

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**La relación de los saberes comunales con la transmisión y la atención del
dengue, el chikungunya y el zika. Jicaral y Lepanto,
distrito Lepanto, Puntarenas. 2015-2018**

Sustentante:

**Ania Corrales Guadrón
Carné: 945119**

Comité Asesor:

**Lic. Eduardo Bolaños Mayorga (Director)
M.Sc. Jimena Escalante Meza (Lectora)
Lic. Andrés Jiménez Corrales (Lector)**

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio

Mayo, 2021



xx

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGIA

ACTA DE PRESENTACIÓN DE REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN No. 210

Sesión del Tribunal Examinador celebrada de manera virtual el día viernes veintiocho de mayo del dos mil veintiuno, a las diez horas, con el objeto de recibir el informe oral de la presentación pública de la:

Table with 3 columns: SUSTENTANTE, CARNE, AÑO DE EGRESO. Row 1: Ania Corrales Guadrón, 945119, 2-2009

Quién se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación bajo la modalidad de Tesis, para optar al grado de Licenciatura en PSICOLOGÍA.

El tribunal examinador procede a presentarse y brindar su nombre completo, ubicación, su papel como miembro en el tribunal examinador, además indican que reciben video, audio y datos.

Table titled 'Tribunal Examinador' with 2 columns: Name, Role. Rows include M.Sc. Teresita Ramellini Centelia (Presidenta), M.Sc. María Andrea Araya Carvajal (Profesora Invitada), Lic. Eduardo Bolaños Mayorga (Director de T.F.G.), M.Sc. Jimena Escalante Meza (Miembro del Comité Asesor), Lic. Andrés Jiménez Corrales (Miembro del Comité Asesor)

ARTICULO I

La Presidenta informa que el expediente de la postulante contiene todos los documentos de rigor. Declara que cumple con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

ARTICULO II

La postulante hace la exposición oral de su trabajo final de graduación titulado: "La relación de los saberes comunales con la transmisión y la atención del dengue,

el chikungunya y el zika. Jicaral y Lepanto, distrito Lepanto, Puntarenas. 2015-2018”.

ARTICULO III

Terminada la disertación, el Tribunal Examinador hace las preguntas y comentarios correspondientes durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.

ARTICULO IV

De acuerdo al Artículo 39 del Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, el Tribunal Examinador considera el Trabajo Final de Graduación:

APROBADO (X) APROBADO CON DISTINCIÓN () NO APROBADO ()

Observaciones: Incorporar las observaciones al documento realizadas por el Tribunal Examinador.

ARTICULO V


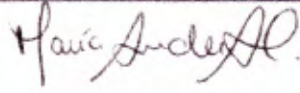
La Presidenta del Tribunal le comunica a la postulante el resultado de la deliberación y la declara acreedora al grado de Licenciatura en PSICOLOGÍA.

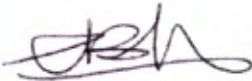
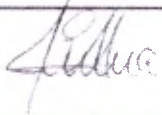
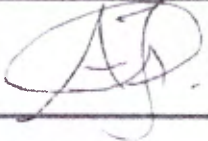

Se le indica la obligación de presentarse al Acto Público de Juramentación, al que será oportunamente convocada.

Se da lectura al acta que firman los Miembros del Tribunal Examinador y la Postulante. A las 12:40 pm se levanta la sesión.

Nombre:

Firma:

M.Sc. Teresita Ramellini Centella	
M.Sc. María Andrea Araya Carvajal	

Lic. Eduardo Bolaños Mayorga	
M.Sc. Jimena Escalante Meza	
Lic. Andrés Jiménez Corrales	
Ania Corrales Guadrón	

Resumen

Esta investigación constituye un estudio de casos comparativo guiado por el Objetivo General de determinar los saberes de los habitantes de uno y de otro género de Lepanto Centro, de Barrio El Sol, Barrio la Cruz y Barrio La Ceiba, del distrito Lepanto, Cantón Puntarenas, Región Pacífico Central, sobre el dengue, el chikungunya y el zika y sus mecanismos de transmisión, y la forma en que estas personas enfrentan estas enfermedades durante el periodo 2015-2018.

Por su naturaleza psicológico-cultural, asume el propósito de descubrir la relación entre los saberes comunitarios sobre la salud-enfermedad y, específicamente, acerca de las enfermedades vectoriales dengue, chikungunya y zika, y las formas de prevención y cuidado con que las comunidades del estudio hacen frente a estas tres enfermedades. Tiene la motivación de contribuir al reconocimiento de las comunidades como edificadoras de su propio saber médico en un entorno socio-cultural y ambiental propio, y de sus conocimientos como impulsores de estrategias de desarrollo que les correspondan, y en oposición al carácter directivo, conductor de los sistemas de asistencia médica higienizantes, de la institucionalidad biomédica, de sus objetivos de control del cuerpo social, y de sus efectos de fragmentación y desmovilización de las sociedades comunales para resolver sus problemas de salud-enfermedad.

La investigación arriba a los siguientes resultados fundamentales que no presentan diferencias significativas para las diferentes comunidades del estudio:

En todas las comunidades del estudio, se confirma la centralidad de la biomedicina, tanto en el plano de los conocimientos, donde se detectó la asunción del pensamiento unicausal, reduccionista de las instituciones de salud transmitido por las campañas de educación y erradicación del mosquito *Aedes aegypti*, como en el desarrollo de las prácticas de atención, donde se detectó la preponderancia del modelo médico hegemónico, en una relación de hegemonía-subalternidad con otros modelos de atención, el popular casero, el tradicional. Se observó que, para hacer frente al dengue, el chikungunya y el zika, las mujeres y los hombres llevan a cabo un conjunto de prácticas de cuidado y curación en las que convergen el saber biomédico y el saber casero y comunitario, y que se concretizan en el marco de la experiencia cotidiana de la autoatención de la salud-enfermedad. Además del carácter estructural de la autoatención, se notó que influyen en la adopción de este modelo, factores relacionados con las carencias de los servicios públicos, con la ubicación geográfica con respecto a los centros asistenciales, y las características propias de estas enfermedades.

Se observa cómo se expresan claramente las dinámicas socioculturales y de género, los roles de género, - que funcionan como trasfondo-, tanto en los saberes como en las prácticas de prevención y curación de estas enfermedades vectoriales. Las mujeres se perfilan mayoritariamente como elaboradoras, acumuladoras y transmisoras de conocimientos y ejecutoras de las prácticas de cuidado y curación en la atención de estas enfermedades. Los hombres razonan y actúan en la situación de enfermedad, mayormente con base en sus experiencias de trabajo y sus modos de vida y en gran medida continúan ejerciendo sus actividades en el espacio público.

Se notó que un factor que incide de manera significativa en la elaboración y acumulación comunal de conocimientos y la elaboración de prácticas de atención, es la experiencia habida por haber padecido cualquiera de las tres enfermedades y enfermedades frecuentes, que ha engrosado los conocimientos de la comunidad.

Palabras clave: cultura, ambiente, salud, conocimientos y prácticas

Tabla de contenido

Introducción	1
Capítulo 1	6
Marco de referencia	6
1.1. Antecedentes de investigación	6
1.1.1. Antecedentes internacionales	6
1.1.2. Antecedentes nacionales	14
1.2. Marco teórico-conceptual	17
1.2.1. Procesos de significación y acción sobre la realidad social	17
1.2.2. Los saberes comunales en el proceso de la salud-enfermedad-atención	18
1.2.3. Formas culturales locales de utilización del ambiente	22
1.2.4. Balance	24
1.3. Pregunta de investigación	25
1.4. Objetivos de la investigación	27
Capítulo 2	28
Diseño metodológico	28
2.1. Descripción general del proceso metodológico	28
2.1.1. Definición del procedimiento para la selección de los y las participantes	29
2.1.2. Descripción de las personas participantes de la investigación	32
2.1.3. Descripción del procedimiento de recolección de la información	40
2.1.4. Sistematización y análisis de la información	46
2.2. Precauciones para la protección de las personas participantes en el estudio	51
Capítulo 3	52
El contexto histórico-social, ambiental y de salud de las comunidades del estudio	52
3.1. Características geográficas y sociales del espacio en estudio	52
3.2. La situación social, ambiental y de incidencia de las enfermedades vectoriales	58
3.2.1. La comunidad de Lepanto	58
3.2.2. La comunidad de Jicaral	72
Capítulo 4	86
Análisis de los resultados	86
4.1. Los conocimientos en torno a las enfermedades infecciosas del dengue, chikungunya y zika	86
4.1.1. Las causas de padecer dengue y zika. Lepanteños y lepanteñas	86
4.1.2. Las causas de enfermar de dengue, chikungunya y zika. Jicaraleños y jicaraleñas	98
4.1.3. Balance	109

<u>Capítulo 5</u>	111
<u>Análisis de los resultados</u>	111
<u>5.1. Las prácticas de atención del dengue, chikungunya y zika</u>	111
<u>5.1.1. Las vivencias de cuidado y tratamiento del dengue y el zika de los hombres y las mujeres de Lepanto</u>	111
<u>5.1.2 Las experiencias de cuidado y curación de los hombres y las mujeres de Jicaral, en torno al dengue, chikungunya y zika</u>	124
<u>5.1.3. Balance</u>	130
<u>Capítulo 6</u>	133
<u>Consideraciones finales</u>	133
<u>6.1. Conclusiones</u>	133
<u>6.2. Recomendaciones</u>	137
<u>7. Referencias bibliográficas</u>	141
<u>8. Anexos</u>	145
<u>Anexo 1</u>	145
<u>Anexo 2</u>	146
<u>Anexo 3</u>	147
<u>Anexo 4</u>	149
<u>Anexo 5</u>	1
<u>Anexo 6</u>	4
<u>Anexo 7</u>	7
<u>Anexo 8</u>	9

Índice de tablas

Tabla 1	33
-------------------------------	----

Caracterización socio-productiva de las y los participantes, Lepanto

Tabla 2	37
-------------------------------	----

Caracterización socio-productiva de las y los participantes, Jicaral

Índice de figuras

Figura 1	53
--------------------------------	----

Figura 2	61
--------------------------------	----

Figura 3	63
--------------------------------	----

Figura 4	65
--------------------------------	----

Figura 5	66
--------------------------------	----

Figura 6	75
--------------------------------	----

Introducción

La presente investigación, se propone estudiar la relación de los saberes de los habitantes de las localidades de Jicaral (Barrio La Cruz y Barrio La Ceiba) y de Lepanto (Centro y Barrio El Sol), distrito Lepanto, cantón Puntarenas, de la provincia Puntarenas¹, en torno al dengue, el chikungunya y el zika, con las formas de atención de estas dolencias y su transmisión.

El desarrollo de estas enfermedades se estudia desde el punto de vista del carácter inseparable del conocimiento y la práctica social, del saber cotidiano como proceso y práctica social. La investigación asume, así, la perspectiva del conocimiento como acción situada de Juan Sandoval; de tal manera que el conocimiento, como forma de práctica social que no surge en el vacío, debe ser analizado en un contexto, un cúmulo de relaciones sedimentadas, un trasfondo de naturaleza semiótico-material. En concordancia con esto, se analizan los procesos de salud-enfermedad-atención a la luz de las interrelaciones de lo socio-histórico y lo cultural y lo concerniente a la relación con el ambiente y la condición de género, con apoyo en las teorías de la salud-enfermedad como procesos estructurales de Eduardo L. Menéndez; la teoría de género en relación con las enfermedades transmitidas por vector de Arenas Monreal y otros autores, y de la Ecología Social de Enrique Leff.² Se parte de la idea expresada por Menéndez de que las enfermedades tienen significados sociales colectivos, pues, como hechos cotidianos y recurrentes, ellas y su atención, articuladas a la experiencia de vida de los sujetos y los grupos, son significadas por estos y con ello se produce un saber propio; las personas generan creencias, conocimientos y

¹ Jicaral y Lepanto se ubican en la parte sur de la Península de Nicoya, frente al Golfo de Nicoya.

² Los conceptos de Sandoval (2004), Menéndez (2002), Arenas Monreal y otros autores (2015) y Leff (2004), se desarrollan en el marco conceptual.

acciones: estructuran un saber comunitario. Existe, por lo tanto, una diversidad de formas de atención de la enfermedad y ella misma, por supuesto, adquiere una dinámica y una diferenciación específica en cada contexto.

Este estudio es de tipo cualitativo y asume una estrategia metodológica de estudios de casos con perspectiva comparativa. Los participantes son mujeres y hombres habitantes permanentes de cada una de las localidades, con un mínimo de diez años de residencia, jefes y jefas de hogar entre 25 y 55 años, con diferentes oficios y ocupaciones (en el ámbito doméstico, en la pesca, en actividades agrícolas, en educación, en servicios y en otras labores). La población participante incluye tanto a personas que hayan sufrido las enfermedades o hayan tenido contacto directo con ellas, como a las que no lo hayan hecho. El periodo de investigación comprendió entre el 1 de octubre de 2015 y el 31 de mayo de 2018, debido a que en esta área y específicamente en la comunidad de Jicaral, en los años 2015 y 2016, se presentaron dos brotes, uno de chikungunya y otro de zika, que marcaron un comportamiento distinto de las enfermedades en los últimos cinco años.

La investigación se realizó en dos localidades del Cantón Puntarenas, región Pacífico Central, ubicadas en la Península de Nicoya, porque esta zona ha tenido especial relevancia en el territorio nacional en cuanto a incidencia de las tres enfermedades; cabe mencionar que, desde la reemergencia del dengue en 1993³, así como durante el quinquenio 2009-2013, presentó las tasas de incidencia más altas del país⁴. En el año 2016 continuó la situación de preponderancia en el Pacífico Central; así, en la Semana Epidemiológica N°36 (terminada el 10 de setiembre), se dio

³ El virus del dengue se reintroduce en 1993 en Costa Rica, después de que se certificó la erradicación del *aedes aegypti* en 1955 (Morice et al., 2009, p. 197).

⁴ Ver Anexo N°1: gráfico “Incidencia quinquenal de dengue por región” y cuadro “Cantones más afectados por dengue, Costa Rica” (Delgado, 2017, pp. 1- 3).

allí la tasa de incidencia de dengue más alta por región⁵. Un dato relevante para este estudio es que en el 2015 la incidencia de dengue en Costa Rica fue de 36 casos por cada 10 mil habitantes, mientras en ese mismo año, en la Península de Nicoya (distritos de Lepanto, Paquera, Cóbano e Isla Chira, cuya población era de 28.342 habitantes), la incidencia fue mucho mayor, pues hubo 469 casos de dengue; es decir, 165 casos por cada 10 mil habitantes. Además, se ha complicado la situación de los habitantes de estas regiones con la aparición del chikungunya en el año 2014 y del zika en el 2016. Existe entonces una relación histórica entre la vida diaria de los pobladores y las pobladoras de estas localidades, y las enfermedades en estudio.

Por otra parte, vale la pena destacar que la forma de transmisión del dengue, el chikungunya y el zika, tiene por sí misma implicaciones para la investigación. El desarrollo de las tres enfermedades puede ser estudiado en forma conjunta debido a que las tres son transmitidas por vector⁶ y a que es el mismo vector el que las trasmite, el mosquito *aedes aegypti*⁷. Este mosquito posee gran capacidad para adaptarse a temperaturas altas y bajas; habita dentro de las casas en depósitos de agua y sitios húmedos, y vive en un radio de cien metros de su criadero, de manera que el ambiente, -entorno humano y medio natural-, juegan un papel muy importante para su reproducción. Esto conlleva a establecer preguntas sobre la posible correlación de la constitución del proceso de enfermedad con un particular trasfondo sociocultural, que implica usos y manejos del medio natural también particulares.

Los estudios realizados sobre esta materia en el país, muestran que la información disponible gira en torno a los conocimientos y las prácticas de las personas en relación con la presencia, la reproducción del vector *Aedes aegypti*; a la detección de las enfermedades, y a la

⁵ Ver Anexo N°2: gráfico “Tasa de incidencia de dengue por región” (Delgado, 2017:2).

⁶ En el capítulo Contextualización e realiza una explicación sobre que son los vectores.

⁷Para conocer las características de cada una de las enfermedades, ver anexo N°3.

prevención por medio de medidas sanitarias. No se encontraron investigaciones que tomen en consideración el grupo cultural del cual son parte las personas para intentar comprender sus vivencias, sus conocimientos y significaciones en relación con la atención de sus dolencias, específicamente del dengue, el chikungunya y el zika. Con esta investigación se quiso contribuir a llenar en algo ese vacío.

Además, por la trascendencia de las epidemias del dengue, el chikungunya y el zika para el país y específicamente para las autoridades en salud, y tomando en cuenta las especiales consecuencias de ellas en las comunidades de la región Pacífico Central, se considera necesario buscar maneras de combatirlas que vayan más allá de las medidas de sanidad y las acciones de instrucción sobre sus causas, maneras no excluyentes, sino que quizá puedan coadyuvar a dar solución a este problema. En este sentido, podría contribuir el aplicar formas diferentes de investigación al abordaje de sus procesos de propagación, explorar la realidad con otros criterios; por ejemplo, el de visualizar la producción de conocimiento-acción sobre los padecimientos en los diversos contextos socioculturales y ambientales de las comunidades. Esta consideración, motivó el presente estudio.

Por otra parte, el contenido de este trabajo de investigación se desarrolla de la siguiente manera: en el capítulo Marco de Referencia se desglosan los principales antecedentes investigativos internacionales y nacionales que son sustento de la pregunta y los objetivos de la investigación; seguidamente, se plantea el Marco Teórico-Conceptual donde se exponen los ejes conceptuales con las principales categorías que dan cuerpo al estudio.

De seguido, en el capítulo Diseño Metodológico se lleva a cabo una descripción general del proceso metodológico, se detalla el procedimiento de recolección de la información, y cómo se realizó la sistematización y análisis de la misma. Posteriormente, se desarrolla el capítulo sobre

el contexto histórico-social, ambiental y de salud de las comunidades del estudio, con la finalidad de situar a las personas participantes en sus realidades locales y regionales. Se resalta cómo ha sido la relación histórica en cuanto a presencia y prevalencia de estas dolencias de transmisión vectorial en la zona regional y local de la investigación.

Enseguida, se encuentra el capítulo que presenta el análisis de los resultados de la investigación acerca de los conocimientos de las causas de las enfermedades del dengue, chikungunya y zika, de las personas participantes, de las comunidades de Jicaral y las de Lepanto. El siguiente, es el capítulo análisis de los resultados correspondiente a las prácticas de atención en el cuidado y tratamiento de estos padecimientos vectoriales de los hombres y las mujeres de las localidades de lepanteñas y jicaraleñas. Luego, está presente el capítulo que corresponde a las consideraciones finales, en el que se plantean las conclusiones y las recomendaciones producto del proceso investigativo.

Por último, se presentan las referencias bibliográficas y los anexos.

Capítulo 1

Marco de referencia

El presente capítulo expone algunos estudios internacionales y nacionales que se han realizado previamente a esta investigación. Además, se desarrollan los ejes teórico- conceptuales que guían este trabajo investigativo, los cuales son: procesos de significación y acción sobre la realidad social, saberes comunales en el proceso de salud-enfermedad-atención y las formas culturales locales de utilización del ambiente. Por último, se plantea el problema de investigación seguido del objetivo general y los objetivos específicos del estudio.

1.1. Antecedentes de investigación

1.1.1. *Antecedentes internacionales*

Para la revisión bibliográfica se buscaron referentes sobre los siguientes temas:

dengue-conocimientos, dengue-prevención, dengue-participación comunitaria, enfermedades vectoriales-ambiente, enfermedades vectoriales-salud comunitaria, género-enfermedades vectoriales, chikungunya-conocimientos, y enfermedades vectoriales-prácticas sociales.⁸

Revisten importancia para el presente estudio, las investigaciones realizadas fuera de Costa Rica que se presentan a continuación:

⁸Con respecto a las enfermedades, la información presenta limitaciones relacionadas con la fecha en que cada una apareció. Sobre el chikungunya y el zika, por su presencia y desarrollo más tardíos, las limitaciones son mayores.

Caballero *et al.* (2006), exploraron durante el 2003 las dimensiones conceptuales del dengue, mediante el estudio de las actitudes comunitarias relacionadas con las campañas preventivas realizadas en tres municipios urbanos, Cuauhtémoc, Tapachula, y Tonalá, de México, comunidades que presentaban distintas prevalencias de dengue. El estudio se realizó a través de 130 entrevistas semiestructuradas. Se concluyó allí que predominan patrones de clasificación normativa, según los cuales los informantes concibieron como centrales las acciones públicas que desarrollan instituciones oficiales de salud, mientras otorgaron menor relevancia a las acciones de participación comunitaria e individual (p.128).

En relación con el campo cultural, la principal hipótesis del estudio es la de que las concepciones sobre el dengue parecen favorecer tanto un enfoque preventivo de baja participación comunitaria autogestiva (por ser estas concepciones muy dependientes de las acciones del sistema oficial de salud), como una percepción que atribuye el riesgo del dengue a personas que están fuera del entorno más cercano de la comunidad.

Como lo plantean estos autores, la investigación no abordó en profundidad los conocimientos y creencias que generan significados culturales e influyen sobre las prácticas sociales, pues por su propia naturaleza se quedó en el plano descriptivo de las concepciones culturales sobre el dengue. En este aspecto, se observa un contraste con el presente estudio, que sí se interesa en indagar sobre la relación entre los modos de atención de las enfermedades y el significado que se les atribuye en cada comunidad.

Por su parte, San Pedro *et al.* (2009), analizaron las manifestaciones del dengue durante el año 2006, en cuatro localidades de Río de Janeiro con tasas de incidencia semejantes y patrones urbanísticos socioeconómicos diferentes, en relación con la dinámica de reproducción social de determinados grupos poblacionales; esto involucra cuestiones referentes a la calidad de las

viviendas y disponibilidad de los servicios de saneamiento, según su expresión, a nivel local (p.1939).

Las características socio-ambientales de cada localidad fueron determinadas por medio de entrevistas a informantes clave y observación de campo para recoger la información sobre las condiciones particulares de presencia y reproducción de la enfermedad en cada una de las comunidades. Como resultado se plantea que hay dos factores que pueden condicionar el riesgo de la transmisión de la enfermedad: 1) el referido a la limitación del servicio de abastecimiento del agua y la escasez de recursos financieros, en una población de menores ingresos; 2) el riesgo derivado de la abundancia de recursos, que permite prácticas de almacenamiento de agua en reservorios de mayor capacidad por parte del grupo con un mayor poder adquisitivo.

Existe una cercanía conceptual y metodológica entre el estudio de San Pedro *et al.* (2009) y la presente investigación. Aquella permite observar cómo las desigualdades socio-ambientales y espaciales propias de la distribución desigual de la riqueza causada por los procesos de acumulación del capital, vuelven más vulnerables a las poblaciones e incrementan el riesgo con respecto a su salud; resulta interesante el señalamiento de que la desigualdad económico-social afecta tanto a los sectores de la población con carencia de recursos, como a los más beneficiados, cuya excesiva disponibilidad de estos redundan en condiciones favorables para la reproducción del vector. Esto coincide con la línea de esta investigación, que apunta a examinar las interrelaciones entre los procesos históricos y socio-económicos y las especificidades culturales de cada comunidad, la relación con el ambiente, y la manera en que hombres y mujeres de las diferentes localidades significan y enfrentan estas enfermedades. Asimismo, -para ahondar sobre el tema- los investigadores parten de características similares y diferentes entre las localidades estudiadas; esta perspectiva comparativa, a partir de semejanzas y diferencias, se aplicará entre las dos

comunidades en que se centra la presente investigación. Por una parte, ambas son comunidades peninsulares, del Cantón Central de Puntarenas, y costeras; por otra, presentan diferentes niveles de incidencia de dengue, chikungunya y zika y desarrollo socio-económico y urbanístico distinto; la configuración socio-ambiental entre ambas localidades, también difiere.

Chuc *et al.* (2013) llevaron a cabo una investigación relevante en tanto estudiaron las condiciones locales de vulnerabilidad asociadas con dengue en dos comunidades de Morelos, México, entre 2006 y 2009. Se trata de un estudio realizado a partir del diagnóstico comunitario, con una perspectiva comparativa sobre conocimientos, percepción del riesgo, prácticas de prevención y uso del agua en las dos localidades, que fueron seleccionadas de acuerdo con los datos epidemiológicos de los servicios de salud (p.171).

La perspectiva multidimensional de la vulnerabilidad comunal, de la que parte este estudio, aporta categorías y variables oportunas para abordar la relación de las creencias y los conocimientos con las prácticas sociales en torno a los procesos de salud, enfermedad y atención. Precisamente esta idea de la existencia de una articulación entre las posibilidades de propagación de la enfermedad, las condiciones sociales locales y los recursos subjetivos, simbólicos y materiales que poseen las comunidades, constituye el supuesto del que parte el presente estudio para abordar los saberes de las poblaciones de Lepanto y Jicaral en relación con las experiencias cotidianas sobre su salud, específicamente el padecimiento de dengue, chikungunya y zika.

En los resultados de la investigación de estos autores, se señala una relación significativa entre el alto nivel de vulnerabilidad al dengue y la presencia de la enfermedad en la vivienda. Quedó de manifiesto que las variables de mayor peso son las relacionadas con el almacenamiento de agua, el conocimiento de la enfermedad y el vector, las medidas de prevención, la percepción de riesgo y el saneamiento básico. En la discusión de los resultados, se señalan relaciones

unidireccionales de causa y efecto entre conocimientos de la enfermedad y el vector, y percepción de riesgo, así como entre esos conocimientos y las acciones de prevención que efectúan o no las personas. Para efectos del presente estudio, explorar sobre lo que la gente conoce o no, sobre lo que hace o no con respecto a las condiciones de transmisión de la enfermedad que la pueden colocar en una situación de vulnerabilidad, no es suficiente. Para adentrarse en el tema, esta investigación se propone ir más allá; no quedarse con la primera impresión de lo que se investiga, sino profundizar en las motivaciones, las creencias y las explicaciones de las personas participantes en el estudio; entender las relaciones entre los diferentes aspectos que constituyen las prácticas de significación lingüística o de otro tipo; registrar lo no explícito, lo sutil o intangible de estas prácticas.

Cáceres *et al.* (2009) llevaron a cabo una investigación sobre conocimientos, actitudes y prácticas acerca del dengue para orientar medidas de prevención y control durante el año 2007. Estudiaron dos barrios de la ciudad de Bucaramanga, Colombia, seleccionados por tener el más alto número de casos de dengue, con altos índices de pobreza, por ser deprimidos laboral y económicamente y con condiciones de vulnerabilidad. Se aplicó una encuesta mediante visita domiciliaria; se identificaron criaderos, y se brindó educación para prevención y control. Se efectuó una comparación de conocimientos, actitudes y prácticas en los dos barrios. (p.30)

De las personas encuestadas el 80,6% fueron mujeres; resultado que no es tratado en la discusión de los hallazgos de la investigación. Es decir, está lejos de abordarse la relación de género con los conocimientos, actitudes y prácticas sobre las enfermedades transmitidas por el vector. De manera diferente, en el presente estudio es crucial estudiar la relación entre la condición de género y los saberes de mujeres y los hombres sobre el dengue, la chikungunya y el zika, puesto que estas enfermedades se transmiten en gran medida en el espacio doméstico, además del

peridomiciliar y el comunitario. Dado entonces que hombres y mujeres desempeñan diferentes papeles, parece de vital importancia indagar las distintas maneras en que unos y otras experimentan el proceso de salud-enfermedad-atención. Por ejemplo, entre las actividades que desarrollan cotidianamente las mujeres de Lepanto, están la recolección de moluscos en el manglar y el playón y, su participación en la actividad pesquera artesanal; esto habla de una relación específica con el espacio doméstico y con el ambiental, por lo que este estudio quiere ahondar en esa particular relación y su vinculación con las explicaciones, las creencias y las vivencias de las mujeres lepanteñas sobre estos padecimientos.

El estudio Suárez *et al.* (2009), “Una perspectiva ecosistémica en la evaluación sociocultural del dengue en dos pueblos colombianos”, se desarrolló durante cinco años en los municipios de Girardot y Melgar de la Cuenca del Magdalena. Tiene una cercanía con la presente investigación por su perspectiva ecológico-cultural, a partir de la cual busca transformaciones en los comportamientos de las poblaciones con el fin de promover estilos de vida que mejoren la salud, y observa a la comunidad como el elemento clave en la construcción de programas de prevención de enfermedades y control de vectores. Los investigadores ubican el dengue como un punto de convergencia entre las políticas de salud pública, la población afectada, el ambiente y las dinámicas sociales generadas a través de esta interacción, en oposición a la visión simplificada de la realidad plasmada en los programas de salud no sensibles cultural y socialmente. Como estudio transdisciplinario, para estudiar los vínculos entre los factores eco-bio-sociales y la situación actual de dos ciudades, recopiló información histórica-epidemiológica de los últimos cinco años, información entomológica sobre el área de estudio; datos ecológicos sobre el clima, además de información demográfica relacionada con el sistema de salud y la reforma del sector de la salud; así como datos sociales, económicos y políticos de la zona de estudio.

Díaz *et al.* (2009) desarrollaron el estudio “Una estrategia intersectorial y participativa con enfoque de ecosalud⁹ para la prevención de la transmisión de dengue en el nivel local”, a partir de la metodología de Investigación-Acción participativa, entre los años 2003 y 2006, en el Municipio de Cotorro, La Habana, Cuba, que se eligió por ser el de mayor urbanización y densidad poblacional y porque, desde el punto de vista ambiental poseía mayor riesgo para el desarrollo del vector y, por tanto, para la transmisión local de la enfermedad. Se aplicó este enfoque porque incluye los factores relacionados con el vector del dengue, entre ellos la urbanización, el inadecuado saneamiento, el suministro deficitario de agua que conlleva a su conservación en depósitos muchas veces desprotegidos, los hábitos domésticos del vector, y además toma en cuenta el papel que desempeñan los diferentes actores en las relaciones implicadas en la salud o en la enfermedad.

La investigación se llevó a cabo en dos direcciones fundamentales: el desarrollo de capacidades de los actores locales y la instrumentación de la estrategia para lograr un avance sostenible de las relaciones intersectoriales y de la participación de la comunidad para la construcción de un plan de acción para la prevención de la transmisión del dengue. Interesa especialmente al presente estudio el que, a través de la metodología utilizada, los investigadores logran, de principio a fin, una construcción del conocimiento eminentemente participativa y compartida entre ellos y los diversos actores de la zona, tanto aquellos que toman decisiones como los miembros comunes, a fin de determinar las acciones y las soluciones para la epidemia del dengue.

⁹ El enfoque de ecosalud se concentra en el análisis holístico del problema y el desarrollo local. Se aborda el contexto social y ecológico de las comunidades, se caracteriza por dar igual importancia a la gestión ambiental, a los factores económicos y a las aspiraciones de la comunidad. Intrínsecamente involucra a investigadores y a otros especialistas, a miembros de la comunidad tanto a ciudadanos comunes, como a quienes toman las decisiones, y no sólo a los representantes del gobierno u otros grupos, sino también a aquellos con influencia debido a su conocimiento, experiencia y liderazgo. (Díaz, et al. 2009).

Finalmente, la investigación de Magalhães de Oliveira *et al.* (2001), “Las condiciones y las experiencias de vida de grupos populares de Río de Janeiro: repensando la movilización popular, parte del relato de la experiencia de movilización popular durante la epidemia de dengue ocurrida en el municipio de Leopoldina, en Río de Janeiro entre 1986 y 1991”. Sus resultados arrojan información sobre el problema del abastecimiento de agua en las favelas de la región, información que tiene como base las reclamaciones de los representantes de estas comunidades en foros locales de debate público sobre la situación de salud. Interesa de este estudio, el que la recogida y la sistematización de la información se haya realizado a través de una construcción compartida del conocimiento, comprendida como una producción donde se entrecruzan el saber científico acumulado y el saber popular producido a partir de las condiciones de vida de la población. Al final de este estudio se presentan consideraciones sobre la necesidad de prestar atención a las técnicas locales de defensa de la vida y su relación con los procesos endémico-epidémicos, lo cual conversa con la propuesta del presente estudio. También resulta relevante el concepto de enfermedad que se asume en este estudio, pues la epidemia fue tratada allí como un fenómeno dinámico constituido tanto políticamente como científicamente en las luchas que atraviesan las dolencias físicas; es decir, el concepto y el significado de la epidemia son definidos activamente por las víctimas y otros sujetos relacionados con ella.

1.1.2. Antecedentes nacionales

Montero *et al.* (2008) realizaron diez entrevistas a mujeres sobre la percepción de vulnerabilidad y severidad de la enfermedad del dengue en Metrópolis II de Pavas, en el 2006. Las conclusiones más relevantes son, en primer lugar, que enfrentar el dengue no es visto como prioridad en el campo de la salud por las pobladoras de Metrópolis II, pues la priorización parte de las necesidades sentidas e insatisfechas en su entorno; de las condiciones del medio en el que habitan, y no del grado de severidad de la enfermedad y, en segundo lugar, que si bien es cierto cualquier persona sin distinción de género, edad o condición social, es vulnerable al dengue, está presente en los relatos de las entrevistadas una estigmatización y una transferencia de responsabilidad a personas menos educadas, más pobres y externas al entorno social inmediato. Las mujeres entrevistadas sobre las causas del dengue, señalan como tales determinadas condiciones socioambientales en el hogar y la comunidad (dificultades con el manejo de aguas residuales, manejo de la basura, desaseo intra y peridomiciliar). En los resultados de la investigación no se problematiza esta relación que las mujeres hacen entre causas del dengue y condiciones socio-ambientales; nada más se describe lo que las mujeres expresan, sin plantear si existe alguna relación entre los conocimientos sobre la enfermedad del dengue, las percepciones de estas mujeres y sus relaciones con su espacio socio-ambiental domiciliar y comunitario (pp. 5-7).

Finalmente, resulta interesante para este estudio que en los relatos de las entrevistadas esté presente la idea de que son las personas con una condición socio-económica más baja las más vulnerables y propensas a enfermar y las responsables de la transmisión de la enfermedad del dengue. Esto parece indicar que la vivencia de la enfermedad pasa por los procesos de relación con la otredad, lo cual resulta interesante para el análisis del caso de las localidades del presente

estudio. Surge la inquietud de cómo los localismos, la relación que tienen o la manera en que se miran entre sí los pobladores y las pobladoras de Jicaral y Lepanto, pudieran incidir en las explicaciones y la manera en que viven o experimentan las enfermedades.

Las comunicadoras Solís *et al.* (2010), estudian si el contenido de los artículos de los medios escritos de comunicación colectiva costarricenses contribuye a fortalecer los conocimientos, las actitudes y las prácticas de la población en relación con el dengue. La investigación centra su atención en las publicaciones realizadas en esos medios durante el periodo 2006, 2007 y 2008 ¹⁰. Se concluye que los medios de comunicación hacen énfasis en informaciones que en su mayoría fortalecen los conocimientos sobre la enfermedad, en detrimento del reforzamiento de actitudes y prácticas que propicien una mayor participación y organización familiar, escolar, laboral y comunal contra este padecimiento (pp.90-91).

En el estudio, la categoría de “prácticas”, se describe como las acciones que tienen que ver con realizar campañas, movilizaciones, sensibilizaciones y limpieza. Este tipo de acciones son propuestas y llevadas a cabo por las instituciones públicas o privadas que trabajan sobre problemas de salud, y no por la población en general. De acuerdo con esto, las investigadoras se refieren exclusivamente a las acciones que promueven las instituciones en la población para prevenir y controlar el dengue. El presente estudio difiere tangencialmente de esto, en cuanto parte de la idea de que los procesos de salud-enfermedad-atención en las diferentes localidades, tienen que ser estudiados a partir de los propios saberes de los pobladores, con sus particularidades

¹⁰Los medios de comunicación de cobertura nacional tomados en cuenta son La Nación, La República, Al Día, La Extra, La Prensa Libre y la Teja, y los medios regionales son de zonas donde se presenta una elevada incidencia de dengue (Región Chorotega, Región Pacífico Central y Región Brunca). Los periódicos regionales estudiados son: La Voz de la Pampa, El Imparcial, La Estrella del Sur, Siempre, Gente de Aquí y Mensajes. Se utiliza la técnica de análisis de contenido en 269 publicaciones, con base en las categorías de conocimientos, actitudes y prácticas, cada una con su respectivo concepto explicativo y descriptor.

socioculturales, y no con una idea preestablecida de las prácticas que en general deben llevarse a cabo o, más bien, adoptarse.

El estudio de Egedus, *et al.* (2014), versa sobre los conocimientos, las percepciones y las prácticas sobre la enfermedad del dengue y la prevención de esta, por parte de miembros de la comunidad costera de Quebrada Ganado, Cantón Garabito, Provincia Puntarenas. Se evaluó el conocimiento de 320 personas, quienes dieron sus opiniones acerca de cómo mejorar la educación y movilizar a la comunidad para estas tareas durante marzo y abril de 2013. La información se recogió mediante una entrevista a ciudadanos y residentes y visita a propiedades donde se buscaron lugares propicios para la reproducción del vector y se investigaron los conocimientos de la gente sobre las implicaciones de estos (pp. 860-861).

La investigación no efectúa ninguna profundización sobre relaciones causales asociadas con el entorno sociocultural, educativo o ambiental de los pobladores participantes; se limita a obtener información sobre los conocimientos y percepciones de la población sobre el dengue, su grado de gravedad y sus riesgos, así como de los hábitos del vector y las acciones necesarias para controlarlo. Sin embargo, reviste la importancia de haberse desarrollado en una comunidad costera del Pacífico Central con condiciones sociales y ambientales similares a las de las poblaciones de este estudio.

En las investigaciones revisadas existe información conceptual, metodológica y contextual que puede servir de apoyo al presente estudio; la relación entre las especificidades socio-ambientales locales, los procesos socio-económicos y la reproducción del dengue, el abordaje comparativo de dos o más localidades y similitudes geográficas, sociales, y culturales de las comunidades estudiadas con la población de esta investigación. Sin embargo, se observa que no se ha indagado a profundidad en el trasfondo sociocultural, las experiencias, los saberes de la gente

en sus comunidades con respecto a las formas de enfrentar enfermedades como el dengue, la chikungunya y el zika. Investigar sobre estos aspectos es precisamente el fin de esta investigación.

1.2. Marco teórico-conceptual

Esta investigación gira en torno a tres ejes conceptuales: a) los procesos de significación y acción sobre la realidad social; b) los saberes comunales en el proceso de salud-enfermedad-atención y, c) las formas culturales locales de utilización del ambiente.

1.2.1. Procesos de significación y acción sobre la realidad social

La relación entre los saberes comunales con la atención del dengue, el chikungunya y el zika, por parte de los habitantes de Jicaral y Lepanto, es abordada por este estudio con la perspectiva de la práctica social como acción situada en un trasfondo social histórico-cultural, según propone Juan Sandoval (2004). Con el término de trasfondo, Sandoval se refiere a un sistema de reglas y de prácticas históricamente construidas, las cuales, en términos más o menos estructurales, definen los límites de lo decible y lo actuable; es decir, todos los procesos humanos de significación y construcción de un mundo social. Los discursos y las prácticas sociales son constreñidos por este trasfondo, que se produce y se reproduce en ellos como el marco que posibilita la acción. El trasfondo no solo es condición de la acción significativa, sino que, al mismo tiempo se conforma como su carácter o condición subjetiva y cultural; es un proceso de estructuración de reglas y relaciones de poder que definen posiciones y condiciones de posibilidad de la acción discursiva y también un proceso de configuración de un saber cómo, que tiene que ver con un modus operandi subjetivo y corporal. El trasfondo se integra como forma de vida,

estamos insertos en él, interactuamos con sus manifestaciones discontinuas y actualizadas en la experiencia concreta de la vida cotidiana. Es, entonces, sociedad subjetivada; una forma de saber práctico que se encuentra escrita biológica y subjetivamente en el propio cuerpo, de modo que las reglas y hábitos que se han sedimentado como una manera de vida son replicados por los propios seres biológicos a partir de un complejo proceso de integración. Consecuentemente, para Sandoval la cognición no es representación, sino acción corporeizada.

Esta perspectiva de la relación entre cuerpo y acción, implica dos líneas de argumentación que están estrechamente vinculadas: en primer lugar, el análisis se desplaza desde el campo exclusivo de la razón hacia las dimensiones simbólicas, corporales y afectivas de una razón práctica; en segundo lugar, el debate giraría en torno a las relaciones de poder que están instaladas en el propio cuerpo y que hacen más o menos razonable actuar y creer en una determinada dirección. Finalmente, Sandoval (2004), expresa que la acción humana debe ser analizada, no como única, sino como una de las fuerzas que concurren en un sofisticado proceso de construcción en el que se mezclan lo material y lo simbólico. Es decir, lo material y lo simbólico, lo natural y lo sociocultural, no constituyen mundos diferentes que relacionamos en nuestra reflexión, sino que la realidad de cualquier situación siempre es de naturaleza híbrida entre lo simbólico y lo material.

1.2.2. Los saberes comunales en el proceso de la salud-enfermedad-atención

Para referirse específicamente al desarrollo de un proceso de salud-enfermedad-atención, - la transmisión del dengue, el chikungunya y el zika en poblaciones del Pacífico Central del país-, y en concordancia con la visión de lo saberes como procesos de significación y construcción de un mundo social, el estudio asumió la conceptualización de los procesos de salud-enfermedad-atención como procesos de carácter estructural, a la luz de las concepciones de Eduardo L.

Menéndez (1994). Precisamente, Menéndez plantea que los problemas de la salud y las dolencias, se dan de manera diferenciada en toda la sociedad y en todos los grupos sociales que forman parte de esta, puesto que la enfermedad, los daños a la salud, son parte de un proceso social dentro del cual se establece colectivamente la subjetividad. El sujeto, desde su nacimiento -cada vez más “medicalizado¹¹”, se constituye e instituye, por lo menos en parte, a partir del proceso de salud/enfermedad/atención, que además es una estructura necesaria para la producción y reproducción de cualquier sociedad. Las enfermedades tienen significados sociales colectivos, pues, como hechos cotidianos y recurrentes, ellas y su atención, articuladas a la experiencia de vida de los sujetos y los grupos, son significadas por estos y con ello se produce un saber propio. Los sujetos generan creencias, conocimientos y acciones: estructuran un saber. El proceso de salud-enfermedad-atención ha sido y sigue siendo, una de las áreas de la vida colectiva donde se estructuran la mayor cantidad de simbolizaciones y representaciones colectivas en las sociedades, incluidas las sociedades actuales. Existe, por lo tanto, una diversidad de formas de atención de la enfermedad y ella misma, por supuesto, adquiere una dinámica y una diferenciación específica en cada contexto (Menéndez, 2004). A la luz de esta idea de Menéndez, esta investigación abordará los modelos de atención del dengue el chikungunya y el zika específicos de las comunidades estudiadas, los conjuntos de actividades que tienen que ver con la atención de estos padecimientos en términos intencionales, buscando prevenir, dar tratamiento, controlarlos, aliviar, y curar.

También destaca Menéndez que se ha producido la institucionalización de los diferentes modelos de atención. Tanto las medicinas académicas y las academizadas, como las populares, poseen el carácter de instituciones, ya que todas instauran una determinada forma de

¹¹ Los procesos de medicalización son definidos como aquellos mediante los que un número cada vez mayor de condiciones, conductas y experiencias se incorporan al campo de los saberes y las prácticas relacionadas con la biomedicina, la conocida e institucionalizada como medicina científica.

conceptualizar las enfermedades e intervenir en ellas y atender a los enfermos, puesto que el acto de curar no es meramente una acción técnica, sino que constituye una acción social circunscrita en un marco socio-cultural. Se han creado sistemas ideológicos y técnicos de carácter médico que sobrevinieron en modelos dominantes, pero que, a pesar de su hegemonía, no han erradicado los sistemas médicos subordinados, sino que comparten el espacio social y cultural con ellos y han contribuido a su modificación; se trata de una relación de hegemonía-subalternidad entre las diferentes prácticas médicas. Los colectivos, sin embargo, operan con una mayor tendencia a integrar, y no a antagonizar o excluir en la práctica unas u otras maneras de atención; así, las prácticas sociales y técnicas de los sujetos y grupos, constituyen el espacio privilegiado para estudiar las diferencias y el uso articulado de las diversas formas de atención. Menéndez (2003) pone de relieve que la mayoría de la población utiliza potencialmente varias formas de atención, no solo para diferentes problemas, sino también para un mismo problema de salud, y se refiere a este hecho con el término de pluralismo médico. Ligado a esto, resulta relevante para este estudio la idea del autor sobre la importancia de la autoatención, pues esta constituye no solo la forma de atención más constante, sino el principal núcleo de articulación práctica de las diferentes formas de atención, la mayoría de las cuales no puede funcionar completamente sino se articulan con el proceso de autoatención. El sujeto y su grupo desempeñan un papel decisivo en las actividades de convalecencia, que en gran parte están a cargo de ellos.

Enfatizando, puede decirse que los sujetos y grupos sociales constituyen el agente que usa las diferentes formas de atención, que las sintetiza, articula, mezcla o yuxtapone, y son también el agente que reconstituye y organiza una parte de estas formas de atención en actividades de autoatención. En relación con esto y en el marco de las relaciones de hegemonía/subalternidad en

formas de atención, la práctica biomédica¹² ha cumplido la función de omitir los efectos negativos no solo de la prescripción médica, sino de su importante influencia en el uso de la automedicación por parte de la población.

Salud, ambiente y género. En torno al mismo eje conceptual, el de los saberes en el proceso de salud-enfermedad-atención, esta investigación también se basó en los planteamientos de Arenas *et al.* (2015), a partir de los cuales la relación de la salud, el ambiente y el género se observa a través del concepto de “modos de vida”, que comprende los aspectos materiales, las relaciones sociales, la clase social, los valores y las prácticas de la vida cotidiana de hombres y mujeres, que incluyen el acceso y control de los recursos, diferenciados de acuerdo con su género. Por ser el dengue, el chikungunya y el zika, infecciones que se transmiten en el ámbito doméstico, en el peridomicilio, en el barrio y en la comunidad, es importante estudiar cómo en estos ámbitos, se expresan los roles específicos de control del espacio y de comportamiento que distinguen a los hombres de las mujeres, pues estos roles actúan como factores determinantes en el riesgo de transmisión y favorecen u obstaculizan las acciones de prevención, control y tratamiento de las enfermedades transmitidas por vector.

La identificación de las diferencias por género en la exposición, la prevención, el diagnóstico y el manejo de las enfermedades de transmisión vectorial (ETV), se refiere a las dimensiones de: a) división sexual del trabajo, que determina las diferencias ocupacionales entre

¹² El autor entiende el modelo biomédico como el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecerse como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los grupos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado. El rasgo estructural dominante de la biomedicina es el biologismo, por lo menos a nivel ideológico/técnico, dado que es el factor que no sólo se refiere a la fundamentación científica del diagnóstico y del tratamiento, sino que constituye el principal criterio de diferenciación con las otras formas de atención.

hombres y mujeres, -incluyendo el tipo de tareas que efectúan y la división de estas entre la esfera pública y privada-, que provocan diferencias en la intensidad de la exposición a los vectores y en la incidencia y prevalencia de enfermedades tropicales. La división sexual del trabajo también afecta los conocimientos y el acceso a la información, divide las responsabilidades de realizar medidas preventivas y moldea la habilidad de hombres y mujeres para buscar tratamiento para ellos y para ellas. b) El uso, el acceso y el control de los recursos: en la mayoría de las sociedades, el acceso, el control y la toma de decisiones relacionadas con los recursos, es desigual entre hombres y mujeres; este hecho está vinculado con el ejercicio del poder, con respecto al cual las mujeres se encuentran en una situación desventajosa. Por otra parte, el trabajo productivo y el reproductivo, así como el comunitario, requieren del uso, el acceso y el control de los recursos, lo cual repercute en las experiencias de salud-enfermedad - atención de todos los integrantes del grupo familiar, incluido el propio hombre. Los recursos pueden ser: económicos o productivos, políticos y de tiempo¹³.

1.2.3. Formas culturales locales de utilización del ambiente

Con respecto al tercer eje conceptual, referente a las formas culturales y locales de utilización del ambiente, el problema de esta investigación se aborda desde la perspectiva de la Ecología Social de Leff (2004), concordante con las anteriormente comentadas. Leff señala que la relación específica que una comunidad establece con su entorno natural se encuentra atravesada,

¹³ **Recursos económicos y productivos:** ríos, estuarios, lagunas, manglares, infraestructura acuícola y pesquera, tierra, equipo, herramientas, trabajo, crédito, capacidad de empleo y generación de ingresos económicos. **Recursos políticos:** organizaciones representativas, cooperativas, uniones, concesionarios, capacidad de liderazgo, educación en información, experiencia en la esfera del quehacer público, confianza en sí misma y credibilidad. **Tiempo:** que es un recurso particularmente crítico y escaso entre las mujeres. **Beneficios:** satisfacción de necesidades básicas como alimento, vestido y abrigo, autocuido, dinero en efectivo e ingresos económicos, posibilidad de poseer propiedades, educación y capacitación, el cuidado propio de la salud, poder político, entre otros.

no sólo por los procesos productivos de transformación de los ecosistemas y las prácticas de uso de los recursos naturales, sino también por el trasfondo sociocultural en el que se produce. En palabras de Leff (1993):

Los valores que se entretajan en las prácticas tradicionales de una formación cultural incorporan ciertos principios de la organización ecológica del medio en el que se han asentado y florecido diferentes grupos étnicos; a su vez, la cultura imprime su sello en la naturaleza a través de sus formas de significación del medio y de los usos socialmente sancionados de los recursos. La racionalidad ambiental acoge así a las diferentes formas culturales de aprovechamiento de los recursos de las comunidades para satisfacer sus necesidades fundamentales y su calidad de vida (p.221).

Es así como, en las prácticas de aprovechamiento de los recursos naturales, subyace una racionalidad ambiental que está ligada a elementos culturales como la cosmovisión, los mitos, las creencias religiosas, los hábitos de consumo y el acceso a los recursos socialmente permitido a los diferentes miembros. Este sentido cultural de las prácticas ambientales de una comunidad específica determina las formas de uso de los recursos naturales. Desde esta perspectiva, la racionalidad ambiental cultural no se observa como la racionalización de los valores intrínsecos de la naturaleza o de una “esencia” de las culturas, sino como una forma de organizar y dar especificidad al proceso de mediación entre la sociedad y la naturaleza, a través de los estilos étnicos y las normas culturales de aprovechamiento de los recursos naturales. Leff (2004), plantea la relación entre el saber y el ser en un proceso de reapropiación del mundo. Indica que el saber ambiental se va conformando en el proceso mismo en el que se va configurando una identidad en la que va encarnando y arraigando, desplegándose en prácticas y haciéndose “habitus” (p.265).

Así, el conocimiento local de diferentes grupos étnicos, es decir, los sistemas de creencias, saberes y prácticas que forman sus modelos de percepción y uso de los recursos, estas formas de significación están íntimamente relacionadas con identidades culturales que van configurando estilos propios que organizan prácticas de uso de la naturaleza.

1.2.4. Balance

Al proponerse esta investigación el estudio de los saberes de los habitantes de dos localidades de la Península de Nicoya, en torno al dengue, el chikungunya y el zika y su influencia en la transmisión de estas enfermedades, surge la necesidad inmediata de indagar sobre la relación general entre los procesos de significación y la manera en que las personas en su entorno hacen frente a los problemas de salud, para llegar a entender el sentido que se otorga a las acciones de atención realizadas en las condiciones precisas de esas comunidades. En este punto, se presenta como fundamental la teoría de Juan Sandoval (2004), que visualiza el proceso de significación y acción sobre la realidad social como acción situada en un trasfondo social histórico-cultural. Así, el estudio se desarrollará a partir de la idea del carácter inseparable del conocimiento y la práctica social, y del saber cotidiano como proceso y práctica social que no surge en el vacío y que debe ser analizado en un contexto, un cúmulo de relaciones sedimentadas, un trasfondo de naturaleza semiótico-material que es propio de cada comunidad. Con esta perspectiva básica de la investigación, concuerda la teoría de Eduardo Menéndez (1994), que señala el carácter estructural de los procesos de salud-enfermedad e indica la existencia de significados sociales colectivos de las enfermedades. Con base en esto, se realizará el acercamiento a los modos de atención del dengue, el chikungunya y el zika, de las comunidades estudiadas, para conocer sus vivencias subjetivas en torno a estas enfermedades, sus simbolizaciones y sus representaciones.

Por otra parte, el pensamiento de Arenas Monreal y otros (2005), aportando en la comprensión de la relación entre la salud, el ambiente y el género, permitirá estudiar cómo los diferentes roles y ocupaciones que llevan a cabo hombres y mujeres de Lepanto y Jicaral, así como, las diferencias de su situación de uso, acceso y control de los recursos en el espacio doméstico, el peridoméstico y el comunal, puedan incidir en sus saberes en torno a las enfermedades transmitidas por un vector. El enfoque de Enrique Leff (2004) completa los ejes teóricos de abordaje del objeto de estudio al poner de relieve el trasfondo cultural-ecológico de los saberes de las personas en sus comunidades; permitiendo investigar cómo influye “la racionalidad ambiental cultural” que subyace en las acciones de las mujeres y los hombres de estas dos localidades del Pacífico Central, en las posibilidades de transmisión del dengue, el chikungunya y el zika.

En fin, la investigación se articula en torno a la concepción de los procesos de salud-enfermedad abordados como procesos de significación-acción, que se desarrollan en un entorno social-histórico-cultural-natural que es propio de las comunidades estudiadas y que como tal debe estudiarse.

1.3. Pregunta de investigación

Los y las habitantes de Lepanto y de Jicaral, al igual que los del resto del cantón Puntarenas y la Región Pacífico Central, tienen una larga historia de afectación por las enfermedades transmitidas por el vector *Aedes aegypti*. Los esfuerzos para erradicar este mosquito datan del 20 de abril de 1949 y se certificó su erradicación en 1961. Sin embargo, se produce un hito en esta historia, la reinfestación por dengue en el cantón Puntarenas en el año 1993 (Morice et al. 2010). Según el Dr. Walter Delgado, del Ministerio de Salud, Oficina de Vigilancia de la Salud del Área Peninsular, el panorama de la salud en las dos localidades del estudio se ha complicado más con

la emergencia del chikungunya en 2014 y el zika en 2016, por lo que se vive allí con la posibilidad permanente de contraer alguno de los tres padecimientos¹⁴.

Por más de dos décadas el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social han intervenido a través de campañas educativas por radio y televisión que informan acerca las enfermedades e instruyen sobre acciones de prevención, básicamente sobre la detección y la destrucción de los criaderos del mosquito en las distintas comunidades. A pesar de estas labores se mantienen los altos índices de incidencia en la Región Pacífico Central y en el Cantón Puntarenas¹⁵. Al referirse a las causas, las autoridades nacionales de salud hacen hincapié en los malos hábitos de las personas en el manejo del ambiente¹⁶. Cabe entonces plantearse interrogantes sobre el porqué de estas prácticas que las instituciones califican como “malos hábitos”, y preguntarse si están incidiendo en las condiciones de propagación de estas enfermedades los saberes propios de las comunidades afectadas, elaborados en su específica relación con el ambiente. En este contexto, se propone la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre los saberes de los pobladores y las pobladoras de Lepanto (el centro y barrio Rosa Claus) y de Jicaral Centro, sobre el dengue, el chikungunya y el zika y sus mecanismos de transmisión, y las formas en que estas personas enfrentan estas enfermedades durante el periodo 2015-2018?

¹⁴ Ver anexo N°5.

¹⁵ Ver anexos N°1, N°2 y N°5

¹⁶ Marín, R. y Díaz, M (2012). *Sitios de cría del aedes aegypti en la Región Pacífico Central de Costa Rica*. Puntarenas: Ministerio de Salud.

1.4. Objetivos de la investigación

Objetivo general:

Determinar los saberes de los habitantes de uno y otro género, de Lepanto (el centro y Barrio El Sol) y de Jicaral (Barrio La Ceiba y Barrio La Cruz), sobre los mecanismos de transmisión del dengue, el chikungunya y el zika, y su incidencia en las formas en que abordan estas problemáticas en su vida cotidiana, durante el periodo 2015- 2018.

Objetivos específicos:

1. Describir los conocimientos de los pobladores de uno y otro género, de Lepanto (el centro y Barrio El Sol) y de Jicaral (Barrio La Cruz y Barrio La Ceiba), acerca del dengue, el chikungunya y el zika, su transmisión y su atención.
2. Conocer las prácticas comunitarias que se relacionan con la transmisión y la atención del dengue, el chikungunya y el zika, de los habitantes de Jicaral (Barrio La Cruz y Barrio La Ceiba) y de Lepanto (el centro y Barrio El Sol), diferenciados por género.
3. Comparar entre sí los saberes de las dos localidades del estudio, acerca del dengue, el chikungunya y el zika, sus mecanismos de transmisión y su atención.

Capítulo 2

Diseño metodológico

2.1. Descripción general del proceso metodológico

La presente investigación es de índole cualitativa, basada en una estrategia metodológica de estudios de casos con perspectiva comparativa. De acuerdo con Vasilalchis de Gialdino (2006), esta estrategia permite a partir de diferentes instancias de comparación, extender los resultados empíricos hacia fenómenos de similares condiciones y niveles más generales de teoría, así como elaborar explicaciones causales locales referidas a la comprensión de procesos específicos y en contextos definidos. La perspectiva comparativa en estudios de casos se basa en los métodos de las semejanzas y las diferencias y se orienta a dar cuenta de las complejidades presentes en las causas de los fenómenos sociales.

También este estudio siguió un diseño transversal. Los diseños transversales sirven para medir la prevalencia de una exposición y/o resultado en una población definida en un punto específico de tiempo. Son útiles para evaluar necesidades del cuidado de la salud y para el planeamiento de la provisión de un servicio. También pueden usarse para evaluar el impacto de medidas preventivas dirigidas a reducir la carga de una enfermedad en una población (Ullin, *et al.* 2006).

Esta investigación tuvo como propósito describir la relación de los saberes de las y los pobladores de Lepanto (el Centro y el Barrio El Sol) y de Jicaral (Barrio La Ceiba y Barrio La Cruz), sobre los mecanismos de transmisión del dengue, el chikungunya y el zika, y su incidencia en las formas de atención de estas enfermedades, durante el periodo del 1º de octubre de 2015 al 31 de mayo de 2018. Se escogió este periodo debido a que la localidad de Jicaral presentó un brote

de chikungunya entre el 22 y el 28 de octubre de 2015, y uno de zika del 20 de noviembre al 3 de diciembre de 2016¹⁷. Los dos brotes se tuvieron como referencia porque marcaron un comportamiento diferente del número de casos en el desarrollo de ambas enfermedades en la población de Jicaral.

Para estudiar el fenómeno de los conocimientos y las prácticas en torno a la atención de estas enfermedades vectoriales, se ahondó en las experiencias de vida de las personas participantes, en su realidad social y comunitaria. El proceso de exploración se realizó por medio de las técnicas de recolección de información de grupo focal, de la entrevista semiestructurada y la observación no participante. La sistematización y el análisis de los datos obtenidos a través del trabajo de campo se realizó haciendo uso de los procedimientos de codificación y categorización, y se complementó con el uso del programa Atlas ti.

2.1.1. Definición del procedimiento para la selección de los y las participantes

Acercamiento a la Población del Estudio. Para lograr ubicar los nombres y números de teléfono de las y los integrantes de la Asociación de Desarrollo y de otras organizaciones de cada localidad, se utilizó un mapeo de actores y de organizaciones comunales del Distrito Lepanto; que llevaron a cabo funcionarios de los Programas de Promoción de la Salud y de Vigilancia de la Salud, del Área Rectora de Salud Peninsular, Ministerio de Salud, como parte de su trabajo de intervención y acción comunitaria.

¹⁷ Información obtenida en una conversación que tuvo la tesiaría con el doctor Walter Delgado de la Oficina de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, sobre incidencia de casos de enfermedades transmitidas por vectores en las localidades de Jicaral y Lepanto.

Posteriormente, se procedió a contactar a algunos de los integrantes de las organizaciones de cada comunidad, y a programar encuentros con estas personas para explicar los objetivos de la investigación y definir los términos de colaboración con esta.

Selección de los y las participantes. Se entró en contacto con algunos de los y las integrantes de las organizaciones de Lepanto y Jicaral para explicar los objetivos de la investigación y para que estas, en calidad de informantes clave¹⁸, pudieran brindar información sobre los posibles participantes.

En el caso de Lepanto, se realizó un diagnóstico social, ambiental y de salud con miembros de las organizaciones comunales, esto facilitó el proceso de captación de los y las participantes del estudio, con apoyo en algunos de las personas integrantes de las agrupaciones y, en los técnicos de atención primaria que laboran en el EBAIS de Lepanto. Con la compañía de estos técnicos se realizaron una serie de visitas cortas a habitantes de la comunidad que habían padecido alguna de las enfermedades.

Con respecto a Jicaral, no se logró concretar con los miembros de las organizaciones locales ninguna reunión. La investigadora logró hacer una entrevista a la Presidenta de la Asociación de Desarrollo. Se hizo evidente que en Jicaral hay un grado bajo de organización comunitaria¹⁹. Debido a la situación, se acudió al Departamento de Epidemiología de la Caja Costarricense del Seguro Social, Área Peninsular, para ver si ellos podían facilitar nombres de personas que hayan

¹⁸ Los y las informantes clave son básicos en el proceso de familiarización con la comunidad; funcionan como fuentes primarias de información para el investigador. Son personas con las que la investigadora habla fácilmente y que poseen un conocimiento a profundidad sobre determinados temas que son de interés para la investigación. (Baptista *et al.* 2014).

¹⁹ Esta situación se retomará como elemento contextual para el análisis de los resultados de la investigación.

padecido alguna de las tres enfermedades. Se llevó a cabo el trámite correspondiente para tener acceso a esa información²⁰, sin embargo, después de mes y medio de espera, el resultado de la gestión fue negativo; no se logró contar con la información por parte del Departamento de Epidemiología.

Finalmente, se obtuvo la ayuda de un técnico de Control de Vectores del Ministerio de Salud y se acudió a una persona miembro de la comunidad de Jicaral para hacer un recorrido a fin de identificar a los y las participantes de la investigación.

Los criterios de inclusión propuestos fueron los siguientes: mujeres y hombres, habitantes permanentes de cada una de las localidades, con un mínimo de 10 años de residencia, personas con diferentes oficios y ocupaciones (en el ámbito doméstico, en la pesca, en la extracción de moluscos, en actividades agrícolas, en educación, en servicios y en otras labores), jefes y jefas de hogar entre 25 y 55 años, personas que hayan experimentado las enfermedades o hayan tenido contacto directo con ellas, como a las que no lo hayan hecho. Los criterios de exclusión definidos fueron: personas en situación de calle, con alguna discapacidad o con problemas de adicción.

Cabe señalar, que se confeccionó una boleta que contiene información general sobre la persona y su familia e historia de padecimiento de alguna de las enfermedades estudiadas. De esta manera, cuándo se llevaron a cabo las visitas domiciliarias para identificar a los posibles participantes se pudo contar con una primera información que permitiera seleccionar a las personas que conformaron la población del estudio, de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión definidos, así como, establecer un primer contacto con ellos y ellas.

²⁰ La investigadora presentó toda la documentación que el Director de la Clínica de Jicaral solicitó.

2.1.2. Descripción de las personas participantes de la investigación

Como resultado del trabajo de campo, en el presente apartado se plantean algunas características de índole social y productiva de las mujeres y los hombres de Lepanto y Jicaral que participaron en el estudio. Se describen algunos aspectos del mundo cotidiano de ellos y ellas, con el fin de contextualizar sus relatos acerca de sus experiencias de atención de la salud en general, particularmente del dengue, el chikungunya y el zika.

Caracterización de los y las participantes de la localidad de Lepanto

En el siguiente cuadro se muestran datos sociodemográficos de los hombres y las mujeres participantes de la comunidad de Lepanto. También se detallan las enfermedades vectoriales que padecieron cada uno de ellos y ellas. La información está en correspondencia con los criterios de inclusión determinados para esta investigación. A estos hombres y mujeres, se les otorgó un seudónimo para que sus manifestaciones puedan ser usadas en este estudio.

Tabla 1**Caracterización socio-productiva de las y los participantes**

Datos sociodemográficos						
Nombres	Miguel	Felipe	Sergio	Flor	Ana	Emilia
Edad	32	54	56	54	35	38
Origen*	Lepanto	Montaña	La Tigra	Cabo Blanco	Lepanto	Lepanto
Lugar de residencia	Barrio El Sol	Lepanto, Casanova	Lepanto, Centro	Lepanto, Centro	Barrio El Sol	Barrio El Sol
Años de residir	10	16	30	30	10	10
Jefe de hogar	Sí	Sí	Sí	No	No	No
No. de hijos/hijas	2	1	2	2	2	3
Tipo de vivienda	Interés social, subsidio	Interés social, subsidio	Construida con recursos propios	Construida con recursos propios	Interés social, subsidio	Interés social, subsidio
Trabajo	Pescador artesanal	Pescador artesanal y cuida las pangas algunas noches de la semana, en el atracadero Puerto Viejo	Apicultor y administrador de Asociación Apicultores Jicaral	Ama de casa	Trabaja en una soda familiar y ama de casa.	Ama de casa
Enfermedades que padecieron	Dengue	Malaria y en dos ocasiones dengue	Zika	Dengue y Zika	Dengue	Dengue
Forma de participación	Entrevista semiestructurada y observación no participante	Entrevista semiestructurada	Entrevista semiestructurada	Grupo focal y entrevista semiestructurada	Grupo focal, entrevista semiestructurada y observación no participante	Grupo focal y entrevista semiestructurada

*Nota. Los lugares de origen: Montaña, y La Tigra pertenecen al Distrito Lepanto, Puntarenas.

La población participante de la investigación la integran tres hombres que residen en Lepanto Centro y Barrio El Sol, y tres mujeres que viven en el centro de Lepanto y Barrio El Sol, La totalidad de las y los sujetos del estudio son nativos del Distrito Lepanto.

Los hombres lepanteños. Miguel, Felipe y Sergio han habitado la mayor parte de sus vidas en la comunidad de Lepanto. Miguel y Felipe tienen como ocupación central la pesca artesanal. Felipe combina la actividad de la pesca con el cuidado de pangas en Puerto Viejo, uno de los sectores costeros y de manglar de Lepanto. Miguel, por su parte, alterna la pesca con trabajos en el campo y la distribución de mariscos. En el caso de Sergio, se dedica cien por ciento a la apicultura. Él tiene su propia producción de miel de abeja, y administra la Asociación de Apicultores de Jicaral.

Miguel y Felipe llevan a cabo la mayor parte de su día a día en territorio lepanteño, mientras que Sergio por su cargo de administrador sale con cierta regularidad a reuniones hacia otros lados de Puntarenas y San José. Los tres están casados y tienen hijos e hijas. Las esposas de Felipe y Sergio son amas de casa y la compañera de Miguel divide su tiempo entre el trabajo de la casa y la atención en una soda familiar situada en el centro de Lepanto.

Miguel reside en el Barrio El Sol, el cual se encuentra a setecientos metros del centro de Lepanto. Este barrio es un proyecto de vivienda de interés social, a él y su familia hace diez años le otorgaron un subsidio a través de un bono de vivienda, desde entonces vive en este lugar. Esta urbanización está compuesta por treinta y tres casas. La casa de Felipe se encuentra en Barrio Casanova, el cual colinda con el Barrio El Sol, la separación de un barrio del otro son diez metros. El Barrio Casanova está conformado por unas veinte casas, las cuales no están contiguas una de la otra, contando con espacio entre sí. Es un barrio conformado tiempo antes que el Barrio El Sol, y

algunas de las viviendas fueron construidas con recursos propios de los dueños y otras con ayudas de bonos de vivienda.

Por su parte, Sergio, vive en el centro de Lepanto hace treinta años, en una casa edificada por él y su esposa.

Las familias de Felipe y Miguel son de escasos recursos económicos. Mientras que Sergio posee una condición socioeconómica superior a la de los otros dos participantes.

Sergio padeció zika (2016), su esposa también. Miguel, enfermó de dengue (2016), lo mismo le sucedió a su esposa. Por su parte, Felipe sufrió malaria (1995) y dengue en dos ocasiones (2004 y 2018) y su compañera tuvo dengue.

Las mujeres lepanteñas. Flor, Ana y Emilia han vivido la mayoría de sus vidas en el pueblo de Lepanto. Solo Emilia residió por una temporada fuera de la provincia de Puntarenas, por el trabajo de su esposo. Flor y Emilia son amas de casa, mientras que, Ana reparte su tiempo entre el trabajo de la casa y la atención en una soda familiar ubicada en el centro de Lepanto. Las tres viven en unión libre y tienen hijos e hijas. Sus respectivas parejas trabajan como pescador artesanal, apicultor y jornalero, respectivamente.

Ana y Emilia residen en el Barrio El Sol, el cual se encuentra a setecientos metros del centro de Lepanto. Este barrio es un proyecto de vivienda de interés social, ellas y sus familias hace diez años obtuvieron un subsidio a través de un bono de vivienda, desde entonces viven en este lugar. María reside en el centro de Lepanto hace treinta años. Diariamente estas mujeres se trasladan en el interior de Lepanto caminando o en bicicleta.

Las familias de Ana y Emilia son de escasos recursos económicos. El esposo de Ana se dedica a la pesca artesanal una actividad que puede variar en la generación de ingresos. En el caso

de Emilia, su esposo es jornalero y por temporadas no tiene trabajo. En algunas ocasiones Emilia para aportar a la economía familiar hace venta de comida desde su casa. Flor, tiene una mejor situación económica, su esposo es el administrador de la Asociación de Apicultores de Jicaral, o sea, cuenta con un ingreso permanente y, además, posee su propio negocio de producción de miel de abeja.

Emilia padeció dengue (2016), su esposo también y, una de sus dos hijas tuvo zika. Flor, enfermó de dengue (2013) y zika (2015), y su esposo de zika. Por su parte, Ana sufrió dengue (2018), y lo mismo le sucedió a su esposo.

Caracterización de las y los participantes de la comunidad de Jicaral

En la siguiente tabla se presenta información sobre características sociales y demográficas, de las mujeres y los hombres participantes de Jicaral, también se detallan las enfermedades vectoriales que padecieron cada una de ellas.

Estos datos están en concordancia con los criterios de inclusión definidos para esta investigación. A estos hombres y mujeres, se les otorgó un seudónimo para que sus testimonios puedan ser usados en este estudio.

Tabla 2***Caracterización socio-productiva de las y los participantes***

Datos Sociodemográficos						
Nombres	Pedro	Pablo	Luis	Elena	Luisa	Paulina
Edad	29	49	44	42	53	42
Origen	Jicaral	Jicaral	Puntarenas, Fray Casiano	Manzanillo	Jicaral	Jicaral
Lugar de residencia	Jicaral, La Ceiba	Jicaral, La Cruz	Jicaral, La Ceiba	Jicaral, La Ceiba	Jicaral, La Ceiba	Jicaral, La Ceiba
Años de residir	10	49	10	10	10	10
Jefa/e de hogar	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí
No. de hijos/hijas	2	1	2	3	7	2
Tipo de vivienda	Interés social, subsidio	Construida con recursos propios	Interés social, subsidio	Interés social, subsidio	Interés social, subsidio	Interés social, subsidio
Trabajo	No labora	Taxista pirata	Recolector de moluscos	Miscelánea y ventas desde la casa	Ama de casa	Miscelánea y ama de casa
Dolencias que padecieron	Dengue, tres veces.	Dengue y zika	Ninguna	Dengue y chikungunya	Chikungunya	Dengue, en dos ocasiones
Forma de participación	Entrevista semiestructurada y observación no participante	Entrevista semiestructurada y observación no participante	Entrevista semiestructurada	Entrevista semiestructurada	Entrevista semiestructurada	Entrevista semiestructurada y observación no participante

La población femenina del estudio la componen tres mujeres habitantes del Barrio La Ceiba, y tres hombres del Barrio La Ceiba y Barrio La Cruz. De las seis personas participantes cuatro son originarias del distrito Lepanto, una de ellas del Distrito Manzanillo, y el otro del Distrito Chacarita, ambos distritos del Cantón Puntarenas.

Los hombres jicaraleños. Pablo y Pedro son oriundos de Jicaral. Luis es nativo de Fray Casiano, Puntarenas, desde muy joven se trasladó a vivir a Jicaral. Pablo trabaja como taxista pirata en la zona de Jicaral. Luis es pianguero (recolector de moluscos) de toda la vida, proviene de una familia de tradición molusquera. En el caso de Pedro, al momento de la entrevista se encontraba desempleado. Luis y Pablo actualmente tienen pareja, y Pedro es soltero. Las tres son padres. Pedro y Luis residen en el Barrio La Ceiba. Esta urbanización es un desarrollo de vivienda de interés social, que fue construido en el 2009, el tiempo que tienen los participantes de habitar este barrio jicaraleño. Generalmente ellos se movilizan de su barrio hacia otros lugares de Jicaral caminando, en motocicleta, en bicicleta o en taxi. La distancia aproximada entre El Barrio La Ceiba y el centro de Jicaral es de ochocientos metros.

Pablo, por su parte, ha permanecido toda su vida en el Barrio La Cruz. La distancia entre los barrios de La Ceiba y La Cruz es de cuatrocientos metros, son localidades colindantes.

La economía familiar de Pablo se compone de los ingresos que genera como taxista pirata. En el caso de Luis, él proporciona la base económica del núcleo familiar a partir de los recursos que genera la venta de pianguas y su compañera trabaja por temporadas en meloneras. Y en el caso de Pedro convive con su mamá, quien lo apoya económicamente. En general, las tres familias de estos hombres son de escasos recursos económicos.

Pedro tuvo dengue tres veces (1999, 2014 y 2016) y Pablo padeció dengue (2000) y zika (2018).

Las mujeres jicaraleñas. Elena, originaria de Manzanillo, Puntarenas, llegó hace catorce años a Jicaral con su familia nuclear. Luisa y Paulina son nativas de Jicaral. Luisa vivió por un tiempo en Limón y hace quince años que regresó a Jicaral. Paulina ha hecho su vida en Jicaral.

Paulina y Elena trabajan como misceláneas, y Luisa se dedica la mayor parte de su tiempo a las labores del hogar, y a participar muy activamente en su congregación religiosa. Elena y Luisa actualmente tienen pareja, y Paulina es soltera. Las tres son madres y abuelas.

Paulina, Elena y Luisa residen en el Barrio La Ceiba. Esta urbanización es un desarrollo de vivienda de interés social, que fue construido hace diez años, el tiempo que tienen las participantes de habitar este barrio jicaraleño. Generalmente ellas se movilizan de su barrio hacia otros lugares de Jicaral caminando, en bicicleta o en taxi. La distancia aproximada entre La Ceiba y el centro de Jicaral es de ochocientos metros.

La economía familiar de Paulina y Elena se compone del salario que cada una devenga en sus respectivos trabajos, pero también, del aporte de los otros miembros de sus familias (yerno o pareja). En el caso de Luisa, son su esposo e hijo quienes se encargan de generar los ingresos económicos para el hogar. En general, las tres familias de estas mujeres son de limitados recursos financieros.

Elena tuvo dengue (2015) y chikungunya (2016), Luisa adoleció de chikungunya (2017) y Paulina enfermó dos veces de dengue (2014 y 2016).

2.1.3. Descripción del procedimiento de recolección de la información

En este apartado se muestra cómo se llevó a cabo el trabajo de campo, de recolección de la información. En primer lugar, se exponen las fases del proceso de indagación, y posteriormente, se desarrollan las técnicas, de acuerdo con el propósito que se perseguía en la aplicación de cada una de ellas.

Con el fin de ahondar en los saberes de las personas participantes del estudio, habitantes de Lepanto (el centro y Barrio El Sol) y de Jicaral (Barrio La Ceiba y Barrio La Cruz) en torno al dengue, el chikungunya y el zika, y su relación con la atención de estas enfermedades, la tarea de recabación de la información giró en torno a las siguientes categorías: los conocimientos y las prácticas comunitarias.

Las fases en el proceso de recogida de la información

Fase I. En el caso de las localidades lepanteñas, se realizaron tres talleres participativos con algunos integrantes de la Asociación de Desarrollo, la ASADA y el Comité Local de Emergencias, con el objetivo de obtener información sobre la situación social, ambiental y de salud de Lepanto. A través de estos espacios se logró tener un acercamiento a las opiniones y visiones que tienen estas personas de su realidad comunal, específicamente, su relación con las enfermedades vectoriales del estudio.

También, se realizó un recorrido por toda la localidad de Lepanto en compañía de tres actores comunales, con el propósito de registrar fotográficamente que lugares consideran ellos y ellas de mayor vulnerabilidad en la incidencia de estos padecimientos.

Se entrevistó a dos técnicos de atención primaria (ATAPS), para conocer sobre su experiencia como habitantes de la localidad de Lepanto y como funcionarios de la Caja Costarricense del Seguro Social que han desarrollado un conocimiento importante en torno a la atención de la salud, específicamente, del dengue, chikungunya y zika en la localidad de Lepanto, y en el distrito de Lepanto.

En lo que respecta a la localidad de Jicaral, se llevó a cabo una entrevista a la presidenta de la Asociación de Desarrollo de Jicaral. Es importante señalar, que no fue posible concretar una reunión con los y las integrantes de la Asociación para definir los momentos para realizar los talleres de diagnóstico comunal.

Además, se entrevistó a dos técnicos de Control de Vectores de la Oficina Peninsular del Ministerio de Salud con el fin de recuperar su perspectiva como habitantes de la comunidad de Jicaral, y por su trabajo en la atención directa de enfermedades vectoriales en la zona de la Península de Nicoya.

Por último, se hizo un recorrido por los barrios de la Ceiba y la Cruz para hacer un reconocimiento territorial, de las condiciones socioambientales de algunos lugares. Se realizó registro fotográfico de la caminata.

Fase II. En esta fase, se llevaron a cabo visitas a las casas de los y las participantes, de Jicaral y de Lepanto, con el propósito de explicar el fin de la investigación, registrar información sobre la persona y su familia y recabar información preliminar sobre la experiencia de adolecer algunos de

los padecimientos del estudio. Además, se aprovechó el espacio para coordinar un día y hora para hacer las entrevistas.

Fase III. Se procedió a recolectar los datos, lo cual se efectuó entre el segundo semestre del 2018 y el primer semestre del 2019. Se utilizaron tres técnicas de recolección: el grupo focal, la entrevista semiestructurada y la observación no participante.

Los métodos de recolección de la información

A continuación, se detallan las técnicas de recogida de los datos que fueron utilizadas por la tesaria con el propósito de poder adentrarse en el mundo de los conocimientos y las prácticas de las mujeres y los hombres lepanteños y jicaraleños que fueron parte de la investigación, en relación con la atención de las enfermedades vectoriales.

Grupo focal. Con la implementación de esta técnica se pretendió profundizar en lo que conocen y hacen los y las participantes y, sus experiencias en torno a su salud, específicamente en relación con el dengue, el chikungunya y el zika. Este tipo de entrevista grupal se caracteriza por el uso explícito de la interacción en grupo para producir datos que serían menos accesibles sin ella. Se recoge tanto lo que hay en común, como lo que hay de diferente en las experiencias de cada una de las personas participantes. De acuerdo con Calvente y Rodríguez (2000), en el grupo focal predomina el punto de vista personal del participante, de tal forma que se le escucha en la interacción con el grupo, pero este habla en singular.

Cabe señalar, que inicialmente en el proyecto de tesis se planteó trabajar con dos grupos focales diferenciados por género en cada localidad del estudio. Sin embargo, esto no fue posible

desarrollar. En Lepanto, fueron convocadas nueve mujeres y solo llegaron cuatro, a pesar de que la tesiaría las había contactado vía telefónica y se visitó la casa de cada una de ellas. Aun así, para aprovechar la oportunidad de que estas cuatro participantes se habían presentado, la investigadora decidió realizar la entrevista de grupo focal²¹. En el caso de los hombres, hice dos convocatorias y solo llegaron dos en una ocasión, los cuales fueron entrevistados individualmente en otro momento²².

Con respecto a Jicaral, la tesiaría fue a las casas de las personas, tanto hombres como mujeres, para invitarlos a las entrevistas de grupo focal, sin embargo, la mayoría no aceptaron participar por diversas razones (laborales, de índole personal, etc.), no obstante, varias de las personas sí accedieron a que les hiciera entrevista individual.

Debido a la situación la investigadora tomó la decisión de realizar entrevistas semiestructuradas individuales.

Entrevista semiestructurada. Se empleó este tipo de entrevista para conocer a través de las narraciones de los hombres y las mujeres participantes, la experiencia subjetiva-individual del padecimiento, y a la vez, rescatar su visión como sujetos y sujetas situadas histórica y socioculturalmente. Es decir, identificar lo particular y lo común en los relatos de estas personas acerca del proceso de salud-enfermedad-atención. Según Cerda *et al.* (1999), este tipo de entrevista es una técnica útil para conocer comportamientos, experiencias, opiniones, creencias, sentimientos, conocimientos u otros aspectos de personas o instituciones. A través de la cual se

²¹ De las cuatro mujeres de Lepanto que realizaron la entrevista grupal, tres de ellas posteriormente fueron entrevistadas individualmente. Esto con el fin de corroborar y precisar información que se consideró quedó parcialmente abordada en el grupo focal.

²² La guía de entrevista de grupo focal corresponde al anexo 5.

busca descubrir en detalle el esquema de significados de la persona entrevistada, y lograr así una mayor comprensión del fenómeno en estudio.

La entrevista semiestructurada utiliza una guía temática que incorpora preguntas y estímulos narrativos, donde es posible recoger datos sobre problemas que son social o biográficamente pertinentes (Flick, 2004). Para lograr esto, la investigadora, elaboró la guía (ver Anexo 6) basándose en el material propuesto para el grupo focal y apoyándose en literatura relacionada con el tema de la investigación, en correspondencia con los objetivos de la investigación.

La aplicación de este tipo de entrevista implicó el uso de cuatro estrategias comunicativas, que no sólo guían el desarrollo de la misma si no inciden sobre el tipo de material y detalles que se obtienen a lo largo de todo el desarrollo de la entrevista. Tenemos de esta manera: la entrada en conversación (como la pregunta que permite un inicio-enganche en la conversación alrededor del problema planteado, la incitación general (proporciona más información y detalles de los que se han dado hasta el momento), la incitación específica (profundiza la comprensión por parte del entrevistador, al resumir, retroalimentar e interpretar lo dicho por el entrevistado, por medio, de preguntas de comprensión y de confrontación con las contradicciones e inconsistencias en las declaraciones del entrevistado) y las preguntas *ad hoc* (Flick, 2004).

Se efectuaron por comunidad seis entrevistas, de las cuales la mitad corresponden a las mujeres y la otra mitad a los hombres. Estas se llevaron a cabo en la casa de cada una de las personas participantes, con previa coordinación de la fecha y hora del encuentro y tomando las precauciones que garanticen la confidencialidad para ellas. Algunas de las entrevistas requirieron de dos sesiones para poder ser completadas.

Por último, la entrevista grupal y las entrevistas semiestructuradas individuales fueron grabadas con audio y video, lo cual dio garantía de rigurosidad y calidad de la información recogida. También, se llevaron anotaciones hechas por escrito durante la reunión y posteriormente a ella, lo cual permitió registrar los aspectos no verbales y la dinámica general de esta.

Observación no participante. Para complementar la recopilación de la información y tener una mayor comprensión del fenómeno en estudio, se llevó a cabo la observación no participante de las acciones cotidianas que acontecen en el ámbito doméstico, peridoméstico y comunitario que podrían incidir en la proliferación de las enfermedades de transmisión vectorial. Es decir, se hizo observación y registro de situaciones en los hogares y en el espacio comunal de actividades de ordenamiento y limpieza, y de situaciones, por ejemplo, como el uso y manejo del agua, que pueden influir en la reproducción del vector. De acuerdo con Ullin, *et al.* (2006), él o la investigadora escogerá esta técnica cuando quiera ver cómo sucede algo, en lugar de cómo las personas perciben lo que sucede, para así, reunir sus propias impresiones mediante la observación directa y no solamente a través de la óptica de las personas participantes. De esta manera, se tuvo la posibilidad de completar y profundizar datos de las entrevistas u otra información, específicamente, en relación con lo que las personas participantes expresaron sobre lo que hacen para atender y prevenir las probabilidades de transmisión de los padecimientos.

La observación se realizó en dos espacios domésticos (casas de familia) y sus alrededores por cada localidad de la investigación a través de notas de campo y registro fotográfico. La investigadora permaneció al margen, observando a las personas y los acontecimientos e interfiriendo lo menos posible²³ (Ullin, *et al.* 2006).

²³ La guía de la observación no participante corresponde al anexo 7.

El uso de las notas de campo fue básico para lograr una recopilación precisa de lo observado en los espacios domiciliario, peridomiciliario y comunitario; permitió ir documentando el proceso de investigación y reconstruir en el camino los procesos metodológicos (Cerdas, 2000).

Finalmente, la rigurosidad y calidad de la información recogida en el proceso de indagación se garantizó mediante la triangulación de las entrevistas (grabación, las transcripciones y las notas de las sesiones de entrevista) y las notas de campo producto de la observación no participante, lo cual dio la posibilidad de contrastar los datos recolectados en cuanto a las diferentes categorías.

2.1.4. Sistematización y análisis de la información

Sistematización

Los procedimientos de sistematización e interpretación de la información recolectada y generada en el desarrollo del proceso investigativo se realizaron de la siguiente forma:

En el caso de los talleres participativos y las entrevistas a actores comunales, la investigadora transcribió algunas de las grabaciones y otras las escuchó, con el fin de extraer información que permitió contextualizar los espacios comunitarios de investigación y a las personas sujeto del estudio. Además de esas necesidades, el acercamiento a los y las informantes claves aportó otras voces sobre la realidad de las comunidades de la investigación, es decir, permitió tener una visión más completa de lo expuesto por las personas participantes.

El mismo procedimiento se utilizó para recuperar la información producto de las entrevistas realizadas a funcionarios institucionales del Ministerio de Salud, Oficina Peninsular, Programa de

Control de Vectores y de la Caja Costarricense del Seguro Social, técnicos de atención primaria (ATAPS).

En lo que respecta al material fotográfico, resultado del trabajo de campo, se realizó una revisión y selección de este tomando en cuenta cuales son las imágenes que ejemplifican situaciones comunales que aportan al entendimiento del objeto de estudio, y a la vez, acompañan trazos de las narraciones de los y las informantes, así como, de los y las sujetos del estudio, siempre tomando como guía el tema de investigación y los objetivos de la misma.

Por otra parte, la organización y elucidación del material proveniente de la entrevista del grupo focal y de las entrevistas semiestructuradas, se llevó a cabo mediante el procedimiento de codificación y categorización.

Como primer paso se transcribió cada entrevista manteniendo fielmente el relato de cada participante. Seguidamente, se leyó varias veces cada entrevista para ir definiendo temas y códigos. Se hizo una codificación o definieron conceptos lo más apegado posible a los textos, generando así una lista de códigos, a través de la técnica de codificación abierta. El procedimiento de codificación se complementó con el uso del programa Atlas Ti.8, lo cual permitió ir relacionando pasajes de cada texto a los códigos.

En un segundo paso, se procedió a categorizar los códigos, es decir, se depuraron y diferenciaron las categorías derivadas de la codificación abierta, a partir de ir relacionando subcategorías (códigos) con una categoría. La agrupación de categorías también se realizó con la ayuda del programa Atlas Ti.8.

Un tercer paso, consistió en ir hacia un nivel más avanzado de categorización, vinculando las categorías desarrolladas a categorías de análisis relevantes para la pregunta de investigación.

Es así como, para elaborar las líneas principales del relato se fueron seleccionando y agrupando citas de los textos de las entrevistas de acuerdo con las categorías definidas, siempre con la ayuda de la herramienta Atlas Ti.8. Además, para lograr la definición de las categorías se cruzó la información proveniente de las anotaciones hechas durante la realización de las entrevistas, y así dar más consistencia a la labor de ordenamiento y de categorización.

Las categorías que resultaron del proceso de codificación e interpretación de los datos fueron agrupadas en familias, como se presenta en el siguiente cuadro:

Familias	Categorías
Conocimientos	– Causas de las enfermedades
Prácticas	– Cuido y tratamiento de los padecimientos.

Con respecto a la observación no participante, se hizo revisión y lectura de las notas de campo, se identificaron los datos de relevancia de acuerdo con los temas y categorías definidas durante el trabajo de ordenamiento e interpretación de la información de las entrevistas.

Finalmente, cabe señalar, que el registro fotográfico que se llevó a cabo en diferentes momentos del trabajo de campo, en la recolección de la información, se utilizó para completar información proveniente de otras fuentes y también, como complemento en el planteamiento del argumento textual. Es decir, las representaciones visuales, en este caso la fotografía, sirvieron de referencia al tema que se desarrollaba dentro de una narración (Jiménez, 2005).

Análisis

El trabajo de análisis de la información se realizó mediante los procesos de codificación y categorización. Este proceso se comenzó desde los momentos iniciales de la investigación, a partir de codificación e interpretación sobre los mismos, por medio de la comparación constante, de la generación de categorías y de la interrelaciones entre estas con el fin de generar teoría sobre el objeto de estudio. El trabajo de interpretación se movió permanentemente de un nivel más descriptivo a uno más abstracto (García y López, 2016).

Posteriormente, se desarrolló la categoría central en torno a la cual las otras categorías definidas se pueden agrupar y por la cual se integren. Se formula el relato del caso con el objetivo de dar una breve panorámica descriptiva general del relato y del caso, por lo tanto, es importante comprender solo algunas oraciones.

Para este momento, el análisis va más allá de este nivel descriptivo cuando se elabora la línea de relato: se asigna un concepto al fenómeno central del relato y se relaciona con las otras categorías (Flick, 2004).

Por último, se procedió a la teorización de los datos, con el fin de lograr profundizar en el análisis de la relación entre los saberes de las personas participantes del estudio, sobre el dengue, el chikungunya y el zika y sus mecanismos de transmisión, y las formas en que ellas atienden estas enfermedades. Se pasó a integrar las categorías que resultaron del análisis y conceptualización de los datos con el marco conceptual planteado en este estudio.

Criterios para garantizar la calidad de la información

Con el fin de garantizar la calidad de los datos recolectados se tomaron en cuenta los criterios de confiabilidad y validez que proponen Castillo y Vásquez (2003): credibilidad, transferibilidad y confiabilidad.

La credibilidad y confiabilidad se garantizaron a través de la concurrencia de los procesos de recolección y análisis de los datos, lo cual es fundamental para lograr la validez y confiabilidad de la investigación. Además, se llevó a cabo el registro sistemático de la información a través de las notas de campo producto de las observaciones no participantes, la grabación en audio y video de las entrevistas, así como de las anotaciones, grabación en audio, video y fotografía de las visitas de la tesiaría a las localidades del estudio.

Asimismo, se cruzó la información proveniente de los encuentros de la tesiaría con los y las informantes claves, de las entrevistas realizadas a los funcionarios institucionales, lo expresado por las personas participantes en las entrevistas y los datos recabados a través de notas de campo en las observaciones no participante.

También, para la teorización de los datos y la presentación de los resultados, la tesiaría se apoyó en el equipo asesor del proyecto de tesis, lo cual brindó rigurosidad y calidad al proceso de análisis.

Por último, con el fin de lograr la validación de los resultados de investigación se tiene previsto llevar a cabo una devolución a las personas participantes y actores comunales de las localidades y generar de esta manera un espacio de reflexión y retroalimentación en el ámbito comunitario. Igualmente, se harán las gestiones para coordinar una sesión de devolución con las

autoridades de salud de la zona (Clínica de la Caja Costarricense del Seguro Social y la Oficina Peninsular, Ministerio de Salud).

2.2. Precauciones para la protección de las personas participantes en el estudio

Para efectos éticos y de resguardo de las mujeres y los hombres que conformaron la población del estudio, se tomaron las previsiones para que la información que ellos y ellas brindaran se refiriera exclusivamente a su experiencia personal y a la que tienen como miembros de las comunidades de Jicaral (Barrio La Ceiba y Barrio La Cruz) y Lepanto (Centro y Barrio El Sol). En este sentido, se garantizó confidencialidad a través del uso de seudónimos, obstaculizando extraer información personal que de algún modo revele la identidad de algún participante y la información que haya dado. A la hora de la aplicación de las entrevistas y las observaciones no participante se indicó a las personas participantes que todo lo expresado es de carácter confidencial y que, en el análisis y la exposición de los resultados de la investigación, sus nombres serían sustituidos por nombres falsos para guardar su anonimato.

Por otra parte, se utilizó el consentimiento informado en el proceso de recolección de la información, el cual detalla la información principal sobre el estudio y respalda a las personas que formaron parte de la investigación.

Capítulo 3

El contexto histórico-social, ambiental y de salud de las comunidades del estudio

En el presente capítulo se desarrollan aspectos del contexto histórico, social y ambiental del espacio geográfico en estudio; con ello se intenta situar a las personas participantes en sus realidades locales y regionales. Además, se realiza una breve exposición en torno a cómo ha sido la relación histórica en cuanto a presencia y prevalencia de estas dolencias de transmisión vectorial en la Región Pacífico Central, Cantón Puntarenas, área de la Península de Nicoya, especialmente en el Distrito Lepanto.

Se lleva a cabo una caracterización de la situación social y económica-productiva de las comunidades y los espacios locales (barrios) donde se efectuó la investigación, y se incluye información sobre el estado de estas enfermedades en el año 2020. Asimismo, se exponen algunas situaciones del entorno socio ambiental de estos lugares, que se considera, aportan elementos contextuales con respecto a las vulnerabilidades territoriales y su posible relación con la diseminación de estos padecimientos vectoriales.

3.1. Características geográficas y sociales del espacio en estudio

El estudio se realizó en Jicaral, en los barrios La Cruz y La Ceiba, y en la localidad de Lepanto, específicamente en las comunidades el Centro y Barrio El Sol. Tanto Jicaral como Lepanto son comunidades costeras que pertenecen al distrito Lepanto, cantón Puntarenas, Provincia Puntarenas y están situadas en la parte sur de la Península de Nicoya.

Figura 1

Espacio geográfico del estudio: distritos peninsulares Lepanto, Isla Chira, Paquera y Cóbano



Nota. El cantón Puntarenas tiene cuatro distritos en la Península de Nicoya, Lepanto, Paquera, Isla Chira y Cóbano. Adaptado de *Revive Debate* [Imagen], La Nación, 2016, Ávalos (<https://www.nacion.com/resizer>).

Según el Atlas de Desarrollo Humano Cantonal, el cantón Puntarenas tiene un Índice de Desarrollo Humano muy alto (0,807) y un Índice de Desarrollo Humano ajustado por desigualdad medio (0,686). (Universidad de Costa Rica y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [UCR y PNUD], 2020). El distrito Lepanto, tiene aproximadamente 10.396 habitantes (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], 2011) y es el más poblado y extenso de los cuatro distritos de la Península²⁴; tiene una extensión de 420,46 Km². Este Distrito tiene un porcentaje de población rural del 73% (INEC, 2011), cuenta con pocos centros de población urbanísticos. De acuerdo con el Índice

²⁴ En la Figura 1, se puede observar que Jicaral y Lepanto, son localidades colindantes, Jicaral se ubica a once kilómetros de Lepanto. Para dirigirse de Jicaral hacia Puntarenas, vía ferry, o a Paquera y Cóbano, es obligatorio pasar por la comunidad de Lepanto, lo mismo sucede viceversa.

de Desarrollo Social Distrital, el distrito Lepanto ocupa la posición 385 de entre los 488 distritos del país; es entonces un distrito con un desarrollo social de nivel bajo (50,18)²⁵ (Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica [MIDEPLAN], 2017). Las actividades productivas que predominan a lo largo del territorio del distrito de Lepanto son la agropecuaria y la pesca artesanal.

Finalmente, con respecto a la situación territorial socioambiental, este distrito peninsular, al igual que el resto del Cantón Puntarenas, está entre de las áreas con menos condiciones territoriales favorables para un desarrollo de construcción inmobiliaria más sostenible, lo que quiere decir que esta población tiene una alta exposición a desastres por eventos naturales. Las instituciones públicas y los actores involucrados en el ordenamiento territorial poseen muy limitadas herramientas para gestionar este de una manera adecuada, y la capacidad de provisión de servicios públicos es limitada²⁶ Para efectos del tema de investigación que nos ocupa, al estar vinculada la proliferación de las enfermedades vectoriales con las condiciones ambientales de los territorios de las comunidades, datos de esta índole ayudan a una mayor comprensión del contexto social en el que se desarrolla este fenómeno de los padecimientos de transmisión vectorial (Programa Estado de la Nación, Consejo Nacional de Rectores, [CONARE-PEN], 2020).

²⁵ El Índice de Desarrollo Social es elaborado por el Ministerio de Planificación Nacional y de Política Económica. Tiene como fin clasificar los distritos y los cantones del país, de acuerdo con su nivel de desarrollo social y apoyar la formulación de programas y políticas que tienen como objetivo mejorar las condiciones de vida de las personas en determinada zona. Este índice se elabora con indicadores económicos, de educación, de salud y de participación social.

²⁶ Esta información proviene del último informe del Estado de la Nación, en el Capítulo tres “Miradas a profundidad en armonía con la naturaleza: condiciones territoriales para un desarrollo constructivo más sostenible”. Este capítulo hace un análisis de los desarrollos inmobiliarios a nivel cantonal desde tres dimensiones: regulación del suelo (ordenamiento territorial), el riesgo de desastres naturales (nivel de exposición de los pobladores a desastres por eventos naturales y la capacidad de provisión de servicios públicos. Si bien el análisis de este informe está dirigido hacia el sector inmobiliario, su crecimiento y externalidades negativas, lo cierto es que genera datos actuales que permiten tener un panorama en general de las condiciones socio espaciales y ambientales de los cantones del país.

La situación de las enfermedades vectoriales del estudio: Pacífico Central, cantón Puntarenas, distrito Lepanto.

La región Pacífico Central, el cantón Puntarenas, así como las localidades ubicadas en la Península de Nicoya, han tenido especial importancia en el territorio nacional en cuanto a incidencia de las tres enfermedades; cabe mencionar que, desde la reemergencia del dengue en 1993²⁷, así como durante el quinquenio 2009-2013, presentó las tasas de incidencia más altas del país²⁸. En el año 2016 continuó la situación de preponderancia en el Pacífico Central; así, en la Semana Epidemiológica N°36 (terminada el 10 de setiembre), se dio allí la tasa de incidencia de dengue más alta por región²⁹. Un dato relevante para este estudio es que en el 2015 la incidencia de dengue en Costa Rica fue de 36 casos por cada 10 mil habitantes, mientras en ese mismo año, en la Península de Nicoya (distritos de Lepanto, Paquera, Cóbano e Isla Chira, cuya población era de 28.342 habitantes), la incidencia fue mucho mayor, pues hubo 469 casos de dengue; es decir, 165 casos por cada 10 mil habitantes. Además, se complicó la situación de los habitantes de estas regiones con la aparición del chikungunya en el año 2014 y del zika en el 2016. Por los diferentes momentos históricos en que se ha producido la inserción de cada una de estas enfermedades en el territorio nacional, en la Región Pacífico Central y en el Cantón Puntarenas, es el dengue el padecimiento con el que las y los pobladores de estas localidades han tenido mayor relación en su vida diaria.

²⁷ El virus del dengue se reintroduce en 1993 en Costa Rica, después de que se certificó la erradicación del aedes aegypti en 1955 (Morice et al., 2009).

²⁸ Ver Anexo N°1: gráfico “Incidencia quinquenal de dengue por región” y cuadro “Cantones más afectados por dengue, Costa Rica” (Delgado, 2017).

²⁹ Ver Anexo N°2: gráfico “Tasa de incidencia de dengue por región” (Delgado, 2017).

En lo que respecta al año 2017, a nivel nacional se produce una baja muy significativa en la tasa de incidencia y en el número de casos de dengue, chikungunya y zika con respecto a lo que sucedió en el año 2016 (dengue 5324 casos 2017 y 22650 casos en el 2016, chikungunya 393 casos en el 2017 y 3550 en el 2016 y el zika que apareció en el 2016, hubo 2404 casos. En el caso del cantón Puntarenas para el 2017, este se encuentra en la posición siete dentro los quince cantones que registraron mayor actividad en el número de casos sumados de dengue, chikungunya y zika en las últimas tres semanas del año 2017 (Ministerio de Salud [MISALUD], 2017).

Para el periodo 2018-2019 sobresale el incremento drástico en cuanto a tasa de incidencia y número de casos de dengue, a la semana epidemiológica 46 (del 10 al 16 de noviembre) se registra en el país un total de 8.179 casos de dengue, lo que representa un aumento del 236,4% respecto a la misma semana del año 2018³⁰. De las nueve regiones del país, la Región del Pacífico Central se situó en la tercera posición, con respecto a la Región Huetar Caribe (segundo lugar) y la Región Central Norte (primer lugar), estas tres regiones concentraron la mayor incidencia de casos de dengue; el incremento fue de un 308,8 % en relación con la misma semana del año 2018 (MISALUD, 2019).

Para el año 2020 el aumento de casos en relación con el dengue continúa, se consignaron 10.056 casos en el país, con una tasa de incidencia de 196,74 por cada cien mil habitantes. En la provincia Puntarenas, 1689 casos con una tasa de incidencia de 338,63; el Distrito Lepanto registró 29 casos, con una tasa de incidencia del 280, 25, registrando el menor número de casos con respecto a los distritos de Paquera y Cóbano. En lo que se refiere a las enfermedades de chikungunya y zika, en la provincia Puntarenas se dieron 9 casos para la primera afección y 18 casos para la segunda, mientras el Distrito Lepanto no registró casos para ninguna de las dos enfermedades (MISALUD, 2020). Cabe

³⁰ En relación con la situación del chikungunya y zika, para ese mismo periodo 2018-2019, mantuvieron una tendencia parecida en cuanto a incidencia a nivel nacional y en la Región Pacifico Central.

señalar, que, para la segunda década del siglo XXI, con la presencia ya en el territorio nacional del chikungunya y zika, el dengue es la enfermedad vectorial que ha mantenido el primer lugar en cuanto a incidencia y número de casos a nivel nacional, en la Región Pacífico Central, Cantón Central Puntarenas y en el Distrito Lepanto (Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud, Centro Nacional de Referencia de Virología [INCIENSA], 2019).

Por otro lado, debido a la manera en que se transmite el dengue, el chikungunya y el zika, el desarrollo de las tres enfermedades puede estudiarse en forma conjunta debido a que las tres son transmitidas por vector³¹ y a que es el mismo vector el que las trasmite, el mosquito *aedes aegypti*³².

El mosquito se alimenta de sangre, por eso al picar a una persona que tiene el virus, queda infectado, después pica a una persona sana y así se genera la cadena de transmisión del virus. El mosquito cumple la función de intermediario en el proceso de la transmisión.

El vector tiene un ciclo de vida de cuatro estados: el mosquito adulto deposita sus huevos en un criadero con agua. Los huevos quedan pegados en las paredes de los recipientes y pueden resistir largos períodos de sequedad, hasta un año y son diminutos que casi imperceptibles. Esto facilita que se trasladen a cualquier parte, porque las personas sin darse cuenta, llevan recipientes u objetos que están infestados y cuando el huevo hace contacto nuevamente con el agua, continúa su proceso de desarrollo. A los tres días se convierte en larva, en esta etapa reposa, lo que dure desarrollándose depende de la temperatura, el alimento que tenga y la cantidad de larvas que haya en el recipiente. Se alimentan de material orgánico que se acumula en las paredes y en el fondo

³¹ **Los vectores** son organismos vivos que pueden transmitir enfermedades infecciosas entre personas o de animales a personas. Muchos de esos vectores son insectos hematófagos que ingieren los microorganismos patógenos junto con la sangre de un portador infectado, puede ser una persona o un animal, y posteriormente los inoculan a un nuevo portador al ingerir su sangre. Los vectores de enfermedades más conocidos son los mosquitos, sin embargo, las garrapatas, las moscas, las pulgas, flebotomos, triatominos y algunos caracoles de agua dulce, también son vectores de enfermedades. **Las enfermedades transmitidas por vectores** son los trastornos producidos por agentes patógenos.

³²Para conocer las características de cada una de las enfermedades, ver anexo N°3.

del recipiente. Después se transforma en pupa, es una transición del estado larval al estado adulto, que dura de dos a tres días. Una vez adulto, el mosquito es de color negro con un diseño blanco en forma de lira en el tórax y bandas blancas en las patas. Cada mosquito produce entre 50 y 100 huevecillos a la vez y todo su ciclo reproductivo dura cerca de dos semanas.

Este mosquito posee gran capacidad para adaptarse a temperaturas altas y bajas; habita dentro de las casas en depósitos de agua y sitios húmedos, y vive en un radio de cien metros de su criadero, de manera que el ambiente, -el medio humano y natural-, juegan un rol muy importante para su reproducción. De esta manera, que el mosquito se reproduzca -que es el elemento natural básico para la diseminación de las tres enfermedades-, depende de que se dé o no se dé un ambiente con determinadas condiciones y, a su vez, estas condiciones están relacionadas con los usos y manejos del entorno natural que llevan a cabo las mujeres y los hombres participantes de la investigación en sus espacios comunitarios. Ante esto, la importancia de precisar algunas situaciones socioambientales propias de la localidad lepanteña y la jicaraleña, que pueden estar incidiendo en la producción y reproducción del dengue, chikungunya y zika en estos territorios comunitarios.

3.2. La situación social, ambiental y de incidencia de las enfermedades vectoriales.

3.2.1. La comunidad de Lepanto

Lepanto tiene una población de 685 habitantes aproximadamente para el año 2017. Conserva rasgos de un poblado rural, pues tiene pocos proyectos urbanísticos de vivienda concentrada y es de muy limitado desarrollo comercial. Se divide en los siguientes sectores: Lepanto Centro, Macondo, Rosa Claus, Puerto Viejo, El Astillero y El proyecto de El Sol (Barrio El Sol). Hay sectores como Barrio El Sol, el Centro y Rosa Claus que se ubican hacia la parte central del espacio territorial de Lepanto, así

como, existen otros como El Astillero, Puerto Viejo y Macondo que están en la periferia, por lo que están rodeados de mar, manglar y camarónicas.

Los pobladores de Lepanto se dedican a los trabajos de la pesca artesanal, la recolección de moluscos, la agricultura, la ganadería y, en menor proporción, a los servicios. Algunos lepanteños y lepanteñas trabajan en el sector de servicios en Jicaral. Las fuentes de empleo en esta localidad son muy escasas: la ganadería de leche y de engorde (predominante), la producción de camarón en estanques; las salinas son actividades que requieren de poca mano de obra, y las plantaciones frutícolas captan trabajadores por temporadas (verano) para la cosecha y el empaque de las frutas. La pesca artesanal tiene un peso muy importante en la economía y generación de ingresos de muchas familias lepanteñas, se estima que un treinta por ciento de los habitantes se dedican a esta labor (Taller participativo con actores comunales, sobre situación social, ambiental y de salud, Lepanto, comunicación personal, 2019).

Según lo manifestado por los y las integrantes de las organizaciones locales de Lepanto, la mayoría de las personas habitantes de esta localidad son originarias del lugar; en general, no es una comunidad que haya sufrido cambios significativos en la conformación cultural-étnica de su población, debido a que no se han producido importantes migraciones de personas de otras nacionalidades u otros lugares de Costa Rica hacia allí. Explican ellos y ellas, que, en el caso de las plantaciones de melón y sandía, aunque la mayoría de mano de obra es nicaragüense, su presencia se da por temporadas, en el verano, y ellos se alojan principalmente en la localidad vecina de Cabo Blanco, lo que hace que su presencia prácticamente no sea percibida entre los lugareños (Taller participativo con actores comunales, sobre situación social, ambiental y de salud, Lepanto, comunicación personal, 2019).

Esta comunidad posee servicio de electricidad, de agua potable y de recolección de residuos sólidos. El acueducto es administrado comunalmente a través de una ASADA. Cuenta con un CEN-

CINAI, un centro educativo de primaria y otro de secundaria. Tiene un Establecimiento Básico de Atención Integral en Salud (EBAIS), que se encuentra en el Centro de Lepanto y atiende las localidades de Cabo Blanco, Montaña, Playa Blanca, La Leona, Bajos Negros, Playa Naranjo, Lepanto y un pueblo de Jicaral que se llama La Tigra y Pueblo Nuevo³³. El EBAIS atiende los lunes dos horas por la tarde, los martes desde la mañana hasta las tres de la tarde y los jueves dos horas por la tarde; el resto de los días permanece cerrado. Si algún lepanteño o alguna lepanteña requiere de atención fuera de las horas de atención establecidas, tiene que trasladarse a la Clínica del Seguro Social en Jicaral, la cual se ubica a aproximadamente a once kilómetros de Lepanto (ATAP Lepanto, comunicación personal, 2019). La mayoría de la gente en Lepanto hace uso del servicio de bus para ir a Jicaral o viceversa; este servicio tiene horarios muy limitados y unidades en malas condiciones. Este hecho representa para las personas una dificultad importante en el acceso a los servicios de salud (ATAP Lepanto, comunicación personal, 2019).

En la Figura 2 se observa que forman parte del paisaje natural lepanteño zonas boscosas y de montaña y el río Lepanto; a esto se le sobrepone el uso que se le ha dado a los diferentes ecosistemas a través de las diversas actividades económico-productivas primarias y de aprovechamiento de los recursos.

³³ Estos son poblados circunvecinos a la localidad de Lepanto, en dirección hacia Paquera o hacia Jicaral.

Figura 2

Comunidad de Lepanto



Nota. La imagen muestra la configuración territorial de Lepanto, los espacios naturales, socio productivos, institucionales y de vivienda. Adaptado de Google Maps [Imagen], 2020 (<https://www.google.co.cr/maps/place/Provincia+de+Puntarenas,+Lepanto/@9.9517317,-85.0431919,15z/>).

La modificación y el uso de los ecosistemas para el desarrollo de las diferentes actividades productivas por parte de los habitantes de la zona ha creado un paisaje diverso y fragmentado. A través de recorridos en el territorio lepanteño, se pudo observar que se produce una intersección entre los diferentes ambientes productivos, sociales-institucionales, naturales y habitacionales; son parte de los alrededores de las casas de Lepanto, las camaroneras, los bosques de manglar (recolección de moluscos), las salineras, los atracaderos para las embarcaciones de pesca artesanal, los potreros, las zonas boscosas,

las plantaciones forestales y frutícolas y el río, enmarcados en medianas y grandes propiedades³⁴ (Observación no participante, 2018-2019).

Por último, en cuanto a incidencia del dengue, el chikungunya y el zika durante el 2020, en la comunidad de Lepanto (con 685 pobladores), se presentaron aproximadamente 15 casos de dengue. No se registraron brotes de estos padecimientos en esta localidad. (Rivera, H., comunicación personal, 2021). Según lo manifestado por la doctora Hazzel Rivera, de la Oficina de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, para el año 2020 la tendencia a la baja en la identificación de personas que pudieron haber enfermado de alguna de las enfermedades vectoriales, pudo estar influida por la situación del COVID-19, ya que la gente prefirió no acudir al centro de salud por atención médica para evitar un posible contagio.

Lepanto Centro y El Proyecto El Sol. La investigación se centró en los sectores de Lepanto Centro y El Proyecto El Sol. Entre el centro de Lepanto y el Barrio El Sol existe una distancia aproximada de setecientos metros. Como se muestra en la Figura 3, El Proyecto El Sol (Barrio El Sol) está muy cerca del área central de Lepanto, este proyecto de vivienda es el barrio más próximo a esta.

³⁴ Según el señor Mario Molina, presidente de la ASADA de Lepanto, en esta localidad la tenencia de la tierra está concentrada en unos cuantos grupos familiares nativos de Lepanto y personas foráneas. “*Latifundio, digamos, las fincas dominadas por los Zamora, Los Pineda, bueno, hay también fincas ‘pequeñas o medianas como las de los Aguilar, Los Moraga, Los Venegas; gran parte de la tierra está en manos de unos diez-doce familias, por ahí’*”.

Figura 3

Lepanto Centro y El Proyecto El Sol



Nota. La imagen indica la localización del Centro de Lepanto y el Proyecto de Vivienda El Sol en el territorio Lepanteño. Se muestra la relación geográfica entre ambos espacios comunitarios. Adaptado de *Google Maps* [Imagen], 2020, (<https://www.google.co.cr/maps/place/@9.9515626,-85.0365829,772m/data>).

A partir de la observación realizada, resulta importante señalar que el centro de Lepanto presenta poco desarrollo comercial. Se encuentran allí un bar restaurante, un complejo de cabinas, un bazar, dos sodas y dos pulperías. En esta área se concentran los centros educativos (CEN CINAI, Escuela y Colegio) y de salud (EBAIS), los espacios públicos como la plaza, el parque, el salón comunal, el redondel de toros, el chispero³⁵, y también, la iglesia católica del pueblo. A lo largo del Centro se

³⁵ Se encuentra en centro de Lepanto, es un rancho rústico dispuesto para realizar ventas de bebidas y bailes en la temporada de las fiestas cívicas y patronales de Lepanto.

encuentran distribuidas algunas viviendas. De todos los sectores de Lepanto, El Centro es el que tiene menor desarrollo habitacional. La gente que habita este sector principalmente se dedica al comercio y servicios; algunos tienen su propio negocio, otros trabajan en Jicaral en instituciones públicas o empresas. Se caracteriza por ser una población que pertenece a un nivel socioeconómico medio-bajo, donde buena parte de las casas fueron construidas con los recursos propios de sus dueños (Taller participativo con actores comunales, sobre situación social, ambiental y de salud, Lepanto, comunicación personal, 2019).

Por estar allí lugares públicos como la plaza y el parque, el centro es un espacio de encuentro para las personas que viven ahí mismo y en otros sectores de Lepanto. Es usual ver a los jóvenes reunidos en el parque o jugando fútbol en la plaza. También ahí se realizan las principales actividades del pueblo, como las fiestas patronales, los festejos populares, el festival navideño, y las actividades recreativas y deportivas (Observación no participante, 2018-2019).

Lepanto centro está bordeado por el Río Lepanto, y existen algunos pocos reductos boscosos y algunos lotes baldíos. Las márgenes del río están deforestadas y erosionadas; las condiciones del cauce y la acumulación de basura han provocado que este sector lepanteño sufra inundaciones en época de invierno. Los desbordamientos del río Lepanto han generado en varias ocasiones daños significativos en las edificaciones comunales y los caseríos que se encuentran en esta zona. A esta situación se le suma que, la calle principal y las aledañas no cuentan con un sistema de cañería adecuado que permita que las aguas residuales y pluviales corran, como se observa en la Figura 4, por lo que se produce empozamiento de agua en varios puntos del Centro. Las situaciones señaladas podrían propiciar que se den las condiciones necesarias para la reproducción del zancudo transmisor de las enfermedades en este sector lepanteño (Taller participativo con actores comunales, sobre situación social, ambiental y de salud, Lepanto, comunicación personal y observación no participante, 2019).

Figura 4***Estado del alcantarillado en Lepanto Centro***

Nota. La primera foto muestra las condiciones de un caño en la calle principal en el centro de Lepanto. La segunda foto describe el manejo de las aguas residuales de una vivienda ubicada en la parte central de Lepanto (Observación no participante, 2018).

También, de acuerdo con lo expresado por algunas personas locales, otra problemática que enfrenta este sector, es el mal funcionamiento y la falta de mantenimiento de la planta de tratamiento de las aguas residuales del Proyecto de Vivienda El Sol, situada en el Centro de Lepanto (Mario Molina y Gerardo Rojas, presidente y secretario, ASADA Lepanto, comunicación personal, 2018).

Esta planta colinda con algunas casas y edificaciones comunales. Como se observa en la Figura 5, el descuido del área donde se encuentra la planta provoca que se den depósitos de basura y acumulación de aguas en temporada de invierno, lo que genera las condiciones necesarias para la presencia de criaderos del mosquito transmisor.

Figura 5

Planta de tratamiento aguas residuales y negras



Nota. En la primera fotografía se observa como la planta de tratamiento está rodeada de zona boscosa, en el suelo permanecen elementos naturales como hojas y ramas. En la segunda fotografía se muestra la acumulación de basura orgánica e inorgánica presente en los alrededores de la planta. Estos amontonamientos de desechos en época de invierno se convierten en pequeños empozamientos de agua, que es lo que necesita el vector para poder reproducirse (Observación no participante, 2018).

Por su parte, el Proyecto El Sol, es una urbanización de vivienda de interés social que fue construida en el 2012, está conformada por treinta y dos casas, en una sola fila de viviendas, dividida en dos segmentos. Una buena parte de los pobladores de este caserío son de origen lepanteño, el resto proviene de diferentes localidades de la Península de Nicoya, como son Playa Blanca, La Leona,

Montaña, Cabo Blanco y Bajos Negros (Taller participativo con actores comunales, sobre situación social, ambiental y de salud, Lepanto, comunicación personal, 2019).

Las personas que viven en este Barrio trabajan como pescadores artesanales, peones agrícolas y guardas de seguridad. Es una población que se ubica en un nivel socioeconómico bajo, con algunas familias donde las mujeres son jefas de hogar. La ayuda estatal a través de subsidios con el IMAS, es una fuente importante de ingresos en la economía familiar (Taller participativo con actores comunales, sobre situación social, ambiental y de salud, Lepanto, comunicación personal y observación no participante, 2019).

Como se puede ver en la Figura 6, los alrededores del Barrio El Sol, está compuesto por áreas de potrero, lotes baldíos y una plantación de manga.

Figura 6***Proyecto de vivienda El Sol***

Nota. La imagen muestra la conformación del territorio del caserío, en el cual tiene una presencia muy importante la plantación de manga, que marca el límite trasero. Adaptado de *Google Maps* [Imagen], 2020, ([google.co.cr/maps/place/@9.9503288,-85.0380125,193m](https://www.google.co.cr/maps/place/@9.9503288,-85.0380125,193m)).

Forman parte del día a día de las mujeres y los hombres que residen en este barrio, varias situaciones relacionadas con las condiciones de la red de cañería de las casas y con el estado de algunas áreas situadas en los alrededores de estas. Como se puede mirar en la Figura 6, la parte trasera de la urbanización tiene un área prevista para en el futuro construir nuevas viviendas³⁶. Esta zona se ha

³⁶ El proyecto habitacional está diseñado para edificar ciento cuarenta y cuatro casas. Actualmente hay en pie treinta y dos casas. La intención es trasladar grupos familiares de otros lugares de la zona peninsular que por diversas razones requieren de una solución de vivienda. Entre las personas que podrían optar por una casa, están los habitantes de los sectores costeros de la comunidad de Lepanto, como Puerto Viejo y El Astillero, que actualmente tienen dificultades para continuar viviendo en estos lugares por la situación que existe con respecto a la zona marítimo-terrestre. Sin embargo, es esta una posibilidad que se ve como difícil de lograr, pues la gran mayoría de las personas en estos sectores costeros viven de la pesca artesanal y necesitan tener sus embarcaciones y equipos de pesca próximos al espacio marítimo.

Existe preocupación por parte de las personas líderes comunales en el sentido de que ellos y ellas consideran que Lepanto no cuenta con la infraestructura comunal de servicios y las condiciones socio ambientales para suplir las necesidades de las familias que serían reubicadas en el Proyecto El Sol (Taller participativo sobre situación social, ambiental y de salud con actores comunales, Lepanto, 2019)

convertido en una especie de lote baldío, que ha sido utilizado por los lugareños como botadero de desechos sólidos y, además, como se ve en la Figura 7, existe allí, un sistema de alcantarillas que es el que serviría para el manejo de las aguas residuales de las futuras casas, pero que no se usa y está en estado de abandono absoluto, lo que propicia que se den acumulaciones de agua en la temporada lluviosa y con ello se crean las condiciones que requiere el zancudo para poder reproducirse (Observación no participante, 2019).

Figura 7

Estado del área de futura construcción de casas



Nota. Las imágenes corresponden a la parte trasera de la Urbanización. En la primera fotografía se muestra cómo esta área posterior se encuentra enmontada. La foresta al estar crecida no permite que el agua de lluvia circule, lo cual genera múltiples acumulaciones de agua en todo ese sector del caserío, esta situación aumenta significativamente las probabilidades de que el vector se reproduzca. En la segunda fotografía, se muestra una alcantarilla que se encuentra en desuso. Al estar destapada permite el ingreso de agua y, además, por no funcionar bien, el agua que entra no corre, más bien se estanca. El empozamiento del agua más la oscuridad que existe en las alcantarillas hacen de este espacio un nicho idóneo para la reproducción del mosquito *Aedes aegypti* (Observación no participante, 2019).

El problema se agrava con la plantación de mangas, pues la hojas que caen de los árboles de esta fruta más la foresta que está alrededor de estos, pueden convertirse en depósitos de agua en la estación lluviosa conformando criaderos naturales del mosquito transmisor.

Figura 8

Los diferentes espacios que forman parte del área trasera de las casas



Nota. Las fotografías revelan el paisaje cotidiano de las mujeres y los hombres habitantes del barrio El Sol: el mangal, el terreno baldío y el patio de una de las viviendas del caserío. Las imágenes muestran como en el área trasera de las casas convergen los patios, la plantación de manga y la zona de futura edificación de viviendas (Observación no participante, 2019).

Asimismo, a través de conversaciones con pobladores del Barrio El Sol, se pudo detectar que existe un grave problema de manejo de las aguas residuales y negras. De acuerdo con ellos y ellas, el procesamiento de las aguas de desecho se realiza a través de una planta, ubicada en el Centro de Lepanto, y los pobladores no poseen un permiso de construcción de tanque séptico. Como se comentó en el apartado en el que se caracteriza el sector de Lepanto Centro, esta planta de tratamiento no trabaja de manera adecuada, por lo que el sistema de cloacas está obstruido y las aguas residuales no corren y se produce el estancamiento de estas. Esto genera una situación de contaminación ambiental, se dan malos

olores, las alcantarillas se rebalsan cuando llueve, saliendo a la superficie las aguas residuales³⁷, lo que resulta en el establecimiento de depósitos de agua que pueden servir como criaderos del mosquito transmisor (Conversaciones con informantes claves y observación no participante, comunicación personal, 2019).

Figura 9

Alcantarilla ubicada en el frente del caserío



Nota. La fotografía hace referencia a una de las alcantarillas situadas en la calle del frente de las casas, y que tiende a rebalsarse. Por las malas condiciones de la carretera, que tiende a tener huecos o partes irregulares en algunos sectores, al llover, las alcantarillas tienden a rebalsarse, lo que hace que se formen acumulaciones de agua en varios puntos del camino que pueden servir como criaderos del vector (Observación no participante, 2019).

³⁷ Las manifestaciones de un líder comunal resumen la crítica situación que se vive en este barrio: “Díay, la planta tiene otra cosita: ahí...hay una hediondez en ese barrio, una laguna de caca, se les devuelve la materia fecal, y así quieren construir más casas iguales ahí”. (Taller participativo sobre situación social, ambiental y de salud con actores comunales, Lepanto, 2019)

3.2.2. La comunidad de Jicaral

En Jicaral, el número de habitantes asciende a 2.294 (Instituto de Desarrollo Rural [INDER], 2017). El poblado de Jicaral es el principal centro social, económico, comercial y de población del Distrito Lepanto. A partir del acercamiento al espacio social de Jicaral, se pudo observar que es un lugar urbano-rural que cuenta ya con varias urbanizaciones y en el que se han desarrollado varios proyectos de vivienda de bien social. Los barrios que lo componen son: Las Brisas, El Cairo, El Jardín, Jicaral Centro, La Ceiba, La Cruz, Las Palmas, Las Playitas, Los Ángeles y Los Cedros.

Debido a procesos históricos, sociales y socio productivos, y su ubicación geográfica, Jicaral se ha convertido en un lugar estratégico de paso, que comunica Guanacaste con Puntarenas, y también, Guanacaste con los otros distritos peninsulares; por esto se ha desarrollado como el epicentro poblacional, económico y comercial de la parte sur de la Península de Nicoya, y funciona como una localidad de redistribución de mercancías (Universidad de Costa Rica [UCR], 2016).

Los habitantes de Jicaral trabajan en la pesca artesanal, la agricultura, la ganadería, la recolección de moluscos, la producción de camarón, las pescaderías, las salinas, comercio, servicios y actividades informales. Actualmente la agroindustria tiene un fuerte peso en esta comunidad, Jicaral se ubica como uno de los tres principales productores de melón del país (UCR, 2016). En la temporada de verano, por un periodo de cinco meses, un sector de la población jicaraleña trabaja en la cosecha y empaque en las plantaciones meloneras y de sandía (Observación no participante, 2019).

Por medio del trabajo de campo, se pudo constatar que existen en la localidad de Jicaral una Clínica de la Caja Costarricense del Seguro Social que atiende a toda la población del distrito; la oficina del Área Rectora de Salud Peninsular del Ministerio de Salud; las instalaciones del Concejo Municipal de Distrito e instituciones bancarias estatales. Jicaral cuenta con servicio de electricidad, de agua potable

y de recolección de residuos sólidos. El acueducto es administrado por el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA). Posee una escuela primaria pública, un colegio de secundaria técnico-profesional; un Centro Integrado de Educación de Adultos (CINDEA), y un Establecimiento Básico de Atención Integral en Salud (EBAIS) que se ubica en las instalaciones de la Clínica, la cual se encuentra en los alrededores del centro de Jicaral (Observación no participante, 2019).

Como punto límite entre las provincias de Guanacaste y Puntarenas, la población jicaraleña reúne la influencia cultural-identitaria de ambas zonas. Los orígenes culturales de sus pobladores son resultado de la migración a lo interno de la Península de Nicoya, de Guanacaste, de Puntarenas y de la parte central del país. La movilidad humana y el intercambio cultural, comercial y productivo de Jicaral con estas áreas del país en el pasado y en el presente es muy activa (UCR, 2016).

Jicaral, como comunidad que bordea el Golfo de Nicoya, colinda con mar, playas, manglares, esteros, playones y desembocaduras de ríos. La explotación productiva y comercial de estos ambientes naturales ha estado muy presente en su historia económica y cultural. Encontramos allí camaroneras, salineras, ganaderías de leche y cárnicas, tierra para la producción agrícola y forestal. Hoy en día un porcentaje considerable de jicaraleños y jicaraleñas se dedican a la recolección de moluscos y a la pesca artesanal (Francisco Chaves, comunicación personal, 2019).

Figura 10
Comunidad de Jicaral



Nota. La imagen muestra la conformación territorial de Jicaral, las zonas naturales, socio productivas, comerciales, institucionales y de vivienda. Adaptado de *Google Maps* [Imagen], 2020, (<https://www.google.co.cr/maps/place/Provincia+de+Puntarenas,+Jicaral/@9.9627632,-85.13473305,14z/data>).

Se pudo observar, a través del trabajo de campo, que en el territorio jicaraleño confluyen áreas productivas, sociales-institucionales, naturales y caseríos. En la Figura 10 se puede ver que el uso y la explotación de los diferentes entornos naturales por parte de los pobladores a través del tiempo ha devenido en un espacio social heterogéneo y fraccionado, propio de una comunidad de origen rural que ha experimentado un acelerado desarrollo urbanístico y comercial. Así, es común ver casas, pescaderías, negocios o iglesias colindar con zonas boscosas, manglar, camaroneras, río, potreros o mar (Observación no participante, 2019).

Barrio La Cruz y Barrio La Ceiba. El estudio se realizó en las urbanizaciones jicaraleñas de La Cruz y La Ceiba. Los dos barrios se encuentran en los alrededores del centro de Jicaral, La Cruz se ubica a 1 km y La Ceiba a 1.52 km y los dos caseríos limitan entre sí.

Figura 6

Barrio La Cruz y Barrio La Ceiba



Nota. La imagen indica la ubicación del Barrio La Cruz y el Barrio La Ceiba en el territorio Jicaraleño. Se muestra la relación geográfica entre ambos espacios comunitarios. Adaptado de *Google Maps* [Imagen], 2020, (<https://www.google.co.cr/maps/place/@9.9628392,-85.1119573,772m/data>).

La Cruz es uno de los barrios más antiguos de Jicaral. De acuerdo con lo expresado por uno de sus pobladores, un porcentaje significativo de sus habitantes ha vivido la mayor parte de sus vidas en este lugar. Actualmente residen ahí personas descendientes de uno de los grupos familiares considerados fundadores de la localidad de Jicaral, la familia Sosa (Francisco Morales, comunicación personal, 2019).

Se encuentran ahí una pescadería, una pensión, un bar y una pulpería. Las personas pobladoras de este caserío laboran principalmente en comercios, servicios, actividades informales, pesca artesanal, y extracción de moluscos. Es una población que pertenece a un nivel socioeconómico medio-bajo. Varias de las casas están asentadas en lotes patrimoniales, resultado de herencia familiar, y construidas con medios económicos propios (Conversación con Francisco Morales y observación no participante, comunicación personal, 2019).

Este barrio está circundado por el Río Jicaral y un ramal de este, sus orillas presentan una gran deforestación y sedimentación, y su cauce contaminado, con presencia de desechos sólidos (Observación no participante, 2019). Como se puede observar en la Figura 12 una importante franja de este lugar está rodeado de bosque de manglar, existen algunos potreros, varias camaroneras, algunas pocas salineras y reductos de área boscosa.

Figura 12

Barrio La Cruz



Nota. El paisaje de este barrio jicaraleño muestra cómo una parte de las viviendas de este y áreas socio productivas (camaroneras y potreros), fueron establecidas en zona de manglar.³⁸ Adaptado de *Google Maps*[Imagen],2020,(<https://www.google.co.cr/maps/place/Provincia+de+Puntarenas,+Jicaral/@9.9650404,85.11036.386m/data>).

Según lo dicho por algunas personas habitantes del Barrio, actualmente, en este sitio jicaraleño se producen inundaciones en época de invierno. Las crecidas de las mareas junto con el desbordamiento del río, tienden a ocupar las zonas de vivienda y la carretera. Este barrio no cuenta

³⁸ Las palabras de Francisco Morales, oriundo de barrio La Cruz, son más que elocuentes en relación con la transformación que ha experimentado el paisaje de esta localidad a lo largo de los años; la presión y devastación que ha vivido y vive en la actualidad el manglar. “Sea como sea el manglar se mantiene, qué te digo, mi papá tuvo salinas y camaroneras y todo eso, pero ellos dejaban una parte, y simplemente, es así más costero para poder hacer las salinas. En el mismo mapa de la salina se hacía parte de la camaronera, simplemente se usaba en el invierno para el camarón y en el verano para la sal, entonces, no se destruía tanto el manglar. Ahora es que desgraciadamente pues, no sé si son epidemias o qué, pero sí se ha ido perdiendo el manglar, demasiado. Al menos esta gente aquí, esa gente, supuestamente todo eso es de ellos, los vecinos, ellos construyeron y se apropiaron de eso ahí, ellos desgraciadamente para ampliar la propiedad cortaron toda esa parte de manglar” (Francisco Morales, comunicación personal, 2019).

con un adecuado sistema de alcantarillado (ver Figura 13), de manera que las aguas pluviales, de río y mar, no tienen para dónde correr y drenar, generando daños materiales y acumulaciones de agua, lo que facilita que se den empozamientos de agua y con ello las condiciones que requiere el zancudo transmisor para reproducirse³⁹ (Observación no participante, 2019).

Figura 13

Condiciones de las calles del caserío La Cruz



Nota. En la primera fotografía se muestra la calle central de Barrio La Cruz: calle de lastre. Se observa a los lados de esta un deficitario sistema de desagüe para las aguas pluviales y de otra naturaleza. Esta carretera suele inundarse en temporada de lluvias. En la segunda fotografía tiene presencia un camino interno del caserío que dirige hacia unas casas que construyeron en zona de manglar. Al lado izquierdo de la calle se ubican bosque de manglar y una quebrada, la cual se desborda en tiempo de invierno, produciendo en esa área significativas inundaciones (Observación no participante, 2019).

³⁹ Francisco Morales, explica claramente la situación de desastre que se vive allí en temporada de invierno: “Esa vara ahí, en el invierno es un mar. Sí, tiene que ver mucho el mar, porque más que todo cuando hay problema es cuando la marea está llena, y el sedimento que se ha hecho ahí en el río, ahora se ve hondo porque han estado dragando, toda esa carretera se inunda, todo. Aquí estamos a cincuenta metros del manglar”.

En lo que respecta al Barrio La Ceiba, este es un proyecto de vivienda concentrada que se construyó en el año 2009, con alrededor de ciento quince casas distribuidas a lo largo de dos calles conectadas entre sí. Se sitúa en los alrededores del centro de Jicaral y tiene como vecino inmediato el Barrio Las Brisas, en el cual residen personas que son parte de un nivel socioeconómico medio y alto⁴⁰(Conversación con informantes claves y observación no participante, comunicación personal, 2019). En los recorridos que se realizaron por el Barrio La Ceiba, se observó que es un sitio que no tiene desarrollo comercial y donde existe únicamente una pulpería; para abastecerse de alimentos las personas tienen que trasladarse al centro de Jicaral, lo mismo para acudir a los servicios de salud y de otra índole (Observación no participante, 2019).

De acuerdo con lo manifestado por una habitante del Barrio, una porción significativa de sus habitantes son de origen jicaraleño, que se trasladaron de otros sitios de Jicaral hacia La Ceiba; el resto de las personas provienen de otros poblados del Distrito Lepanto y de la Península y, de los territorios insulares en el Golfo de Nicoya (Herminia Flores, comunicación personal, 2019).

Por medio de lo que se pudo detectar en las visitas al caserío y de conversaciones que se produjeron con lugareños, las ocupaciones de los habitantes de este barrio están relacionadas con la pesca artesanal, la extracción de moluscos, la actividad agropecuaria, comercio, servicios y economía informal. En general, las mujeres y los hombres de esta urbanización son de escasos recursos económicos, pertenecen a un nivel de ingreso bajo. Es usual encontrar familias en las que las mujeres son jefas de hogar, y en las cuales los subsidios estatales son un aporte significativo a

⁴⁰ En la fotografía (Figura 14) se puede ver la colindancia de La Ceiba con el Barrio Las Brisas; este último es pequeño, alcanza apenas dieciocho casas y tiene lotes habitacionales de tamaño mediano a grande, espaciados entre sí. Esta urbanización no presenta problemas de inundación en época de lluvias.

la economía doméstica, además de algunas ventas de comida desde las casas, costurería, productos marino-costeros, ventas por catálogo y otros quehaceres (Conversaciones con informante clave y observación no participante, 2019).

Figura 14

Barrio La Ceiba



Nota. En el territorio de esta localidad jicaraleña tiene gran presencia las áreas de potrero. Donde se edificó La Ceiba anteriormente eran terrenos para uso ganadero y forestal. Adaptado *Googlemaps* [Imagen],2020,(<https://www.google.co.cr/maps/place/Provincia+de+Puntarenas,+Jicaral/@9.9628353,-85.1069641,386/data>).

Como se muestra en la Figura 14, el Barrio La Ceiba tiene a su alrededor zonas boscosas y de potrero⁴¹. En una de las hileras de casas, en la parte trasera existe un área boscosa, en el sector central de la urbanización el patio de cada vivienda se une con el espacio posterior de la otra casa

⁴¹ Las palabras de Herminia Flores, habitante de La Ceiba, son muy expresivas sobre el cambio en el uso del suelo que se ha vivido en esta zona, ejemplo de la creciente urbanización que experimenta Jicaral: “Estas ciudadelas, antes eran potreros, había una parte boscosa que había ahí, digamos, aquí hay dos ciudadelas, entonces, imagínese todo lo que deforestaron, todo lo que se ha hecho en parte de basura, en aguas negras y todo eso”. (Informante clave, entrevista, 2018)

y en la otra hilera una parte de las casas limita con un potrero⁴². Los lotes de los domicilios son de pequeñas dimensiones, el espacio entre ellos es bastante limitado. Existe allí un parque, el único espacio público para la recreación o reunión con el que cuentan las y los pobladores. Este se encuentra en mal estado, recibe poco mantenimiento por parte de los lugareños y la Municipalidad. La Figura 15 muestra las condiciones en que se encuentra el parque de la urbanización; se puede apreciar el estado de las instalaciones y de los elementos naturales presentes en esta área comunal, lo que facilita la presencia de potenciales criaderos del mosquito transmisor de las enfermedades del dengue, chikungunya y zika (Observación no participante, 2019).

⁴² De acuerdo con declaraciones de algunas personas que viven en ese lado del caserío, el potrero cuando llueve tiende a llenarse de agua, la cual se desborda hacia los patios de las casas aledañas, poniéndolas en dificultades en sus propias casas (Trabajo de campo, 2019).

Figura 15***Parque de Barrio La Ceiba***

Nota. La primera fotografía corresponde a la entrada del parque, se observa en la acera una estructura de juego abandonada con una bolsa de basura amarrada. La segunda fotografía muestra el interior del parque, en este se ve un área enmontada y la cancha de tierra, en ambos sectores del parque se suelen hacer empozamientos de agua en época de lluvias. En la tercera fotografía se aprecia como las personas usan esta zona del parque para desechar basura (Observación no participante, 2019).

Por otra parte, según lo expresado por Francisco Chaves, oriundo de Jicaral y que funge como técnico de control de vectores en la Oficina Peninsular del Ministerio de Salud, y por algunas personas habitantes de este barrio, esta comunidad vive varias situaciones en relación con su entorno. La franja boscosa que está detrás de las casas es utilizada por algunas personas para desechar todo tipo de basura y no se le da ningún cuidado. Este hecho aparte de la contaminación que produce, tiene el problema de que los desechos pueden funcionar como acumuladores de agua

en momentos de lluvia, generando depósitos del líquido que pueden servir como espacios de reproducción del vector (Francisco Chaves, comunicación personal, 2019).

Figura 16

Franja boscosa del caserío



Nota. En las fotografías se observa el área forestal con la que colinda una de las filas de casas de la urbanización La Ceiba, y que suele ser utilizada para depositar basura. En la segunda imagen, se aprecia en el fondo la zona boscosa y frente a esta un cúmulo de desechos orgánicos e inorgánicos que iban a ser quemados por uno de los vecinos de las casas que están alrededor. Esta práctica de quema de basura es muy usual entre los y las habitantes de este caserío jicaraleño (Observación no participante, 2019).

Asimismo, a través del trabajo de campo (conversaciones con personas de la localidad y observaciones realizadas en el lugar) se pudo determinar que La Ceiba nació con algunas fallas estructurales en su edificación; una de ellas es que el terreno donde está asentada la urbanización tiene un desnivel y la otra consiste en que el sistema de cañería no funciona de buena manera, por lo que las aguas no fluyen correctamente. Ocurre que las aguas residuales son expulsadas hacia el cordón del caño de la calle, lo cual genera empozamientos en el frente de las casas. A esta situación se le agrega que, por el declive que existe en el suelo, cuando llueve fuerte las aguas pluviales tienden a irse hacia algunas zonas del barrio y el alcantarillado no tiene la capacidad de dar salida a estas aguas, lo que deriva en inundaciones. Las situaciones señaladas propician las condiciones

para que el vector pueda reproducirse y así se aumenten las posibilidades de contagio en esta localidad.

Figura 17

Manejo de las aguas residuales y del alcantarillado



Nota. Las fotografías (arriba) muestran los empozamientos de agua que se producen en las orillas de ambas calles del caserío. En la fotografía (abajo) se observa el estancamiento del agua en las cañerías en época de invierno (Observación no participante, 2019).

Finalmente, de acuerdo con datos proporcionados por la Oficina de Vigilancia de la Salud, Área Rectora de Salud Peninsular, Ministerio de Salud, para el 2020 la incidencia de dengue en el Barrio La Cruz fue de 0,96 por cada diez mil habitantes, y en el Barrio La Ceiba fue también de 0,96. Con respecto al chikungunya y zika no se presentaron casos en ninguna de las dos localidades (Ministerio de Salud [MISALUD], comunicación personal, 2021).

Capítulo 4

Análisis de los resultados

4.1. Los conocimientos en torno a las enfermedades infecciosas del dengue, chikungunya y zika.

En este capítulo se presenta el análisis de los resultados de la investigación sobre las causas de padecer las enfermedades vectoriales según un grupo de mujeres y hombres de Lepanto y de Jicaral. La exposición de su pensamiento en torno a este punto se realiza a través de sus relatos. El capítulo se organiza de la siguiente manera: en un primer apartado se exponen los conocimientos sobre las causas de la propagación del dengue y zika de las personas participantes en la investigación de la comunidad Lepanto Centro y Barrio El Sol. En el segundo, se describen los saberes de las mujeres y los hombres de las localidades jicaraleñas, Barrio La Cruz y Barrio La Ceiba, acerca de las causas y las formas de contagio del dengue, chikungunya y zika.

4.1.1. Las causas de padecer dengue y zika. Lepanteños y lepanteñas

En relación con las causas de las enfermedades vectoriales, y con las estrategias que deben aplicarse para evitarlas, Sergio, uno de los hombres participantes, de Lepanto Centro, quien tuvo zika, explica lo siguiente:

Díay, si todas las familias hicieran limpieza no habría problemas de que se van a dar las enfermedades, pero el problema es que usted lo hace, pero el vecino no, si usted va de ahí para allá se encuentra que hay campo abierto; son propiedades que tiran las cosas, o sea, la gente las tira pero ni chapean ni hacen nada; eso pasa ahí, y ahí por ejemplo, hay baldes

con agua, se pasan todo el invierno llenos de agua, ¿quién se encarga de eso?...nadie... Díay, no se da eso los mismos cocos, ahí caen cocos y eso, se quiebran o tiran, son criaderos, o sea, que hace uno con mantener la orilla de la casa, pero el vecino no, no, entonces, hay problemas (Sergio, comunicación personal, 2019).

Estas palabras de Sergio recogen también la forma de pensar de otros hombres lepanteños: los tres entrevistados muestran percepciones similares. Para ellos el mal manejo de la basura, junto con problemas en la limpieza y el ordenamiento del hogar y las zonas exteriores, son la causa de la propagación de estas tres enfermedades, ya que propician la formación de los criaderos del zancudo. Consideran además que la solución de este problema depende de cada familia.

Asimismo, explicaciones similares a las de Sergio, se observan en las narraciones del grupo de mujeres lepanteñas participantes. Por ejemplo, Emilia explica por qué considera que se dio el último brote de dengue en el 2018, en su barrio lepanteño El Sol:

Por lo mismo de la basura. Porque en estas casitas al frente, no; pero atrás es un desorden; muchas latas que guardan agua. No hay revisión de eso, no hay supervisión de eso, que haiga agua estancada más que todo en el patio (Emilia, comunicación personal, 2018).

Como puede verse, el contagio es visto por mujeres y hombres como consecuencia de malos hábitos, de falta de educación de las personas, del desaseo o del descuido de los otros en sus hogares y los alrededores. Se relaciona con un asunto de la voluntad, con las conductas de la gente. En cuanto a la indicación de las medidas de limpieza y ordenamiento de los espacios domésticos y comunitarios como única forma de detener el contagio de las tres enfermedades, se observa en estas declaraciones una repetición del discurso de las instituciones públicas de salud que son de naturaleza biomédica. Esto evidencia el peso fundamental, de lo que Menéndez (2003), llama el

“Modelo Médico Hegemónico”, en una relación de “hegemonía-subalternidad” con otros modelos de atención de la salud como los de tipo “popular” y “tradicional” y “las formas de atención alternativas”.

Asimismo, esta repetición también muestra que las personas participantes expresan ideas sobre las características de unas familias y de otras, valorando a unas positiva y otras negativamente, según las prácticas que se les atribuyen y de acuerdo con que sigan o, por el contrario, incumplan las indicaciones de las instituciones de salud para el control del vector. Algo similar se observa en la opinión de otra de las mujeres entrevistadas, ya que cuando se le preguntó a Flor si cree que, en su barrio, Lepanto Centro, hay personas o familias que tienen más peligro de enfermarse de dengue, chikungunya o zika, y el porqué de esto, ella expresó:

Yo pienso que sí; que las personas, este... que no tienen los cuidados, que no acatan las órdenes de lo que dicen los medios o los folletos; todas las recomendaciones no las acatan, ni transmiten eso ni a los chiquillos ni nada; entonces, son partes muy vulnerables de que no sacan el tiempo para revisar, que comen y todo lo tiran afuera, que las conchas, que los tarros... porque yo he conocido familias, bueno, cerca de mi barrio, que cuando me doy cuenta todos estaban enfermos, y lo vieron como muy normal, a todos los de la familia les dio, pero en mi casa les dio a unos y otros no, hay familias que sí, que a todos les dio, entonces, yo soy una que muchas veces les decía: pero tienen que tener más cuidado porque estamos muy cerca y todos llegan, y sí hay familias que no les preocupa para nada (Flor, comunicación personal, 2018).

Aquí se repite de nuevo el discurso biomédico, pues cuando Flor explica por qué existen personas o familias en Lepanto que tienen mayor riesgo de enfermar de algunas de las tres enfermedades, ella se refiere directamente a que son personas que no acatan lo que dicen los

medios o los folletos. Esto devela cómo ha calado el discurso de las instituciones biomédicas en las significaciones sobre las causas de enfermar o contagiarse. Que el vector puede incubarse en cualquier parte, es muy claramente un mensaje de las campañas de las autoridades de la salud en los medios de comunicación masiva (volantes, afiches, mensajes radiales, escritos y televisivos).

En el Plan Familiar de Lucha contra el Dengue, del Ministerio de Salud se plantea como única solución a la propagación de esta enfermedad, lo siguiente: “¿Cuál es la solución? -Mi familia sólo encontró una respuesta, ELIMINAR LOS CRIADEROS que nosotros mismos producimos. Por eso, queremos compartir con usted y su familia cómo lo hacemos” (Ministerio de Salud [MISALUD], 2002, p.7).

Vale la pena hacer énfasis en que ordenar, higienizar, y organizarse para eliminar criaderos, se remarcan como únicas medidas al alcance de las personas, las familias y las comunidades para evitar la propagación, en las campañas mediáticas del Ministerio de Salud para la prevención y control del dengue, el chikungunya y el zika. Estas campañas, no solo están enmarcadas en la visión biomédica asumida por las instituciones, sino que además son motivadas por la necesidad inmediata, por la urgencia propia de la visión asistencialista de estas instituciones, por lo que deben caracterizarse por la simplicidad, la esquematización y precisión científica. Precisamente con respecto a esto, Menéndez (2003) menciona como una de las características del Modelo Médico Hegemónico la tendencia a la “eficacia pragmática”.

También se percibe, tanto en el discurso de las instituciones públicas de salud, como en las declaraciones de los hombres y las mujeres participantes, que la responsabilidad de la prevención y la eliminación de las posibilidades de contagio se descarga únicamente en las familias; ellas y solo ellas, según el Plan Familiar, deben eliminar los criaderos “que nosotros mismos producimos” (MISALUD, 2002, p.7).

Además, el reduccionismo de esta posición institucional implica ocultamiento de la responsabilidad estatal, y de toda implicación de la colectividad, así como del desarrollo de su propia cultura. Con esto, se relaciona la mención de Menéndez (2003) de la “a-sociabilidad”, “a-historicidad” y “a-culturalismo” del Modelo Médico Hegemónico.

De esta manera, cabe pensar que plantear las acciones preventivas solo en términos de eliminación del vector, evade las posibilidades de identificar el papel de los actores de diferentes tipos: institucionales públicos y privados, civiles, comunitarios, de diversas actividades económicas, etc., tanto en la producción como en la atención de los problemas de la salud comunitaria. En contraposición con esto, una visión histórico-cultural de salud-enfermedad, posibilitaría particularizar, determinar la especificidad de las situaciones de salud-enfermedad de cada entorno comunitario; por ejemplo, cómo incide en la producción y propagación de las enfermedades la histórica dinámica socio-económica productiva de cada comunidad.

Asimismo, pasar de la imagen institucional de familia, abstraída de toda realidad social, a situar las unidades familiares en sus contextos específicos, permitiría reconocer las prácticas de atención de la salud-enfermedad tanto familiares como comunitarias propias y, así, propiciaría que las personas mismas de cada comunidad sean quienes generen estrategias y acciones colectivas de afrontamiento de las enfermedades. Esto va en la línea de lo que plantea Martínez (2014):

Al devolver al sujeto al lugar que le corresponde como perceptor y productor de significados para sus propias experiencias, en el centro del escenario de la construcción de sus interpretaciones del mundo, y en particular en los cursos de acción que desea ensayar para la edificación de su salud y el cuidado de sus enfermedades, se haría posible, entre otras cosas, disminuir la enorme brecha-cada día más ancha-entre quienes diseñan las políticas de salud, quienes las operan y quienes se espera que las reciban (que, sin embargo,

tienden más bien a rechazarlas): “la gente”, que en realidad es un conjunto de sujetos inmersos en su cultura, con los más diversos grados de capacidad imaginativa y potencialidad creadora (p.1101).

Por su parte, siguiendo con el tema de si hay más riesgos en unos grupos que en otros, Felipe, habitante del barrio Casanova, comenta en cuáles lugares de Lepanto considera que hay riesgo de enfermarse de dengue, de chikungunya o de zika:

Sí, digamos, eh... siempre que sale brote, o sale primero aquí o sale allá en Rosa Claus o sale en Macondo, siempre los brotes comienzan a salir de esos tres puntos, son frecuentes; todos los años ellos son frecuentes, ese es el Mundial de ellos, a ver cuál es primero, entre El Sol, Macondo y Rosa Claus; ahí siempre salen los primeros casos; después ahí se une ahí por Puerto Viejo, cierta parte, ¡eh!; aquí, El Astillero, a veces increíblemente; Puerto Viejo, toda la gente que vive en la pura orilla del manglar, que ahí el zancudo está... ¡pero vaciado!, son los que menos les da malaria; ahí no sale malaria, ni dengue, ni nada. En cambio, ya aquí, para acá sí” (Felipe, comunicación personal, 2018).

Como se observa, para Felipe, el riesgo de contraer las enfermedades no está en su barrio, sino en los otros. Hay algo característico en los barrios de Rosa Claus, Macondo y El Sol que los hace más propensos a estos padecimientos.

Ana, de Lepanto, explica cómo inició el brote de dengue en el 2018, en su barrio El Sol:

Yo me di cuenta de que el primero que lo tenía era Rolando. Sí, es que a Rolando le dio bien feo. Para mí que Rolando lo tuvo que haber agarrado en la playa, donde doña Marina,

ahí donde hay tanta cochinada. Ahí hay mucho desecho que trae la basura del mar. La gente no tira las cosas a la basura, si no que usted va a ahí y son tarros, las latas de atunes, botellas llenas de agua, y no hacen por donde limpiar (Ana, comunicación, 2019)

El contagio vino de otro lado... Entonces, queda claro que en las manifestaciones de estos hombres y mujeres aparece una inclinación a responsabilizar a los otros y las otras de crear las condiciones para que se produzcan las enfermedades. Sin embargo, no se ocupan de ciertos aspectos geográficos o de características relacionadas con el entorno, por ejemplo, las mencionadas en el capítulo de contextualización de las comunidades de este estudio. Es decir, si mi casa queda a la par del lote baldío, eso no es enteramente mi responsabilidad, -pues otra gente echa basura ahí-, pero, eso incide en poner en riesgo a las personas de mi familia más que a otras.

En un sentido, estos relatos denotan que la participación individual en el hecho social de enfermedad ha sido colocada por los hombres y las mujeres participantes como punto límite entre lo que soy, no soy y son los otros u otras; como forma de creación de subjetividades. Soy aseada/cochina, educada/falta de educación o cultura.

Es evidente que, tanto en la localidad de Lepanto Centro como en la de Barrio El Sol, los y las participantes producen el conocimiento en el contexto de propagación del padecimiento, las mujeres y los hombres elaboran subjetividad colectiva en términos de oposición identitaria, de alteridad. Como lo explica Martínez, quien en su obra *el Enfoque comunitario* (2006) presenta a la comunidad, -en el plano ontológico- como “una red de singularidades” y no como una fusión, no como una amalgama, lo comunitario está dado por la exposición, la apertura y la alteridad, así como la exterioridad, “la comparecencia de los unos a los otros de los entes singulares”.

Veamos:

“Con”, “juntos” o “en común” no quiere decir “los unos en los otros” ni “los unos en lugar de los otros” ni “los unos al lado de los otros”; estos términos implican una exterioridad: siempre un ente singular está al exterior de otro, pero también implican una comunicación en el estar-juntos. En la comunidad, los entes singulares perciben su “sí mismo” como una alteridad, es decir, que todos los sí mismos de estos entes singulares se relacionan a través de su alteridad: la comunidad es el estar juntos de la alteridad (p.35).

Siguiendo a Martínez, entonces, podríamos explicar que, en la vivencia comunitaria de la enfermedad, las mujeres y los hombres de Lepanto elaboran su singularidad en oposición con los otros.

Sin embargo, esto no excluye la posibilidad de apreciar desde una perspectiva diferente este marcaje de exclusión con respecto al otro o la otra, que se observa en los relatos de las mujeres y los hombres participantes: la perspectiva histórico-cultural del fenómeno de las enfermedades de Menéndez (2011), que ya se ha mencionado en este estudio. Este autor, en su artículo Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado, -en relación con el peso en las comunidades del “modelo médico hegemónico” que, asumido por las y los miembros de una comunidad, los determina a un papel de seguimiento y no de edificadores de su propia salud comunitaria-, plantea que la participación social en salud puede asumir dos diferentes formas como estrategia de supervivencia: una, como respuesta de producción-reproducción de los actores, con modificaciones subjetivas y alterando la situación de subalternidad o, la otra, en acciones de reproducción, de reforzamiento, de las relaciones de hegemonía subalternidad aunque se genere la modificación del sujeto mismo. De acuerdo con esto, en las declaraciones de las

personas de Lepanto que aquí se comentan, podrían verse indicios de un acomodamiento a la situación establecida, como simple estrategia de supervivencia.

Las siguientes declaraciones de Miguel ilustran también este planteamiento:

M: -¿Entonces, Paula duró como tres o cuatro días para ir a la Clínica? M: -Tres días. I: ¿Pero en ese momento había un brote aquí en el Barrio? M: -Sí, pero díay, mucha gente sí, díay que ni cuenta se da uno de que la gente está enferma. I: -¿Cuándo Paula se enfermó ustedes no sabían que había un brote? E: -No, hasta cuando la llevamos a allá fue que nos dimos cuenta, la muchacha de Chito, por allá, por la casa de Esmeralda, nosotros no sabíamos hasta que yo te dije a vos, que había varias personas con eso. M: -Es que es lo mismo, por lo mismo pasa, eh, bueno, yo siempre he pensado así, uno habla paja pero uno mismo es cómplice de esas cosas porque si ya hay un brote aquí que ya uno, entonces, hay que organizarse o algo, digamos, limpiemos algo, no le dejemos toda la responsabilidad al Ministerio de Salud, el problema es que todo el mundo lo ve todo tan normal y no hace nada respecto a eso, y lo malo es que bueno, los hijueputas esos, que no sirven para ni mierda y que no sé qué, pero díay, uno tampoco hace nada. I: -¿En el Sol hay algún comité, alguna organización? M: -Nada. Cada quién en su casa y Dios en la de todos, nada más y alguno que otro que se salte la tapia...I: -Increíble eso que me contabas ahora que hubo un brote, que hubo varios casos... M: -Y ni cuenta nos dábamos (Miguel, comunicación personal, 2019).

En relación con otro tema, es importante señalar que se observan algunas diferencias entre las percepciones de las mujeres y las de los hombres de Lepanto. Un aspecto especialmente

interesante es que, mientras los hombres ubican como causas absolutas de la producción y la diseminación de estas dolencias, la mala gestión de la basura y el desaseo por parte de las personas en sus lugares de vida, las mujeres, aunque señalan estos mismos motivos, se plantean también otras posibilidades: la debilidad del sistema inmunológico de las personas y el desequilibrio del ambiente natural. Esto puede observarse, por ejemplo, en las declaraciones de Emilia, habitante del Barrio El Sol, quien se pregunta por qué a unos les da la enfermedad y a otros no; por qué en su familia unos enfermaron de dengue o de zika y otros no, y la explicación que da a esto es la siguiente:

Sí, yo me lo explico así: será porque las plaquetas o las defensas de ellos están más altas que las de uno, porque, por ejemplo, el Chiquitico estaba saliendo del hospital, y me decía el pediatra; este niño cuesta que le dé algo porque tiene las defensas demasiado bien, dice. Y a la otra, a la mayor también, pero no sé cómo estaba Tiffany, no sé cómo estaba Jonny, mi esposo, y nos dio duro...lo que es el dengue, porque el zika no fue mucho, a mi hija no fue mucho. (Emilia, comunicación personal, 2018).

Por su parte, Flor expresa que las razones por las que enfermedades como el dengue, el chikungunya y el zika se producen, no son solo la presencia de criaderos del mosquito, sino también un descontrol en la Naturaleza, lo que genera excesiva cantidad de zancudos en el ambiente. Expresa, Flor:

“Díay sí, los mosquitos y el descuido del criadero, el permitir esos criaderos que no, que del todo no logramos controlar, o sea, se ha hecho como un descontrol, la misma naturaleza, digamos, este, no ha podido con ese mosquito, o sea, a nivel nacional, a nivel comunal, a nivel mundial, o sea, no hemos podido erradicar ese mosquito, más bien al

contrario, uno se asusta cada vez aparecen más mosquitos transmitiendo más enfermedades. Entonces, a uno le preocupa, uno dice, están surgiendo cada vez más mosquitos, más dañinos, mosquitos que están afectando más la salud humana. A uno le preocupa que la misma naturaleza, la misma tierra está produciendo, esos, por qué, cómo, no sé, pero está produciendo eso” (Flor, comunicación personal, 2018).

En fin, es evidente que las mujeres apelan más a su cotidianidad, al rol que cumplen como cuidadoras de la salud de la familia y a la relación con el medio natural, así como los hombres se refieren a sus diferenciadas prácticas cotidianas. Esto puede asumirse como una muestra de la relación entre práctica y conocimiento que señala Sandoval (2004), esta vez atravesada por la condición de género. Como se explicó en el Marco Teórico Conceptual de este estudio, Sandoval, plantea la existencia de un trasfondo, que define como “un sistema de reglas y de prácticas históricamente construidas, las cuales, en términos más o menos estructurales, definen los límites de lo decible y lo actuable; es decir, todos los procesos humanos de significación y de construcción de un mundo social”. Mujeres y hombres, entonces, desarrollan prácticas asignadas según su género incluido en ese trasfondo y “los discursos y las prácticas sociales son constreñidos por este trasfondo, que se produce y se reproduce como el marco que posibilita la acción” (p.143).

Por otra parte, resalta, desde otro punto de vista fundamental, que las mujeres, en las explicaciones acerca de por qué se producen y propagan estas enfermedades vectoriales, recurren a nociones muy ligadas a la inmediatez de sus vidas, a la cognición cotidiana personal y colectiva. La cotidianidad de Emilia, Flor y Ana, está mayormente ligada al espacio doméstico y comunitario, ellas permanecen la mayor de su tiempo en el territorio lepanteño dedicadas al trabajo de la casa y al cuidado de la familia. Se puede pensar, entonces, que sus representaciones acerca de las causas

de la proliferación están especialmente relacionadas con el rol que ellas cumplen día a día en sus familias. En su saber sobre la salud y la enfermedad, evidentemente operan de manera determinante los patrones de cuidado y curación que se realizan en el ámbito doméstico. Esto se observa muy claramente en las explicaciones de Emilia, que plantea la posibilidad de que la menor fortaleza del sistema inmunológico de cada persona funcione como causa de contagio de dengue, chikungunya o zika, a propósito de lo cual muestra un conocimiento detallado de la salud de cada uno de los miembros de su familia. Recurriendo al pensamiento de Hernández et al. En su artículo *El cuidado de la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana* (2001), puede afirmarse que “...estos conocimientos son productos sociales, que se aprenden a través de la socialización, al aceptar ciertos valores y normas de conducta. Estos conocimientos son dependientes de las situaciones socioculturales en las cuales ellos ocurren y constantemente son renegociados” (p.444).

4.1.2. Las causas de enfermar de dengue, chikungunya y zika. Jicaraleños y jicaraleñas

En las narraciones de las mujeres y los hombres de las localidades de Jicaral, -al igual que en las de las personas participantes de las comunidades de Lepanto-, se destacan como causas de la propagación del dengue, el chikungunya y el zika, el mal manejo de la basura y el desaseo de las casas y sus alrededores.

La mala gestión de los desechos provoca que existan los criaderos del vector. En esa línea, Pedro, de Jicaral, Barrio La Ceiba, explica por qué cree que enfermó en tres ocasiones de dengue:

Díay no, tal vez la mala manipulación de las autoridades de salud que no ponen atención cuando tienen que fumigar realmente. Este... tal vez la mala manipulación de los vecinos de los residuos de las basuras y la suciedad de los lotes cercanos a la casa. Sí, porque en mi casa todos estamos traumatados con el dengue; digamos, nadie quiere que le vuelva a dar dengue, entonces, todo el mundo vive pendiente que algún criadero; que el agua, que nada esté estancado ni nada, pero yo no puedo estarle revisando a los vecinos el patio (Pedro, comunicación personal, 2019).

Aunado a lo anterior, a la pregunta de cómo se puede evitar la propagación de estas enfermedades, Elena, de Jicaral, respondió:

Es que tendríamos que tener todos el mismo pensar, tener todos el mismo cuidado de no tener esas cochinas en el patio, esa basura, esas tazas con agua porque, él no está en aguas sucias, o sea, el bichillo ese más que todo está en aguas limpias; vos dejás una tacita ahí, ahí están los huevos por millones. Yo los he visto, vieras, ¡hasta que me da no sé qué! Tener cuidado, más que todo en la limpieza (Elena, comunicación personal, 2019).

Las explicaciones de Pedro y Elena giran en torno a dos puntos básicos: el problema del manejo de la basura, de desaseo y desorden, y la atribución de las malas acciones a los otros de su comunidad. El manejo incorrecto de la basura, se menciona como la “cochinada” y el origen del contagio se identifica con malos hábitos; se relaciona con falta de educación, con desaseo y descuido y se señala a los vecinos como responsables de las malas acciones a este respecto.

Igualmente, cuando se le preguntó a Paulina si cree que en su barrio, La Ceiba, hay personas o familias que tienen más peligro de enfermarse de dengue, chikungunya o zika, y por qué esto sería así, ella afirmó.

Bueno, algunas personas que son muy descuidadas con lo de la casa y todo como viven, o sea, ¡lo cochinos que son!, que mantienen pozas de agua y muy cochino el patio (Paulina, comunicación personal, 2019).

Y de manera similar se expresa Pedro:

Sí, aquel sector de allí, por donde está la playiya y eso, por el monte, por la basura, y por todo, lo que está ahí. Y en esta parte, y la otra parte donde puede dar, es un tipo de zona boscosa, entonces, es donde la gente acostumbra a tirar los desechos porque, digamos, si usted tira algo aquí allá lo ven, entonces uno de la vergüenza lo recoge; pero los de ese lado, no tienen a nadie atrás que vean lo que botan, ni nadie que controle eso, entonces, la gente es más cochina por ese lado (Pedro, comunicación personal, 2019).

Sin embargo, esta zona boscosa a la que se refiere Pedro, donde nadie mira lo que es desechado por los vecinos, es la parte trasera de la fila de casas donde se encuentra ubicada su propia vivienda. Sorprende por eso que se dé casi por un hecho que cualquiera puede contagiarse con solo estar presente en uno de los lugares que él señala como riesgosos, así como que, a pesar de quejarse de la incorrecta fumigación realizada por las autoridades de salud porque puede propiciar la propagación de las enfermedades, hable a la vez de su imposibilidad de ejercer algún control sobre lo que sucede en las casas de los demás y en las áreas peri domiciliarias. Sus afirmaciones revelan un sentido de exclusión, una toma de distancia de los lugares infestados por la acumulación de basura; a pesar de que se trata de terrenos pegados a su casa Pedro evidencia que le son ajenos, los menciona como espacio de un problema externo sobre el cual está limitado para incidir, revelando así su exclusión de toda responsabilidad al respecto. La forma de aludir a los lugares parece revelar una simbolización del territorio. Pedro localiza el contagio en puntos específicos de su barrio, sectoriza el contagio, con lo que denota la forma en que se ha apropiado del territorio; es decir, identifica una parte como su lugar.

Esto puede relacionarse con lo expresado por Molina (2018) con respecto al “lugar” como punto de articulación entre los vínculos identitarios y afectivos con el espacio vivido y las oportunidades de uso y transformación de los territorios por parte de las comunidades que lo habitan. Esa referencia no se refiere solo a la localización física de los perfiles de enfermedad y morbilidad, sino que considera lo cotidiano, el espacio vivido. Se trata del territorio que es objeto significados y valores, intrínseco a la experiencia de las personas, los grupos y las comunidades.

Este aspecto de la vivencia del territorio que tienen las personas y las comunidades, correspondiente a un análisis cultural territorial de las enfermedades, debería ser tomado en cuenta en las intervenciones que se hagan en las comunidades, sobre todo cuando se trata de enfermedades

tan ligadas al entorno ambiental por ser vectoriales. Así sería posible reconocer las prácticas locales de uso y manejo del ambiente y el papel que juegan en la producción y reproducción de las enfermedades y probablemente podría garantizarse una mayor identificación de las personas con los planes y campañas que se realicen.

Pablo, de Jicaral, Barrio La Cruz, a la pregunta de si considera que hay personas o familias de su comunidad que están más propensas a contraer estas enfermedades, responde:

Díay, es que aquí está rodeado por el manglar, todo lo que es Jicaral está rodeado, todo lo que es este barrio, igual, la gente que acumula basura. Lo que es barrio La Cruz, La Ceiba, son barrios que pasan expuestos. Como te digo, aquí hay mucha inundación, entonces de hecho hay mucha acumulación de agua, suampo, la quebrada que pasa por aquí, la que pasa por allá, ¡qué te digo! Las salinas en el invierno, los plásticos, los cristalizadores que usan para hacer sal quedan con agua de lluvia, se mantenían llenos porque, si no, el plástico se ponía tostado, se dañaba; entonces, había que mantenerlo así. Se lo digo porque en el caso de mi familia pues tenían eso y usted en la mañana llegaba y eran nubes de zancudos porque ahí vivían (Pablo, comunicación personal, 2019).

Vemos en lo que declara Pablo, una variación significativa con respecto a los demás, pues aunque también se refiere a la basura como causa de las enfermedades, se sale de la tendencia general al señalar otras situaciones que se dan en el Barrio La Cruz y Barrio La Ceiba: la existencia del bosque de manglar, las inundaciones que suceden en época de invierno y el inadecuado manejo que hacen las salineras de los instrumentos para la producción de sal, lo cual los expone al contagio por la densidad poblacional del vector en sus lugares de vida. Vale destacar que él habla de

zancudos en general. Pablo muestra un conocimiento más completo, una perspectiva más clara de los factores que inciden en la proliferación del mosquito y la vulnerabilización de la gente a estas enfermedades.

Por su parte, Elena, una participante jicaraleña, a la pregunta de, por qué cree que tuvo dengue y chikungunya, por qué padeció las dos enfermedades, contestó:

Yo digo que por la cochinateda de los vecinos, porque los vecinos a veces son muy desaseados; uno tiene los patios limpios y ellos son cochinos; tienen ese montón de montes; bueno, mi patio ahorita no es el que está más limpio, pero, digamos, en cuestión de aguas estancadas y cosas así, sí había mucha cochinateda en estos patios, porque yo entraba ahí y veía aquello, claro, y en ese entonces hubo un brote de zancudos que no se podía estar en la sala; yo digo que eso fue. Díay, a uno le toca porque tampoco va a venir el bichillo y lo va a picar exclusivamente a uno, pero yo digo que es por el desaseo, el tener esas aguas ahí, porque, díay, yo he visto, yo he visto bichillos en las aguas, ahí están...no es que le toque, si no es que exclusivamente no le va a tocar a uno, el bichillo no te va a escoger a vos y te va a picar exclusivamente, no, sino por el desaseo de los patios (Elena, comunicación personal, 2019).

Otra vez, -en estas declaraciones de Elena, se sugiere que eliminando el problema del desaseo de las casas y los alrededores, desaparecen las probabilidades de infectarse. Como se comentó con respecto a las mujeres y los hombres de las localidades de Lepanto, se observa en los razonamientos de estas personas, pobladoras y pobladores de Jicaral, que priva una lógica lineal,

dicotómica de causa y efecto, en el señalamiento de las causas de la propagación de estas dolencias vectoriales. Se hace patente que ellas y ellos poseen un conocimiento escindido que puede relacionarse con la asunción del discurso institucional; con la visión de la biomedicina, que, en el combate contra la propagación del dengue, el chikungunya y el zika, centra exclusivamente la atención en el control del vector.

Vale la pena, entonces, recalcar que, por esta representación del fenómeno de la propagación del dengue, el chikungunya y el zika, propia de los materiales instructivos del Ministerio de Salud sobre el Manejo Integrado de Vectores (MIV), se establece que: “Para la selección de cualquier método de control, es necesario tener información acerca de la biología y la ecología de los vectores, además de conocimientos de los factores socioeconómicos, culturales, estilo de vida y hábitos de la población. Y agrega: “Se debe dirigir y conducir a la comunidad y otros actores sociales para realizar acciones de ordenamiento del medio (modificación y manipulación del medio)” (Ministerio de Salud [MISALUD], 2013).

Dirigir y conducir a las comunidades, es lo que proponen las instituciones biomédicas. Los actores a los que se refieren aparecen descontextualizados, como si no estuvieran ligados a un territorio específico. Son vistos como personas desprovistas de conocimientos sobre los lugares que habitan, requieren ser educadas sobre cómo gestionar sus territorios comunales.

Según Molina (2018), algunos efectos de este discurso higienista se encuentran todavía en sistemas de salud actuales, que siguen configurándose en el marco modelos de asistencia pública y control poblacional de la enfermedad, y bajo la concepción del territorio como ambiente físico contenedor de vectores de enfermedad o riesgos. Afirma esta autora que el control del cuerpo social es el objetivo de la higiene y que su diagnóstico y localización geográfica son el instrumento para ejecutar mecanismos de administración de la vida social y regular a las “sociedades de riesgo”.

La autora señala, en esa línea de análisis, un hecho que nos parece relevante: es que, como herencia de esta construcción histórica, la teorización de los procesos territoriales en salud pública se ha entendido por muy largo tiempo como un espacio que enferma o que cura, como zona insalubre o salubre. “Bajo esta conceptualización, el territorio es una entidad independiente y separable de la sociedad e interesa su base natural, que es científica y objetivamente delimitable” (p.3). Martínez (2014) asume esta perspectiva de las instituciones biomédicas cuando señala cómo es “el sujeto desplazado del cuidado de su salud”, cómo la versión científica y biomédica del mundo despoja a las personas de su propia experiencia, las empobrece radicalmente en su capacidad de decisión, en el manejo de las situaciones en las que se encuentran involucradas y les niega toda facultad para generar por sí mismas soluciones; es decir, las encierra en una visión que no las impulsa a actuar. Finalmente advierte que, con todas estas implicaciones, las propuestas para la prevención que propone el personal de salud tienden a identificar una sola causa y plantean una sola y uniforme vía de solución.

La interiorización del mensaje institucional, por parte de las y los participantes, posiblemente lleve a que las dificultades sociales y ambientales no sean vistas como un problema comunitario, lo que vulnerabiliza a estas personas al contagio con estas enfermedades vectoriales. Asimismo, es evidente que influye en que las y los informantes no visualicen las posibilidades de una acción comunitaria de prevención de estas enfermedades. El discurso institucional, entonces, produce un efecto de desmovilización social-comunitaria; según él, la solución se ubica en lo individual, depende de cada uno, y se encuentra puerta adentro de la casa familiar.

Gómez (2015), en su artículo evolución de la teoría y las prácticas en el control de las enfermedades transmitidas por vector. El autor asevera que en el campo de la salud pública, han privado modelos de atención de las enfermedades de transmisión vectorial. La idea biológica y

unicausal de las enfermedades tropicales produce una respuesta biomédica e individualista. Al visualizarse como un obstáculo biológico para el desarrollo económico se promueve el aislamiento disciplinario –surge la microbiología, la bacteriología, la parasitología, etc.–, se atomizan las intervenciones de control y prevención, y se buscan acciones rápidas, baratas y que no demanden mayor desarrollo social o de infraestructura pública. Se consolida la búsqueda y la innovación tecnológica enfocada al desarrollo de “balas mágicas” –medicinas, vacunas, insecticidas, mosquiteros impregnados, etc.– y se pierde el enfoque poblacional de las intervenciones. La máxima expresión de ese enfoque individualista y aislacionista son los programas verticales tipo campañas de erradicación de paludismo, abocadas a solucionar un problema fuera de su contexto social, económico e, inclusive, al margen del resto de las necesidades de salud de la misma población. Al promover las intervenciones técnicas sin estar integradas a las condiciones sociales, se instituyó la visión a corto plazo, se responsabilizó al individuo, se organizaron los programas de prevención de manera independiente (verticales) por enfermedad, surgió la centralización de la autoridad sanitaria y se dio forma y contenido al concepto de enfermedades fáciles de identificar, tratar y controlar, o erradicar en el corto plazo y con poca inversión de infraestructura.

Por otra parte, la pasividad de las y los integrantes de las comunidades jicaraleñas con respecto a la situación de enfermedad, en los casos del dengue, el chikungunya y el zika, la ausencia de respuestas propias al problema y, al mismo tiempo, el no seguimiento regular de las indicaciones de las instituciones de salud, podrían relacionarse con un proceso de naturalización y de habituación a las condiciones que los perjudican. Es posible que ellos y ellas hayan llevado a cabo un proceso de naturalización-habituación, tanto del vector como de las enfermedades, -que están fuera de su control-, para sobrellevar el problema que causan. Es muy frecuente escuchar a estas personas decir que “los zancudos abundan,” que están en todas partes; que “el bichito no

discrimina”, que “él arrasa con lo que haiga” y que “yo he tenido enfrentamientos todos los días con zancudos”; luego, los vectores son parte natural de su vida y ellas y ellos están habituados a su presencia.

Montero (2004) se refiere a este proceso en esta forma:

Naturalización y familiarización son las vías para aceptar conocer y relacionarse con lo extraño, con lo diverso; para hacerlo aceptable, admisible y también para internalizarlo y considerarlo como parte del “modo del ser del mundo”. Junto con la habituación, son los mecanismos microsociales que mantienen ciertas estructuras y ciertos modos de vida, a la vez que sostienen la permanencia o estatus social (p.127).

Se destaca también otro factor en las explicaciones sobre las causas de la propagación de las enfermedades vectoriales. Elena y Pablo muestran sus conocimientos sobre cómo se reproduce el vector y el proceso de transmisión de estas dolencias. Se refieren a aguas estancadas como condición necesaria para la reproducción del mosquito y le otorgan a esto un papel preponderante en el contagio.

También, están muy presentes en los relatos de los y las participantes de las comunidades de Jicaral una magnificación del rol que juega el zancudo en la cadena de transmisión de las enfermedades, así como, la unidireccionalidad que se atribuye a su acción. Da la impresión de que el vector contiene la enfermedad y la inyecta, de que es el único componente activo en la transmisión (zancudo→persona). Este hecho se observó igualmente en las declaraciones de las personas participantes de las localidades de Lepanto.

Para Pablo, ellos y ellas están en un peligro inminente de enfermarse, hay ahí “una bomba de tiempo”, pues los zancudos están por todos lados. Según explica:

Díay, no le digo que aquí estamos en una bomba de tiempo. Es que aquí ha habido casos que, bueno, al menos el mío acá: allá en La Ceiba hubo casos. Es que, por todo lado, es que el zancudo abunda. Nosotros, lo que es esta parte aquí, estamos expuestos. Díay, si fuera que el zancudo dice “voy a picar nada más a Génesis” (se refiere a su hija), o así, pero si él está aquí y se corre, picó al otro también, entonces sería, ¡disculpe la expresión que voy a usar!, sería como estúpido llegar y decir “es que aquí nos puede pasar menos a nosotros que a los otros” (Pablo, comunicación personal, 2019).

Al igual que las otras personas participantes, Paulina, de Barrio La Ceiba, hace énfasis en la responsabilidad del zancudo en la diseminación de la enfermedad, y al parecer, tanto ella como los demás no hacen diferenciación del tipo de zancudo que interviene. Ella da la siguiente explicación al hecho de haber padecido dos veces dengue:

Sí, sí me lo pregunté, que porqué dos veces...Díay porque vino el zancudo y me picó dos veces y el zancudo tenía el veneno, ¡eso fue lo que me contesté yo! (Paulina, comunicación personal, 2019).

Por su parte, Luis, de La Ceiba, manifiesta lo que piensa sobre el peligro de enfermarse que tiene los pobladores de su barrio:

Ya le voy a decir una cosa: a mí me habían preguntado eso y no lo creo que el chikungunya o zika produce esas cosas; todo viene por el aire, aquí la gente, seguro por tantas cosas

que dicen, que el zancudo transmite la malaria, que el zancudo produce lo otro y vieras que no, a mí me han picado zancudos durante todos los años y no, será que soy muy fuerte, todos los días tengo enfrentamientos con zancudos; si no fuera así, no estuviera contando, ¿hace cuánto estoy piangüando? ...Desde la edad de los ocho años y ya tengo 44 años (Luis, comunicación personal, 2019).

Las palabras de Paulina y Luis reflejan que el zancudo es parte de su día a día. Luis plantea que el zancudo no participa en la transmisión de las enfermedades, que relaciona con otras causas, y justifica su opinión basándose en lo que ha hecho toda su vida, ser piangüero. En esta labor todos los días del año se tiene contacto con los zancudos. En su explicación se pone de manifiesto la integración absoluta de los mosquitos a su mundo cotidiano, por lo que, para él, los mosquitos no son un factor de peligro. Esto puede relacionarse con el concepto de Racionalidad ambiental de Lef (2004) “racionalidad ambiental cultural” La reapropiación social de la naturaleza. Concepto de racionalidad ambiental cultural:

La racionalidad ambiental no es la racionalización de los valores intrínsecos de la naturaleza o de una “esencia” de las culturas. ...Los valores que se entretajan en las prácticas tradicionales de una formación cultural incorporan ciertos principios de la organización ecológica del medio en el que se han asentado y florecido diferentes grupos étnicos; a su vez, la cultura imprime su sello en la naturaleza a través de sus formas de significación del medio y de los usos socialmente sancionados de los recursos. La racionalidad ambiental acoge así a las diferentes formas culturales de aprovechamiento de los recursos de las comunidades para satisfacer sus necesidades fundamentales y su calidad de vida. En este sentido, la racionalidad ambiental cultural organiza y da especificidad al proceso de mediación entre la sociedad y naturaleza, a

través de los estilos étnicos y las normas culturales de aprovechamiento de los recursos naturales (p.221).

En todo caso, lo que saben las personas participantes acerca de las enfermedades y su transmisión, el vector y sus condiciones de reproducción, está totalmente relacionado con lo que directamente viven, su experiencia inmediata, lo que hacen cotidianamente. Cabe preguntarse entonces, si las significaciones que ellos y ellas han elaborado en torno al mosquito influyen de alguna forma en el sentido de peligro o exposición a enfermar en sus lugares de vida, y, por ende, en sus prácticas preventivas.

Esta interrogante va en la misma línea con lo que proponen, Valdez et al. (2015), en su estudio sobre la vulnerabilidad humana a transmisión vectorial de *Tripanosoma cruzi* (enfermedad de Chagas) a través de los procesos de salud-enfermedad y la apropiación social del territorio, en donde se dice que la dimensión de la vulnerabilidad en el sitio de la investigación invita a profundizar sobre las representaciones sociales en torno a los mosquitos y otros insectos que la población asocia a enfermedades, con el fin de comprender las prácticas comunales y de dimensionar el valor del vector en ese contexto.

4.1.3. Balance

En las dos comunidades, tanto en hombres como mujeres se evidencia la idea dominante del mal manejo de la basura, el desaseo y el desorden como causa de la producción y proliferación de las tres enfermedades, porque propician la aparición de criaderos del mosquito transmisor.

Se observa una tendencia a categorizar a las personas en términos de oposición, de acuerdo con su participación individual en el manejo de la basura, el desaseo y el desorden y, según sigan o incumplan las indicaciones de las instituciones médicas. Se es cochino/aseado. La participación

individual en el hecho social de enfermedad ha sido colocada por los hombres y las mujeres de las comunidades, tanto de Lepanto como de Jicaral como punto de marcaje entre lo que es y lo que no se es, como forma de creación de subjetividades.

En relación con lo anterior se determina por parte de hombres y mujeres de Jicaral y Lepanto la asunción del pensamiento reduccionista, unicausal, dicotómico y mecánico de las instituciones biomédicas. Aunado a esto, se aprecia la exclusión de la responsabilidad personal en las tareas de cuidado del ambiente para evitar la proliferación de los mosquitos.

Ligado a lo anterior puede verse la magnificación del papel del vector en la transmisión del dengue, chikungunya y zika. Los hombres y las mujeres de ambas comunidades manifiestan un conocimiento segmentado del ciclo de reproducción de las enfermedades, atribuyendo al zancudo toda la responsabilidad.

De igual manera, se detecta un fenómeno de naturalización del mosquito posiblemente dado por la incorporación de este a su mundo socioambiental. En relación con su cotidianidad, con sus trabajos y la relación con la naturaleza.

Se observan algunas diferencias entre las percepciones de las mujeres y las de los hombres de Lepanto y de Jicaral. Mientras los hombres en general plantean como causas absolutas de la producción y propagación de las tres dolencias, la mala gestión de la basura y el desaseo de las personas en sus lugares de vida, las mujeres señalan además otras posibles causas como la debilidad del sistema inmunológico y el trastorno del medio natural.

Capítulo 5

Análisis de los resultados

5.1. Las prácticas de atención del dengue, chikungunya y zika. Las comunidades de Lepanto y Jicaral.

Este capítulo plantea y analiza los resultados del estudio sobre las actividades de cuidado y de tratamiento que llevaron a cabo las mujeres y los hombres lepanteños y jicaraleños cuando padecieron dengue, chikungunya, o zika. En primer lugar, se presenta la información sobre las prácticas de atención de los y las participantes de la comunidad de Lepanto, Centro y Barrio El Sol. En segundo lugar, se exponen las acciones de atención de los y las participantes de la localidad de Jicaral, Barrio La Ceiba y Barrio La Cruz.

5.1.1. Las vivencias de cuidado y tratamiento del dengue y el zika de los hombres y las mujeres de Lepanto

Algunos de los y las participantes no acudieron al principio a consulta médica, sino que trataron los primeros síntomas de la enfermedad individualmente y en su contexto familiar. Otras personas sí fueron a consulta y después de hacerlo prosiguieron atendiéndolo de esta última manera.

Ana, vecina de Barrio El Sol, narra las vivencias relativas a las primeras manifestaciones que tuvo del dengue, y lo que hizo para aliviarse:

Cuando me di cuenta fue que Juanita y Carlitos tenían dengue, y luego yo y me pongo a conversar un miércoles en la noche con Rolando el de Meis. Estaba Rolando todo lleno, brotado, y le digo: “¿Rolo qué tenés” -¡Ay Anita!, yo tengo días de estar con un dengue, y me dice: -No he ido a la Clínica, yo me hago un caldo de pescado-. Estábamos como a las nueve de la noche hablando yo con Rolo, en la madrugada. Eran unos fríos que tenía yo... ¡pero un frío que yo me cobijaba... y nada! Y dos acetaminofén... ¡por último me tomé dos acetaminofén con codeína y no aguantaba el dolor!... Hasta me sobaron, para el rezo de tío Chepe yo estaba sobada; mamita me sobó porque creía que estaba indigesta, y lo menos que creía que tenía era dengue. Eran unos dolores, una fiebre, que no soportaba... Bueno, ni al peor enemigo le deseo eso, es feísimo. (Ana, comunicación personal, 2018).

Las palabras de Ana son representativas de la experiencia de las otras mujeres. Ellas llevaron a cabo un itinerario de acciones que les permitiera curarse, hicieron uso de medicinas y tratamientos que conocían. Lo mismo ocurrió con los hombres. Felipe, vecino de Barrio Casanova, quien tuvo en dos ocasiones dengue, a través de su narración expresa lo que pasó cuando enfermó:

Bueno, yo no sabía que era dengue, porque yo dengue nunca había tenido; había tenido malaria y supuestamente los síntomas son muy parecidos; algunos se asemejan, pero son diferentes; la malaria es mucho más agresiva, muy agresiva. El dengue, cuando yo caí la primera vez con dengue, yo comencé como a los cinco días antes, seis días antes de que ya la enfermedad avanzara, yo sentía como dolor de cabeza, me dolían los ojos, dolor de

cuerpo, pero hasta ahí. Ya un día antes de que me agarrara en serio, me dieron como ciertas ganas de vomitar, náuseas, y me entraba fiebre y dolor de estómago, toda esa cosa, y yo...qué raro... En ese momento, digamos, antes de que fuera al hospital, entonces yo lo que tomaba era acetaminofén (Felipe, comunicación personal, 2018).

Estas personas usaron a la vez medicina casera y biomédica para calmar los dolores y los malestares en general. Algunos de los remedios que ellas y ellos utilizaron para tratarse son los mismos que recetan los doctores en la consulta médica formal. Las indicaciones que son señaladas en estos espacios son hacer reposo, tomar acetaminofén e hidratarse, actividades de curación que son muy similares a las que las personas realizan para atender los primeros síntomas del dengue, chikungunya o zika.

Cuando Flor, habitante de Lepanto Centro, cuenta cómo fue su experiencia de atención en la Clínica de Jicaral, dice lo siguiente:

Yo le voy a decir algo: Vieras que yo iba a hacerme la prueba, enferma con todos los síntomas, y me obligan ir a hacérmela a Jicaral, ¡hasta Jicaral!... y yo deseaba tirarme en el piso. Después, allá, no había dónde sentarse; era tantísima la aglomeración de gente en la Clínica que no había ni dónde sentarse; entonces, quedarse de pie esperando. Le hacían la prueba... Entonces, luchando para venirse en el bus de las once y, entonces, eso era terrible. Yo prefería que me dejaran con todos los síntomas en la casa, al final le hacen la prueba a uno y nada le dan porque no le pueden dar nada; entonces, mejor lo dejaran quededito en la casa, pero a usted, por ir la primera vez, lo obligan a que tiene que estar yendo... En la próxima que me enferme no voy para que no me obliguen a hacer la prueba,

¿por qué...?, porque la atención es remala, y solo acetaminofén y que se hidrate es lo que le dicen a uno (Flor, comunicación personal, 2018).

Flor hace referencia a la realidad que viven en general, las y los pobladores de la localidad de Lepanto, a causa de las dificultades que tienen para lograr hacer uso de los servicios médicos. Como se explicó en la caracterización que se hizo de la comunidad de Lepanto, esta se encuentra a once kilómetros de la Clínica en Jicaral, y existe un servicio de buses limitado para trasladarse entre las comunidades. También Flor menciona una situación objetiva, y es que estas enfermedades vectoriales no poseen una cura definitiva, la gran mayoría de los casos se recuperan de la dolencia en el hogar⁴³ (Ministerio de Salud [MISALUD], 2013)

Por su parte, Miguel, vecino de Barrio El Sol, explica cómo trataron el dengue cuando su esposa padeció esta enfermedad:

Paula (se refiere a su esposa) la otra vez que estaba pasada, le digo: -Paula usted lo que tiene es dengue. Y de majadera no oía, y de majadera se hacía una cosa y otra cosa, hasta que ya cayó en que tuvo que ir a la Clínica. Y ya le empezaban a bajar las plaquetas; aquí, de todo, hasta un purgante le zamparon, hasta del estómago estaba jodida. Yo le dije: “Esa calentura y ese dolor de cabeza...”. Tenía como dos o tres días de estar así. I: - Pero, ¿qué se tomaba Paula? M: - Díay nada, solo lo que yo le empujaba, y bueno, la mamá de ella también venía, Elizabeth. I: - ¿Qué le empujabas vos, contame? M: -Este... de esos jugos. Cuando yo estuve en el hospital con lo del pie, ví que le metían avena,

⁴³ En los documentos que ha generado el Ministerio de Salud para establecer lineamientos y protocolizar la vigilancia, control y manejo clínico de cada una de estas enfermedades, se señala como el dengue, el chikungunya el zika, son padecimientos que tienen un porcentaje de agravamiento y letalidad bajo. Por ejemplo, en el protocolo de vigilancia y manejo clínico de la fiebre por chikungunya, se dice que las muertes vinculadas con infección por esta enfermedad, son raras. (MISALUD, 2014). Lo mismo se establece para el dengue; con un adecuado tratamiento, la letalidad del dengue grave es menor que un 1%. (MISALUD, 2013).

mucha avena y el juguillo ese, ese milagroso, agua y acetaminofén (Miguel, comunicación personal, 2019).

De acuerdo con lo dicho por estos dos participantes, parece que las condiciones de vida de esta localidad, las características de estas enfermedades, el abordaje biomédico y las limitaciones de los servicios de salud, se conjugan para reforzar la curación mediante la práctica de autoatención y la automedicación. Hechos como la decisión de Flor de no acudir a la Clínica en caso de que vuelva a enfermarse de alguna de estas tres dolencias, de preferir quedarse con todos los síntomas en la casa, así como las acciones que llevó a cabo Miguel para tratar de aliviar con todo tipo de medicinas caseras y alopáticas los malestares del dengue que padecía su esposa Paula, y el que haya utilizado como parte de la medicación lo que observó en el hospital cuando él estuvo internado, pueden ser vistos como una estrategia de afrontamiento de la enfermedad, un asumir la posición de gestores de su propia salud; una autonomía basada en buena parte en las experiencias anteriores, pero, al mismo tiempo, en el convencimiento de que la institución biomédica hace lo mismo que ellas y ellos vienen haciendo en el tratamiento de estas enfermedades y que, en términos prácticos, no les logra resolver la situación de enfermedad.

Estos actos intencionales e independientes de curación que llevan a cabo las personas en el espacio doméstico, actos acordes con sus condiciones específicas de vida, que integran elementos de varios modelos curativos como el biomédico y el casero-natural, recogen los aspectos más representativos del proceso de autoatención de la salud, forma de atención que se constituye a partir de un saber propio de los sujetos y los grupos sociales, que sirve como marco para resolver el nuevo episodio de enfermedad; saber que es cambiante, contradictorio y dinámico en sí mismo y en su relación con las otras formas de atención. Las personas, a través de su trayectoria de vida y experiencias de enfermar, se van apropiando de conocimientos que provienen de otras formas de

atención de la salud-enfermedad, como la biomedicina y la popular y los van integrando en sus prácticas curativas cotidianas (Menéndez, 2005)

También, a partir de las manifestaciones de estos hombres y mujeres se observa que las experiencias previas de tratamiento de otras enfermedades con síntomas similares, como la gripe, un malestar como la indigestión, o de haber padecido ya alguna de estas tres enfermedades vectoriales, sirvieron como marco de referencia en la secuencia de acciones curativas que las personas realizaron para el dengue, el chikungunya o el zika.

Emilia narra lo que vivió su vecina en el Barrio El Sol, cuando sus hijos tuvieron dengue:

Bueno, a Mauren, a los chiquillos de Mauren, les dio, y Mauren me llamó a mí un día y yo me acuerdo de que me llamó y me dice: -Emilia, vieras, tengo los güilas enfermos; están con mucha temperatura los dos, los voy a llevar a sobar- Y se los llevó a sobar, y le dijeron, que no era pega. Y esos chiquillos pasaron tres días con calentura día y noche. Yo me acuerdo que ella llegaba y me decía: - ¿No tenés acetaminofén líquido o en pastillas? -, y yo le mensajeaba a ella: “¿Mau, cómo amanecieron los güilas?” -Ay Emilia, ¡siguen igual!, y se los llevó para la Clínica después de tres días, y les dijeron, esto era dengue. Al quinto día los güilas se brotaron. Bueno, así ella se dio cuenta, porque...-Ni por la mente -decía-me había pasado a mí que esto era dengue-; ella creía que eran empachos (Emilia, comunicación personal, 2018).

Por otra parte, Sergio, vecino de Lepanto Centro, cuando tuvo zika fue atendido por su esposa Ester. Él explica qué hizo ella para tratarlo:

S: - ¿Qué es lo que hacen las señoras a uno?: hacerle sopitas a uno, cosas ahí - No, no; por ejemplo, frescos, unos frescos de uva, no sé, después que tomara para hidratarse estos

Power; pero no, y un montón de recetas. ¡Que todo el mundo sale con unas recetas...! Que es bueno una cosa para subir las defensas, y que otra. En la calle aparecen mil recetas, pero cuando va usted a hacer el examen, ahí todos tienen una receta, una receta casera, verdad. Sí, sí, pero usted se sienta ahí donde están todos ahí esperando, y todos tienen una receta que están haciendo o que fulano se hace. (Sergio, comunicación personal, 2019).

Lo expresado por Emilia y Sergio coincide con lo planteado en la Tabla “Tratamiento de diversos síntomas o malestares comunes a varias enfermedades en el ámbito doméstico”, (ver Anexo 8) en el cual puede verse que, tanto los hombres como las mujeres, trataron los primeros síntomas de la enfermedad vectorial, en forma tal que es prácticamente una réplica de lo que hacen cuando curan malestares similares propios de otras dolencias⁴⁴. Igualmente, en sus relatos ellos hacen mención del escenario cotidiano en el que se desarrolla la atención de la salud; es en el acto de curarse a uno mismo o ayudar a que otros se curen, es en ese intercambio donde convergen la experiencia individual, la de los otros miembros de la familia, y la de la comunidad en general; es allí en donde se aprende el qué y cómo hacer cuando enfermamos.

En ese mundo dinámico de aprendizajes, las mujeres cumplen un papel fundamental en la transmisión de las formas de cuidado y curación de las dolencias. Las participantes cuando cuentan sobre sus experiencias de enfermar, hacen referencia principalmente a otras mujeres que las asistieron o les dieron consejo de cómo hacer frente a la situación, ya fuera para ellas mismas o para sus familiares u otras personas de la localidad con las que mantienen una relación de amistad. La pregunta que hace Sergio sobre qué es “lo que le hacen las señoras a uno cuando lo tratan, es

⁴⁴ En las narraciones contenidas en el recuadro se demuestra la existencia de un bagaje médico popular por parte de estas mujeres lepanteñas, en la que aparece integrada la medicina alopática; saber médico que es manejado fundamentalmente por ellas.

muy elocuente. Este hombre lepanteño, es explícito al referirse a las “*señoras*”, que fungen como portadoras de las prácticas comunitarias de atención de la salud-enfermedad.

De esta manera, mientras dieron tratamiento al padecimiento vectorial, se dio en algunas situaciones que las participantes se cuidaran a sí mismas, que fueran atendidas por otros integrantes de la familia, principalmente madres, hijas y hermanas, y en algunas excepciones por los esposos, pero, en general, fue fundamental la colaboración de otras mujeres en la recuperación de la enfermedad. Ana explica cómo se cuidó cuando tuvo dengue y qué precauciones tomó para proteger a su hijo e hija:

Yo me aislé de todo el mundo; que no llegara nadie a mi casa, ni yo salir. Mis hijos usaban repelente, si llegaban al cuarto mío tenían que estar con repelente sino no podían entrar, y yo de larguito. Mi mamá llegaba en la mañana a lavarme la ropa, a hacerme lo de los güilas y se me los llevaba para la casa; ya en la noche llegaba y me los dejaba, pero con repelente; llegaban y me daban un beso y se iban para su cuarto, porque yo no, y no tratar de salir a ningún lado, yo salí cuando ya se me pasó esa cochinada... Emilio, no. Emilio (se refiere al esposo) cuando le dio dengue, Emilio salía a tomar guaro; nunca fue a la Clínica, supo soportar el dolor... yo sí busqué, pero yo busqué ayuda en la Clínica y lo que le dan uno es un acetaminofén nada más (Ana, comunicación personal, 2019).

Ana, Emilia y Flor tomaron reposo y buscaron atención médica; en medio de sus obligaciones como madres y esposas, abrieron un espacio en su día a día para lograr restablecerse de la dolencia y a la vez tomaron las medidas para proteger a los otros del contagio. Al igual que Ana, Flor y Emilia, se aislaron, y en el caso de Flor, ella avisó a sus allegados y vecinos que estaba enferma de zika. La respuesta de estas mujeres ante el padecimiento vectorial fue proactiva y

solidaria, llevaron a cabo acciones de cuidado para sí mismas y para los demás. Se evidencia aquí que el fenómeno de la autoatención se concretiza en el interior del grupo doméstico en las acciones curativas y de cuidado que se desarrollan fundamentalmente a través de las mujeres, como producto de su lugar en la división sexual del trabajo que se da en el seno familiar, de su rol directamente vinculado con el trabajo reproductivo, de los cuidados para sí mismas y los otros; son ellas las que se hacen cargo del proceso de salud-enfermedad-atención de la unidad familiar. Es decir, son las mujeres actoras claves en la producción y reproducción de las prácticas de autoatención en el ámbito domiciliario y comunitario (Hernández *et al.*, 2001).

Por su parte, estos hombres lepanteños asumieron una posición muy distinta en relación con el cuidado cuando padecieron de dengue o zika. Miguel, pescador artesanal y quien en época de veda realiza trabajos en el campo, cuenta cómo vivió los días en los que tuvo dengue:

No, porque nunca dejé que la enfermedad me pasara por encima; digamos, si yo me hubiera quedado acostado, más peor me da; la misma sudadera... yo creo que el cuerpo sude tal vez sea bueno, creo yo, y la mucha hidratación porque como andaba en ese tiempo con Rubén Aguilar en lo de las colmenas, entonces, uno ya con el traje puesto y todo eso, suda mucho y toma mucha agua; más bien tomé guaro, jugué bola... Es que me empezó un lunes, casi que, de lunes a lunes, pero el sábado tomé guaro y el domingo también y jugué bola y toda la babosada, pero en la noche sí me arrepentía de todo lo que hacía en el día; pero día, no queda de otra, en la noche era que me ponía a morir (Miguel, comunicación personal, 2019).

Como se observa en las explicaciones de Miguel, sudar, hidratarse, no acostarse, más bien continuar en actividad, fueron los actos de curación que aplicó.

Por su parte, Felipe cuenta lo que hizo en una de las dos ocasiones que enfermó de dengue:

El reposo nunca lo agarré, porque yo siempre seguí trabajando, no paré; pero...bueno, trabajaba dentro de la propiedad, y digamos que era como una especie de administrador; eran tres fincas, y aunque necesariamente yo no tenía la obligación de ir al campo, porque ese era el acuerdo que habíamos hecho nosotros, pero a mí no me gustaba quedarme ahí, entonces iba a trabajar siempre, iba a chapear potreros, a atomizar, a hacer cercas eléctricas y todo eso, porque yo me crié en el campo, entonces, difícilmente, me iba a quedar en la casa. Entonces, seguí normal, pero sí trataba de no asolearme tanto; pero ya después de que me trataron, ya el problema fue pasando, las náuseas y todo eso, el dolor de cuerpo... el dolor de cabeza, sí, y ese sí era fatal, porque uno hacía así y sentía que se le estaban saliendo los ojos, que se los estaban sacando, y que se le estaban cayendo, es un dolor bruto (Felipe, comunicación personal, 2018).

Para Miguel, Felipe y Sergio, no reposar, no parar, no permitir que la enfermedad les pase por encima, el curarse a punta de trabajo, soportar dolor y acudir a atención médica solamente cuando ya el dolor sea mucho, son las formas en las que los hombres tratan la enfermedad, son acciones defensivas, protectoras o curativas. Son prácticas de cuidado de sí mismo que denotan la presencia de elementos muy propios de la vivencia de la masculinidad patriarcal-hegemónica. Se aprecia en sus explicaciones una fuerte racionalización del evento de la enfermedad, está presente una cierta personificación de esta; se dialoga con ella, en un tú a tú, con un distanciamiento afectivo-emocional al referirse a su propio cuerpo y al padecimiento. Da la sensación de que se produce un intento de control de la situación de enfermar al tratar de minimizarla, al vincularla a circunstancias humanas que son imprevisibles e ineludibles, como los episodios de un padecimiento agudo como el dengue, el chikungunya o el zika. Las reacciones subjetivas-

emocionales de estos hombres lepanteños, coinciden con los rasgos presentes en las identidades masculinas occidentales, que tienen como aspecto articulador de la subjetividad la sobrevaloración de elementos que están asociados a la invisibilidad de la dimensión emocional: la fuerza, la racionalidad, la resistencia física y emocional, la disciplina corporal, la autonomía, y la necesidad de controlar y dominar, lo que ha provocado que los hombres tengan que abandonar o abstenerse de aspectos relacionados con su sensibilidad y vulnerabilidad (Muñoz, 2010).

Además, este anteponer el trabajo a la salud, como forma de recuperación de la dolencia, no es de extrañar, pues el trabajo es una de las dimensiones pilares en la constitución subjetiva-social de las identidades masculinas, donde el hombre tiende a amalgamarse con su ocupación; se produce un reforzamiento del rol de género de proveedor, en el cual el cuerpo es vivido como instrumento para esos fines (Keijzer, 2001). En este sentido, cabe comprender que el propio cuidado o la autoatención de la salud esté casi ausente en la vida diaria de estos hombres de Lepanto.

Se observa que en sus explicaciones están como marco de referencia su modo de vida, la crianza y el trabajo. Ellos han desarrollado siempre labores que implican un contacto directo con la naturaleza o que requieren gran fuerza física, y en condiciones climatológicas muy pesadas, como son la pesca artesanal, el trabajo agrícola y la apicultura. Esta relación cotidiana con lo natural, con condiciones de trabajo que implican cierta rudeza y dificultad, parece haber repercutido en ellos en que se perciban como personas resistentes y fuertes que están hechas para resistir las vicisitudes de la vida, como puede ser el enfermar. Es decir, esta manera de verse a sí mismos implica unas prácticas de cuidado de la salud-enfermedad que están más en función de lo que son y hacen, de su trabajo y forma de vida.

Cuando Felipe explica las razones por las que no guardó reposo mientras tuvo dengue, apela a su crianza en el campo, para explicar que difícilmente se iba a quedar en casa.

La mayor parte de la vida de estos hombres se ha desarrollado en Lepanto, de manera que sus experiencias de familia y de trabajo están intrínsecamente ligadas a ese territorio. Los diferentes espacios de vida aparecen muy fusionados entre sí; todo es parte de una misma normalidad, de un continuum entre ellos y su territorio. Enfermarse de dengue, chikungunya o zika no significó una alteración significativa de esa normalidad, más bien se curaron continuando con sus actividades cotidianas; atendieron la enfermedad a partir de acciones que parecen estar muy normalizadas por ellos. Lo anterior, coincide con lo que señalan Beltrán *et al.* (2006), en su investigación sobre el sentido del riesgo en la enfermedad de fiebre manchada (transmitida por garrapatas) que padecen los habitantes de la comunidad rural colombiana Villeta, en la cual indican que “al entenderse a sí mismos de manera integral, no piensan su cuerpo como un sistema que funciona de manera armónica en su estado natural y que existe separado del resto de “aquello que los hace personas”. La representación social que ellos han construido de sí mismos maneja de manera conjunta el cuerpo, las emociones, la manera de comportarse y la forma de vida. Este último punto es de suma relevancia ya que las personas se identifican directamente con el trabajo en el campo. Así, han generado una asociación entre el trabajo en el campo y un tipo de persona con unas características específicas en su constitución-en tanto persona” (p.141).

En este contexto, vale la pena preguntarse, cuál es el sentido que adquieren para estos hombres lepanteños las medidas de prevención y curación propuestas por las instituciones de salud pública para el dengue, el chikungunya y el zika. Es posible pensar que las representaciones de sí mismos sobre la salud-enfermedad, y la atención de estas, no coincidan con lo que recomiendan estas instituciones.

Sobre este punto, cabe indicar que cuando se revisan los planes de acción familiar y comunal de lucha contra el dengue del Ministerio de Salud, se observa que sus indicaciones para

la atención del dengue, chikungunya y zika, van dirigidas solo a que las personas y las familias lleven a cabo acciones de limpieza y ordenamiento para identificar y eliminar criaderos y así evitar la reproducción del vector. Estos planes no contemplan acciones destinadas a recoger y profundizar información sobre las específicas condiciones de vida de las comunidades, acerca de sus características socioeconómicas, ambientales y culturales-identitarias. Tampoco está planteada la perspectiva de género en el abordaje de estas enfermedades; en fin, es evidente que las instituciones biomédicas parten de una visión de las personas y las comunidades que las homogeniza.

En consecuencia, es difícil pensar que así como está planteado lo propuesto por estas entidades pueda ser incorporado al particular diario vivir de cada persona. Se parte de la idea general de que la prevención y el cuidado de la salud deben estar entre las actividades de autoatención de todas las personas, pero, impulsan, como únicas formas de atención de estas enfermedades la higienización y el ordenamiento de los espacios domésticos y comunitarios para evitar criaderos del mosquito; así, con indicaciones dirigidas a un público general, no se generan las condiciones reales para que las personas se identifiquen con ellas y puedan llevarlas a cabo porque no son tomadas en cuenta las específicas condiciones de vida materiales y las significaciones de ellos y ellas sobre sus entornos, sus modos de vida, y sobre el proceso de salud-enfermedad-atención, para futuras acciones de acompañamiento institucional. Es decir, en el discurso biomédico sobre la promoción y prevención se muestra una importante contradicción en relación con lo que se espera que la gente haga y lo que hacen las instituciones para que la gente lo pueda hacer. Se tiene la intención de que las personas conozcan algunas características del vector, por ejemplo, cómo identificar larvas del zancudo transmisor, en qué condiciones se reproduce y cómo eliminar los criaderos, pero no se dan las condiciones para que esas prácticas

preventivas que se promueven tengan un anclaje en las realidades sociales y subjetivas de diferentes personas; esto correspondería a un rasgo fundamental de la biomedicina, así como a la relación dinámica, complementaria, pero a la vez conflictiva y contradictoria entre la biomedicina y las personas y los grupos sociales de los que son parte (Menéndez, 2005).

5.1.2 Las experiencias de cuidado y curación de los hombres y las mujeres de Jicaral, en torno al dengue, chikungunya y zika

Esta sección trata de las labores de cuidado y de curación de sí mismos y de las otras personas, que llevaron a cabo las y los participantes, sus familias y vecinos del Barrio La Ceiba y Barrio La Cruz, para dar alivio a las dolencias propias del dengue, el chikungunya y el zika.

Como se verá, de la misma manera que las personas participantes de Lepanto, estos hombres y mujeres de Jicaral llevaron a cabo principalmente una serie de acciones para cuidarse en casa, antes o después de la atención médica en la clínica; utilizaron medicamentos alopáticos acompañados por medicina popular casera.

Pablo, vecino de Barrio La Cruz, cuenta cómo fueron esos primeros momentos cuando le dio dengue, y qué hizo para curarse:

Yo estaba libre esos días; empecé a sentir un cansancio, dolores de cabeza, dolores de cuerpo; de un pronto a otro me empecé a brotar todo, mucha sed, un amargo que no me podía comer nada porque todo me sabía amargo, y después, hubo un momento en que ya no me podía ni parar de lo débil que me sentía. Fuimos a la clínica y me sacaron sangre,

a los dos días ya llegó el resultado de que era dengue y después de ahí, este... ¡diay...!, lo único que me dieron fue acetaminofén y después suero oral. Me atendió mi abuela, ella era la que me hacía sopitas, sopas de gallina. Duré como quince días con el dengue; digamos, lo fatal, fatal, fueron cinco días, todo brotado; me eché esa vara de calamina, y aceite mineral (Pablo, comunicación personal, 2019).

Mientras Luisa, de Barrio La Ceiba, relata cómo fue que se curó cuando padeció chikungunya:

El mismo día las chiquillas (se refiere a las hijas) me llevaron a la clínica. I: - ¿Ese mismo día le dijeron que tenía chikungunya? L: -No, me dijeron que podía ser un virus. Al otro día fui porque me sentía muy mal y yo, como te he dicho, yo no soy de ir a la clínica, pero me sentía tan mal que tuve que ir. Estuve con los malestares más o menos como una semana. I: - ¿Qué te mandaron en la clínica? L: -Sí, tomar reposo, eh, unas pastillas, más que todo acetaminofén para la calentura y me dieron para la náusea...Yo ponía al compañero mío o al chiquillo mío a que me masajearan las manos con un ungüento chino que tengo yo, en ocasiones me amarraba hasta la mano, aquí, toda esta parte porque sentía que me aliviaba (Luisa, comunicación personal, 2019).

Se aprecia en estas narraciones que la práctica biomédica en la atención de estas enfermedades de transmisión vectorial, atiende los malestares de manera muy similar a la de estas personas antes de llegar a la consulta médica. Elena habla sobre esto cuando describe cómo fue su experiencia de atención en la Clínica:

Digamos, yo no fui inmediatamente sino cuando estaba prácticamente curada (risas)...nada más fui a que me dijeran qué tenía y que me dieran algo para yo no sentirme tan mal, pero ya después fui por los resultados y sí era dengue...Ese día que yo fui lo que me dijeron fue “No, Elena, usted no puede tomar nada, simplemente una acetaminofén”, que es lo único que le mandan a uno, y me dijeron que viniera a tomar jugos o sueros o esa cosillas, pero en realidad no era con medicamentos porque para eso no le dan medicamentos a uno...Digamos, usted llega, saca una cita, usted está hecho leña, está muriéndose, esperando como dos horas que lo llamen, hecho leña, casi que acostado en el piso para que lo llamen y al final la gente sale decepcionada porque le dicen “No, váyase para su casa”, y le mandan acetaminofén” (Elena, comunicación personal, 2019)

Como se observa, Elena se refiere a dos aspectos que caracterizan al dengue, el chikungunya y el zika y que, al parecer, influyen en la forma en que las personas les dan tratamiento: primero, son enfermedades que en un porcentaje significativo no tienden a agravarse, por lo que la recuperación se da en la casa. Y segundo, para estas afecciones que no tienen una cura definitiva, se pueden utilizar medicamentos que son parte del botiquín familiar. Sobresale de lo dicho por Elena, que decide acudir a atención médica para aliviarse y para obtener un diagnóstico del padecimiento, a pesar de que dice ella que ya estaba prácticamente recuperada. También son importantes las alusiones de Elena a las malas condiciones del servicio médico, en que se hace énfasis en la decepción que se llevan los usuarios y las usuarias porque la medicina biomédica no les resuelve el problema de salud que los aqueja, y más bien les recomienda el cuidado y el tratamiento que ya vienen realizando. Pero, a pesar de estas manifestaciones, es claro el importante lugar que ocupa la forma de atención biomédica en el acopio de conocimientos y

prácticas de tratamiento de estas personas jicaraleñas, ya que ellos y ellas hacen uso de la medicina alopática tanto en los primeros momentos de la enfermedad antes de recurrir al tratamiento en la clínica, como cuando asisten allí y posteriormente a hacerlo, como parte del proceso de restablecimiento.

Por otra parte, sin minimizar el peso que puedan tener las características de estos padecimientos vectoriales en el tratamiento realizado por las personas y la institución de salud, las situaciones señaladas por Elena refieren a algunos aspectos de la relación dinámica, contradictoria y conflictiva entre los y las sujetos y la institucionalidad biomédica. Uno de ellos es la invalidación de la persona enferma que se efectúa cuando es tratada como un caso más de dengue en el encuentro entre el médico y el paciente en el marco institucional biomédico de la salud. Además, se evidencia una contradicción de la práctica médica, pues de alguna manera promueve las prácticas de autoatención y automedicación por parte de los y las pacientes al no lograr remediarles sus problemas de salud y al indicar medicinas que estas personas ya venían utilizando⁴⁵. Esta situación también expresa la centralidad de la biomedicina con respecto a las otras prácticas médicas y específicamente a la autoatención, que se desarrolla en una relación conflictiva, contradictoria y al mismo tiempo complementaria.

Por otra parte, el haber padecido previamente alguna de las tres afecciones y las experiencias anteriores de cura de otras, como la gripe o el resfrío, que comparten síntomas con estos padecimientos vectoriales, puede incidir en la forma en que estos hombres y mujeres de Jicaral se cuidaron. Pedro, padeció en tres oportunidades dengue, la segunda vez, confundió los

⁴⁵ En el Plan de Acción Familiar en el Combate del Dengue, elaborado por el Ministerio de Salud, se indica que hacer en el caso de que una persona resulte infectada. Las recomendaciones consisten en acudir rápidamente al Seguro, se aclara que para estas enfermedades no hay medicina, entonces, se prescribe tomar mucho líquido o suero oral, reposar y tomar acetaminofén (Ministerio de Salud [MISALUD], 2002).

primeros síntomas con una gripe, lo que parece incidió en la manera en la que él abordó la enfermedad. Explica, Pedro:

Cuando me reventó la enfermedad estaba en el trabajo; sí, yo entré un lunes, pero ya iba con la enfermedad; dicen que eso le dura a uno ocho días para explotarle; entonces, yo entré al trabajo y empecé a sentir escalofríos y frío en el cuerpo, como una gripe muy fuerte y, entonces, el primer día lo pasé con mucho dolor de cabeza, dolor de cuerpo. El segundo día ya no me pude parar de la cama, y ya después fui al hospital: ¡Hasta el olote de dengue! me dijo el doctor que estaba; entonces me mandaron para la casa ocho días. Entonces, ya me vine como pude, llegué. Igual aquí, acetaminofén y agua. (Pedro, comunicación personal, 2019).

Por su parte, Elena tuvo dengue antes de padecer chikungunya. Relata por qué cuando sufrió de chikungunya, decidió no acudir a la clínica para curarse:

Yo me lo aguanté porque yo suponía que otra vez me había dado dengue, entonces me aguantaba aquello. Y lo que tomaba era acetaminofén porque creí que era dengue otra vez, porque estaba igual; o sea, pensé que tenía esa cochinada otra vez; entonces no le di como mucha pelota y uno, jugando de valiente, uno dice: “¡Ay no...! Qué pereza, aquí me la aguento”, porque no le mandan nada, sólo acetaminofén, entonces, yo me compraba mis jugos; sólo con eso pasé, con los jugos Welchs, con las uvas, con las sopitas que me traían las vecinas, nada más y así me la jugué”. (Elena, comunicación personal, 2019)

Lo dicho por Pedro y Elena concuerda con la información contenida en la tabla “Tratamiento de diferentes síntomas o malestares comunes a varias enfermedades, en el entorno domiciliario”, (ver Anexo 8) donde se aprecia que las acciones de curación para el dengue, chikungunya o zika son muy parecidas a la forma en que ellos y ellas hacen frente a estas dolencias comunes. Además, en las narraciones contenidas en el cuadro se evidencia la existencia de un conocimiento médico para la atención de dolencias de manejo doméstico, en el que está incluida la medicina alopática. Se denota que estas mujeres han desarrollado una especial experticia en las labores de cuidado y de curación, resultado de su rol central en el trabajo y en los cuidados que suministran a personas de su ámbito familiar. Ellas son poseedoras de un saber médico casero que es producto de la integración de los conocimientos y prácticas del modelo biomédico y del popular; un conocimiento que se construye a través de su experiencia en la interacción con distintos espacios y agentes sociales, que van aportando toda una gama de saberes para el cuidado y la curación a través de las actividades de autoatención (Hernández *et al.*, 2001).

Cuando las participantes hablan de sus experiencias de haber enfermado de dengue o chikungunya, hacen alusión a otras mujeres que son parte de su grupo familiar o vecinas que las auxiliaron o les brindaron alguna recomendación para resolver en el momento el problema de salud. Mientras que los hombres, cuando hablan de quienes los ayudaron en la recuperación de la enfermedad, hacen referencia a sus parejas, madres, abuelas o hijas. Los relatos de Luisa y Pedro, narran esto:

La que ayudaba era la chiquilla mía, que es la muchacha de él y...pero tampoco era que yo estaba en cama; tal vez los dos primeros días sí, pero ya después no; yo hacía la cosas, pero ahí me ayudaban (Luisa, comunicación personal, 2019).

Mi mamá me cuidaba, mi hija, que estaba pequeñita, y la mamá de ella. Me daban acetaminofén, caldos y agua de arroz, porque el sabor amargo de la boca no deja que a uno le pase nada; un sabor tan raro, chupaba como miel y sabe como a herrumbre todo”. (Pedro, comunicación personal, 2019)

Destaca en estas narraciones la importancia de la autoatención, pues los y las participantes que padecieron una de las tres enfermedades, hacen ver la vigencia de este modo de atención en el espacio individual, el familiar y el comunitario. Se observa allí la reproducción del conocimiento relacionado con el cuidado de la salud, pero, además, muestran que esas prácticas sirven como soporte para asegurar la continuidad de las actividades diarias de los miembros del hogar. Como afirma Menéndez (2003), las actividades de autoatención que se realizan en el grupo doméstico cumplen un papel clave en la reproducción biosocial. Esto se relaciona con el carácter inherente a la vida social, pues “...la enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud son parte de un proceso social dentro del cual se establece colectivamente la subjetividad; el sujeto, desde su nacimiento –cada vez más “medicalizado”-, se constituye e instituye, por lo menos en parte, a partir del proceso de s/e/a”. De manera que la respuesta social a la incidencia de enfermedad, daños y /o padecimientos, es también un hecho cotidiano y recurrente, pero además constituye una estructura necesaria para la producción y reproducción de cualquier sociedad”. En fin, siendo la autoatención un proceso social estructural, al igual que en la atención de otras enfermedades con síntomas similares, se presenta como práctica fundamental tanto de las personas participantes de Jicaral como de las de Lepanto.

5.1.3. Balance

Se observa que, para aliviarse de las dolencias propias del dengue y zika, y para su curación, las mujeres y los hombres participantes, tanto de Lepanto como de Jicaral llevaron a cabo un

conjunto de actividades de cuidado y curación en las que convergen el saber biomédico y el saber casero y comunitario, prácticas que se cristalizan en el marco de la experiencia cotidiana de la autoatención de la salud-enfermedad.

Se aprecia que en el hecho de que el tratamiento de estas enfermedades se llevara a cabo bajo la forma de autoatención y automedicación por ellas y ellos, influyeron otros factores: en el caso de las y las participantes de Lepanto, las condiciones geográficas y las deficiencias del servicio de transporte público de pasajeros, parecen significar para ellos y ellas una razón o una dificultad que los hizo cuestionarse sobre la posibilidad de regresar a atención médica en caso de volver a enfermar de alguna de las tres enfermedades vectoriales. Es común a las personas participantes de ambas comunidades como aspecto que incide en la decisión de acudir o no a atención médica, las características propias de estas enfermedades vectoriales de tender a no agravarse y al mismo tiempo no tener cura, así como, el que las instituciones médicas prescriban solo tratamiento paliativo que toda la gente conoce.

Se puede ver que, para las mujeres y los hombres de Lepanto y Jicaral, pesan en las formas de dar tratamiento de estas dolencias, las experiencias previas de curación de otras enfermedades con síntomas similares o el haber padecido en más de una ocasión dengue, chikungunya o zika.

Por otra parte, para la población participante de Jicaral y de Lepanto se expresan claramente en la curación y atención de estas enfermedades en el seno familiar, las dinámicas socio culturales y de género, los roles de género, que funcionan como trasfondo. En las dos comunidades se observa que las mujeres poseen y transmiten un conocimiento propio sobre el uso de medicamentos basado en su propia experiencia como pacientes o desarrollado a través del cuidado a los miembros de la familia, la interacción con los servicios de salud (medicina biomédica) y en el intercambio de conocimientos con otras mujeres como las abuelas, madres y amigas. Se

construye así todo un bagaje doméstico de conocimientos médicos doméstico de tratamiento de la dolencia, que se caracteriza por esa integración de prácticas médicas, y en la que estas mujeres desempeñan el papel fundamental.

Para los hombres de Lepanto y Jicaral, en cambio, su relación con el propio cuerpo y el dolor se observa el entremezclamiento de elementos propios de la masculinidad patriarcal con los histórico-biográficos, con su ser cultural-identitario, sus roles, su lugar de vida, con los trabajos a los que se han dedicado y con su relación con la naturaleza. Se marca más en las declaraciones de los hombres de Lepanto el peso de su lugar de vida, con los trabajos a los que se han dedicado y con su relación con la naturaleza.

Se determina que los modelos de atención de la salud-enfermedad asumidos por los y las participantes lepanteños y jicaraleños, aparecen articulados a aspectos contextuales; a su especificidad ecológica, socio productiva y cultural, de género. Al mismo tiempo, a las significaciones que hacen de su propia realidad, -de la cual forman parte estas enfermedades vectoriales-, y lo que conocen de cómo deben tratarlas y, que en algunos momentos, estos modelos entran en contradicción con las prácticas de cuidado y tratamiento médico de las instituciones de salud pública.

Capítulo 6

Consideraciones finales

6.1. Conclusiones

Se presentan aquí las conclusiones de la investigación sobre cómo inciden los conocimientos sobre el dengue, el chikungunya y el zika, en la propagación de las tres enfermedades y en las prácticas de tratamiento que aplican las personas participantes de las comunidades de Jicaral y Lepanto.

En relación con los saberes de las comunidades del estudio sobre los mecanismos de transmisión del dengue, el chikungunya y el zika, se observó que, en los habitantes de las comunidades, tanto de Lepanto como de Jicaral, sin diferenciación entre mujeres y hombres, prevalece la idea de que el mal manejo de la basura, el desaseo y el desorden, constituyen la causa de la producción y la proliferación del dengue, el chikungunya y el zika.

Se observa que esta idea, ha sido inducida por las indicaciones de las campañas y los materiales informativos de las instituciones de salud sobre la necesidad de evitar y eliminar la acumulación de basura, que propicia la generación de criaderos del mosquito *Aedes aegypti*, revela, junto otras convicciones, la asunción mayoritaria, por parte de las mujeres y los hombres de las comunidades, del pensamiento reduccionista, unicausal, dicotómico y mecánico de las instituciones biomédicas proyectado en sus campañas para la erradicación de las enfermedades vectoriales. Campañas de este tipo, planes verticales y programas de las instituciones de salud,

que expresan un enfoque individualista, aislacionista, cuando se abocan a conseguir acciones rápidas para solucionar un problema fuera de todo contexto social específico, económico, y hasta de salud-enfermedad, inclusive al margen del resto de las necesidades de salud de la misma población; son directivos, y de corte pragmático, transmiten un conocimiento segmentado y propician la fragmentación de los vínculos comunitarios.

Ligado a lo anterior, se aprecia en las declaraciones de las personas informantes de las comunidades tanto de Jicaral como Lepanto, la magnificación del papel del vector en la transmisión del dengue, chikungunya y zika. El mosquito se percibe como agente aislado del ciclo de reproducción de estas enfermedades; el zancudo es el culpable, pica y enferma. Los hombres y las mujeres de ambas comunidades manifiestan un conocimiento segmentado del ciclo de reproducción de las enfermedades, atribuyendo al zancudo toda la responsabilidad de enfermar. No puede pasarse por alto, la evidencia de una naturalización de los mosquitos por parte de estas personas; se observa que los mosquitos, presentes en abundancia permanentemente en el medio natural y social de estos hombres y mujeres, en su ambiente doméstico y en sus espacios de trabajo, son tratados en una relación evidente de incorporación a su mundo simbólico-cultural, y no representa un peligro, y en esta condición, estas personas no sienten la urgencia real de eliminarlos.

Se detectó que, como consecuencia de este pensamiento mecánico, unidireccional y absolutizante, las campañas de prevención y erradicación de las enfermedades, programadas sin contemplar las condiciones específicas ni las subjetividades propias de cada comunidad, no han logrado movilizar a las comunidades del estudio para participar en acciones de prevención y control.

En todas las localidades del estudio, se observaron dinámicas de relación con el territorio atravesadas por la vivencia de estas tres enfermedades. Este fenómeno se revela en formas de

apropiación del territorio (alteridad e identificación de lugares de contagio), habituación a las condiciones estructurales que propician ese contagio y naturalización de estas.

Por último, se observan algunas diferencias entre las percepciones de las mujeres y las de los hombres de Lepanto y de Jicaral. Mientras los hombres en general plantean como causas absolutas de la producción y propagación de las tres dolencias, la mala gestión de la basura y el desaseo de las personas en sus lugares de vida, las mujeres señalan además otras posibles causas como la debilidad del sistema inmunológico y el trastorno del medio natural. Aquí se verifica también el funcionamiento de las dinámicas socio culturales y de género, los roles de género, que funcionan como trasfondo.

Por otra parte, con respecto a las prácticas comunitarias de cuidado y tratamiento de estas enfermedades, se observa que, para aliviarse de las dolencias propias del dengue, chikungunya y zika, y para su curación, las mujeres y los hombres participantes, tanto de Lepanto como de Jicaral, llevaron a cabo un conjunto de actividades de cuidado y curación en las que convergen el saber biomédico y el saber casero y comunitario, prácticas que se cristalizan en el marco de la experiencia cotidiana de la autoatención de la salud-enfermedad. Esto se relaciona con el hecho de que la autoatención constituye un proceso social estructural, que permite la reproducción biosocial de las personas y las comunidades.

Se aprecia que en el hecho de que el tratamiento de estas enfermedades se llevara a cabo bajo la forma de autoatención y automedicación por ellas y ellos, influyeron otros factores: en el caso de las y los participantes de Lepanto, las condiciones geográficas y las deficiencias del servicio de transporte público de pasajeros, parecen significar para ellos y ellas una razón o una

dificultad que los hizo cuestionarse sobre la posibilidad de regresar a atención médica en caso de volver a enfermar de alguna de las tres enfermedades vectoriales. Es común a las personas participantes de ambas comunidades como aspecto que incide en la decisión de acudir o no a atención médica, las características propias de estas enfermedades vectoriales de tender a no agravarse y al mismo tiempo no tener cura, así como, el que las instituciones médicas prescriban solo tratamiento paliativo que toda la gente conoce.

Se puede ver que, para las mujeres y los hombres de Lepanto y Jicaral, pesan en las formas de dar tratamiento de estas dolencias, las experiencias previas de curación de otras enfermedades con síntomas similares o el haber padecido en más de una ocasión dengue, chikungunya o zika.

Por otra parte, para la población participante de Jicaral y de Lepanto se expresan claramente en la curación y atención de estas enfermedades en el seno familiar, las dinámicas socio culturales y de género, los roles de género, que funcionan como trasfondo. En las dos comunidades se observa que las mujeres poseen y transmiten un conocimiento propio sobre el uso de medicamentos basado en su propia experiencia como pacientes o desarrollado a través del cuidado a los miembros de la familia, la interacción con los servicios de salud (medicina biomédica) y en el intercambio de conocimientos con otras mujeres como las abuelas, madres y amigas. Se construye así todo un bagaje doméstico de conocimientos médicos doméstico de tratamiento de la dolencia, que se caracteriza por esa integración de prácticas médicas, y en la que estas mujeres desempeñan el papel fundamental.

Para los hombres de Lepanto y Jicaral, en cambio, su relación con el propio cuerpo y el dolor se observa el entremezclamiento de elementos propios de la masculinidad patriarcal con los histórico-biográficos, con su ser cultural-identitario, sus roles, su lugar de vida, con los trabajos a los que se han dedicado y con su relación con la naturaleza. Se marca más en las declaraciones de

los hombres de Lepanto el peso de su lugar de vida, con los trabajos a los que se han dedicado y con su relación con la naturaleza.

Se determina que los modelos de atención de la salud-enfermedad asumidos por los y las participantes lepanteños y jicaraleños, aparecen articulados a aspectos contextuales; a su especificidad ecológica, socio productiva y cultural, de género. Al mismo tiempo, a las significaciones que hacen de su propia realidad, -de la cual forman parte estas enfermedades vectoriales-, y lo que conocen de cómo deben tratarlas y, que en algunos momentos, estos modelos entran en contradicción con las prácticas de cuidado y tratamiento médico de las instituciones de salud pública.

6.2. Recomendaciones

- A las comunidades de Lepanto y Jicaral:
 - Se les recomienda a las organizaciones de la localidad de Lepanto, a la Asociación de Desarrollo, el Comité de Emergencias y a la ASADA, organizar actividades formativas y preventivas sobre el dengue, chikungunya y zika destinadas a los sectores más vulnerables a estas enfermedades.
 - A los grupos organizados de Lepanto y Jicaral establecer estrategias de coordinación con la Municipalidad y el Ministerio de Salud para conjuntamente desarrollar un plan de acción comunitaria orientado a disminuir los riesgos en las áreas que se han detectado de mayor vulnerabilidad y así asegurar una mayor y continua presencia de las instituciones en los territorios comunales.

- Se recomienda a las personas a integrarse a los comités de salud y las juntas de salud para hacer realidad el derecho de gestionar el mejoramiento de los servicios de salud.
 - Se sugiere coordinar con las juntas de educación para que se desarrollen actividades educativas sobre la prevención y curación del dengue, chikungunya y zika.
 - A la ASADA, el Comité de Salud, el Comité de Emergencias y la Asociación de Desarrollo de Lepanto hacer recorridos periódicos por el territorio para conocer la situación ambiental de cada sector, y con esto se puedan tomar medidas de intervención en esos lugares para disminuir la vulnerabilidad ante estas enfermedades vectoriales.
 - Al Comité de Salud, Comité de Emergencias y Asociación de Desarrollo de Jicaral coordinar esfuerzos entre ellos para generar planes de prevención en los barrios que se tienen identificados de mayor vulnerabilidad, propiciando la participación de los y las habitantes de estos lugares, y con esto generar cuidado ante la presencia de estas enfermedades y a la vez, estimular la organización comunitaria.
- Al Ministerio de Salud y a la Clínica del Seguro Social de Jicaral:
- Se sugiere llevar a cabo acciones dirigidas a las comunidades con el fin de instalar el tema de la producción y reproducción de estas enfermedades vectoriales en las conversaciones cotidianas de las personas en sus comunidades, para romper con la normalización de estas enfermedades entre las pobladoras y los pobladores.

- Se recomienda realizar investigaciones que profundicen más en la línea de análisis del vínculo entre territorio-significaciones en torno al territorio y su relación en las formas de atención de las enfermedades.
 - Se propone realizar estudios en el que se profundice sobre las representaciones sociales en torno a los mosquitos que la población asocia a enfermedades, con el objeto de comprender sus prácticas y de dimensionar el vector en este contexto.
 - Se recomienda dotar de herramientas en gestión comunitaria a los inspectores de control de vectores para desarrollar un trabajo más efectivo e integral con las comunidades.
- A la Escuela de Psicología de la UCR, específicamente en el campo de la psicología comunitaria:
- Incentivar la investigación en espacios comunales, de tal manera que se puedan desarrollar experiencias en el campo de la psicología de la salud comunitaria.
 - Proponer trabajo comunal universitario en el que se aborden este tipo de fenómenos de la salud comunal, desde una perspectiva multidisciplinaria.
 - Abrir espacios de trabajo con las personas de las comunidades para que estas logren problematizar las situaciones comunales que son propicias para el contagio, y con ello logren elaborar otras situaciones que las protejan.
 - Generar espacios de trabajo con las personas de las comunidades que les permita identificar sus formas de relacionarse con el territorio, y su relación con las posibilidades de propagación de estas tres enfermedades vectoriales. Es decir, lograr la identificación de prácticas de uso del ambiente para que estas personas puedan reconocer de qué forma las

vulnerabiliza antes estas enfermedades vectoriales y al mismo tiempo elaborar sus propias prácticas de protección contra ellas.

- Propiciar espacios de reflexión para que las personas en las comunidades puedan determinar la importancia de llevar a cabo acciones colectivas para prevenir la proliferación del dengue, chikungunya y zika.

- Habilitar espacios: como charlas, conversatorios o proyectos donde se puedan exponer trabajos finales de graduación y, de esta manera generar un intercambio de experiencias en investigación. Al mismo tiempo que se abra la oportunidad para temas de investigación poco estudiados, que contribuyen a ampliar el campo de acción profesional en psicología.

7. Referencias bibliográficas

Aguilar, L. (2000). *Sobre marinos, marinas, mares y mareas: Perspectiva de género en zonas marino-costeras*. San José: UICN

Aguilar, L., Briceño, G., y Valenciano, I., (1999). *Quién busca...encuentra: elaborando diagnósticos participativos con enfoque de género*. San José: UICN

Arenas-Monreal, L., Piña-Pozas, D. y Gómez-Dantés, H., (2015). *Aportes y desafíos del enfoque de género en el estudio de las enfermedades transmitidas por vector*. *Salud Pública de México*, 57(1), 66-75

Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000100010

Betancourt, O., Mertens, F., y Parra, M., (2016). *Enfoques ecosistémicos en salud y ambiente: aportes teóricos-metodológicos de una comunidad de práctica*. Quito: Abya-Yala.

Bonilla, M. y López, A., (2016). *Ejemplificación del proceso metodológico de la teoría fundamentada*. *Cinta moebio* 57, 305-315. Recuperado de: dx.doi.org/10.4067/S0717-554X20116000300006

Caballero, H. R., Torres, L.T., Chong, V. F., Pineda, L. A., Altuzar, G. M. y López, C. B. (2006). *Concepciones culturales sobre el dengue en contextos urbanos de México*. *Revista de Saúde Pública*, 40(1), 126-133. Recuperado de: dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000100020

Centro de epidemiología comunitaria y medicina tropical. (2001). *Epidemiología y Participación: herramientas y métodos, cuentos y propuestas de epidemiología comunitaria*. Ecuador: Autor.

Cerdas, H. (2000). *Los elementos de la investigación*. Bogotá: el Búho.

Cisterna, F. (2005). *Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa*. Teoría, Vol.14 (1), 61-71.

Charron, D. (2014). *La investigación de Ecosalud en la práctica: aplicaciones innovadoras de un enfoque ecosistémico para la salud*. Madrid: Plaza y Valdés, S.L.

Chuc, S.; Hurtado-Díaz, M; Schilman, A; Riojas-Rodríguez, H; Rangel, H; González-Fernández, M I; (2013). *Condiciones locales de vulnerabilidad asociadas con dengue en dos comunidades de Morelos*. Salud Pública de México, 55(2) 170-178. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10625599007>

Díaz, C., Torres, Y., De la Cruz, M., Álvarez, A., Piquero, M., Valero., A, Fuentes., O. (2009). *Estrategia intersectorial y participativa con enfoque de ecosalud para la prevención de la transmisión de dengue en el nivel local*. Cuadernos de Salud Pública, 25 (1) 59-70.

Eisner, E. (2002). *El ojo ilustrado*. En: Antología de lecturas del curso investigación VIII. San José: UCR.

Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata, S.L.

García., M; y Rodríguez., M. (2000). *El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica*. Atención Primaria, 25(3) 181-186.

Recuperado de: dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000100020

Geilfus, F. (2002). *80 herramientas para el desarrollo participativo: diagnóstico, planificación, monitoreo, evaluación*. San José: IICA.

Instituto de Desarrollo Rural. (2014). *Caracterización básica territorio Paquera-Cóbano-Lepanto-Chira*. Costa Rica: Autor.

Leff, E. (1986). *Ecología y Capital*. México, D.F.: Siglo XXI

Marín, R. y Díaz, M (2012). *Sitios de cría del aedes aegypti en la Región Pacífico Central de Costa Rica*.

Puntarenas: Ministerio de Salud.

Magalhães de Oliveira., R. y Valla., V. (2001). *Las condiciones y las experiencias de vida de grupos populares de Río de Janeiro: repensando la movilización popular*. Cuadernos de Salud Pública, 17, 177-188 Recuperado de: dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000700016

Menéndez, E. (2003). *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones*

prácticas. Ciência & Saúde Coletiva, 8(1), 185-207. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>

Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, (4)7 71-83.

Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711357008>

Montero, G., Morera, H., Ramírez, A., Sanabria, L. y Suárez, M. (2008). *Percepción de vulnerabilidad y*

severidad de la enfermedad del dengue en la comunidad de Metrópolis II de Pavas. Revista Costarricense de Salud Pública, 17(32) 1-9.

Morice, A., Marín, R., Ávila, ML. (2010). *El dengue en Costa Rica: evolución histórica, situación actual y*

desafíos. San José: Editorial Universidad de Costa Rica.

Sandoval, J. (2004). *Representación, discursividad y acción situada: introducción crítica a la psicología social del conocimiento*. Valparaíso: Universidad de Valparaíso.

Solís, M., Quesada, M., y Gutiérrez H. (2010). *Conocimientos, actitudes y prácticas contra el dengue promovidas por medios de comunicación de Costa Rica*. Revista Costarricense de Salud Pública, 19 (2)88-92.

Suárez, R., González., C, Carrasquilla., G, Quintero., J. (2009). *Una perspectiva ecosistémica en la evaluación sociocultural del dengue en dos pueblos colombianos*. Cuadernos de Salud Pública, 25 (1) 104-114. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001300010>

Suárez, R., González, C., y Viatela, J., (2004). *Dengue, políticas públicas y realidad sociocultural: una aproximación al caso colombiano*. Revista Colombiana de Antropología, v.40, 185-212.
Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/scielo.php. S0486-65252004000100007>.

Vasilachis de Gialdino, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa, S.A.

Ulin, P., Robinson, E., y Tolley, E. (2006). *Investigación Aplicada en Salud Pública: métodos cualitativos*. Washington, D.C.: OPS.

Zúñiga, C., Peraza, J., y Hernández, E., (2009). *Abordando la problemática del dengue desde una perspectiva ambiental*. Tecnología en Marcha, 22(1), 81-89.

8. Anexos

Anexo 1

Desde la reemergencia del dengue, la Región Pacífico Central ha tenido una de las incidencias más altas, tal como lo muestra el siguiente gráfico, tomado del ASIS Costa Rica del año 2014.



Fuente: Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud.

El Cantón Central de Puntarenas, del cual forman parte los distritos de la Península, ha sido uno de los más afectados del país, a lo largo de estos años, tal como se muestra en el siguiente cuadro:

Cantones más afectados por Dengue, Costa Rica, 2009-2013
(Tasa por 100.000 habitantes)

Cantón	Casos	Tasa quinquenal
	Dengue	2009-2013
Pococí	13147	8522
Puntarenas	10108	9555
Alajuela	7830	2726
Santa Cruz	6383	14507
Siquirres	5039	8226
Nicoya	4794	11729
San José	4567	1298
Guácimo	4166	8611
Carrillo	3755	12422
Atenas	3742	14244
Sarapiquí	3700	4726
Libería	3377	6220
Limón	3361	3185
Cañas	2986	12096
Orotina	2843	10053
Pérez Zeledón	2752	2111
Buenos Aires	2649	6095

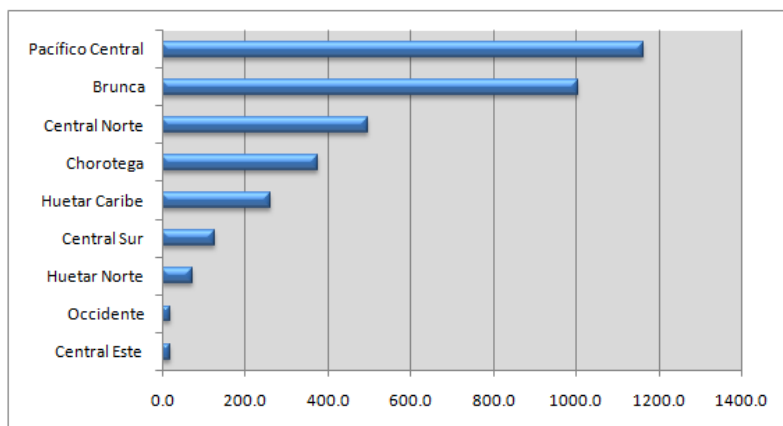
Fuente: Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud.

Anexo 2

En el 2016, continúa la situación preponderante de la Región Pacífico Central, en cuanto a incidencia de dengue, tal y como se muestra en el siguiente gráfico:

Tasa de Incidencia de dengue por Región
Costa Rica 2016

Tasa por 100000 habitantes



Fuente: Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud
A la semana epidemiológica 36 (terminada el 10 de setiembre)

Anexo 3

Caracterización de las enfermedades:

El dengue, la chikungunya y el zika son enfermedades transmitidas por vector⁴⁶. En el caso de las tres enfermedades, es el mismo vector que las transmite; el mosquito *Aedes Aegypti*. Para las tres enfermedades los síntomas aparecen de tres a siete días después de la picadura del mosquito. El insecto es blanquinegro con rayas en el dorso y las patas. Tiene una vida promedio de 30 días, después de convertirse en adulto. Puede poner huevos cada tres días, un promedio de 100 huevos por turno. El ciclo de reproducción hasta llegar a ser un zancudo adulto dura de 5 a 10 días. La hembra del zancudo *Aedes Aegypti* es la responsable de transmitir las enfermedades, la cual busca las paredes de los recipientes con agua para depositar los huevos. El mosquito posee gran capacidad para adaptarse a temperaturas altas y bajas. El *Aedes* habita dentro de las casas, en sitios oscuros y húmedos y vive en un radio de cien metros de su criadero, por lo que el entorno humano tiene un papel muy importante para que se dé el ciclo de reproducción del mosquito y de transmisión de las enfermedades.

DENGUE	CHIKUNGUNYA	ZIKA
<p><i>¿Qué es?</i></p> <p>El dengue es una infección vírica aguda, de la cual existen cuatro serotipos, estrechamente emparentados: DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4.</p>	<p><i>¿Qué es?</i></p> <p>Es un virus que causa dolores articulares severos e incapacitantes, que pueden persistir meses e incluso años. Su nombre quiere decir “el que se encorva”, debido a que los dolores obligan a la persona a mantenerse en esa posición.</p>	<p><i>¿Qué es?</i></p> <p>Es una enfermedad viral que provoca una infección que se transmite por los mosquitos del género <i>Aedes</i>.</p>
<p><i>¿Cuáles son los síntomas?</i></p> <p>Según la gravedad, se ha clasificado dos tipos de dengue: el clásico y el grave</p> <p>– <u>Dengue clásico</u>: fiebre elevada, náuseas, vómitos, dolor de cabeza muy intenso,</p>	<p><i>¿Cuáles son los síntomas?</i></p> <p>Al principio se presenta fiebre alta, superior a los 38,5⁰C, que dos a cinco días después se acompaña de los siguientes síntomas: dolor severo e inflamación en las articulaciones, erupción en</p>	<p><i>¿Cuáles son los síntomas?</i></p> <p>Fiebre, erupciones cutáneas, conjuntivitis, dolores musculares y articulares, malestar y cefaleas.</p>

⁴⁶ **Los vectores** son organismos vivos que pueden transmitir enfermedades infecciosas entre personas o de animales a personas. Muchos de esos vectores son insectos hematófagos que ingieren los microorganismos patógenos junto con la sangre de un portador infectado, puede ser una persona o un animal, y posteriormente los inoculan a un nuevo portador al ingerir su sangre. Los vectores de enfermedades más conocidos son los mosquitos, sin embargo, las garrapatas, las moscas, las pulgas, flebótomos, triatominos y algunos caracoles de agua dulce, también son vectores de enfermedades. **Las enfermedades transmitidas por vectores** son los trastornos producidos por agentes patógenos.

<p>dolor detrás de los ojos, dolores musculares y articulaciones y agrandamiento de ganglios linfáticos o sarpullido.</p> <p>– <u>Dengue grave</u>: es una complicación potencialmente mortal, que se acompaña de un descenso de la temperatura corporal (menos de 38°C), dolor abdominal intenso, vómitos persistentes, acumulación de líquidos, sangrado de mucosas, letargo, choque o dificultad respiratoria, alteraciones de la presión, y sangrado en diferentes partes del cuerpo.</p>	<p>la piel, dolor de cabeza, dolor muscular, fatiga y náuseas. Afecta sobre todo las articulaciones de los tobillos, las muñecas y las falanges, pero también puede afectar grandes articulaciones corporales, como la cadera y las rodillas.</p>	
<p><i>Otras características:</i> La enfermedad puede ser asintomática o sintomática (presentar síntomas muy leves), lo que hace que muchas personas no se percaten de que sufren dengue, por lo que no acuden a consulta médica o se automedican.</p>	<p><i>Otras características:</i> Hay tres grupos de población que presentan mayor riesgo de complicaciones graves: adultos mayores, neonatos y personas que padecen otras enfermedades.</p>	<p><i>Otras características:</i> Es posible la transmisión a través de la sangre por contacto sexual, debido a que el virus permanece en el esperma durante más tiempo.</p> <p>Existe relación causal entre el virus del zika y la microcefalia y el síndrome de Guillain-Barré.</p>

Anexo 4

Incidencia de casos de enfermedades transmitidas por vectores en las localidades de Jicaral y Lepanto, año 2016

Durante el año 2016, en el distrito Lepanto se presentaron un total de 253 casos de enfermedades transmitidas por vectores (dengue, zika y chikungunya), para una incidencia de 2.5 por cada 100 habitantes. Esta es una incidencia baja, en comparación con la incidencia país para estas enfermedades, y en comparación con otros distritos de la Península como Cóbano y Paquera.

**INCIDENCIA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS
POR VECTORES
DISTRITO LEPANTO, AÑO 2016**

	Total casos	Incidencia por 100 Habitantes
Dengue	157	1.6
Zika	70	0.7
Chikungunya	26	0.3
Total	253	2.5

Población distrito Lepanto: 10.118 habitantes

Fuente: Base de datos VE01, Área Rectora de Salud Peninsular 2016

Población proyectada INEC 2016

Entre las localidades con mayor incidencia de enfermedades transmitidas por vectores del distrito Lepanto, está Jicaral centro y Lepanto.

El siguiente cuadro resume la cantidad de enfermedades vectoriales y la incidencia de estas dos localidades.

**INCIDENCIA DE CASOS DE ENFERMEDADES
TRANSMITIDAS POR VECTORES
LOCALIDADES DE JICARAL Y LEPANTO, AÑO 2016**

Barrio	N° Casos	Población	Incidencia por 100
			Habitantes
Las Brisas	0	60	0
El Cairo	11	154	7
El Jardín	11	240	5
Jicaral	35	376	9
La Ceiba	20	348	6
La Cruz	19	314	6
Las Palmas	11	210	5
Las Playitas	2	100	2
Los Ángeles	7	255	3
Los Cedros	16	297	5
LOCALIDAD JICARAL	132	2,294	6
LOCALIDAD LEPANTO	21	685	3

Fuente: Base de datos VE01, Área Rectora de Salud Peninsular 2016
Poblaciones según Consolidados Área de Salud Peninsular C.C.S.S.
2016

De los 132 casos de la localidad de Jicaral 88 fueron de dengue, 37 de zika y 7 de chikungunya.

En Lepanto hubo 11 casos de dengue y 10 de zika.

La localidad de Jicaral se compone de varios barrios, descritos en el cuadro anterior, y es el principal centro de comercio y población del distrito. Los barrios más problemáticos de la localidad de Jicaral tradicionalmente son: Jicaral centro por la antigua plaza, La Ceiba, La Cruz, Los Cedros, El Cairo y Las Palmas

En segundo lugar, en población y comercio se encuentra la localidad de Lepanto. Los barrios que se ven afectados por estas enfermedades más frecuentemente son: Lepanto centro, Rosa Claus y Barrio Macondo.

Anexo 5

Guía de entrevista

Grupo focal

Las preguntas aquí planteadas serán desarrolladas en las sesiones que sean necesarias con el fin de lograr una recogida de la información minuciosa. Además, estas preguntas son orientadoras de otras que puedan surgir en el desarrollo de las sesiones.

El encuadre para cada sesión será el siguiente: saludo y bienvenida a los y las participantes, presentación de la moderadora, explicación de los objetivos de la sesión y duración de esta. También, se mencionan las similitudes entre los y las participantes (criterios por los que han sido seleccionados), se establecen las normas generales de la reunión y se enfatiza en la confidencialidad y el tipo de interacción que se espera entre estos.

Las sesiones se grabarán para evitar que se pierda información y para poder contar con lo expresado por las y los entrevistados lo más fielmente posible.

A. Procesos de significación y acción sobre la realidad social.

- ¿Podrían decir cuáles son las enfermedades que es más posible que le den o se le peguen a uno en esta comunidad?
- Coméntenme, ¿cómo han aprendido ustedes sobre las maneras de tratar estas enfermedades?
- Díganme, ¿qué enseña más sobre estas enfermedades, la experiencia propia, la familia, los vecinos o amigos, o lo que dicen la televisión, la radio o los periódicos? ¿Por qué?
- ¿Creen ustedes que en este pueblo hay personas o familias que tienen más peligro de enfermarse de dengue, chikungunya o zika? ¿Por qué esas personas?

B. Los saberes comunales en el proceso de la salud-enfermedad-atención.

- Cuéntenme, ya sea porque ustedes lo han vivido, o lo han visto de cerca, o porque les han contado, si saben cómo empieza alguna de estas enfermedades.
- Si en sus casas una persona tiene fiebre o fiebre muy fuerte, ¿qué hacen? ¿cómo la tratan?
- Si en su familia alguien tiene dolor de músculos, ¿cómo lo curan? ¿qué toman para curarse?

- Si alguien en su casa tiene náuseas o vómitos, ¿Qué hacen para curarse?
- ¿Cuándo alguien tuvo dengue o chikungunya o zika, ¿cómo empezaron a darse cuenta de que era eso lo que tenía?
- ¿Alguien les ha contado si existe algún remedio definitivo contra el dengue, el chikungunya o el zika?
- ¿Alguno de ustedes saben si existe algún alimento o alimentación especial que pueda proteger contra el dengue, chikungunya o zika?
- ¿Creen ustedes que en esta comunidad hay riesgo de enfermarse de dengue, de chikungunya o de zika?
- ¿Ustedes piensan que ustedes mismos o sus familias corren peligro de enfermarse de alguna de estas tres enfermedades?
- ¿Podrían entre todos mencionar razones por las cuales se transmite el dengue, el chikungunya o el zika?
- ¿Piensan ustedes que las mujeres o que los hombres corren más peligro de tener dengue o chikungunya o zika?
- Cuando alguien de la familia se ha enfermado, ¿A alguno (a) de ustedes le ha tocado atenderlo? ¿Alguien le ayuda? ¿O le toca ayudar?
- ¿Hay alguien en este grupo que nunca le toque ayudar?
- ¿Hay alguien en este grupo que le guste atender a una persona enferma?
- ¿Hay alguna razón especial por la que a ustedes no les gusta cuidar y atender a una persona enferma?
- Si en su familia o cerca de ustedes, ha habido o hay una persona con dengue, chikungunya o zika, ¿hay alguna razón especial por la que a ustedes no les guste atenderla o cuidarla?
- Cuando ustedes, cada uno de ustedes personalmente, se enferma, ¿generalmente quién le ayuda? ¿quién lo atiende?
- Si alguno de este grupo tuvo dengue, chikungunya o zika o le tocó atender a una persona que haya padecido alguna de estas enfermedades, ¿cómo se curó?
- Por lo que ustedes saben, ¿cómo puede curarse el dengue, el chikungunya o el zika?
- ¿Saben ustedes de algún vecino o vecina que esté o haya estado enfermo y que los vecinos le ayuden o lo atiendan?

- ¿Cómo creen ustedes que se puede evitar la propagación del dengue, el chikungunya o el zika en su comunidad?
- En su casa, ¿quién trabaja en ordenar y limpiar adentro y los alrededores? ¿Hay alguien al que le toque trabajos fijos? ¿Qué limpian u ordenan adentro? ¿Qué limpian u ordenan afuera? ¿En qué piensan ustedes que eso afecta en que se den más enfermedades o menos enfermedades?

C- Formas culturales locales de utilización del ambiente.

- ¿Creen ustedes que hay lugares donde hay riesgo de enfermarse de dengue, de chikungunya o de zika? ¿Por qué?
- ¿Saben ustedes si ha habido alguna actividad entre los vecinos de aquí para evitar que haya dengue, chikungunya o zika?
- ¿Para ustedes cuáles son los problemas más serios en su comunidad?
- ¿Han pensado ustedes que hay cambios que se han dado en la naturaleza o en el clima tienen que ver con que haya más o nuevas enfermedades? ¿Pueden explicarme por qué?
- ¿Piensan ustedes que algunas actividades de trabajo u otras que hace la gente aquí tienen que ver con esos cambios en el ambiente que provocan problemas de salud? ¿Piensan ustedes que eso pasa con respecto al dengue, chikungunya y zika?
- ¿Usted piensa que trabajar en contacto frecuente con el agua (como pianguera (o), ser pescador (a), etc.) hace que la gente corra más riesgo a sufrir enfermedades? ¿Y con respecto al dengue, chikungunya y zika?

Anexo 6**Guía de entrevista individual****A.** Encuadre: lo previo a la realización de la entrevista.

1. Presentarme (nombre y profesión).
2. Explicar el propósito de la investigación. La Institución a la que pertenezco y el respaldo del Ministerio de Salud.
3. Llenado y firma del consentimiento informado (explicar con detalle los parámetros de confidencialidad).
4. Explicar el uso de la video cámara y la grabadora.

B. Vida familiar (Día a día en la organización familiar)

1. ¿Cómo se organizan como familia en el trabajo de la casa ¿quién hace qué? ¿cómo lo hacen?

En su casa, ¿quién trabaja en ordenar y limpiar adentro y los alrededores? ¿Hay alguien al que le toque trabajos fijos? ¿Qué limpian u ordenan adentro? ¿Qué limpian u ordenan afuera? ¿En qué piensan ustedes que eso afecta en que se den más enfermedades o menos enfermedades? ¿Cada cuánto hace usted esto (labor de ordenamiento)? ¿Para qué lo hace usted? ¿Por qué es usted quien lo hace? ¿Siempre lo hace usted sola o con otras personas?

C. Contexto comunal

1. ¿Para usted cuáles son los problemas más serios en su comunidad?
2. ¿Me podría decir cuáles son las enfermedades que es más posible que le den o se le peguen a uno en esta comunidad?
3. ¿Sabe usted si ha habido alguna actividad entre los vecinos de aquí para evitar que haya dengue, chikungunya o zika?

D. Los saberes individuales y comunales en el proceso de la salud-enfermedad- atención.

- Prácticas de tratamiento de malestares, síntomas asociados a padecimientos insertos en la cotidianidad de las personas y de las enfermedades del estudio (Gripe, indigestión o las enfermedades del estudio).

1. Si en tu casa una persona tiene fiebre o fiebre muy fuerte, ¿qué hacen? ¿cómo la tratan?
2. Si en tu familia alguien tiene dolor de músculos, ¿cómo lo curan? ¿qué toman para curarse?
3. Si alguien en tu casa tiene náuseas o vómitos, ¿Qué hacen para curarse?
4. ¿Cómo atiende a los otros cuando se enferman? ¿Qué hace?
5. ¿Cómo te curaste cuando tuviste la enfermedad?
6. Cuando usted se enferma, ¿generalmente quién le ayuda? ¿quién la atiende?
7. ¿Quién te cuidó mientras tuviste la enfermedad?

– La experiencia de la enfermedad (Sintomatología y causas)

1. Vos tuviste dos veces dengue, la primera vez, ¿cómo te diste cuenta, o sospechaste que tenías dengue? ¿Me podrías contar cómo fue esa primera experiencia?
2. El después de la enfermedad.
3. ¿Y en la segunda oportunidad que te dio dengue?
4. ¿Por qué te habrá dado dos veces dengue? ¿Por qué creés que te dio dos veces dengue? ¿Has pensado en eso?
5. A partir de tu experiencia, ¿cómo pensás que es la atención con respecto a estas enfermedades en la Clínica o en el hospital?

– Significaciones en torno a las enfermedades.

1. Dígame, ¿qué enseña más sobre estas enfermedades, la experiencia propia, la familia, los vecinos o amigos, o lo que dicen la televisión, la radio o los periódicos? ¿Por qué?
1. ¿Usted piensa que ustedes mismos o sus familias corren peligro de enfermarse de alguna de estas tres enfermedades? ¿De volver a enfermarse en el caso de tu familia?
 2. ¿Podrías mencionar razones por las cuales se transmite el dengue, el chikungunya o el zika?
 3. ¿Piensa usted que las mujeres o que los hombres corren más peligro de tener dengue o chikungunya o zika?

2. ¿Cómo cree usted que se puede evitar la propagación del dengue, el chikungunya o el zika en su comunidad?

Salud y ambiente

1. ¿Creen ustedes que hay lugares donde hay riesgo de enfermarse de dengue, de chikungunya o de zika? ¿Por qué?
2. ¿Ha pensado usted que hay cambios que se han dado en la naturaleza o en el clima tienen que ver con que haya más o nuevas enfermedades? ¿Pueden explicarme por qué?
3. ¿Piensa usted que algunas actividades de trabajo u otras que hace la gente aquí tienen que ver con esos cambios en el ambiente que provocan problemas de salud? ¿Piensan ustedes que eso pasa con respecto al dengue, chikungunya y zika?
4. ¿Usted piensa que trabajar en contacto frecuente con el agua (como pianguera (o), ser pescador (a), etc.) hace que la gente corra más riesgo a sufrir enfermedades? ¿Y con respecto al dengue, chikungunya y zika?

Anexo 7

Guía de la observación no participante

La observación no participante enfoca las prácticas de prevención y control de las enfermedades del dengue, el chikungunya y el zika en los espacios familiar y comunal. Además, tiene como fin conseguir información para contrastarla con la que brinden las personas en las entrevistas de grupo focal. Cuando se considere necesario se grabarán con video o audio las situaciones que estén siendo observadas. Además, la investigadora irá registrando lo observado a través de notas de campo.

A. Los saberes comunales en el proceso de la salud-enfermedad-atención.

Dentro del hogar y alrededores:

¿Cada cuánto hace usted esto (labor de ordenamiento)? ¿Para qué lo hace usted? ¿Por qué es usted quien lo hace? ¿Siempre lo hace usted sola o con otras personas?

Manejo del agua en el hogar:

En caso de observar una práctica de acumulación de agua. ¿Por qué la guarda? ¿Por cuánto tiempo piensa conservar esa agua ahí? ¿Siempre lo ha hecho así? ¿En qué piensa usarla?

Observando una persona piangüera que llega al manglar:

¿Usted se protege de alguna manera para venir a hacer este trabajo? ¿Y eso de qué la protege? ¿Y eso usted lo ha hecho siempre? ¿De alguna manera usted se protege contra las picaduras de mosquitos u otros bichos?

Observando una persona piangüera que sale del manglar:

¿Cuánto tiempo duró piangüando? ¿Y la protección que usted usó, normalmente le sirve para todo ese tiempo? ¿Y los mosquitos u otros animales lo picaron por encima de la ropa? ¿Y estar todo ese tiempo en el manglar, en general a usted le ha hecho daño o no?

Nota: Se eligió el manglar porque es un lugar factible para llevar a cabo la observación. Escenarios como la pesca son de difícil acceso para la investigadora.

No se descarta durante la realización del trabajo de campo incorporar otros escenarios para la observación, siempre y cuando cumplan con las condiciones establecidas en la selección de los y las participantes.

Anexo 8

Las formas de tratamiento de la salud-enfermedad en el ámbito familiar

El siguiente cuadro recoge las acciones de tratamiento de algunas dolencias que los hombres y las mujeres de Lepanto realizan consigo mismos y con sus familiares.

Tratamiento de diversos síntomas o malestares comunes a varias enfermedades, en el ámbito doméstico.		
	Mujeres Lepanto, Barrio El Sol y Centro	Hombres Lepanto, Barrio El Sol, Casanova y Centro
Síntomas o malestares:		
¿Qué hacen? ¿Cómo la tratan? – Fiebre o fiebre muy alta	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Toma de acetaminofén ❖ Paños de agua fría ❖ Si no baja la fiebre se busca atención médica. <p><i>P: “Primero a la bebé, le damos tratamiento, eh, acetaminofén para bebé o cosas así, entonces no baja la calentura, pañitos de agua fría en la frente. ¡Le dimos de todo y nada! Entonces acudimos a la clínica ya”. (Entrevista semiestructurada, 2019).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Consumo de acetaminofén ❖ Pañitos de agua fría ❖ Cuando la calentura no cede se acude a la atención médica. <p><i>M: “Bueno, básicamente acetaminofén y si es mucho pañitos de agua fría, básicamente eso, y si es mucha, no le da mucho chance de que suba mucho la temperatura vamos a la Clínica inmediatamente, porque al menos yo cuando estaba pequeñillo convulsioné”. (Entrevista semiestructurada, 2019)</i></p>
¿Cómo lo curan? ¿Qué toman para curarse? – Dolor de músculos	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Masajes ❖ Aplicación de inyección en farmacia privada. ❖ Búsqueda de curación médica en la clínica. <p><i>L: “Díay, más que todo a mí que me agarra dolor de músculos, la espalda más que todo, entonces, me masajean, el chiquillo o el compañero míos”. (Entrevista semiestructurada, 2019).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Masajes ❖ Inyección para el dolor ❖ Aplicación de Cofal ❖ Masajes ❖ Acetaminofén <p><i>S: “Díay, todo el tiempo es acetaminofén, es lo que se da, normalmente”. (Entrevista semiestructurada, 2019)</i></p>
¿Qué hacen para curarse? – Nauseas y/o vómitos	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Agua de arroz ❖ Agua de canela tibia ❖ Alimentos que refresquen, que hidraten. ❖ Aceite de oliva Salat ❖ Té de juanilama 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Hidratación ❖ Agua de arroz ❖ Agua de pipa

	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Té de manzanilla con un poquito de bicarbonato. ❖ Si la persona no se siente mejor, entonces, se busca atención en la Clínica. <p><i>E: “Dependiendo, porque, digamos cuando están así con vómitos o con náuseas yo les hago un tecito de manzanilla con un poquito de bicarbonato, ¡pero poquito verdad!, y se los doy, y si no se componen pues bendito Dios, pues a buscar el doctor”. (Entrevista semiestructurada, 2019)</i></p>	<p><i>F: “Tratar de hidratarlo, primero eso, tratar de hidratarlo. Se produce suero natural o también se usa mucho el agua de arroz, se cocina el arroz y lo toma uno, queda como un fresco, como espeso, pero es un suero natural. Si hay pipa se utiliza pipa, también”. (Entrevista semiestructurada, 2018)</i></p>
--	--	--

Como se puede observar, cuando el malestar no logra ser remediado en el entorno doméstico, las participantes o sus familiares deciden acudir a atención médica. El común denominador en las prácticas de tratamiento es la autoatención, lo cual incluye, la automedicación. En la curación de estos malestares se da una síntesis entre la medicina natural-casera y la alopática. Son ellas quienes tienen a su cargo dar alivio a estos malestares en el seno familiar.