones contextualizadas y sostenidas en el tiempo, apuntando a la búsqueda de soluciones eficaces y el fomento de posturas críticas (29).

Streiger, Masi, Mainero, *et al* (2012), desde Argentina, plantean que, en los últimos años, ha habido avances respecto a la apropiación, por parte de los sujetos, de nuevos conocimientos respecto a la enfermedad de Chagas; el mejoramiento de la organización comunitaria para el control del insecto, en cuanto a vigilancia entomológica para fumigar en caso necesario; el aumento del protagonismo institucional para dar visibilidad y abordar la problemática de Chagas; el interés por recibir capacitación sobre el tema y disponibilidad para participar en el control vectorial, domiciliario y peri-domiciliario; y la ampliación de los espacios de participación, tanto en la toma de decisiones como en las estrategias desplegadas para la prevención y el control de la enfermedad de Chagas lo que estimula el desarrollo de capacidades singulares, el fortalecimiento de los vínculos a nivel de las comunidades y la posibilidad de hacer efectivo el acceso a la salud en tanto derecho propio del ser ciudadano (30).

Durante el 2012, Sanmartino, Avaria, Gómez, *et al* identificaron las representaciones sobre la problemática del Chagas, contenidas en las repuestas y relatos escritos de personas encuestadas

(personas con serología positiva para T. Cruzi y especialistas en el tema de países de América y Europa). A los cuestionarios recibidos se les realizó un análisis temático, según las categorías: representación de la enfermedad de Chagas; dificultades o barreras experimentadas; retos y desafíos a partir de la experiencia del diagnóstico; y presentación de los logros alcanzados en relación a la problemática lo que les permitió dar cuenta de los aspectos desde los que se entiende, representa y experimenta la enfermedad. Los resultados encontrados dejan ver una realidad llena de estigma, olvido y exclusión para las personas afectadas por el Chagas, situación que se reproduce en contextos endémicos y no endémicos (31).

Ventura-García, Roura, Pell, *et al* (2013) realizaron una revisión de literatura sobre la investigación cualitativa en la enfermedad de Chagas identificando, para los países endémicos, los siguientes ejes temáticos: determinantes socio-estructurales de la enfermedad de Chagas; prácticas de salud; concepciones biomédicas de la enfermedad de Chagas; la experiencia del paciente; y las estrategias institucionales adoptadas. Mientras que para los países no endémicos los temas relacionados fueron: el acceso a servicios de salud y la búsqueda de la salud (32).

A manera de reflexión, el grupo de investigadores afirma que la aparición y perpetuación de la enfermedad de Chagas depende, en gran medida, de los aspectos socioculturales que influyen en la salud. Como la mayoría de las intervenciones no se ocupan al mismo tiempo de los aspectos clínicos, ambientales, sociales y culturales, un enfoque explícitamente multidimensional, que incorpore las experiencias de los afectados, es una herramienta potencial para el desarrollo de programas de éxito a largo plazo (32).

Estudios recientes han vuelto a preguntarse por los conocimientos, actitudes y prácticas frente a la Enfermedad de Chagas; tal es el caso de Muñoz-Vilches, Salas-Coronas, Gutiérrez-Izquierdo, *et al* (2013) quienes valoraron los conocimientos en médico(a)s y enfermero(a)s, encontrando diferencias entre grupos de hospitales. Los mejores resultados estuvieron en los lugares donde está implementado algún programa relacionado con la prevención de la Enfermedad de Chagas (33). Otro estudio fue realizado por Suárez, Hernández, Duque, *et al* (2013) en adolescentes de dos Estados venezolanos, donde las diferencias de conocimientos, actitudes y prácticas subyacen a la historia y tradición de los programas sobre prevención de la Enfermedad de Chagas. Los autores abogan por la inclusión de la comunidad, generando así proyectos de educación para la salud con la comunidad y no para la comunidad exclusivamente (34).

En 2014 Llovet y Dinardi, mediante el enfoque de eco-salud, encontraron que las diferencias económicas, educativas y de salud entre grupos étnicos (criollos, indígenas y gringos-habitantes de origen europeo) están asociadas a diferentes niveles de re-infestación domiciliaria. Afirman, que los niveles de re-infestación pueden ser vinculados con actitudes y creencias de cada grupo; también plantean que la pasividad y el desconocimiento se traducen en niveles de incertidumbre variables, que se manifiestan como: "no sé" o "no responder" (35).

La pregunta por los aspectos socioculturales y económicos de la Enfermedad de Chagas permite vislumbrar que los conocimientos, actitudes y prácticas frente a la enfermedad, su padecimientos y afrontamiento están mediados por las diferencias económicas, educativas, étnicas, el acceso a los servicios de cuidado, prevención y control de la enfermedad, las políticas instauradas por los Estados, y por la forma de abordarse: netamente como un problema biomédico o como un asunto con amplia y variada relación con dinámicas socioculturales y medioambientales.

1.3 Tendencias epidemiológicas de la Enfermedad de Chagas y su relación con la migración

Esta categoría se ha desarrollado recientemente, entre los años 2004 y 2015; emerge, según lo enunciado en algunos estudios, de las dos categorías anteriores, a saber: los fenómenos de movilidad entre habitantes de zonas endémicas a otros países y de habitantes de zonas no endémicas a zonas endémicas bajo el rol de turistas.

Para Feliciangeli, Benítez, Reyes, *et al* (2004); reportes de infecciones humanas por *T. Cruzi*, casos agudos y crónicos de Enfermedad de Chagas en la región amazónica en países limítrofes; llaman a la reflexión acerca de la necesidad de una investigación sobre la posible presencia de infección/enfermedad en los habitantes de la región amazónica Venezolana. Lo anterior, debido a la abundancia de reservorios y vectores, y nuevos factores de riesgo como la deforestación, minería, migración poblacional y nuevos asentamientos que podrían favorecer la circulación del parásito en dicha región (36).

Briceño-León y Méndez plantearon, en 2007, que los cambios en las poblaciones endémicas han generado que, en zonas no endémicas, pueda haber casos seropositivos para Enfermedad de Chagas; especialmente, por la migración interna campo-ciudad bajo precarias condiciones de vida y las inmigraciones a otros países en donde la enfermedad es desconocida. Para los autores, la voluntad política de cuidar el control y prevención sobre la Enfermedad de Chagas es esencial para mantener y reducir las cifras de transmisión. Concluyen que es necesario, dadas las tendencias de migración de nuestros tiempos globalizantes, que la enfermedad de Chagas se de a conocer al cuerpo médico en donde se acogen poblaciones que han estado cercanas o en contacto con áreas endémicas (37).

Briceño-León (2007), tras estudiar diversos patrones de asentamientos indígenas y las nuevas dinámicas económicas, afirma que los factores que limitaban la presencia de la Enfermedad de Chagas en la Amazonía están cambiando; por lo tanto, parece plausible la hipótesis de un aumento en la incidencia de la enfermedad, a través de un proceso similar al que se produjo hace varios siglos en los Andes. La enfermedad de Chagas podría convertirse en un problema de salud pública importante en la Amazonía y, a la vez, como un efecto perverso de la globalización en los procesos de ocupación territorial (38).

Por su parte Moncayo (2007) identificó las tendencias de la Enfermedad de Chagas en América Latina revisando los planes nacionales y multinacionales de prevención, control y erradicación de la enfermedad. Encontró que en todos la mitigación se da desde el control del vector, más no mejorando las causas estructurales por las cuales se está en riesgo. A pesar de ello, para Moncayo, cien años después de haber sido descubierta la enfermedad de Chagas, el control de la transmisión vectorial por fumigaciones con insecticidas de acción residual de las viviendas infestadas y de la transmisión por vía transfusional por tamizaje de las muestras de sangre para transfusiones, ha reducido la incidencia de esta enfermedad en los países del Cono Sur (39).

Baranchuk, Rosas, Morillo (2007) advierten que ha habido un aumento de casos con seropositividad adquiridos en zonas endémicas y un mayor riesgo de infección con Enfermedad de Chagas mediante donación de sangre u órganos en países desarrollados. Para los autores, la enfermedad de Chagas es un reflejo de la pobreza y aún genera aproximadamente 40.000 muertes anuales. La migración de miles de latinoamericanos a países desarrollados, junto con la identificación de

casos índice en estos países, alertó a las autoridades de salud sobre la posibilidad de tener casos autóctonos, o casos crónicos, en sujetos provenientes de zonas endémicas. Su conclusión es que la presencia de casos de enfermedad de Chagas en los países desarrollados ha dejado de ser un mito, para transformarse en una realidad (40).

Moncayo y Silveira encontraron, en 2009, que las tendencias epidemiológicas en las zonas endémicas son a la baja; aunque, en la última década, al dejar en un "descuido" esta enfermedad y otras tropicales, como la malaria y el dengue, ha habido un leve aumento. La problemática que alarma es la migración del vector por cambios climáticos y movimientos migratorios (41).

Sanmarino (2009), tras realizar una línea de tiempo sobre investigación acerca de la Enfermedad de Chagas, afirma que la comunidad científica ha avanzado en la comprensión de la enfermedad, su prevención y tratamiento; pero es necesario un proceso de continua adaptación a las nuevas realidades del Chagas; es decir, a su urbanización y globalización. Así las cosas, la autora plantea que la respuesta que, a principios del siglo XXI, debe darse no puede ser exclusivamente entomológica o médica, sino que debe darse en un contexto social y sanitario más amplio, que implique a los distintos niveles del gobierno y la sociedad civil. Para ella, es necesario un enfoque integral, orientado no sólo a evitar la enfermedad sino a la promoción de la salud de la población, siendo imaginativos, flexibles y desprejuiciados que permita comprender de qué manera quienes tienen Chagas perciben su estado y le dan un sentido en términos del proceso de salud-enfermedad (42,43).

En este mismo sentido, Zabala (2009) plantea que la meta que la sociedad debe plantearse no es tan sólo encontrar un modo de evitar la enfermedad, sino de responder con todos los medios sociales y ambientales posibles para mejorar la calidad de vida de las personas y alcanzar la salud como algo más que la ausencia de la enfermedad. En palabras del autor, se ha permitido disminuir la transmisión transfusional, pero la inmigración internacional ha cambiado la situación epidemiológica, pues en Estados Unidos y España viven miles de enfermos que habían sido infectados décadas antes y no encuentran atención adecuada. También llama la atención sobre los nuevos y sorprendentes episodios de transmisión oral para la Enfermedad de Chagas (44).

Por ejemplo, Dias (2012), al analizar algunas tendencias perceptibles o estimadas de la Enfermedad de Chagas para los próximos veinte años, encuentra que, al ser catalogada como una enfermedad de pobres, la centralización de todo su proceso está en manos estatales y esto ha generado una tendencia regresiva de transmisión de la enfermedad (45).

Por otro lado, Rodrigues, Albajar, Junqueira (2014), al analizar las características de la enfermedad en los países en las Américas y el problema de la migración a los países no endémicos, encontraron que la Enfermedad de Chagas es un padecimiento enraizado a las características de las poblaciones que eran tradicionalmente rurales y empobrecidas. En la actualidad, dada la inexistencia de prevención y control de la Enfermedad de Chagas en países no endémicos, se presenta una tendencia de transmisión por transfusión sanguínea (46).

Pérez-Molina, Martínez, Norman, *et al* (2015) ilustran los desafíos de una infección cada vez más común en los países no endémicos, agudizados por el desconocimiento de la enfermedad en lugares no endémicos. Afirman que la conciencia, entre los proveedores de atención de salud en los países no endémicos, debe fortalecerse sobre el requerimiento urgente de nuevos enfoques terapéuticos (47).

Las tendencias epidemiológicas actuales de la Enfermedad de Chagas están íntimamente relacionadas con la migración y los fenómenos impulsados por la globalización. Es decir, en zonas llamadas endémicas se percibe una tendencia a la baja, posiblemente relacionado con el fenómeno migratorio interno de los países de lo rural a lugares urbanos más no por la efectividad de los tratamientos o el acceso a los cuidados de salud. Al mismo tiempo, en las zonas no endémicas se ha encontrado una tendencia a la alza, probablemente relacionado con la migración de personas que vivían con la enfermedad antes de llegar al país receptor. Esta situación es difícil para el inmigrante pues, por lo general, en los países de zonas no endémicas no tienen el conocimiento sobre cómo manejar la enfermedad o las personas no tienen el acceso a los cuidados necesarios.

1.4 Urbanización de la Enfermedad de Chagas

Esta categoría también ha tenido un desarrollo reciente, entre los años 2007 y 2015; emerge, según lo enunciado en algunos estudios de las tres categorías anteriores, a saber: los fenómenos de inmigración entre habitantes de zonas endémicas a otros países y también de habitantes de zonas no endémicas a zonas endémicas bajo el rol de turistas que luego vuelven a la urbe que habitualmente habitan.

En 2007 Schmunis, identificó el rol de la migración internacional en la transmisión de la Enfermedad de Chagas y halló que los principales destinos de esta inmigración son Australia, Canadá, España y Estados Unidos. De hecho, la infección humana, a través de la sangre o trasplante de órganos, así como casos confirmados o potenciales de infecciones congénitas, se han descrito en España y en los Estados Unidos. Para Schmunis, los países no endémicos que reciben los inmigrantes de las zonas endémicas deben desarrollar políticas para proteger a los receptores de órganos de la infección por *T. cruzi* evitar contaminar el suministro de sangre y poner en práctica la prevención secundaria de la enfermedad de Chagas congénita (48).

Para Marconcini (2007), este ciclo de urbanización de la Enfermedad de Chagas ha involucrado también ciudades como Buenos Aires, en Argentina, pues esta ciudad ha recibido inmigrantes desde hace por lo menos 30 años. En su estudio, encontró que el 43,8% de las madres de estudiantes de la provincia de Buenos Aires son nativas de provincias endémicas y el 9,8% provienen de países endémicos (49).

Por su parte, Bayer, Hunter, Gilman, *et al* (2009) analizaron las implicaciones de las migraciones internas, respecto a la Enfermedad de Chagas, en Arequipa, Perú y encontraron que era poco probable que los migrantes asentados en las barriadas de Arequipa hayan traído triatominos a la ciudad. Sin embargo, los frecuentes movimientos estacionales, el patrón de asentamiento de las chabolas y la cría de animales domésticos, por parte de los residentes, crean un ambiente favorable para la proliferación del vector y su dispersión. Para los autores, el patrón de migración humana es un importante determinante subyacente del riesgo de enfermedad de Chagas en los alrededores de Arequipa. La migración temporal por parte de los residentes de barriadas periurbanas proporciona una vía de entrada de los vectores en estas comunidades (50).

Kapelusznik, Varela, Montgomery, *et al* (2013) realizaron un estudio para determinar la existencia, o no, de la Enfermedad de Chagas en donantes de sangre en Argentina con sujetos provenientes de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Perú, Paraguay y Venezuela. Los investigadores encontraron que el 13% de los participantes estaban infectados

con *T. cruzi* y ninguno tenía conocimiento previo de su infección. Los países de origen de los pacientes infectados fueron: Bolivia, Brasil, Ecuador, El Salvador y Venezuela (51). Si bien este estudio no es de corte cualitativo, da cuenta del fenómeno migratorio y de urbanización de la Enfermedad de Chagas.

Finalmente, Náquira (2014) intenta corroborar el proceso de urbanización de la Enfermedad de Chagas en Perú y, una vez desarrollo su estudio (de tipo mixto), afirma que la colonización de parásitos, vectores y hospederos de la enfermedad de Chagas están directamente relacionados con la dinámica de la urbanización. A medida que la ciudad crece, las poblaciones de vectores se expanden. El proceso, sin embargo, no es inmediato y corresponde estrechamente al período durante el cual las nuevas urbanizaciones son informales; es decir, antes que los residentes obtengan el título de propiedad del terreno donde residen. Sin embargo, cuando dicha formalización no se acompaña de normas de zonificación razonables y aplicables, crean el hábitat apropiado para los insectos triatomínicos; estableciéndose así la urbanización de la enfermedad de Chagas; que, a su vez, está íntimamente vinculada con la tenencia de animales domésticos en las viviendas (52).

Con este recorrido, se puede afirmar que la urbanización de la Enfermedad de Chagas obedece a la sinergia entre dos fenómenos: uno de carácter migratorio (interno o externo) de personas que pueden conocer o no su estado de chagásico; conjugado con el segundo, la tenencia de hábitos y costumbres propias del campo como la tenencia de animales que ayudan al establecimiento de los vectores y, luego, su expansión en el terreno ya habitado.

Conclusiones

A partir de la revisión realizada, se puede concluir que la investigación sobre los aspectos sociales de la Enfermedad de Chagas se ha desarrollado desde 1985. Estos estudios han estado alrededor de cuatro categorías interrelacionadas entre sí, a saber: la prevención, control y erradicación de la Enfermedad de Chagas; los aspectos socioculturales y económicos relacionados con ésta; las tendencias epidemiológicas de la Enfermedad de Chagas y su relación con la migración; y la urbanización de la enfermedad.

Según los diversos estudios revisados, existen varios programas sobre prevención, control y erradicación de la Enfermedad de Chagas; sin embargo, estos deben tener presente que la enfermedad es de difícil erradicación. Se debe trabajar arduamente por el control de la enfermedad, las nuevas dinámicas de transmisión de la enfermedad (como la oral o por transfusiones sanguíneas en los países de zonas no endémicas), las barreras de acceso a su tratamiento y el adecuado diagnóstico temprano.

Los estudios sobre aspectos socioculturales y económicos de la Enfermedad de Chagas permite vislumbrar que los conocimientos, actitudes y prácticas frente a la enfermedad, su padecimientos y afrontamiento están mediados por las diferencias económicas, educativas, étnicas, el acceso a los servicios de cuidado, prevención y control de la enfermedad, las políticas instauradas por los Estados, y por la forma de abordarse: netamente como un problema biomédico o como un asunto relacionado con variadas y diversas dinámicas socioculturales y medioambientales que, en el siglo XXI, debe ser abordada por medio de un enfoque integral, orientado no sólo a evitar la enfermedad, sino a la promoción de la salud de la población, que permita comprender de qué manera los pacientes chagásicos perciben su estado y le dan sentido a su proceso salud-enfermedad.

Los pitos (Triatomíneos) hacen parte de la cotidianidad de las personas que viven en zonas rurales o semi-urbanas (pueblos), son un tipo de insecto más, junto con los demás con lo que conviven. Si bien se tiene conocimiento que este insecto es el transmisor de la Enfermedad de Chagas y, algunas personas saben que el agente causal de la enfermedad es otro "animal" más pequeño (parásito, bacteria, virus,) que habita en el pito, no hay una asociación consiente entre la presencia (del triatoma y el T. Cruzi) y la posibilidad de infectarse. Para otras personas, la presencia de la sangre evoca que el insecto le está haciendo un daño y, en ocasiones, esto invita a tomar acciones específicas como la fumigación o la captura de los mismos.

Las tendencias epidemiológicas actuales de la Enfermedad de Chagas están íntimamente relacionadas con la migración y los fenómenos impulsados por la globalización. Es decir, en zonas llamadas endémicas se percibe una tendencia a la baja, posiblemente relacionado con el fenómeno migratorio interno de lo rural a lo urbanos dentro de los países. En las zonas no endémicas se ha encontrado una tendencia a la alza, probablemente relacionado con la migración de personas que vivían con la enfermedad antes de llegar al país receptor. Esta situación es difícil para el inmigrante, pues, por lo general, en los países de zonas no endémicas, no tienen el conocimiento sobre cómo manejar la enfermedad, o las personas no tienen el acceso a los cuidados necesarios. Sumado a esto, la inexistencia de prevención y control de la Enfermedad de Chagas, en los países no endémicos, favorecen la transmisión por transfusión sanguínea o por donación de órganos.

Finalmente, la urbanización de la Enfermedad de Chagas obedece a la sinergia entre dos fenómenos: uno de carácter migratorio (interno o externo) de personas que pueden conocer o no su estado seropositivo para Enfermedad de Chagas; conjugado con el segundo, la tenencia de hábitos y costumbres propias del campo, como la tenencia de animales que ayudan al establecimiento de los vectores, y, luego, su expansión en el terreno ya habitado.

Es de resaltar que, sobre la Enfermedad de Chagas, son pocos los estudios que realizan análisis estrictamente desde las ciencias sociales, o mediante enfoques cualitativos propiamente dichos, siendo una limitación de esta revisión.

Referencias bibliográficas

1. **MacCornmack C.** Anthropology and the Control of Tropical Disease. *Anthropology today* 1985; 1(3): 14-16.
2. **Tonn R.** Problemas e implicaciones del control integrado de la enfermedad de Chagas. En: R. U. Carcavallo, I. R. Rabinovich, R. J. Tonn (eds). Factores biológicos y ecológicos en la enfermedad de Chagas. Buenos Aires: OPS/Servicio Nacional de Chagas, 1985: pp. 331-38.
3. **Zicker F.** Chaga's disease and social security. A case-control study in an urban area, Goiás, Brazil. *Rev. Saúde públ.* 1988; 22(4): 281-287.
4. **Dias JCP, Schofield CJ, Silveira AC.** The Impact of Chagas Disease Control in Latin America - A Review. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2002; 97(5): 603-612.

5. Cucunubá ZM, Flores AC, Knudson A, *et al.* Enfermedad de Chagas aguda en Colombia, una entidad poco sospechada. Informe de 10 casos presentados en el periodo 2002 a 2005. *Biomédica* 2007; 27(Supl.1): 8-17.
6. Silveira AC. Epidemiological and social determinants of Chagas disease and its control in the Amazon countries - Group discussion. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2007; 102(Supl. 1): 71-74.
7. Serrano O, Mendoza F, Suárez B, *et al.* Seroepidemiología de la enfermedad de Chagas en dos localidades del municipio Costa de Oro, estado Aragua, Venezuela. *Biomédica* 2008; 28: 108-115.
8. Gürtler RE, Kitron U, Reithinger R, *et al.* Eliminating Chagas disease Challenges and a roadmap. *British Medical Journal* [En línea] 2009 [Fecha de consulta: 14 de septiembre de 2015]; 338(7702): 1044-1066. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/20512791>
9. Pinto Dias JC. Elimination of Chagas disease transmission: perspectives. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2009; 104(1): 41-45.
10. Albor LC, Hennink MM, Leon JS, *et al.* Barriers to Testing and Treatment for Chagas Disease among Latino Immigrants in Georgia. *Journal of Parasitology Research* 2012; 2012(295034).
11. Crespo-González JJ, Ríos-Osorio LA, Zapata-Tamayo MA. Etnometodología para la Comprensión y El Manejo de la Enfermedad de Chagas en Las Poblaciones Indígenas Wiwa Asentadas en la Vertiente Suroriental de La Sierra Nevada de Santa Marta. *Saúde Soc.* 2012; 21(2): 446-457.
12. Ruoti M, Rusomando G. Prevención de la enfermedad de Chagas en comunidades indígenas de departamentos endémicos del Paraguay: investigación participativa. *Revista de Trabajo Social - FCH - UNCPBA* 2012; 5(8): 90-103.
13. Manne JM, Snively CS, Ramsey JM, *et al.* Barriers to Treatment Access for Chagas Disease in Mexico. 2013; 7(10).
14. Rodríguez-Coura J. Chagas disease: control, elimination and eradication. Is it Possible? *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2013; 108(8): 962-967.
15. Rosecrans K, Cruz Martin G, King A, *et al.* Opportunities for Improved Chagas Disease Vector Control based on Knowledge, Attitudes and Practices of Communities in the Yucatan Peninsula, Mexico. *PLOS Neglected Tropical Diseases* 2014; 8(3): 1-11.
16. Pinto-Dias JC. Aspectos socio-culturales relativos al vector de la enfermedad de Chagas. In: Factores biológicos y ecológicos en la enfermedad de Chagas (R. U. Carcavallo, I. R. Rabinovich, R. J. Tonn, eds.) *OPS/Servicio Nacional de Chagas* 1985: 289-304.

17. [Ávila-Montes G, Martínez-Hernández M, Ponce C, et al.](#) La enfermedad de Chagas en la zona central de Honduras: conocimientos, creencias y prácticas. *Rev Panam Salud Pública* 1998; 3(3): 158-163.
18. [Crocco L, Sanmartino m.](#) Conocimientos sobre la enfermedad de Chagas y sus factores de riesgo en comunidades epidemiológicamente diferentes de Argentina. *Rev Panam Salud Pública* 2000; 7(3): 173-178.
19. [Auger S, Storino R, Sanmartino M, et al.](#) Aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la discriminación del paciente chagástico en Argentina. *Rev. Salud Pública* 2002; 4(3): 258-269.
20. [León-Canelón M, Páez-Rovira D.](#) Representaciones sociales de la enfermedad de Chagas en comunidades en riesgo: creencias, actitudes y prevención. *Revista Interamericana de Psicología* 2002; 36(1, 2): 215-236.
21. [Cabrera R, Mayo C, Suárez N, et al.](#) Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la enfermedad de Chagas en población escolar de una zona endémica del Perú. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(1): 147-154.
22. [Briceño-León R.](#) Las dimensiones sociales de la enfermedad de Chagas. En: Rosas F, Vanegas D, Cabrales M, (eds). *Enfermedad de Chagas*. Bogotá, DC: Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular; 2007: 197-204.
23. [Briceño-León R.](#) La enfermedad de Chagas en las Américas: una perspectiva de ecosalud. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(supl. 1): 571-582.
24. [De Oliveira W.](#) All-around care for patients with Chagas disease: a challenge for the XXI century. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2009; 104(Suppl. 1): 181-186.
25. [Guadalupe Pérez SM, Hernández Meléndrez E, Rodríguez Cabrera A.](#) La enfermedad de Chagas como un rezago social en salud. *Revista Cubana de Salud Pública* 2010; 37(1): 159-174.
26. [Alvar J, Moya-Alonso L.](#) Stigmatizing neglected tropical diseases: a systematic review. *Social Medicine* 2010; 5(4): 218-227.
27. [Genero S, Nasir J, Cayre M, et al.](#) Conocimientos y actitudes en relación con la enfermedad de Chagas en la población de Avia Terai, provincia del Chaco. *Revista Argentina de Salud Pública* 2011; 2(9): 1-50.
28. [Celis d, Guevara de Sequeda M, Rattia Verenzuela J.](#) Estilos de vida en individuos con enfermedad de Chagas. Estado Aragua, Venezuela. *Espacio Abierto Cuaderno Venezolano de Sociología* 2012; 21(4): 757-773.
29. [Sanmartino M, Mengascini A, Menegaz A, et al.](#) Miradas caleidoscópicas sobre el Chagas. Una experiencia educativa en el Museo de La Plata. *Revista Eureka sobre Enseñanza y Divulgación de las Ciencias* 2012; 9(2): 265-273.

30. [Streiger M, Masi R, Mainero MC, et al.](#) Perspectiva interdisciplinaria para el abordaje de una enfermedad infecciosa: Chagas o tripanosomiasis americana. *Revista de Salud Pública* 2012; 1:42-47.
31. [Sanmartino M, Avaria A, Gomez i Prat J, et al.](#) Que no tengan miedo de nosotros: el Chagas según los propios protagonistas. *Comunicação Saúde Educação* 2015; DOI: 10.1590/1807-57622014.1170.
32. [Ventura García L, Roura M, Pell C, et al.](#) Socio-cultural aspects of Chagas disease: A systematic review of qualitative research. *PLOS Neglected Tropical Diseases* 2013; 7(9): 1-8.
33. [Muñoz-Viches J, Salas-Coronas J, Guitierrez-Izquierdo MI, et al.](#) Conocimiento de la enfermedad de Chagas por parte de los profesionales sanitarios de tres hospitales en la provincia de Almería. *Rev. Esp Salud Pública* 2013; 87(3): 267-275.
34. [Suárez B, Hernández M, Duque N, et al.](#) Conocimientos sobre la enfermedad de Chagas en los estados Barinas y Portuguesa, Venezuela. *Boletín de Malariología y Salud Ambiental* 2004; 44(2): 109-118.
35. [Llovet I, Dinardi G.](#) Etnicidad, participación social y re-infestación de viviendas en el chaco argentino: un enfoque de Ecosalud de la enfermedad de las Chagas. *Espacio Abierto Cuaderno Venezolano de Sociología* 2014; 23(2): 305-324.
36. [Felicangeli D, Benítez J, Reyes P, et al.](#) ¿Hay enfermedad de Chagas en la zona amazónica de Venezuela? *Boletín de Malariología y Salud Ambiental* 2004; 44(2): 67-76.
37. [Briceño-León R, Méndez Galvan J.](#) The social determinants of Chagas disease and the transformations of Latin America. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2007; 102(suppl. 1): 109-112.
38. [Briceño-León R.](#) Chagas disease and globalization of the Amazon. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(sup. 1): 33-40.
39. [Moncayo A.](#) Situación y tendencias de la enfermedad de Chagas en América Latina. En: Rosas F, Vanegas D, Cabrales M, (eds). *Enfermedad de Chagas*. Bogotá, DC: Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular; 2007: 221-224.
40. [Baranchuk A, Rosas F, Morillo CA.](#) Enfermedad de Chagas en países desarrollados: mito o realidad. En: Rosas F, Vanegas D, Cabrales M, (eds). *Enfermedad de Chagas*. Bogotá, DC: Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular; 2007: 217-219.
41. [Moncayo A, Silveira CA.](#) Current epidemiological trends for Chagas disease in Latin America and future challenges in epidemiology, surveillance and health policy. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2009; 104(Suppl. 1): 17-30.

42. **Sanmartino A.** 100 años de Chagas (1909–2009): revisión, balance y perspectiva. *Rev. Soc. Entomol. Argent.* [En línea] 2009 [Fecha de consulta: 25 de agosto de 2015]; 68(3-4): 243-252. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/rsea/v68n3-4/v68n3-4a01.pdf>
43. **Sanmartino M.** "Tener Chagas" en contexto urbano: concepciones de varones residentes en la región de la Plata (Argentina). *Rev Biomed* 2009; 20:2016-227.
44. **Zabala JP.** Historia de la enfermedad de Chagas en Argentina: evolución conceptual, institucional y política. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 2009; 16(Supl.1):57-74.
45. **Pinto Dias JC.** Tendencias sociales de la enfermedad de Chagas para las próximas décadas. *Salud Colectiva* 2012; 8(supl. 1): 39-48.
46. **Rodríguez Coura J, Albajar Viñas P, Junqueira A.** Epidemiology, short history and control of Chagas disease in the endemic countries and the new challenge for non-endemic countries. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2014; 109(7): 856-862.
47. **Pérez Molina JA, Martínez Pérez A, Norman AF, et al.** Old and new challenges in Chagas disease. *Lancet Infect Dis* [En línea] 2015 [Fecha de consulta: 27 de agosto de 2015]; 1-10. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(15\)00243-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(15)00243-1)
48. **Schmunis GA.** Epidemiology of Chagas disease in non-endemic countries: the role of international migration. *Mem inst Oswaldo Cruz* 2007; 102(Suppl. 1): 75-85.
49. **Marconcini GM.** Urbanización de la enfermedad de Chagas: Encuesta sospecha. *Revista Argentina De Cardiología* 2008; 76(2): 123-126.
50. **Bayer AM, Hunter GC, Gilman RH, et al.** Chagas disease, migration and community settlement patterns in Arequipa, Peru. *PLOS Neglected Tropical Diseases* 2009; 3(12): 1-9.
51. **Kapelusznik L, Varela D, Montgomery SP, et al.** Chagas disease in Latin American immigrants with dilated cardiomyopathy in New York City. *Brief Report* [En línea] 2013 [Fecha de consulta: 14 de septiembre de 2015]; CID 2013:57: 7-10. Disponible en: <http://cid.oxfordjournals.org/>
52. **Naquira C.** Urbanización de la enfermedad de Chagas en el Perú: experiencias en su prevención y control. *Rev Perú Med Exp Salud Pública* 2014; 31(2):343-347.