

CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOCIALES ASOCIADAS A CISTICERCOSIS EN COMUNIDADES RURALES DEL MUNICIPIO DE MERCADERES CAUCA COLOMBIA

KNOWLEDGE AND SOCIAL PRACTICES ASSOCIATED WITH CYSTICERCOSIS IN RURAL COMMUNITIES OF THE MUNICIPALITY OF MERCADERES CAUCA COLOMBIA

CONHECIMENTOS E PRÁTICAS SOCIAIS ASSOCIADAS À CISTICERCOSE EM COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE MERCADERES CAUCA COLÔMBIA

ALEJANDRO HURTADO HERNANDEZ¹, DIEGO VERGARA COLLAZOS²

RESUMEN

La cisticercosis es una enfermedad parasitaria que afecta a los seres humanos y los cerdos, es considerada un problema de salud pública en países en desarrollo y emergente en países desarrollados, por sus importantes implicaciones sociales y económicas. El presente artículo es el resultado de un estudio exploratorio que busca describir conocimientos y prácticas sociales asociadas al Cisticercosis en comunidades rurales colombianas. Durante dos décadas de intervenciones basadas en guías protocolizadas por autoridades e instituciones de salud, las representaciones y las prácticas sociales de la propia comunidad no han mostrado modificaciones o cambios significativos para afrontar este padecimiento. El estudio analiza la información obtenida con la participación de la comunidad utilizando la metodología de la teoría fundada, con la técnica de codificación abierta. En

Recibido para evaluación: 15 de mayo de 2016. **Aprobado para publicación:** 25 de Marzo de 2017.

1 Fundación El Sembrador. Psicólogo, Especialista en Integración Social y Alta Gerencia. San Juan de Pasto, Colombia

2 Universidad del Cauca, Facultad de Ciencias Agrarias. Médico Veterinario Zootecnista, Esp. Mcs. Popayán, Colombia.

los modelos explicativos encontrados se evidencian vacíos entre lo que la comunidad considera que es lo visible y lo invisible de la enfermedad, un factor importante para entender popular y cotidianamente el ciclo vital de esta patología, lo que incide también en el pensamiento económico y en las prácticas sociales de control comunitario.

ABSTRACT

Cysticercosis is a parasitic disease which affects humans and pigs, it is considered as a public health issue in developing, and it is emerging developed countries, given the important social and economic implications. This paper is the result of an exploratory study that I seek to describe knowledge and social practices associated with the Cysticercosis in Colombian rural communities. For two decades of interventions based on guidelines protocolised by health authorities and institutions, representations and social practices of the community didn't have shown modifications or significant changes to face this disease. The study analyzes the information obtained with the participation of the community, applying the methodology of the founded theory with open coding technique. In the explanatory models found, there are evident gaps between what the community regards as visible and invisible aspects of the disease, an important factor for understanding the life cycle of this disease in a popular and everyday's manner, also affecting the economic perception and the social control practices by the community.

RESUMO

A cisticercose é uma doença parasitária que afeta os seres humanos e os suínos, é considerada um problema de saúde pública em países em desenvolvimento e emergente em países desenvolvidos, por suas importantes implicações sociais e econômicas. O presente artigo é o resultado de um estudo exploratório que buscou descrever conhecimentos e práticas sociais associadas à cisticercose em comunidades rurais colombianas. Durante duas décadas de intervenções baseadas em formulários protocolados por autoridades e instituições de saúde, as representações e as práticas sociais da própria comunidade não mostraram modificações ou mudanças significativas para afrontar este padecimento. O estudo analisa a informação obtida com a participação da comunidade utilizando a metodologia da teoria fundada, com a técnica de codificação aberta. Nos modelos explicativos encontrados, se evidenciam lacunas entre o que a comunidade considera que é o visível e o invisível da doença, um fator importante para entender o popular e cotidiano do ciclo vital desta patologia, o que incide também no pensamento econômico e nas práticas sociais de controle comunitário.

PALABRAS CLAVE:

Zoonosis, Intervenciones, Comunidad, Conocimiento.

KEYWORDS:

Zoonosis, Interventions, Community, Knowledge.

PALAVRAS-CHAVE:

Zoonose, Intervenção, Comunidade, Conhecimento.

INTRODUCCIÓN

La cisticercosis (conocida como complejo teniasis-cisticercosis) es una enfermedad que afecta a los seres humanos y los cerdos (zoonosis) y es considerada un problema de salud pública en países en desarrollo y emergente en países desarrollados, por sus importantes implicaciones sociales y económicas [1, 2, 3].

Esta enfermedad es causada por el metacestodo o forma larvaria de la *Tenia Solium* y puede afectar diferentes tejidos del organismo. Se adquiere al ingerir los huevillos de *Tenia Solium*, que después eclosionan en el intestino. Los embriones liberados (oncosferas) penetran a la mucosa intestinal, logran llegar al sistema circulatorio y se establecen en diferentes tejidos como en el sistema nervioso central, musculo estriado, celular subcutáneo, globo ocular, donde se desarrollan como metacestodos (Cisticercos) [4, 5].

La prevalencia de la enfermedad en términos generales depende de la relación de el ser humano, único huésped definitivo y el cerdo, principal huésped intermediario [2], en interacción con: a) hábitos higiénicos y consumo de carne de cerdo con cisticercos o de agua o vegetales contaminados con huevos de *T. solium*; b)

crianza de los cerdos en libertad; c) ausencia de saneamiento ambiental, tratamiento antiparasitario y campañas de educación comunitaria [1].

La seroprevalencias de la cisticercosis en humanos en el continente americano oscila entre 1,3% y 36,5% y en Colombia entre 1,8 y 2,2%. Por su parte, Sanzon *et al.* (1991) reportaron para Colombia una prevalencia del 23%. En estos estudios la enfermedad también se asocio con ciertas zonas donde las condiciones higiénico sanitarias no son adecuadas, existe la porcicultura traspatio, hay poco acceso a los servicios públicos como agua potable y alcantarillado y como el factor más determinante en el ciclo, persiste la defecación al aire libre [2, 6, 7, 8]. En el Departamento del Cauca, en un estudio para varios municipios, encontraron una seroprevalencia del 55,2%, siendo la más alta la registrada en el municipio de Mercaderes [9]: conocer la prevalencia real es difícil ya que el 49% de infectados se encuentran asintomáticos [6].

En cuanto a la cisticercosis porcina en América latina, se han encontrado prevalencias entre el 2% y 75%, con un promedio de 17% [2]. Un estudio seroepidemiológico en cerdos sacrificados en diez mataderos

municipales en el Cauca, mostró una seropositividad promedio del 17%, siendo para el Municipio de Mercaderes del 26%, y las proyecciones económicas de este estudio revelaron que el decomiso de los animales positivos hubiera representado pérdidas económicas cercanas a \$ 62'208.000 para el año 2004 [10]. La historia natural y la epidemiología son poco documentadas y por tanto subestimada [10].

En un estudio similar de prevalencia de teniasis, cisticercosis y factores de riesgos asociados en comunidades que padecen la enfermedad por más de dos décadas [11], los conocimientos previos y prácticas sociales utilizadas por esas comunidades para reducir la enfermedad, no hacen parte de los factores de riesgo a investigar y a tener luego en cuenta para hacer más efectivas las intervenciones de prevención y control; aunque al desconocimiento de información científica sobre la enfermedad se le atribuye un papel preponderante como factor de riesgo en relación directa con la prevalencia. Del mismo modo, en la literatura disponible al conocimiento previo que las comunidades tienen sobre la enfermedad no se le atribuye una relación directa con sus propias prácticas de reducción del cisticercos ni en la adopción de hábitos de higiene [12,13].

El Municipio de Mercaderes Cauca, Colombia, tiene uno de los más altos porcentajes de positividad en Cisticercosis tanto en cerdos como en humanos [10]. Los líderes comunitarios de sectores productores de cerdos han tomado a lo largo de veinte años sus propias medidas de prevención y control; igualmente las instituciones de salud regional en los últimos diez años han realizado intervenciones de información y educación en salud, que no han logrado cambiar los conocimientos previos sobre la enfermedad, ni las prácticas sociales asociadas en los criadores de cerdos, así como tampoco en los habitantes de las zonas rurales del Municipio, que son las más afectadas al tener históricamente la mayor incidencia y prevalencia.

De acuerdo a la normatividad, adecuación institucional e informes de gestión entre 1997 y 2007, las autoridades sanitarias del Departamento del Cauca se ocuparon de la inocuidad en la producción de alimentos, del diagnóstico de la enfermedad y también realizaron algunos esfuerzos de control con la participación de sectores académicos. El cambio de normatividad con la ley 1122 de 2007 [14] creó el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamento y Alimentos INVIMA para asumir funciones exclusivas de la inspección, vigi-

lancia y control de la producción y procesamiento de alimentos, de las plantas de beneficio de animales, de centros y procesamiento de leche. En tanto que la competencia exclusiva para la inspección, vigilancia y control en la inocuidad y producción de alimentos quedó a cargo del Instituto Colombiano Agropecuario ICA y tanto la vigilancia como el control sanitario de la distribución y comercialización de alimentos a cargo de los entes territoriales. En la última década la nueva institucionalidad no tiene todavía personal en los territorios que regule y eduque a cerca de las prácticas relacionadas con el cerdo como patrimonio culinario y gastronómico. El actual Plan Decenal de Salud 2012 – 2021 [15] no lo contempla explícitamente.

Las dificultades que han tenido las intervenciones institucionales en el Municipio de Mercaderes coinciden con las que sirven de referencia en distintos artículos y publicaciones sobre esta enfermedad y otras denominadas olvidadas [16], por ejemplo, bajo nivel educativo de la población, malas condiciones de infra estructura sanitaria e higiene inapropiada, desigualdades por diversidad étnica, cultural y de género.

El problema que señala la organización mundial de la salud para lograr el cambio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la enfermedad, es el mismo que señalan los líderes comunitarios e Instituciones de salud regional: no se observan cambios en los conocimientos previos y en las prácticas sociales, pese a que la misma comunidad y sus líderes manifiestan que han realizado sus propias intervenciones de control de la enfermedad y que también se ha recibido información y educación en salud al respecto, incluso siguiendo las guías de prevención establecidas por las entidades competentes; por esta razón, es necesario identificar el conocimiento previo y las prácticas sociales que la comunidad ha construido históricamente en relación con el cisticercosis, con el fin de diseñar intervenciones que sean científicamente pertinentes, socialmente aceptadas y culturalmente apropiadas.

Por lo anterior, la participación de la comunidad en la prevención y en el control de la enfermedad no se desestima en este estudio, sino que por el contrario se le asigna un lugar preponderante como un factor central para su control efectivo [17].

La pertinencia de explorar el conocimiento previo y las prácticas sociales de las comunidades para entender el complejo teniasis-cisticercosis como una realidad material y social, es porque permiten abordar la pro-

blemática desde las significaciones que le han dado los líderes comunitarios que ya han intentado controlarla y “erradicarla” con el apoyo de la comunidad.

Así, son las significaciones expresadas por los participantes, las que mejor informan de las explicaciones que se han construido internamente en la comunidad, a manera de relaciones causa efecto, las cuales se han ido estableciendo de manera también relacional, entre unos y otros en el espacio- tiempo comunitario, que además se hacen visibles en la vida cotidiana en formas de prácticas sociales de control de la enfermedad; en últimas, estas relaciones entre unos y otros, es que han dado lugar a su teoría propia sobre el complejo teniasis-cisticercosis. Para Moscovici [18, 19] Las representaciones sociales se relacionan, así, con los contenidos del pensamiento cotidiano, refiriéndose específicamente a las imágenes y modelos explicativos que un determinado grupo social tiene a cerca de algún fenómeno de la realidad, en este caso el complejo teniasis-cisticercosis.

En un sentido pragmático los conocimientos y las prácticas sociales empleadas para controlar el Cisticercosis no solo caracterizan y explican la realidad social del complejo Teniasis–Cisticercosis desde la cultura del grupo social que la padece, sino que también orienta la acción en ese contexto rural en el que se cultiva y consume el cerdo. Los conocimientos y las prácticas sociales permiten a las personas significar y explicarse aspectos de su vida cotidiana que retroalimentan e inciden en sus actitudes y conductas” [20].

Estas prácticas sociales no son un plano aparte de la realidad vivida, sino todo lo contrario, un aspecto integral de ella. Las prácticas sociales así entendidas pueden también ser leídas como textos vivos que son coherentes con una forma particular de explicar a base de palabras y acciones la realidad compartida de un grupo social [21].

El estudio en comunidades campesinas del Municipio de Mercaderes Cauca Colombia, describe los conocimientos y las prácticas sociales asociadas a la enfermedad denominada complejo Cisticercosis, pero no entendiéndolo como algo que existe por separado de su cotidianidad, sino como un todo que se desarrolla en el entorno rural y comunitario de grupos sociales que tienen su propia singularidad y al mismo tiempo son concretos, porque habitan en veredas de zonas rurales dispersas en Colombia; dentro de condiciones objetivas de pobreza estructural; quienes a partir de

ese nivel de inserción social perciben y construyen su realidad como campesinos [17] asumiendo esa singularidad en una unidad de acción muy ligada a la identidad social de campesinos porcicultores, la cual ha sido construida en relación ecológica y cultural con su medio ambiente rural, de manera tal que sus prácticas son indisolubles del mundo material y social que han construido como su espacio vital [21].

Este abordaje de la realidad social de campesinos porcicultores incorpora para el análisis tanto los hechos facticos que se pueden constatar de la realidad material científicamente denominada Cisticercosis, como las formas de cognición, percepción y organización social que le dan un determinado orden de significación y vinculación emocional.

La investigación tuvo como objetivo describir desde el punto de vista de los participantes los conocimientos y prácticas sociales asociadas al complejo teniasis-cisticercosis, en el sector rural y urbano del Municipio de Mercaderes-Cauca- Colombia.

MÉTODO

El método de que orientó el estudio es la Investigación Acción Participación (IAP) [22, 23, 24, 25]. El análisis de la información obtenida en entrevistas se hizo desde la codificación abierta de la teoría fundada [18]. Lo cual busco la articulación del conocimiento propio y científico acerca de la cisticercosis, con la participación de redes sociales urbanas y rurales conformadas por líderes comunitarios, autoridades locales, expendedores de carne de cerdo, criadores de cerdos, adultos del núcleo familiar, docentes y técnicos de saneamiento ambiental. La implementación de la intervención y recolección de datos se realizó en cuatro fases, la primera comprendió el contacto inicial y presentación de la propuesta, elaboración de diagnóstico situacional participativo, recolección de información y material biológico para la descripción cualitativa y cuantitativa del complejo teniasis-cisticercosis. La segunda consistió en la discusión de la información generando una hipótesis única comunitaria y jerarquizando soluciones con grupos focales y entrevistas a profundidad; La tercera comprendió una acción social, que consistió en la asignación de responsabilidades y ejecución del plan y la cuarta en la evaluación educativa [26, 27, 28].

La recolección de la información cualitativa se hizo utilizando la técnica de grupo focal y entrevistas individuales para identificar los conocimientos y prácticas de la población local sobre el complejo teniasis-cisticercosis, para lo cual, fue utilizada una guía semi estructurada. El contenido de la guía se estableció por consenso de los investigadores y con base en estudios previos. Los investigadores hicieron registros detallado del discurso de los involucrados en el estudio con base en la guía presentada. Los datos recolectados de las entrevistas y grupos focales se analizaron con un enfoque hermenéutico interpretativo [29]. La información obtenida en entrevistas se analizó desde la codificación abierta de la teoría fundada que consiste en la construcción de categorías de análisis [18, 19].

RESULTADOS

La Cisticercosis no existía en la comunidad de Arboleda como categoría social para nombrar un hecho factico de la realidad campesina del Municipio de Mercaderes antes del año 1995 (EIP10M2), se atribuía a un *“mal aire que cogía la persona”*, *“un golpe cuando niño”* o a *“un mal que tenía o le estaban haciendo”* (E1P2M8). Incluso sus características visibles cambiaron de nombre cuando algunas personas afectadas por la enfermedad salieron del entorno Municipal a buscar una explicación afuera de la comunidad y regresaron con exámenes médicos (E1P15M4), desde entonces los líderes hacen referencia a que las personas *“comenzaron a tener síntomas que les dio el ataque”*.

En 1995 al mismo tiempo que llegan los resultados de los exámenes médicos sobre la cisticercosis, ésta aparece como un fenómeno extraño, nunca antes visto en la comunidad, en ese entonces, al igual que hoy, un grueso de los pobladores, le dio explicaciones a la enfermedad que tenían origen en el conocimiento popular *“Venía de las raíces de ellos”* (E1P3M6), es decir, que en ese momento de aparición se le atribuía el origen a factores hereditarios, lógica popular que sigue teniendo gran arraigo comunitario, la cual entró a competir desde entonces con la nueva información de referencia y de acción que propone la ciencia médica, y que se expresa por líderes comunitarios con frases tales como: *“Se le detectó y la persona se curó”*.

De esta manera, con la nueva información que provenía de afuera de la comunidad empezaron a aparecer también nuevas imágenes y contenidos simbólicos introducidos del discurso biológico al lenguaje popular

para designar lo que no les parecía propio: *“La persona tenía ese bacilo, el cisticerco que lo tenía”* (E1P9M2). Como se ve, al principio y hasta el presente, surge la imagen de un bacilo para representar el cisticerco, lo cual ya representaba una barrera para la comprensión contextual de la enfermedad ya que tiene su origen en la comunicación unilateral únicamente del factor biológico del complejo teniasis cisticercosis.

Las intervenciones propias de la comunidad para afrontar la situación epidemiológica empezaron ahí en ese momento en el que su propia experiencia para enfrentarla no era suficiente para reducirla; intervenciones que fueron basadas en una información parcial y unilateralmente comunicada del complejo, pero igualmente, fueron intervenciones que en palabras de los líderes se apoyaron en los *“estudios”* hechos a las personas de la comunidad (Exámenes médicos). Se puede decir que las prácticas sociales de control comunitario asociadas a la Cisticercosis se comienzan a desplegar como reacciones coyunturales frente al contenido de los resultados de los exámenes médicos, independientemente de su grado de comprensión popular; estos contenidos se aceptaron públicamente como la explicación válida de la enfermedad y de esta manera, desde ese momento fue perceptible el riesgo unido a la explicación del problema de salud existente. *“Salió que no era hereditario, sino que era del cisticerco, de ahí empezó el trabajo”* (E1P3M1).

Es decir, que la necesidad coyuntural de nombrar y enfrentar el problema a nivel comunitario superó la necesidad de comprenderlo a nivel popular. De todas maneras, las primeras prácticas sociales se desplegaron para el control de esa realidad material y social llamada Cisticerco. Por ejemplo, manteniendo retenidos los cerdos criados en libertad dentro de un calabozo Veredal, elevando multas a los dueños e intentando reducir la comercialización de la carne internamente y en los Municipios vecinos.

Lo anterior es lógico toda vez que la nueva categoría social Cisticerco, no había salido del propio entorno comunitario, sino del científico. *“Comenzamos a mirar el problema del cisticerco, fue ya un problema que lo colocaron en la mesa de la comunidad”* (E1P10M5).

Las entidades de salud regionales siguiendo las prácticas de la guía oficial de la autoridad nacional de ese entonces, ahora Ministerio de Salud y Protección Social, por solicitud expresa de la comunidad con carácter urgente ante el problema identificado, iniciaron campañas de información a las comunidades urbanas

y rurales sobre la Cisticercosis; no obstante, la celeridad con la que se introdujo la información del ámbito científico en el 2009 ocasionó que la nueva información disponible para la comunidad, tanto escrita como en imágenes, empezara a configurar contenidos fragmentados de conocimiento sobre la Cisticercosis, los cuales fueron ofrecidos de manera aislada del contexto de significación campesino, porque fueron comunicados literalmente de lo estrictamente consignado en las guías; pero todos estos contenidos e imágenes se fueron incorporando y transformando en pensamiento práctico de la comunidad, quedando esbozados así: *“Se detectó que ese era el mal., que ese era ese el problema, el problema del cisticerco era ese, los cerdos que andaban deambulando que teníamos que erradicarlo”* (E1P18M3).

La explicación de la enfermedad adquirió luego su propio status social debido a la participación de actores sociales claves en la toma de decisiones para la zona campesina que la utilizaron políticamente para intentar darle un nuevo orden a la producción y comercialización de la carne de cerdo, normatizando todas las interacciones sociales que a partir de la nueva explicación se podían nombrar en esa nueva realidad social como un riesgo para la salud. *“Ya se hizo un perfil de proyecto y ya”, “a informarle a la gente el problema de los cerdos reambulantes, que están ocasionando a la comunidad”* (E1P12M4).

En la medida que se incremento la prevalencia e incidencia de la enfermedad y las instituciones introdujeron más información y sus propias prácticas, las comunidades rurales se informaron que había casos en los que hay *“cura”* y *“no cura”* (E1P2M3)) de la enfermedad y dado que, según el caso, la clínica y tratamiento es específico e individualizado en niveles especializados de atención en salud, pareciera entonces, que el complejo Cisticercosis se alejara del control de la comunidad; además, esto hizo que se complejizara su comprensión para la comunidad, porque se tomó sucesivamente y de manera aislada información del modelo explicativo bio médico. *“De ahí empezó ese trabajo y la persona se curo porque le detectaron”, “es una muchacha que ahora ha gastado pero miles, millones, AS ha gastado en ella para curarla y no ha podido”, “tenemos una cantidad de gente que tienen cisticerco en Arboleda”* (E1P9M1).

Si bien el problema de la positividad en cisticercosis es necesariamente de abordaje clínico y farmacológico, *“el trabajo”* para la comunidad, léase, hacer parte

de la ruta de atención, participar de las estrategias de promoción, prevención y control, no se constituyó ni fue integrado a un sistema de información de base comunitaria para la vigilancia epidemiológica, en el que el conocimiento popular sobre la enfermedad, estuviese articulado al conocimiento científico; sino que se abordó caso a caso y la atención fue unidireccional desde el modelo médico y de los prestadores de salud, quienes no garantizaron la educación en salud atendiendo la cultura de los usuarios, ni brindaron una comprensión completa a la comunidad y a sus líderes, de la necesaria integración e integralidad entre niveles de atención en salud, así como no garantizaron tampoco el acceso oportuno a los medicamentos.

De esta forma, la atención de casos positivos no se integró a las estrategias de información y comunicación para la promoción y prevención de la enfermedad; al no estar articuladas, se generaron en la población múltiples interpretaciones de cada caso y de la enfermedad como un Complejo. Las brechas no advertidas entre el modelo médico y el comunitario se hicieron más evidentes cuando los miembros de la comunidad comenzaron a hacer críticas a los contenidos de la capacitación en salud, sobre todo a la información que hacía referencia a conocimientos y prácticas que estaban alrededor de elementos cotidianos que son de del dominio material y ancestral de la población campesina, configurándose así híbridos aculturizantes de lo realmente es saludable.

“La explicación que nos han dado, ni fritándolo no se muere, ya uno come ese virus, uno acá dentro del órgano de uno se va reproduciendo, se le va subiendo por las venas hasta el cerebro. Ahí cae.” (E1P21M10).

Se observa que las capacitaciones al no tener en cuenta las prácticas sociales de las comunidades campesinas introdujeron contenidos que reñían con su cultura de la alimentación, desde las cuales también se debería poder contrarrestar eficientemente los factores de riesgo asociados al complejo teniasis cisticercosis. Al ahondar en el sentido de las capacitaciones ofrecidas basadas en las guías oficiales se pudo verificar que no se insinúa ni se afirma que el cisticercos tiene resistencia ilimitada al calor o al fuego de una cocina campesina, sino que se hacen recomendaciones a la necesidad de cocer bien los alimentos. ¿De dónde entonces surge este híbrido cultural que el cisticercos no muere así se le frite bien?

Esto quizás, podría estar relacionado con el hecho que todavía buen porcentaje de las familias del sector rural

tienen una relación muy temprana con el fuego y la carne de cerdo a través de patrones y prácticas de crianza ancestrales en las cuales los niños fritan su propia carne y la consumen bajo supervisión de los adultos o hermanos mayores. *“Desde niños ya están fritando, tiran la carne a la candela y con un palito de lejos la van fritando, con los hermanitos, el abuelo, la abuela o la mamá” (E2P26M5).*

El mensaje unidireccional tomado de las guías oficiales es recibido en estas comunidades, pese a su validez textual, como un reto a la validez social de sus prácticas inter generacionales de alimentación, ya aprendidas desde temprana edad en la confianza de la relación entre niños y sus mayores, dejando en todo caso la duda en la población como sub texto de las intervenciones, un vacío a cerca del momento en el que se puede constatar con certeza la muerte del cisticercos en el proceso de cocción.

Entonces, las preguntas que no se formularon en la planificación de las intervenciones de promoción y prevención fueron: ¿cómo abordar comunitariamente la escala de medida de la enfermedad y el proceso corporal que se da en la adquisición del Cisticercos?, ¿cómo hacer comunicable y evidente para la comunidad campesina lo que es invisible para el ojo humano en el proceso de cocción de la carne de Cerdo? Las preguntas tienen validez por cuanto permiten analizar la lógica utilizada por la comunidad al decidir exhibir las placas radiológicas con imágenes diagnosticas de los casos positivos de Cisticercosis, facilitando así traer al campo perceptual de la comunidad desde el modelo científico, una evidencia que la “pepa” si entra en el cuerpo y en los casos graves, se aloja en el cerebro produciendo los síntomas que ellos denominan “ataques”; así no pueda ser visible para el ojo humano, las prácticas sociales para el control de la enfermedad se justificaron como validas en la comunidad.

Esta escala de medida de la enfermedad se hizo visible y se nombró en términos científicos, pero aún así, no pudo ser del dominio de lo que es objetivable para la comunidad, la prueba es que uno de los promotores de esta estrategia manifiesta que se entendió: *“en talleres de capacitación, es que ese microbio es tan resistente al calor que no muere” (E2P4M2).*

Al transcurrir el tiempo y poderse evaluar, por un lado, la efectividad de las capacitaciones de promoción y prevención, los efectos reales de las prácticas sociales de control, los tratamientos realizados a algunos

de los afectados, y por otro lado, contrastarlos con el aumento de la prevalencia e incidencia de la enfermedad, los campesinos han adoptado conductas de riesgo basadas en la imitación social de ejemplos de personas que a propósito y públicamente han consumido carne con “pepa” permaneciendo asintomáticos: *“tenemos un vecino, es el dueño de una tienda grande ahí en la esquina, siempre ha comido con esa “pepa”, el pide es de esa carne con “pepa”, no le ha pasado nunca nada, entonces, el dice, eso es mentira, entonces la gente dice, como a él no le ha dado, a nosotros tampoco”* (E3P30M10).

Las deficiencias en la comprensión del ciclo vital de la enfermedad y de la migración dentro del cuerpo humano, coexisten con las diferencias de percepción social de lo macroscópico y lo que se cree es invisible o microscópico (Virus, bacilo, microbio), lo que ha incidido en la aparición de posiciones eclécticas en la comunidad hacia la enfermedad y también de actitudes incongruentes frente a la prevención. Esto es evidente en proceso de toma de decisiones, de cuándo y cómo se puede o no consumir la carne: *“Que sea poquita, de que sea ralita (espacio en la carne entre “pepa” y “pepa”-cisticerco y cisticerco) la pepa, de que sea poquita la pepa se la saben comer”* (E1P13M4).

Estos conocimientos y las prácticas asociadas no tienen en sí mismas la capacidad de prevenir la enfermedad porque no solo no involucran una comprensión del ciclo vital del Cisticerco, sino que se inscriben en un modelo de pensamiento que incorpora instrumentos de medida que no reducen el riesgo y que aumentan la vulnerabilidad de la población. De esta manera, se adiciona a lo entendido de la enfermedad como si fuera un problema solo de magnitud y densidad de la “pepa” en la carne, el costo de oportunidad del intercambio comercial y de división social del trabajo. La carne con cisticerco opera como una mercancía de mínimo riesgo y de máxima ganancia. *“Al Bachajé (matarife) que no tenga mucha pepa le dan una parte de carne por el trabajo, sino lo que hacen es dejarla de tocino”* (E2P10M2), *“Para no perder el trabajo del Bachajé le dan la carne”* (E2P10M3).

Así, es que es posible en este modelo de pensamiento crear un “atajo” haciendo el retiro manual del Cisticerco que sí es perceptible al cortar la carne en el momento de la venta, validándose así la construcción de normas sociales y comportamientos de riesgo como prácticas de control de la enfermedad *“En el corte de la carne donde se hace el corte, ahí se le mira*

es una bolsita de agua, con una pepita ahí dentro” (E2P14M3), este modelo explicativo adquiere luego el status de norma social *“se le mira que no tenga pepa, de resto no”* (E2P11M1).

De manera complementaria este modelo de pensamiento de comunidades rurales campesinas ha permitido la aparición de una categoría social sobre la calidad de carne fundada en la práctica social de estereotipar a los cerdos “De ambulantes”, (porque buscan su comida mientras andan sueltos) que tuvo como efecto el rechazo al consumo de su carne *“En A ya no pelan el cerdo, en A ya no comemos cerdo que deambula ahí, ya no lo comemos”* (E2P30M4).

CONCLUSIONES

La desarticulación de los niveles de atención para abordar los casos positivos de Cisticercosis provenientes de comunidades porcicultoras, así como la no planificación del dialogo de saberes entre las intervenciones de promoción y prevención de la enfermedad, con los conocimientos previos y prácticas sociales de la comunidad asociadas al complejo teniasis cisticercosis, ha contribuido a que se vaya instituyendo un modelo explicativo que no hace la articulación entre la información proveniente del conocimiento científico, con imágenes, símbolos y prácticas culturales alimenticias de profundo arraigo inter generacional en comunidades rurales dispersas.

El resultado de la inter acción entre las intervenciones institucionales y los conocimientos previos de las comunidades, es la emergencia de contenidos híbridos y aculturizantes que guían los procesos de organización y movilización social lideradas por la comunidad para controlar la enfermedad; quedando vacíos importantes en la apropiación cultural de una explicación popular de la etiología y en la validación social del control comunitario de la Cisticercosis, desencadenando así, simultáneamente, posiciones eclécticas ante la enfermedad y también prácticas sociales de control basadas en información aislada, configurando contenidos fragmentados de conocimiento, y por ende, favoreciendo la formación de estereotipos y procesos de percepción selectiva de información respecto de la enfermedad.

“El microbio sigue vivo y ese es el que en el organismo empieza a caminar y más que todo busca la parte cerebral” (E4P12M4).

En particular, uno de los efectos inmediatos sobre el consumo de carne es que en la comunidad no solo no han cambiado las prácticas de consumo, higiene y control, sino que se han trasladado los posibles dilemas a un modelo explicativo que, mediante un atajo manual, tolera “extirpar” la “pepa” en el momento mismo del corte de la carne, integrando a un modelo maximalista de ganancia económica y minimalista del riesgo, las incertidumbres relacionadas con la percepción social de la magnitud, y densidad del problema en el punto de venta. Las familias consumidoras ven en el menor costo asignado a la carne con “pepa”, un incentivo que no entra en conflicto con sus creencias en salud.

Las intervenciones profesionales y no profesionales que busquen la promoción, la prevención, la atención y el control de la enfermedad deben proponerse investigar los conocimientos previos y las prácticas populares de control ya existentes en la comunidad, con el fin de diseñar las estrategias que permitan encontrar el camino metodológico que reduzca las barreras de articulación del conocimiento científico y el propio de la comunidad. Esto implica partir del diseño de estrategias metodológicas de prevención y promoción de la salud, que fomenten el diálogo de saberes.

AGRADECIMIENTOS

A las comunidades rurales del Municipio de Mercaderes Cauca, Colombia, en su compromiso por investigar las enfermedades olvidadas y en su transformación.

A COLCIENCIAS por hacer del olvido de las enfermedades de los pobres, una razón para que dialoguen el saber científico y el saber popular.

REFERENCIAS

- [1] AGUDELO-FLÓREZ, P., RESTREPO, B.N. y PALACIO, L.G. Conocimiento y Prácticas sobre Teniasis-cisticercosis en una Comunidad Colombiana. *Revista Salud pública*, 11(2), 2009, p. 191-199.
- [2] WALTEROS-ACERO, D.M. Cisticercosis: situación de la parasitosis. Informe Final de Evento Cisticercosis. Bogotá (Colombia): Instituto Nacional de Salud, V 1.013.09, 2009.
- [3] ANDRIAMANIVO, H.R., PORPHYRE, V. and JAMBOU, R. Control of cysticercosis in Madagascar: beware of the pitfalls. *Trends in Parasitology*, 29(11), 2013, p. 538–547.
- [4] LARRALDE, C. y DE ALUJA, A.S. Cisticercosis Guía para profesionales de la salud. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 8(1), 2007, p. 93-93.
- [5] ARGUETA, V., RODAS, B. y OROZCO, R. Neurocisticercosis en Guatemala. *Revista Española de Patología*, 47(3), 2014, p. 137—141.
- [6] ENSEÑAT, F., MARTÍNEZ-MAÑAS, R., HORCAJADA, J.P., DE JUAN, C. y FERRER, E. Dificultades diagnósticas y terapéuticas en la neurocisticercosis: presentación de 6 casos y revisión de la literatura. *Neurocirugía*, 18(2), 2007, p.101-110.
- [7] SARRIA-ESTRADA, S., FRASCHERI-VERZELLI, L., SIURANA-MONTILVA, S., AUGER-ACOSTA, C. and ROVIRA CAÑELLAS, A. Imaging findings in neurocysticercosis. *Radiologic*, 55(2), 2013, p. 130-141.
- [8] PONDJA, A., NEVES, L., MLANGWA, J., AFONSO, S., FAFETINE, J., WILLINGHAM III, A.L., THAMSBORG, S.M. and VANG JOHANSEN, M. Incidence of porcine cysticercosis in Angónia District, Mozambique. *Preventive Veterinary Medicine*, 118, 2015, p. 493–497.
- [9] TORRES, M.F., VÁSQUEZ, L.R., GONZALEZ, F.E., VERGARA, D., ALVARADO, B.E., GIRALDO, J.C., MEDINA, G. y ZAMORA, T. Cisticercosis en el Departamento del Cauca, 2003. *Biomédica*, 25(suplemento 1), 2005, p. 186-7.
- [10] VÁSQUEZ, L.R., CAMPO, V., SARRIÁ, J.P., GIRALDO, J.C. y YANINE, H. Estudio Serológico De Teniasis-Cisticercosis Humana En Pacientes Sintomáticos Neurológicos En Cuatro Hospitales Municipales Del Departamento Del Cauca, 2003. *Infectio*, 10(2), 2006, p. 99.
- [11] DELGADO, A. Prevalencia de teniasis, cisticercosis y factores de riesgo asociados, en personas de 20 a 44 años de edad en el Departamento de Nariño, 2005. *Revista Criterios*, 22, 2008, p. 75–104.
- [12] AGUDELO-FLÓREZ, P., RESTREPO, B.N. y PALACIO, L.G. Conocimiento y Prácticas sobre Teniasis-cisticercosis en una Comunidad Colombiana. *Revista de Salud Pública*, 11(2), 2009, p. 191-199.
- [13] MIRANDA, E. *et al.* Conocimientos, Actitudes y prácticas sobre la teniosis-cisticercosis en una comunidad alto andina rural peruana, año 2012. *Revista Peruana de Epidemiología*, 17(1), 2013, p. 1-5.
- [14] CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones [online]. 2007. Disponible:

- <http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/LEYES/1122%2007.pdf>. [Citada 25 de marzo de 2017].
- [15] COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Plan Decenal De Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú Ministerio de Salud y Protección Social [online]. 2012. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>. [Citada Accedida el 25 de marzo de 2017]
- [16] VALERO, M. Globalización y Salud: El caso de las enfermedades tropicales y olvidadas. Revista MVZ Córdoba, 13(1), 2008, p. 1252-1264.
- [17] CRUZ, M., DAVIS, A., DIXON, H., PAWLOWSKI, Z.S., y PROANO, J. Estudios operativos sobre el control de la Teniasis/Cisticercosis por *Tenia solium* en Ecuador. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 108(2), 1990, p. 113-122.
- [18] MOSCOVICI, S. On social representations. London (United Kingdom): Social Cognition, Academic Press, 1979.
- [19] MOSCOVICI, S. Psicología Social II Vol. II. Barcelona (España): Paidós, 1984b.
- [20] MONTERO, M. Todo Corre, Mucho Fluye, Algo Permanece. Cambio y Estabilidad Sociales. Interamerican Journal of Psychology, 37(002), 2009, p. 279-293.
- [21] LEWIN. K. Principles of Topological Psychology. New York (USA): Mc. Graw Hill, 1936.
- [22] FALS BORDA. Acción y conocimiento. Bogotá (Colombia): CINEP, 1991, 232 p.
- [23] JIMÉNEZ, B. Psicología Social Crítica e Investigación Cualitativa: Una relación necesaria: En: Miradas y prácticas de la investigación psicológica y social. 1 ed. Puebla (México): Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2014, p. 79 -127.
- [24] ROJAS, J.J. La construcción de la IAP. Una exploración en la obra del autor. Análisis político, 67, 2009, p. 224-234.
- [25] FERNÁNDEZ, E. Releyendo la metodología de la investigación – acción participativa (IAP). Pedagogía de las ausencias, pedagogía de la traducción y pedagogía de la traducción. Revista electrónica Universitaria de Formación del Profesorado, 17(1), 2014, p. 73-85.
- [26] AHUMADA, M. El desarrollo de la Investigación Acción Participativa en Psicología. Enfoques, XXIV (2), 2012, p. 23-52.
- [27] COLMENARES, A. Investigación acción participativa: una metodología integradora del conocimiento y la acción. En: Voces y silencios: Revista Latinoamericana de Educación, 3(1), 2012, p. 102-115.
- [28] FERNÁNDEZ, E. Releyendo la metodología de la investigación – acción participativa (IAP). Pedagogía de las ausencias, pedagogía de la traducción y pedagogía de la traducción. Revista electrónica Universitaria de Formación del Profesorado, 17(1), 2014, p. 73-85.
- [29] ÁNGEL, D. La hermenéutica y los métodos de investigación en las ciencias sociales. Estudios Filosóficos, 44, 2011, p. 9-37.