

Una revisión de los estudios en torno a enfermedades gastrointestinales. En busca de nuevas alternativas para el análisis de los procesos de salud-enfermedad

A revision of the studies around gastrointestinal diseases. In search of new alternatives for the analysis of the health-disease processes

Anahi Sy¹

¹Licenciada en Antropología.
Doctora en Ciencias Naturales.
Docente de la Cátedra
Etnografía I, Facultad de
Ciencias Naturales y Museo,
Universidad Nacional de La
Plata, Argentina.
anahisy@yahoo.com.ar

RESUMEN En este trabajo presentamos una revisión crítica de diferentes aproximaciones al estudio de patologías gastrointestinales, focalizando en las parasitosis intestinales en particular. Indagamos sobre el modo en que han sido construidas y definidas, de qué forma esto ha incidido en su tratamiento, y exploramos la posibilidad de plantear nuevas alternativas para su abordaje.

Nuestro interés por el tema surge de los resultados obtenidos en diferentes instancias de investigación interdisciplinaria, desarrollada en dos comunidades *Mbya* Guaraní de la provincia de Misiones, Argentina. En este contexto, observamos que la ocurrencia de enfermedades gastrointestinales, parasitarias en particular, no responde a un conjunto limitado de causas, sino que presenta múltiples causas de naturaleza diversa. En este sentido, se plantea la necesidad de identificar y evaluar aspectos socioculturales no contemplados en los estudios epidemiológicos tradicionales, a fin de reconocer las condiciones bioculturales en que se instalan y prosperan estas infecciones.

PALABRAS CLAVE Análisis Cualitativo; Antropología; Enfermedades Gastrointestinales; Parasitosis Intestinales; Población Indígena; Argentina.

ABSTRACT *In this paper, we introduce a critical revision of different approaches to the study of gastrointestinal pathologies, focusing on intestinal parasitosis in particular. We studied the way in which they have been built and defined, the way in which this has affected their treatment and we explored the possibility of trying new alternatives for their treatment.*

Our interest in the topic arises from the results obtained in different stages of interdisciplinary investigation developed in two Guaraní communities Mbya in Misiones Province, Argentina. In this context, we observed that the occurrence of gastrointestinal diseases, parasitic in particular, does not respond to a limited group of causes but it presents multiple causes of a diverse nature. In this sense, we analyze the necessity of identifying and assessing sociocultural aspects which are not considered in the traditional epidemiological studies, in order to recognize the biocultural conditions under which these infections may prosper.

KEY WORDS *Qualitative Analysis; Anthropology; Gastrointestinal Diseases; Intestinal Diseases, Parasitic; Indigenous Population; Argentina.*

INTRODUCCIÓN

Numerosas investigaciones en diversas áreas de las ciencias sociales y sobre todo en el campo de la epidemiología, plantean que es una constante en los países subdesarrollados, la presencia de ciertas patologías como indicadores de la pobreza y la situación marginal de sus habitantes.

En la actualidad, las enfermedades infecciosas, como el tétanos entre otras, a las cuales se consideró históricamente entre las principales causas de muerte en los niños, han sido reemplazadas por patologías gastrointestinales y malnutrición. Estas problemáticas han adquirido un renovado interés en nuestro país, planteando la necesidad de trabajar desde diferentes ámbitos político-sanitarios a fin de controlar y solucionar una situación sanitaria alarmante, por la cantidad de muertes que ella implica y la responsabilidad que supone por parte de los organismos públicos de salud.

Las mujeres tienen y alimentan a sus hijos en condiciones medioambientales y sociales adversas para su desarrollo, así como hostiles para su propio bienestar. En consecuencia, una alta tasa de mortalidad infantil ha sido una característica estándar de la reproducción humana. En estos contextos, las epidemias, las enfermedades endémicas, la escasez de alimentos, las aguas contaminadas y la atención médica inadecuada, interactúan favoreciendo la emergencia de numerosas patologías que dan cuenta de una situación sanitaria preocupante, asociada a condiciones socio-históricas particulares (1).

Nuestro interés por el tema surge de la investigación que desarrollamos en el área de la Reserva "Valle del Arroyo Cuña Pirú" de la provincia de Misiones (Argentina), con la población de dos comunidades aborígenes *Mbya-Guaraní*, *Ka'aguy Poty* (Flor de Monte) e *Yvy Pyta* (Tierra Roja). Los resultados obtenidos en diferentes instancias de investigación interdisciplinaria (a) nos permiten observar que localmente, las patologías gastrointestinales, sobre todo las enteroparasitosis (b) y enfermedades asociadas, son las que adquieren mayor importancia, tanto desde el punto de vista médico sanitario, como desde la perspectiva de la población *Mbya*.

Los grupos guaraníes se han caracterizado por su amplia movilidad a lo largo de la época

pre y posthispánica; en la actualidad, si bien esta movilidad continúa, se registra a escala individual o de pequeñas unidades familiares. Los núcleos de población *Mbya* se han visto confinados a espacios reducidos, restringidos en su movilidad por límites geopolíticos ajenos, lo cual ha resultado en una tendencia a formar asentamientos más estables. La mayoría de los pobladores actuales de *Ka'aguy Poty* e *Yvy Pyta* proviene de otras comunidades *Mbya* de la provincia de Misiones y en menor medida, de Paraguay y Brasil.

En el presente, las actividades de subsistencia tradicionales –caza, pesca, recolección y horticultura de roza y quema– se han reducido, complementadas con la comercialización de artesanías y el trabajo temporario en establecimientos agrícolas aledaños. Estas nuevas actividades que introducen el dinero a la economía de estos grupos han producido numerosos cambios en su estilo de vida, entre ellos, la posibilidad de adquirir alimentos elaborados, lo cual ha provocado una importante modificación en la dieta (2).

De este modo, observamos que, acompañando a los procesos de cambio en el entorno, cambian las condiciones de vida en las poblaciones *Mbya* actuales. Esto ha propiciado el desarrollo y proliferación de numerosas patologías gastrointestinales y determinado la emergencia de parasitosis no conocidas previamente en el área (3,4). Esta situación no ha sido acompañada por estudios que contemplen e integren los múltiples factores que intervienen en la instalación y recrudecimiento de este tipo de patologías.

En este trabajo presentamos una revisión de ciertas aproximaciones realizadas desde diferentes campos disciplinares, en torno al estudio de patologías gastrointestinales, las enteroparasitosis en particular. El relevamiento bibliográfico no pretende ser exhaustivo, seleccionamos algunos estudios particulares que abordan la problemática desde una perspectiva poblacional, en áreas cuyas características bio-geográficas fueran las mismas o similares al medio que habitan las comunidades *Mbya-Guaraní* con las cuales trabajamos: la Selva Paranaense. Este área, desde el punto de vista fitogeográfico, pertenece al Dominio Amazónico, un enorme territorio cubierto por selvas tropicales y subtropicales, bosques y sabanas, que ocupa toda la cuenca del

río Amazonas, la mayor parte de la cuenca del río Paraná, y las laderas orientales de la cordillera Andina en la zona tropical (5).

Analizamos el modo en que han sido construidas y definidas dichas enfermedades, de qué forma esto ha incidido en el tratamiento del tema y exploramos la posibilidad de plantear nuevas alternativas para su abordaje.

ESTILO DE VIDA Y RIESGO

CONTROL HUMANO DE LOS MUNDOS NATURAL Y SOCIAL

Vivir en el universo reciente es vivir en un medio de cambios y riesgos, compañeros inevitables de un sistema aplicado al dominio de la naturaleza y a la elaboración refleja de la historia. (6)

Una revisión de los trabajos que abordan los padecimientos gastrointestinales, indica que un gran número de investigadores se ha centrado en el estudio de las parasitosis humanas, trabajando con población suburbana o rural (7-9) y aborigen (10-12) desde una perspectiva epidemiológica.

Si bien algunos de los trabajos realizados en poblaciones aborígenes plantean la necesidad de considerar ciertos aspectos que pueden hacer a la especificidad de trabajar con grupos étnicos particulares, y uno de ellos (12) se plantea como un estudio "*sobre el perfil etno-epidemiológico*"; todos centran su interés en la identificación de prevalencias e intensidades de la infección parasitaria en las poblaciones estudiadas. Es común a todos la evaluación de los resultados mediante la aplicación de parámetros estándar como estatus socioeconómico, tipo de vivienda –construcción y saneamiento–, número de personas que comparten la vivienda, sexo y edad; destino de la basura, fuente de agua y tratamiento. Los resultados de los análisis parasitológicos, evaluados a la luz de estas variables permiten delimitar un conjunto de factores que harán que la población o ciertos grupos de población, se encuentre "en riesgo" de enfermar.

Por otra parte, se reconoce que la enfermedad crónica producida por enteroparasitosis se relaciona directamente con el número de parásitos por hospedador y que aquellos individuos

fuertemente infectados tendrán más riesgo de padecer las consecuencias de la anemia por deficiencia de hierro; sin embargo no evalúan que las consecuencias dependerán también del estatus nutricional, de la calidad y la cantidad de fuentes de hierro, la absorción y otras infecciones que pueden afectar los niveles de hierro (13).

Si bien todos estos trabajos ponen en relación la presencia y tipo de parásitos con sexo y edad del hospedador, ninguna de las investigaciones desarrolladas en poblaciones aborígenes permiten establecer asociaciones significativas entre estas variables. Por lo general estos estudios encuentran altos porcentajes de poliparasitismo –gran número de especies diferentes en un mismo organismo– que afectan a toda la población, independientemente del sexo y edad de sus hospedadores. También se observa que la precariedad de las viviendas y condiciones de higiene y saneamiento deficitarias, caracterizan a todas las poblaciones aborígenes con las cuales se trabaja y es lo que explica en todos los casos las altas cargas parasitarias identificadas, justificando la necesidad de intervenir. Dicha intervención, o aserción sobre la necesidad de intervenir, se da a través de dos vías: la entrega de antiparasitarios y/o el desarrollo de programas o actividades de promoción de la salud que advierten a la población sobre la necesidad de modificar ciertos hábitos o conductas –referidas principalmente a la higiene y saneamiento– que se considera pondrían en riesgo la salud. Teniendo en cuenta que estas pautas y características son comunes a toda la población, y que existen altas tasas de reinfección, ninguno de los trabajos plantea la necesidad de buscar nuevos parámetros que permitan dar cuenta de la situación en el contexto particular en que se encuentran trabajando.

De este modo observamos que estas investigaciones incorporan de forma subordinada lo social y lo cultural, como un factor más, reducido a indicadores como sexo, edad, educación, condiciones sanitarias y nivel socioeconómico, entre otros; fragmentando y aislando en acciones puntuales, descontextualizadas, aquello que en muchos casos forma parte del modo de vida o "estilos de vida" particulares (14). La etiología de la enfermedad se asocia a un conjunto de factores y conductas de riesgo que permiten la delimitación de grupos "en riesgo" de

enfermar, dirigiendo de este modo la responsabilidad por la enfermedad hacia el individuo.

Estas variables, por tratarse de características comunes a todos los sectores pobres de los países en desarrollo solo contribuyen a explicaciones circulares generales, que no apuntan a explicar el problema como resultado de características y condiciones socioculturales e históricas particulares.

Si bien en muchos países de América Latina los modelos y políticas de atención de la salud han sido redefinidas (c), las condiciones de salud de las poblaciones no han sido mejoradas en la misma medida. Almeida-Filho (16) plantea que las explicaciones para esta aparente paradoja pueden encontrarse en la inadecuada base conceptual del planeamiento, la organización y administración de los servicios de salud, que se valen casi exclusivamente de una perspectiva epidemiológica convencional que no considera la naturaleza histórica y sociocultural de los problemas de salud.

El carácter "abierto" de las cosas por venir, es decir, de los sucesos futuros y su incognoscibilidad intrínseca plantean la posibilidad de la intervención humana, del cálculo del riesgo y expresa la maleabilidad del mundo social y la capacidad de los seres humanos para dar forma a las condiciones físicas de nuestra existencia (6). Esta idea de control del riesgo si bien se hace particularmente visible en el campo de la epidemiología, no escapa a la vida cotidiana de cualquier grupo humano y no existe cultura que no haya incorporado a sus conocimientos y prácticas algún modo de evaluar el riesgo y actuar en consecuencia. Como lo plantea Giddens (6) los estilos de vida están influidos por el conocimiento de estos datos, sin embargo, dado que las prácticas específicas están de ordinario vinculadas a un conjunto integrado de hábitos, los individuos no siempre evalúan o quizá casi nunca, los riesgos como elementos separados, cada uno en su propio ámbito. Más que calcular las implicaciones de diversos segmentos de conducta arriesgada, la planificación de la vida da cuenta de un "paquete" de riesgos. En otras palabras, la aceptación de ciertos riesgos dentro de unos "límites tolerables", como consecuencia de la búsqueda de un determinado estilo de vida, se considera parte del paquete general.

Entonces, ¿por qué analizar los riesgos como elementos aislados, segmentos de conducta, cuando la planificación de la vida (que da cuenta de un modo de vida o estilo de vida particular) es lo que explica estas conductas?

La explicación y solución a una enfermedad particular no puede restringirse a interpretaciones mecanicistas, que subordinan y limitan sus explicaciones a la identificación de un conjunto de factores y conductas que posibilitan que una persona se encuentre en riesgo de enfermar y cuya solución se encuentra en la modificación de tales conductas, que incluso en muchos casos forman parte del modo de vida de estas poblaciones y cuyo cambio implica aspectos mucho más profundos.

Así por ejemplo, si tomamos el tema de la alimentación, en primer lugar debiéramos preguntarnos: ¿es posible establecer cambios en los hábitos alimenticios para lograr incrementar las ventajas nutricionales de los alimentos a consumir? Esta es una tarea extremadamente difícil ya que la alimentación ha probado ser uno de los hábitos más resistentes al cambio. Los hábitos alimenticios, así como cualquier otra costumbre, solo pueden ser entendidos dentro del contexto cultural más amplio. Los programas de educación nutricional que puedan llevar a mejorar los hábitos dietéticos, deberían estar basados en un entendimiento de la comida como una institución social que cumple varias funciones (17).

Hemos señalado que la alimentación entre los *Mbya* se ha modificado, como resultado de la incorporación gradual de alimentos de origen industrial. Al respecto, observamos que ocurre una incorporación selectiva de alimentos –en parte dada por una limitación económica–, pero que también responde a la necesidad de reemplazar ingredientes tradicionales –hoy escasos– por su análogo adquirido en el mercado. Las recetas siguen siendo las mismas, aun cuando la harina de trigo reemplace a la tradicional harina de maíz, el aceite a la grasa, la carne vacuna y/o embutidos al aporte cárnico resultante de la caza de animales silvestres, y el azúcar a la caña y/o miel.

Asimismo, hábitos vinculados a prácticas rituales, que dan cuenta del valor simbólico de la comida, permanecen presentes. Si analizamos el modo en que la población *Mbya* refiere al origen de la enfermedad parasitaria podremos ilustrar sobre este aspecto.

Los Mbya consideran que existen dos tipos de parásitos que viven normalmente en el tracto digestivo humano: *mba'e che vera*, ("dueño de la saliva"), localizado en la garganta y *ñande racho chy* ("nuestra madre parásito") ubicada en el intestino o "*tripa*". Esta última "produce" huevos que originan a otras dos formas de parásitos: *tacho* (d) ovy, parásitos verdes y *tacho pytã*, parásitos rojos. Estos últimos son los que en ciertas circunstancias manifiestan una alteración en su comportamiento desencadenando un conjunto de síntomas que los Mbya refieren como característicos de la enfermedad parasitaria.

Los parásitos –*tacho* en lengua Mbya– se "activan" o alteran su comportamiento y se reproducen o "crían" con el consumo de carne o dulces. Al respecto, existen ciertos tabúes o prescripciones alimenticias, establecidas por "los antiguos", los antepasados, que regulan este consumo.

Estaría prohibido consumir la carne de animales como el coatí, chanchito o cerdo, tatú, tateto, jabalí y lagarto –también productos que se obtienen comercialmente como los embutidos– a las mujeres durante el embarazo, a ambos padres cuando su hijo aún es pequeño (antes del bautismo) y a los niños durante este período (0-1 año). El olor que proviene de su cocción también puede desencadenar el desarrollo de los parásitos dentro de los niños.

La trasgresión o inobservancia de tales prescripciones tradicionales constituye un componente fundamental en la explicación del origen y manifestación de formas parásitas que causan un daño a la salud.

"...el abuelo prohibió para no comer eso. Si el abuelo prohibió así pero igual come, no entonces ahí viene el tacho..." [parásitos en lengua Mbya] (S.B.)

"El chiquito le agarró por falta de la madre [...] porque no pueden comer la carne de kure [...] la madre no puede comer, porque el chiquitito no come, pero igual, de la madre, con la teta igual come [...] comió un pedazo de eso [...] Y después le dio la teta, seguramente por la teta, ya el jugo se mezcló [...] Del fiambre también no hay que comer [...] Bueno durante que tiene meses, cuando ya tiene 6, 7 meses ya puede." (R.R.)

"... según dice mi papá que viene por alimentación de la madre [...] cuando mi papá me preguntó qué había comido demasiado nos dimos cuenta que era carne de cerdo [...] cuando ella estaba embarazada, comíamos mucho la carne [...] y no, esa carne no puede comer mucho, puede comer pero, pero no tanto [...] el gurí ya tenía, ya nació con eso [...] cuando está embarazada cualquier alimento no puede comer [...] creo que lo hace que se críe..." [el parásito] (F.R.)

También produce este efecto el consumo de dulces, la mayoría refiere que no se trata de cualquier alimento con este sabor, sino de azúcares de origen industrial.

"...porque a veces [...] yo se que por mi parte viene por [...] a veces yo traigo alguna masita dulce y le damos, de eso viene..." (B.D.)

"...cualquier cosita no da para darle, a veces el hermanito, parece que come chupetín y le da en la boca, así, y después toma la teta, hay que cuidar mucho..." (R.R.)

"...la caña, no es tanto porque a veces se chupa nomás, se le da a la gurisada que lo chupa [...] Porque come bien y después de comer todo, agarra una caña, eso no le hace mal. Ya comió. Ahora miel [...] debe ser mejor que la azúcar, porque la azúcar hace mal a uno..." (J.C.)

Así vemos, en estas últimas citas, como los cambios en la dieta, la incorporación de dulces en particular, también son considerados "factores de riesgo" para la salud.

Esto plantea la necesidad de considerar la comida como una categoría cultural más amplia, como actividad que reafirma relaciones sociales, creencias y religión, expresiva de patrones económicos y que rige gran parte de la vida cotidiana. En este sentido debemos considerar la alimentación, así como los sistemas médicos, con un rol que trasciende la salud y la enfermedad, las necesidades nutricionales del cuerpo humano.

Si consideramos ahora un aspecto mucho más sencillo en apariencia, como la costumbre de los grupos Mbya de no usar calzado, que si se combina con un nicho ecológico donde proliferan ciertos parásitos que tienen como

huésped definitivo al ser humano –a cuyo organismo penetra a través de la piel de la planta de los pies y de las manos–, entonces se culpabiliza a la persona por su enfermedad, sin tener en cuenta toda otra serie de factores y procesos más amplios que han provocado que el hábitat se convirtiera en un verdadero foco endémico de estas patologías que afectan en la actualidad a dichas poblaciones. Si no, cómo se explica que la población *Mbya* no ha utilizado calzado durante cientos de años y sin embargo la emergencia y proliferación de las parasitosis como enfermedad aparece en las últimas décadas.

LOS "FACTORES DE RIESGO" EN PERSPECTIVA HISTÓRICA

En el campo de la salud pública, vinculado a investigaciones en genética y ecología de poblaciones (18-21), se ha desarrollado una línea de investigación que si bien en principio parece no estar vinculada directamente a la problemática que presentamos, ha producido resultados que plantean la posibilidad y necesidad de desarrollar, en el campo de la epidemiología y la antropología, nuevas formas de aproximarnos a estas problemáticas en comunidades aborígenes.

Estas investigaciones, centradas en el estudio de la coevolución entre parásitos y hospedadores, encuentran que las poblaciones aborígenes sudamericanas presentan patrones biológicos de salud y enfermedad particulares. Mediante la revisión de diferentes estudios que han documentado la situación de salud registrada en diferentes grupos aborígenes, previo contacto con otros grupos de población, estos autores encuentran características que sugieren un alto grado de adaptación del ser humano a las parasitosis.

Estos trabajos indican la presencia de altos niveles de anticuerpos en estas poblaciones, debido a la exposición a numerosos agentes infecciosos como parásitos intestinales, protozoarios y bacterias, entre los más importantes (19). En algunas regiones de América se ha identificado la presencia de relaciones parásito-hospedador, establecidas por cientos de años, que han resultado en un estado de equilibrio con los hospedadores antes del contacto con otros grupos de población (20). Un estudio realizado entre grupos *Cayapo*,

que se han mantenido en relativo aislamiento, encuentra que a pesar de la presencia de agentes infecciosos en el organismo, no existen signos clínicos de la enfermedad (19). Holmes (22), en estudios realizados entre grupos *Yanomamö* de Venezuela encuentra que los parásitos intestinales no afectaban significativamente el estatus nutricional de estos grupos (20).

Teniendo en cuenta estos resultados, se están desarrollando estudios sobre grupos aborígenes actuales que buscan evaluar la relación entre el perfil parasitológico y diferentes grados de cambio cultural.

En este sentido se plantea que numerosos procesos de cambio han producido importantes modificaciones en el modo de vida tradicional, que deben haber incidido de manera negativa sobre las relaciones parásito-hospedador, tornando peligrosa la presencia de parásitos dentro del organismo (19,20). Así, se considera que la disrupción en el aislamiento geográfico puede haber provocado la introducción de especies previamente inexistentes; el sedentarismo, los cambios en los patrones de asentamiento e incremento en la densidad de población deben haber favorecido un aumento en la contaminación del suelo; el estrés social y malnutrición puede haber causado mayor susceptibilidad a la infección, que junto a la introducción de la medicina moderna y el uso de antihelmínticos habrían provocado un desajuste en las relaciones de equilibrio parásito-hospedador establecidas a lo largo del tiempo (20).

Estos estudios, si bien establecen conclusiones generales respecto de aspectos poco considerados, que estarían incidiendo en la aparición de las parasitosis como enfermedad, plantean la necesidad de desarrollar un análisis que permita articular los resultados provenientes de estudios biológicos y etnográficos, interpretándolos a la luz de procesos sociohistóricos, económicos y culturales a los cuales han estado sometidas estas poblaciones.

En este sentido, no podemos pensar en términos de patrones generales de salud y enfermedad. Resulta necesario aproximarnos a la enfermedad y al cuidado de la salud de un modo que dé cuenta de la forma en que se manifiesta y es experimentada en los contextos socioculturales particulares en que ésta ocurre.

Los estudios clínicos permiten realizar un diagnóstico sobre la presencia/ausencia de determinado agente "infeccioso" dentro del organismo, sin embargo debemos indagar en sus manifestaciones mediante signos y síntomas que la población reconozca como indicio o manifestación de algún tipo de padecimiento. Es necesario explorar aquellos aspectos que hacen a la emergencia del cuerpo enfermo. De otra forma, solo estaremos contribuyendo a validar la aplicación de parámetros biomédicos estándar, que no necesariamente responden a las características que adquiere la enfermedad en las poblaciones con las cuales trabajamos.

LA MIRADA ANTROPOLÓGICA

La enfermedad se presenta como un constante desafío a la complaciente y cotidiana aceptación de las estructuras de sentido convencionales. (23)

La mayoría de los trabajos antropológicos con relación a este tipo de problemáticas se ha centrado en el estudio de los sistemas etnomédicos, la identificación de taxonomías Folk y de los modelos explicativos tradicionales a estas enfermedades (24-31), presentando una descripción y caracterización de los conceptos utilizados para definir estos padecimientos y los elementos terapéuticos recomendados para su tratamiento en contextos culturales específicos. Entre ellos, el trabajo de E. A. Berlin *et al.* (29), planteado desde un enfoque etnobiológico, realiza además una evaluación sobre la eficacia terapéutica de los recursos utilizados.

Entre los antropólogos y etnógrafos que han trabajado sobre la enfermedad y el cuidado de la salud en el ámbito de comunidades guaraníes (32-48) observamos que se han centrado en el estudio de padecimientos vinculados a la magia, mitología y religión. A través de monografías etnográficas clásicas de autores como Bertoni (33), Cadogan (47,48) y González (49) que han contemplado este tipo de padecimientos, solo podemos acceder a descripciones de carácter general que registran la presencia y reconocimiento de diferentes patologías gastrointestinales y el uso de numerosos recursos locales para su tratamiento.

En este último enfoque, hallamos implícita la idea de homogeneidad de la medicina tradicional que se corresponde a nivel metodológico con la selección de informantes por su carácter de expertos. Desde esta perspectiva, las concepciones y prácticas en torno a la enfermedad se consideran compartidas de manera colectiva, con el mismo grado de definición y racionalización, por todos los miembros del grupo estudiado.

Más recientemente, encontramos que la mayoría de los trabajos presenta predominantemente una perspectiva aplicada; esto no es sorprendente teniendo en cuenta el alto costo de morbi-mortalidad asociado a los padecimientos gastrointestinales en los países en vías de desarrollo y los numerosos esfuerzos en el campo de la salud para disminuir tales patrones, a través de múltiples programas preventivos y curativos, desarrollados principalmente durante la década del '80 y '90, por ejemplo aquellos de prevención y control de la diarrea.

Los trabajos realizados desde esta perspectiva (25-27,30,31) presentan la particularidad de integrar los estudios sobre el conocimiento y las prácticas locales a investigaciones diseñadas desde una perspectiva epidemiológica. De este modo se plantea la necesidad de considerar el sistema etnomédico local, a fin de evaluar y adecuar los programas de promoción y/o atención de la salud a las características propias de la población con la que se trabaja.

Estas aproximaciones, entre grupos guaraníes están asociadas al desarrollo de investigaciones diseñadas para atender a las patologías que revisten mayor importancia desde el punto de vista epidemiológico (18,50-52). En estos trabajos se realiza una aproximación a la enfermedad y al cuidado de la salud desde el modelo biomédico, excluyendo tal como lo plantean Eduardo Menéndez (53) y Mishler (54), los contextos sociales, culturales e institucionales en los cuales ocurren estos fenómenos. Desde esta perspectiva la enfermedad es vista como una entidad autónoma, definida con un criterio universal estándar aislada de la vida y de la experiencia real de estar enfermo. Aunque los síntomas y las enfermedades se dan en la gente que posee características socioculturales específicas, estas tienden a ser ignoradas (54). Se refiere al contexto social o cultural, o al "estilo de vida" (e)

reduciéndolo a simple indicador de riesgo, eliminando su capacidad explicativa (55).

En este sentido observamos un vacío en lo que hace a la consideración de los múltiples factores de cambio que han operado en estas poblaciones a lo largo del tiempo. Tampoco encontramos trabajos que den cuenta de estos aspectos a través de una aproximación a la enfermedad tal como es experimentada por los miembros del grupo.

Dentro de esta perspectiva aplicada podríamos incluir nuestras investigaciones (f) en el ámbito de las comunidades *Mbya* de *Ka'aguy Poty* e *Yvy Pyta* (2,56,59,60). Este trabajo fue desarrollado por un equipo de investigación interdisciplinario integrado por biólogos, especialistas en parasitología y etnógrafos de la Universidad Nacional de La Plata. Si bien nuestro planteo inicial se orientó hacia la exploración del conocimiento y prácticas locales que permitieran la integración de estas comunidades en el diseño de estrategias para el diagnóstico y prevención de las parasitosis, los supuestos teóricos y metodológicos que orientaron nuestras actividades no escapan a la crítica y necesidad de revisión (g) que planteamos en este trabajo.

En nuestro estudio, resultaron positivas diferentes instancias de encuentro entre los pobladores locales y trabajadores de la salud (agentes sanitarios, médicos, enfermeros y docentes). Bajo la forma de taller, desarrollados en el ámbito de las comunidades, se logró generar una discusión horizontal respecto a los diferentes factores que cada sector considera que incide directa o indirectamente en el origen de la enfermedad parasitaria. Esto condujo a problematizar la situación, escuchar y atender a diferentes perspectivas, buscar elementos comunes y diferenciales al momento de tratar dicha problemática.

La experiencia del taller nos permitió observar que, si bien la gente de las comunidades reconocía ciertos parásitos, asociados a la enfermedad, las explicaciones respecto de las causas de tales padecimientos diferían de los factores etiológicos definidos desde la biomedicina. Los "factores de riesgo" que se señala desde la medicina oficial solo aparecían en el discurso del agente sanitario aborígen, seguramente vinculado a la incorporación de ciertos conceptos y categorías en su formación como agente de salud.

En este sentido, los médicos, agentes sanitarios, docentes y enfermeros, pudieron advertir la necesidad sentida por la población de atender a una problemática que afecta de manera importante la calidad de vida de los pobladores del área:

"...ahora nosotros necesitamos una persona que nos explique [...] algún doctor que nos entiende, o sino enfermero que entiende o agente sanitario, que nos explique a nosotros la enfermedad, toda esas cosas de que nos infectamos. Ahora llegó un momento que nosotros necesitamos esas cosas, porque antes no necesitábamos estas cosas, entonces no nos preocupábamos, porque antes nosotros vivíamos de las plantas y también de las frutas, entonces no había esas enfermedad, antes, nuestros abuelos, y nuestras mama, nuestras abuelas, vivía como que no tenía enfermedad, no sabía cómo era, cómo es la enfermedad, porque no tenía enfermedad, a veces alguna cosita pero toma algún remedio y ya está, viste, estaba bien, trabajaba y eso en las chacras, ahora por lo menos usamos mucho esas cosas de las colonias, las comidas por lo menos, ahí está el problema, viste..." (C.D.)

A través de esta cita podemos visualizar cómo la gente percibe la necesidad de atención médica, ante problemáticas de salud vinculadas, desde la perspectiva *Mbya*, muchas veces, al cambio cultural y ambiental.

Al personal de salud, el estar ahí le permitió visualizar cómo acciones rutinarias –como la entrega de antiparasitarios en los centros de salud– eran limitadas en su alcance, dado que las condiciones sanitarias y ciertos hábitos de higiene permanecen constantes en la comunidad.

Tuvieron la oportunidad de acercarse mediante el diálogo a la comunidad y escuchar los saberes y prácticas tradicionales, aún vigentes en la comunidad:

"...nosotros los aborígenes hacemos, no tanto remedio primero, pero, averiguamos la primera caca, como se va, es verde o no, se va siempre seguido o no [...] Y tenemos que averiguar de un día a un día y medio, por un día, ya no tiene más hambre viste y siempre llora [...] y entonces ahí ya nosotros sabemos, el parásito [...] dale ese

remedio de yuyo, viste, el Ka'a ne, a la mañana toma con la cucharita a ver si hace bien, viste o si no viste, si no toma Ka'a ne hay que tomar verbena [...] entonces ahí cambia, saca lo que está prendido así por la tripa, toma remedio, viste así sí recién larga, entonces deja lugar, porque el parásito queda prendido así y duele, duele, duele y llora, los chicos viste, entonces así nosotros sabemos..." (M.G.)

La población de las comunidades *Mbya* pudo presentar su posición respecto al tema, tanto en lo que hace a su saber respecto al origen y transmisión de los parásitos, como en lo que concierne a lo que ellos consideran una atención a la salud respetuosa de su cultura y saberes.

En concordancia con ello, la población tuvo acceso al saber y prácticas biomédicas en torno al tema: en los talleres, además de una exposición accesible a la comunidad sobre la perspectiva científica, se realizaron análisis *in situ*, de suelo y de materia fecal de animales, se observaron los parásitos con microscopio, reproduciendo de este modo el análisis de laboratorio que solicita el médico.

Estas actividades favorecieron el acercamiento, la posibilidad de entender "al otro": el médico, enfermero, agente sanitario, para los *Mbya*; y los *Mbya*, los aborígenes, para los representantes del sector salud.

Así, entre todos los participantes, dados los intercambios de saberes y aprendizajes realizados, se pudo establecer acuerdos respecto a ciertos hábitos de higiene que era necesario cuidar. Asimismo, pudo gestionarse que, todos aquellos que quisieran acceder a un diagnóstico y tratamiento médico, pudieran hacerlo.

Los resultados fueron positivos en este sentido, sin embargo, observamos que la sustentabilidad a largo plazo de las decisiones y acciones desarrolladas depende también de su gestión a nivel de políticas de salud pública. Con esto planteamos la introducción de algunos cambios a nivel local de modo que las instituciones de salud acompañen estos procesos. No resulta sustentable delegar en personas o grupos individuales tales logros, en la medida que tanto la gente de las comunidades *Mbya*, como los agentes de salud que participaron de los talleres, y se comprometieron con la actividad, son

circunstanciales. En este sentido, es necesario establecer un espacio público de discusión sistemática, que apunte al tratamiento de estos temas en contextos de situación intercultural. Tales espacios deben desarrollarse a nivel local, con participación tanto de los pobladores de las comunidades *Mbya*, como de personal de salud local y representantes gubernamentales con poder de decisión política.

A esto debe sumarse la elaboración de documentos que sirvan a una capacitación constante de la población –aborigen o no– de modo que se perpetúe y actualice la mejora en la calidad de atención a la salud respetando la diferencia, capacidades, saberes y prácticas de las poblaciones aborígenes.

EN BUSCA DE NUEVAS EXPLICACIONES

La enfermedad humana es fundamentalmente semántica o significativa [...] y toda la práctica clínica es inherentemente interpretativa. (57)

La revisión crítica de los caminos transitados, y que aún no han logrado explicar de manera satisfactoria la problemática considerada, pareciera plantear más interrogantes que respuestas. Sin embargo, la problematización de prácticas naturalizadas al interior de diferentes disciplinas, resulta necesaria para orientarnos hacia la búsqueda de nuevas explicaciones.

La revisión de diferentes perspectivas desarrolladas en el análisis de patologías gastrointestinales como las parasitosis, nos permite observar que éstas no responden a un conjunto limitado de causas generales, sino que presentan múltiples causas de naturaleza diversa, lo que plantea la necesidad de considerar y evaluar estos aspectos en los contextos socioculturales particulares donde nos encontramos trabajando.

Al respecto, debiéramos plantear dos niveles de trabajo: uno centrado en el desarrollo de investigación interdisciplinaria y, otro a nivel de la instalación de una política participativa de atención a la salud.

La investigación necesariamente debe articular aquellos trabajos que analizan, en términos ecológicos, cómo inciden diversos factores

de cambio socio-ambiental y estudios de corte epidemiológico que, partiendo de la situación actual, consideren factores más amplios como la historia del grupo, su cultura y la relación con el ambiente que ocupan. En este sentido, la investigación etnográfica, centrada en el estudio de la ocurrencia de la enfermedad en el contexto de la comunidad, con un análisis de los saberes y prácticas tradicionales, así como también, del modo en que inciden diferentes factores de cambio socioambiental, brindaría diferentes elementos que contribuirían a una comprensión integral del problema.

Consideramos que el abordaje de la problemática debiera integrar tales desarrollos, de modo que pueda ofrecerse una aproximación a la enfermedad y al cuidado de la salud desde una perspectiva holística e integradora. Tal como lo plantea Naomar Almeida-Filho no es una mera cuestión de conceder cierta "intromisión de lo social" hacia el interior de modelos de enfermedad epidemiológicamente concebidos, sino reconocer la pertenencia de los fenómenos de salud-enfermedad a los procesos sociales como una totalidad etnoepidemiológica (16).

En relación con esto, nuestra experiencia de trabajo en el ámbito de las comunidades *Mbya* (58-62), a través del estudio de casos de enfermedad recientes o en curso, resultó una estrategia de trabajo productiva para acceder a la diversidad de factores y actores sociales que intervienen ante un episodio de enfermedad. A través del relato de quien padece la enfermedad y/o quienes han intervenido en su diagnóstico y/o tratamiento, es posible acceder a la enfermedad tal como es experimentada, captar la naturaleza procesual de su ocurrencia, las alternativas de tratamiento consideradas, las efectivamente utilizadas, los conocimientos y prácticas involucradas en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad como problema práctico.

En este contexto, los relatos remiten a experiencias previas de enfermedad y los modos en que fueron resueltas, a la historia del grupo y los cambios ocurridos en el ambiente, así como a la situación actual, las condiciones estructurales, políticas y socioeconómicas que limitan el acceso de estas poblaciones a un cuidado adecuado de la salud.

Así, la enfermedad resulta expresiva de hechos sociales y contextos socioambientales que "gobiernan" tanto su emergencia, como las alternativas para la resolución de un problema concreto (63).

Tal desarrollo en investigación, debe ser la base para la gestión de una política de salud donde, como lo plantea Eduardo Menéndez (64) el sujeto además de ser considerado la unidad de descripción y de análisis, se constituya en agente transformador, que produce y no solo reproduce la estructura social y los significados.

Planteamos la necesidad de hallar una aproximación metodológica donde ninguno de sus aspectos sea soslayado, que permita explicar el proceso "real" en la comunidad/grupo social /etnia, y que resulte de un trabajo con la comunidad, sobre todo si se trata de una investigación aplicada, que no es lo mismo que trabajar en la comunidad imponiendo categorías exógenas.

En este sentido atender a la problemática de salud en las comunidades supone un compromiso político e ideológico, en el cual se dé lugar a la efectiva participación de la comunidad. En base a los datos relevados a través del estudio de casos y en los talleres, se pone en evidencia las diferencias entre las concepciones *Mbya* y biomédicas, con respecto a lo que se supone una adecuada atención a la salud. Es necesario empezar a escuchar las necesidades sentidas por la gente que padece la enfermedad, propiciar la participación social de la comunidad con relación a su propia salud, generar los canales que favorezcan el encuentro de saberes, el intercambio de experiencias y el acuerdo común de prácticas de promoción de la salud; que no serán las biomédicas ni las *Mbya*, sino aquellas que surjan de la discusión y participación efectiva de todos los sectores involucrados, especialmente la propia comunidad. Se trata no solo de recuperar la racionalidad del *otro*, sino de incluir las necesidades, objetivos y decisiones de los propios actores sociales para que estos asuman como suyos los proyectos sobre problemas específicos.

AGRADECIMIENTOS

A la población de las comunidades *Ka'aguy Poty* e *Yvy Pyta*, por su paciente colaboración con este trabajo, siempre tratando de explicar un poco más.

Al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) por su apoyo, financiando el trabajo de investigación doctoral.

NOTAS FINALES

a. Proyectos de Extensión Universitaria "Estrategias para la integración de la comunidad *Mbya-Guaraní* de *Ka'aguy Poty* –Valle del Cuñapirú, provincia de Misiones– en las prácticas de diagnóstico y prevención de parasitosis" 1999-2000. "Parasitosis y enfermedad parasitaria en poblaciones periurbanas y rurales en el área de la Reserva Privada UNLP Valle del Arroyo Cuña Pirú, provincia de Misiones: estrategias para su diagnóstico, tratamiento y prevención" 2002-2003. Dirigidos por la Dra. Marta Crivos y Dra. Graciela Navone. Coordinación: María Rosa Martínez. Aprobado mediante Resolución del Consejo Superior de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). De tales proyectos participaron antropólogos, biólogos especializados en parasitología y etnobotánicos.

b. Referimos con este término a las parasitosis intestinales.

c. Al respecto ver Laurell (15) sobre el desarrollo de corrientes en el campo sanitario, conocidas como Medicina Social o Salud Colectiva.

d. *Tacho* es el término con el que se designa genéricamente a los parásitos intestinales en lengua *Mbya*.

e. Planteado inicialmente como un concepto global, considerado intermedio entre el estrato social y el sujeto (17).

f. Proyectos de Extensión Universitaria 1999-2000 y 2002-2003, antes citados.

g. Al respecto ver: Crivos M, Teves L, Sy A. "El análisis de redes en la consideración de las parasitosis humanas" (56) En este trabajo se presenta una revisión crítica de los supuestos teórico-metodológicos que guiaron nuestro trabajo en el marco del Proyecto de Extensión sobre las Parasitosis Humanas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Scheper-Hugues N. Death without weeping: The violence of everyday life in Brazil. Berkeley: University of California Press; 1990.

2. Crivos MA, Martínez MR, Navone G, Pochettino M.L, Arenas P, Digiani C, Teves L, Remorini C, Sy A, Illkow C, et al. Un enfoque etnográfico-biológico en el estudio de las enteroparasitosis en comunidades *Mbya Guaraníes*

(Misiones, Argentina). *Sztuka Leczenia*. 2002;8(4):199-213.

3. Slifko TR, Smith HB, Rose JB. Emerging parasite zoonoses associated with water and food. *International Journal for Parasitology*. 2000;30(12-13):1379-1393.

4. McCarthy J, Moore TA. Emerging helminth zoonoses. *International Journal for Parasitology*. 2000;30(12-13):1351-1359.

5. Cabrera AL. Regiones fitogeográficas de Argentina. En: Kugler W, editor. *Enciclopedia Argentina de Agricultura y Jardinería*. 2da. ed. Buenos Aires: Acme; 1976. vol 2 p. 1-85.
6. Giddens A. Destino, riesgo y seguridad. *Modernidad e identidad del Yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Barcelona: Ediciones Península; 1995.
7. Anderson TJC. The distribution of intestinal helminth infections in a rural village in Guatemala. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. 1993;88 (1):53-65.
8. Smith HM, Kaminsky RG, Niwas S, Soto RJ, Jolly PE. Prevalence and intensity of infections of *Ascaris lumbricoides* and *Trichuris Trichiura* and associated socio-demographic variables in four rural Honduran communities. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. 2001;96(3):303-314.
9. Labiano-Abello N. Epidemiology of hookworm infection in Itagua, Paraguay: a cross sectional study. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. 1999;94(5):583-586.
10. Miranda RA, Xavier FB, Menezes RC. Parasitismo intestinal em uma aldeia indígena Parakanã, sudeste do estado de Pará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 1998;14(3):507-511.
11. Miranda RA. Prevalencia de Parasitismo intestinal nas aldeias indígenas da tribo Tembê, Amazonia Oriental Brasileira. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 1999;32(4):389-393.
12. Fontbonne A, Freese-de-Carvalho E, Acioli MD, Sa GA, Cesse EAP. Factores de riesgo para poliparasitismo intestinal em uma comunidade indígena de Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2001;17(2):367-373.
13. World Health Organization. Report of the WHO informal consultation on hookworm infection and anaemia in girls and women. Ginebra: WHO; 1994. (WHO/CTD/SIP/96.1).
14. Glick Schiller N. Risky Business: the cultural construction of AIDS risk groups. *Social Science and Medicine*. 1994;38(10):1337-1346.
15. Laurell CA. El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. *Cuadernos Médico Sociales*. 1986;37:3-18.
16. Almeida-Filho N. Por una etnoepidemiología. Esbozo de un nuevo paradigma epidemiológico. *Cuadernos Médico Sociales*. 1992;61:43-47.
17. Foster GM, Anderson BG. *Medical Anthropology*. New York: Wiley; 1978.
18. Ferreira MLK. Fome ameaça populações indígenas em São Paulo. *Parabólicas*. 1998;44(5):12.
19. Salzano FM, Callegari-Jacques SM. *South America Indians. A case study in evolution*. Research monographs on human population biology. Oxford: Clarendon Press; 1988.
20. Confalonieri U, Ferreira LF, Araújo A. Intestinal helminths in lowland South American Indians: Some Evolutionary Interpretations. *Human Biology*. 1991;63(6):863-873.
21. Torchin ME, Lafferty KD, Dobson AP, McKenzie VJ, Kuris AM. Introduced species and their missing parasites. *Nature*. 2003; 421(6923):628-630.
22. Holmes R. Non-dietary modifiers of nutritional status in tropical forest populations of Venezuela. *Interciencia*. 1984;9(6):386-391.
23. Taussig M. La reificación y la conciencia del paciente. En: *Un gigante en Convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente*. España: Gedisa; 1992. p. 110-143.
24. Casales Ortiz G. Concepto de enfermedades parasitarias en la cultura Náhuatl. En: *Actes du XLII Congrès International des Americanistes*. París: Société des Américanistes; 1976. vol 7.
25. Nichter M. Social science lessons from diarrhea research and their application to ARI. *Human Organization*. 1993;52(1):53-67.
26. Kendal K, Foote D, Martorell R. Ethnomedicine and oral rehydration therapy: a case study of ethnomedical investigation and program planning. *Social Science and Medicine*. 1984;19(3):253-260.
27. Ryan GW, Martínez H. Can we predict what mothers do? Modeling childhood diarrhea in rural Mexico. *Human Organization*. 1996;55(1):47-57.
28. Sesia P. Los padecimientos gastrointestinales entre los chinantecos de Oaxaca: aspectos denotativos y connotativos del modelo etnomédico. *Alteridades*. 1999;9(17):71-84.
29. Berlin EA, Berlin B, Lozoya X, Meckes M, Tortoriello J, Villarreal ML. The scientific basis Gastrointestinal Herbal Medicine among the Highland Maya of Chiapas, Mexico. En: Nader L,

- compiladora. *Naked Science: Anthropological Inquiry into boundaries, power and knowledge*. Nueva York: Routledge; 1996.
30. Freyeremuth G. *Campaña en contra de la muerte materna*. San Cristóbal de Las Casas (México): COLEM; 1997.
31. Scrimshaw S, Hurtado E. *Rapid Assessment Procedures for Nutrition and Primary Health Care: Anthropological Approaches to Improving Program Effectiveness*. Tokyo: United Nations University; 1987.
32. De Nino B. *Etnografía chiriguana*. La Paz: Argote; 1912.
33. Bertoni M. *La civilización guaraní*. Paraguay: Puerto Bertoni; 1969.
34. Metraux A. *Tribes of the Peruvian and Equadorian Montaña*. En: Steward J, editor. *Handbook of South American Indians*. Washington: Smithsonian Institution; 1948. vol 3 p. 535-541.
35. Nimuendaju CU. *Apontamentos sobre os Guarani*. *Revista do Museu Paulista*. 1954;8:9-77.
36. Bartolomé MA. *La situación de los guaraníes (Mbyá) de Misiones (Argentina)*. *Suplemento Antropológico de la Revista Ateneo Paraguayo*. 1969;4(2):161-184.
37. Bartolomé MA. *Chamanismo y religión entre los Ava-katu-Ete*. Biblioteca Paraguaya de Antropología. 1991.
38. Susnik B. *Las relaciones interétnicas en la época colonial (Paraguay)*. *Suplemento Antropológico*. 1981;16(2):19-28.
39. Susnik B. *Los aborígenes del Paraguay*. Asunción: Museo Etnográfico "Andrés Barbero"; 1983.
40. Schaden E. *Aspectos fundamentales de la cultura guaraní*. Asunción: Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Centro de Estudios Antropológicos, Biblioteca Paraguaya de Antropología; 1998.
41. Clastres H. *La tierra sin mal. El profetismo tupi-guaraní*. Buenos Aires: Ediciones del Sol; 1993. (Serie Antropológica).
42. Holmberg A. *Nómadas del Arco Largo. Los sirionó del oriente boliviano*. México: Instituto Indigenista Interamericano; 1978.
43. Melia B. *La tierra sin mal de los guaraní: economía y profecía*. *Suplemento Antropológico*. 1987;12(2):81-97.
44. Chase-Sardi M. *El tekoha. Su organización social y los efectos negativos de la deforestación entre los Mbyá-Guaraní*. *Suplemento Antropológico*. 1989;24(2):33-41.
45. Muller F. *Etnografía de los Guaraní del Alto Paraná*. Buenos Aires: CAEA; 1989.
46. Ramírez Hita S. *Entre el cielo y la tierra. Salud y enfermedad en la mitología Mbyá*. *Suplemento Antropológico*. 1994;29 (1-2):65-100.
47. Cadogan L. *Síntesis de la medicina racional y mística Mbyá-Guaraní*. *América Indígena*. 1949;9(1):21-36.
48. Cadogan L. *En torno a la aculturación de los Mbyá del Guairá*. *América Indígena*. 1960;20(2):133-150.
49. González G. *La medicina Guaraní Tupí precolonial*. *Suplemento Antropológico*. 1965;1(1):27-38.
50. Martino O, Bosch J, Niding M, Castellano S, Multare S, Manzullo E, et al. *Estudio etnográfico y epidemiológico en comunidades aborígenes Guaraníes de la Provincia de Misiones, Argentina*. Buenos Aires: Ministerio de Bienestar Social; 1978.
51. Kuperman TH. *Situación actual de los aborígenes Mbyá de la Provincia de Misiones*. *Suplemento Antropológico*. 1988;23(2):149-158.
52. Martins SJ, Menezes E, Raimundo C. *Evolução do estado nutricional de menores de 5 anos em aldeias indígenas da Tribo Parakanã, na Amazônia Oriental Brasileira (1989-1991)*. *Revista de Saúde Pública*. 1994;28(1):1-8.
53. Menéndez EL. *La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? Alteridades*. 1994;4(7):71-83.
54. Mishler EG. *Viewpoint: critical perspectives on the biomedical model. Social contexts of health, illness and patient care*. Cambridge: University Press; 1981.
55. Menéndez EL. *Morir de alcohol*. México: Ediciones Casa Chata; 1990.
56. Crivos M, Teves L, Sy A. *El análisis de redes en la consideración de las parasitosis humanas*. Ponencia proveniente de la XXIII Conferencia

- Internacional de Análisis de Redes Sociales; Cancún, México; 12 al 15 de febrero de 2003. [En línea] REDES. Revista hispana para el análisis de redes sociales [fecha de acceso 30 de agosto de 2008] URL disponible en: <http://revista-redes.rediris.es/webredes/textos/parasitosis.doc>
57. Good B. How medicine constructs its objects. En: *Medicine, Rationality and experience. An anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press; 1994.
58. Remorini C, Sy A. Las sendas de la imperfección (tape rupa reko achy). Una aproximación etnográfica a las nociones de salud y enfermedad en comunidades Mbya. *Scripta Ethnologica*. 2002;24:133-147.
59. Sy A, Teves L. La participación de los ancianos Mbya-Guaraní en los procesos de resolución de enfermedades. Decisiones y redes sociales comunitarias. En: *Actas del VIII Congreso Argentino de Antropología Social [CD-ROM]*. Salta: Universidad Nacional de Salta; 2006.
60. Sy A. La enfermedad en un contexto pluriétnico. Parásitos y enfermedad parasitaria en el Valle del Cuña Pirú, provincia de Misiones (Argentina). Molina I, compilador. *Los caminos terapéuticos y los rostros de la diversidad. La selección y combinación de medicinas en Argentina*. Buenos Aires: Espacio editorial; 2007. vol 1.
61. Sy, Anahi. Búsqueda de la salud en comunidades Mbya Guaraní de la provincia de Misiones, Argentina. Una aproximación etnográfica a través del estudio de casos. [En línea] *Anthropology & Health Journal*. 2008;1(1):35-43 [fecha de acceso 10 de diciembre de 2008]. URL disponible en: <http://www.ahj.syllabapress.com/issues/articles/ahj00005.html>
62. Sy A. Estrategias frente a la enfermedad en dos comunidades Mbya Guaraní (Ka'aguy Poty e Yvy Pytã, provincia de Misiones). Aporte del estudio de casos a la investigación Etnográfica de los procesos de salud-enfermedad. [Tesis de Doctorado en Ciencias Naturales]. Facultad de Ciencias Naturales y Museo. Universidad Nacional de La Plata; 2008.
63. Scheper-Hughes N. Demografía sin números. El contexto económico y cultural de la mortalidad infantil en Brasil. En: Viola A, compilador. *Antropología del desarrollo. Teoría y estudios etnográficos en América Latina*. Buenos Aires: Paidós Studio; 2000.
64. Menéndez EL. Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social. *Cuadernos Médicos Sociales*. 1998;73:5-22.

FORMA DE CITAR

Sy Anahi. Una revisión de los estudios en torno a enfermedades gastrointestinales. En busca de nuevas alternativas para el análisis de los procesos de salud-enfermedad. *Salud Colectiva*. 2009;5(1):49-62.

Recibido el 30 de julio de 2008

Versión final presentada el 31 de octubre de 2008

Aprobado el 24 de noviembre de 2008