

Hacer crecer un niño (*Mitã ñemongakuaa*): el cuidado de la salud de los niños y las transformaciones en el *Mbya reko**

Grow a child (*Mita ñemongakuaa*): health care of children and changes in the *Mbya reko*

Carolina Remorini**

RESUMO

Mitã ñemongakuaa es la expresión en lengua Mbya que se utiliza para hacer referencia a la crianza y significa literalmente “hacer crecer un niño”. En este trabajo presentamos algunos resultados de una investigación etnográfica en comunidades Mbya de Argentina, orientada a caracterizar las representaciones y prácticas en torno a la crianza de los niños entre 0 y 2 años, basada en la aplicación de técnicas cualitativas.

En primer lugar, describimos y analizamos las condiciones que en el presente hacen posible la emergencia de la enfermedad en los niños pequeños desde la perspectiva Mbya. En segundo lugar, describimos estas enfermedades y los criterios locales para su clasificación. En tercer lugar, caracterizamos las prácticas preventivas y terapéuticas desarrolladas por los miembros de estas comunidades, los criterios que intervienen en la elección y combinación de diferentes alternativas de tratamiento y los argumentos que las justifican.

Hacia el final, analizamos y discutimos un conjunto de representaciones acerca de las condiciones de salud en el presente, a partir de los testimonios de hombres y mujeres de diferentes generaciones.

PALAVRAS-CHAVE: Etnografía; Mbya; Argentina; prácticas de crianza; proceso salud/enfermedad, infancia.

ABSTRACT

Mitã ñemongakuaa is the Mbya language expression used to refer to rear practices; literally, it means “to make a child grow”. The aim of this article is to present the results of an ethnographic research developed on two Mbya communities from Argentina in order to characterize local practices and representations on little children rearing using qualitative techniques.

First we describe and analyze, from the Mbya perspective, current conditions that make possible that children became ill. After that, we mention most usual childhood illness and local criteria applied to classify them. Thirdly, we characterize preventive and therapeutic practices performed by the community, as well as the criteria used to select, combine and justify therapeutic alternatives.

Finally, and based on the testimonies of men and women of different generations, we analyze and discuss local representations on current health conditions.

KEYWORDS: Ethnography; Mbya; Argentina; rearing practices; health/illness process; childhood.

* La autora desea agradecer a los miembros de las comunidades Mbya por tantos años de trabajo en conjunto, por su calidez, hospitalidad y por compartir sus conocimientos y su vida cotidiana conmigo; a las Profesoras Marta Crivos y María Rosa Martínez por su orientación a lo largo de la investigación. A Anahi Sy y Ana Igareta por su permanente colaboración y amistad; y al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) / Argentina por financiar sus investigaciones.

** Licenciada (Bacharel no Brasil) em Antropologia e Doutora em Ciências Naturais pela Universidad Nacional de La Plata (UNLP), Professora nessa Universidade e na Universidad de Palermo, e Pesquisadora Assistente do CONICET /Argentina.

El objetivo de este trabajo es presentar algunos resultados de una investigación etnográfica desarrollada desde 2001 acerca de las representaciones y prácticas en torno a la crianza y el cuidado de la salud infantil en dos comunidades Mbya, *Ka'aguy Poty* e *Yvy Pytã*, de la provincia de Misiones (Argentina).

En primer lugar, describimos y analizamos las condiciones que en el presente hacen posible la emergencia de la enfermedad en los niños pequeños desde la perspectiva Mbya. Es decir, qué factores adquieren relevancia como “causas” o “desencadenantes” de algunas enfermedades que afectan a la población infantil (0-2 años). En segundo lugar, describimos sintéticamente estas enfermedades y los criterios locales para su clasificación. En tercer lugar, caracterizamos las prácticas preventivas y terapéuticas desarrolladas por los miembros de estas comunidades, focalizando en los criterios que intervienen en la elección y combinación de diferentes alternativas de tratamiento de las enfermedades y los argumentos que las justifican.

La observación etnográfica de las prácticas cotidianas de crianza nos permitió acceder a las diversas maneras de enfrentar las enfermedades infantiles, a reconocer la intervención de múltiples agentes y la apelación a explicaciones y recursos provenientes del sistema médico “tradicional” Mbya como de la biomedicina. Entendemos que ello es resultado de las transformaciones en su estilo de vida y en las condiciones sanitarias y socioeconómicas que afectan su vida cotidiana, así como de la creciente participación de algunos miembros de estas comunidades en ámbitos e instituciones no indígenas.

Consideramos, asimismo, que estas estrategias dan cuenta de la plasticidad de estas comunidades para incorporar, resignificar y complementar conocimientos y recursos de origen diverso para prevenir y curar la enfermedad, en un contexto de profundos cambios ecológicos y socioculturales, que aumentan la vulnerabilidad de los niños pequeños.

Al respecto, hacia el final de este trabajo, analizamos un conjunto de representaciones acerca de las condiciones de salud en el pasado y en el presente, a partir de los testimonios de hombres y mujeres de diferentes generaciones. En los discursos recopilados, la alusión a las consecuencias de los cambios ecológicos, económicos y sociales sobre la salud de los niños, pone de

relieve la percepción de la vulnerabilidad de su modo de vida por referencia al tiempo pasado, que pone en riesgo la continuidad de la comunidad (*teko'a*) y del modo de ser Guaraní. En este marco, el tiempo “*de los antiguos*” aparece ligado al mantenimiento de valores propios del *Mbya reko* y de una relación armónica y equilibrada con el monte como garantía de bienestar.

El Pueblo Mbya Guaraní

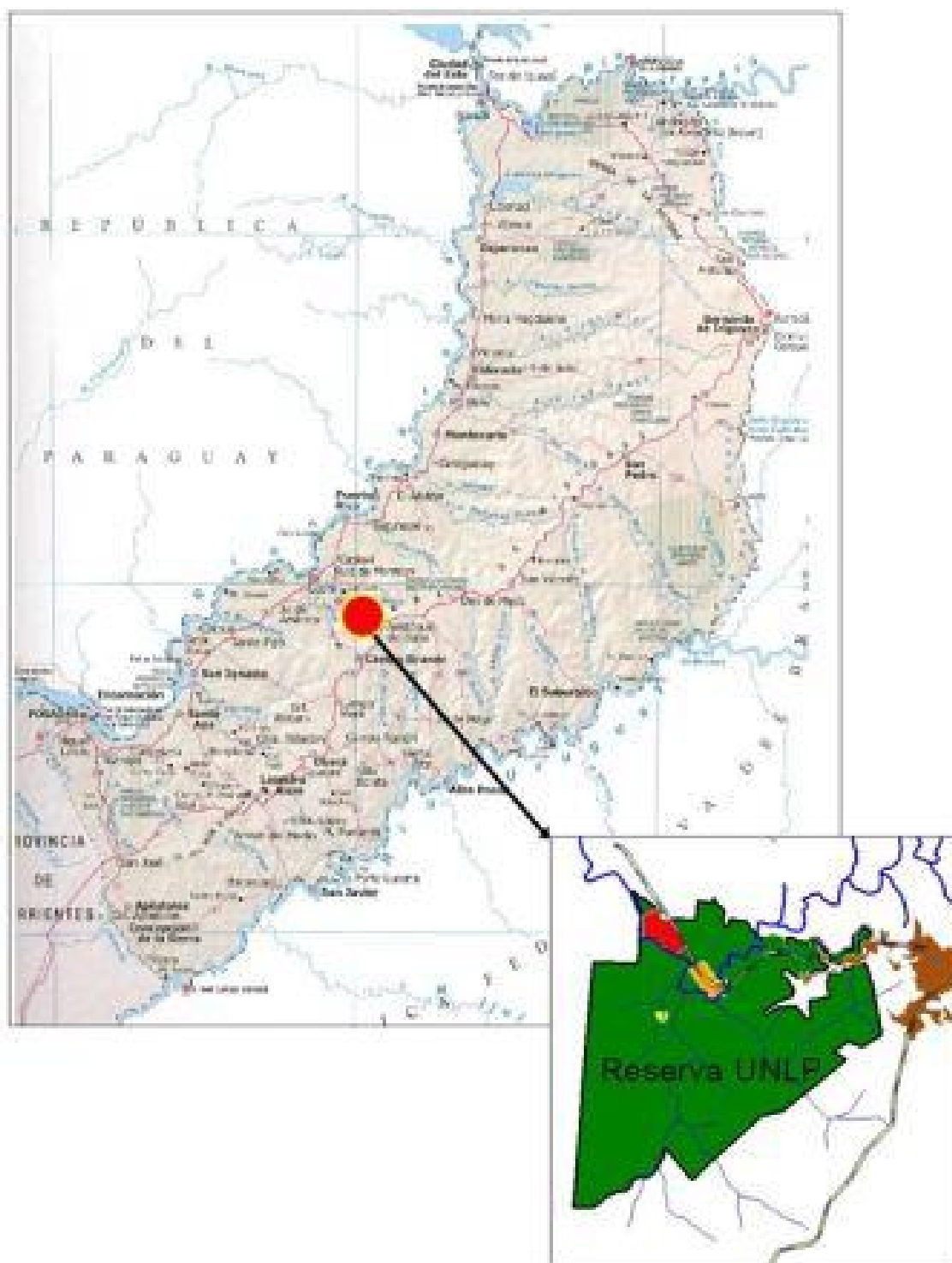
Los Mbya, junto con los Kayova, Ñandeva y Ava Guaraní (Chiriguano), son los pueblos Guaraní con mayor número de habitantes de Sudamérica, hablantes de lenguas pertenecientes a la familia lingüística Tupí-Guaraní. Según estimaciones recientes (ASSIS y GARLET, 2004) el número total de Mbya en Brasil, Paraguay y Argentina ascendería a 19.200. Según la Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas 2005 (ECPI), existen aproximadamente 3.975 personas que se autorreconocen pertenecientes al Pueblo Mbya Guaraní en la provincia de Misiones.¹ La presencia Mbya en el territorio de esa Provincia data de fines del siglo XIX y principios del XX (BARTOLOMÉ, 1978; GOROSITO KRAMER, 1982; GARLET, 1997), cuando iniciaron su expansión desde el centro-sur de lo que hoy es el territorio de Paraguay. Según testimonios recogidos por León Cadogan (1960) los Mbya se reconocen originarios del *Yvy Mbyte* (Centro de la Tierra o Centro del Mundo) y sitúan este mítico lugar en el actual Departamento de Caaguazú (REMORINI, 2001).

Las comunidades Mbya en las que hemos desarrollado esta investigación se asientan en parte de las tierras declaradas Reserva Privada “Valle del Arroyo Cuña-Pirú” de la Universidad Nacional de La Plata en el centro de la provincia de Misiones (54°55'09W y 55°01'34”W; 27°08'54”S y 27°03'55”S). La Reserva tiene una superficie de 6.035 hectáreas y se sitúa entre el Departamento Caingua y el Departamento Libertador General San Martín. La Reserva es atravesada en su parte norte por la Ruta Provincial N° 7 que conecta estos asentamientos con localidades vecinas (Aristóbulo del Valle, Jardín América, Ruiz de Montoya) y con otras comunidades Mbya que se localizan en la cuenca

¹ Recientemente organismos del gobierno provincial (Dirección Provincial de Asuntos Guaraníes y Ministerio de Salud de la provincia de Misiones) han publicado cifras que duplican las de la ECPI; pero no las consideraremos aquí por desconocer los criterios e instrumentos con los que se ha realizado el relevamiento de población.

del arroyo Cuña Piru I y II.

Figura 1.
Área de estudio



Fuente: Material cedido por la Dirección de Bienes Productivos de la Universidad Nacional de La Plata.

Respecto de la composición de la población, según un censo realizado por

nosotros en mayo de 2003, ambas comunidades registran un total de 280 personas. Estas cifras pueden ser diferentes de las actuales debido al constante desplazamiento de individuos y familias entre diversos asentamientos como parte de sus estrategias de vida. Demográficamente, se trata de una población “joven”, ya que existe una mayor proporción de individuos entre 0-14 años de edad (54%). Luego los porcentajes disminuyen y sólo el 6% de la población total supera los 60 años. Respecto de la distribución por sexo encontramos un predominio de los hombres (56,07 % de la población es masculina y el 43,92 % son mujeres).

Las estrategias de subsistencia actuales de los miembros de estas comunidades combinan actividades que podríamos llamar “tradicionales” – horticultura, caza, pesca y recolección en las “chacras” (huertos) y en el “monte” (selva) – con otras “nuevas”, producto de la relación con diversos sectores de la sociedad nacional. En la actualidad, el trabajo asalariado temporario en “colonias” dedicadas a la producción de yerba mate, té, tabaco y tung contribuye a la subsistencia de la mayoría de las unidades domésticas. Asimismo, se ha incrementado en los últimos tres años la recolección y comercialización de recursos vegetales terapéuticos a demanda de establecimientos fraccionadores de plantas medicinales que destinan estos productos al mercado nacional. A ello se suma que algunas personas reciben salarios del Estado (auxiliares sanitarios y educativos, maestros bilingües) y pensiones o subsidios. El dinero obtenido a través de estas actividades les permite adquirir alimentos de origen industrial, ropa, calzado y otros bienes en las localidades más cercanas. La obtención de alimentos elaborados es cada vez más frecuente, lo que actúa en detrimento del desarrollo de las actividades tradicionales de subsistencia. Esto ha introducido importantes cambios en la dieta, afectando la salud y estado nutricional de adultos y niños.

Con relación al estado de salud de los miembros de estas comunidades, existe elevada morbi-mortalidad infantil. Según los registros de consultas médicas realizadas en el período marzo-agosto de 2003² observamos que el mayor porcentaje de registros corresponde, considerando conjuntamente adultos y niños, a controles de salud (45%), seguidos de consultas por

² El trabajo de relevamiento de registros médicos fue realizado por Anahi Sy. El análisis de estos datos puede encontrarse en su trabajo de tesis doctoral (SY, 2008)

enfermedades respiratorias (14.3%) –amigdalitis, angina, bronquitis, coriza, catarro de vías aéreas superiores, faringitis y síndrome gripal–, gastrointestinales (9.8%) –cólicos, diarrea con vómitos y deshidratación, dolor abdominal y parasitosis–, y nutricionales (6.7%) –anemia, bajo peso, desnutrición.

En ambas comunidades, investigaciones sobre la relación entre parasitosis y estado nutricional³ ponen de manifiesto su relevancia sanitaria, por las consecuencias en el crecimiento y desarrollo infantil. En el marco de estos proyectos, se evaluó el estado nutricional de niños y adultos. Para ello se midieron 107 individuos de ambos sexos de 2 a 60 años de edad en ambas comunidades. Se halló un 43% (46) de individuos desnutridos, de los cuales 89,1% tuvo baja talla/edad, 4,4% bajo peso/edad y 6,5% bajo peso/talla. Del total de individuos desnutridos, 87% (40) estaba parasitado (NAVONE et al, 2006).

El análisis de estos datos y los provistos por otros investigadores ponen de relieve que las enfermedades más frecuentes siguen siendo las respiratorias y nutricionales. Entre estas últimas, la anemia por deficiencia de hierro es la más frecuente. La relación entre infecciones por geohelminths, malnutrición y anemia ha sido mostrada en numerosas investigaciones (SY, 2008). En áreas donde las enteroparasitosis son endémicas, la anemia es uno de los problemas derivados más frecuentes afectando principalmente a la población infantil. En los niños, la anemia por parasitosis conduce a profundas alteraciones en el crecimiento físico y el desarrollo intelectual y cognitivo (WHO 1994)

Respecto de los servicios de salud a los que tiene acceso la población, con mayor frecuencia se recurre a la Unidad Sanitaria Aristóbulo del Valle (US.AV.), que cuenta con plantel médico, odontológico y bioquímico y servicio de internación, distante 14 km de ambas comunidades. También se recurre, aunque con menor frecuencia, al Hospital de Jardín América (distante 40 km. de Aristóbulo del Valle), establecimiento con servicios de mayor complejidad. Otras alternativas son los hospitales de Oberá y Posadas, localizados a mayor distancia (58 km y 147 km. respectivamente). Si bien el último de ellos es el más alejado, presenta la ventaja de estar próximo a la Dirección de Asuntos Guaraníes, organismo gubernamental que ofrece alojamiento para los

³ Desde 1999 un equipo de la UNLP al cual pertenece la autora de este trabajo, realiza investigaciones interdisciplinarias sobre parasitología humana.

miembros de comunidades aborígenes.

En la comunidad *Ka'aguy Poty* existía un Puesto Sanitario que actualmente está fuera de servicio. En el año 1998, contaba con una enfermera que atendía las consultas de menor complejidad. Junto a ella, un agente sanitario aborígen repartía leche y alimentos del Plan Materno Infantil provincial. La cobertura del Puesto Sanitario, incluía la población de las dos comunidades estudiadas y la de la comunidad *Ka'a-Kupe*, próxima a éstas. Este ámbito también era visitado, esporádicamente, por un médico (proveniente de la Unidad Sanitaria de Aristóbulo del Valle) que realizaba Atención Primaria de la Salud (APS).

Metodología

Nuestro abordaje etnográfico de las representaciones en torno a las enfermedades infantiles y las estrategias para enfrentarlas, parte de su consideración en el marco de las actividades cotidianas que integran el modo de vida⁴ Mbya. En este sentido, consideramos que la configuración compleja de representaciones, valores, vivencias y prácticas en torno a los procesos de crecimiento y desarrollo infantil y los estados de salud-enfermedad asociados a ellos, es susceptible de ser abordada mediante el estudio intensivo de las actividades cotidianas de crianza⁵ que tienen lugar a escala doméstica.

La UD constituye la unidad analítico-descriptiva inicial para la caracterización de las representaciones y prácticas asociadas al cuidado de la salud. Tal como señala Lave (1995: 190), delimitadas por su carácter rutinario,

⁴ La antropología requiere de una instancia descriptiva de “lo dado”, del “modo de vida” como emergente de la historia natural del hombre (BLOOR, 1983. Apud CRIVOS, 1995). Esta instancia, asumida por la etnografía, integra en un mismo conjunto regularidades comportamentales que distinguen a un grupo humano de otros. “Estas formas de vida incluyen –e integran– los componentes biológicos y culturales de la vida humana [...] A partir de ello y a los fines de nuestra aproximación etnográfica proponemos la siguiente definición operativa de la noción de modo de vida: conjunto integrado de regularidades culturales y biológicas que caracterizan a un grupo humano y lo distinguen en relación a otros” (CRIVOS, 1995).

⁵ El conjunto de acciones que englobamos dentro del concepto de crianza, se orientan a “modelar” el crecimiento y desarrollo del niño según las pautas culturales vigentes en cada contexto sociocultural e histórico. Buscan enseñar a los niños la cultura de su sociedad, promover el bienestar de los niños, su crecimiento y desarrollo así como prevenir enfermedades que afecten dichos procesos, lo que podría restringir sus posibilidades de inserción social y actuación presente y futura en su sociedad. En este sentido, crianza incluye: afecto, alimentación, higiene, motivación, estimulación, educación, cuidado de la salud, prevención de enfermedades, sostén y apoyo, comuni-cación, reconocimiento de las necesidades y deseos del niño, y protección (REMORINI, 2009).

generadas por expectativas desarrolladas a lo largo del tiempo y realizadas en asentamientos diseñados y organizados por ellas, las actividades cotidianas se ofrecen como campos adecuados a la consideración de los aspectos materiales, sociales y simbólicos de modos de vida humanos en diferentes enclaves (CRIVOS et al, 2004).

La información presentada aquí proviene fundamentalmente de dos trabajos de campo realizados entre los años 2001 y 2003 en ambas comunidades (de 90 y 45 días respectivamente), que constituyeron la base de mi trabajo de tesis doctoral (2009). Nuestro diseño de investigación se basó en la combinación y utilización complementaria de técnicas propias de la metodología cualitativa. Aplicamos diferentes técnicas de observación etnográfica –sistemática; día de vida; a intervalos fijos; participante–⁶ y de entrevista –semiestructurada; historias de vida; genealogías.

Con respecto a las primeras, observamos las actividades cotidianas de los miembros de diferentes unidades domésticas⁷ (n= 14) durante 15 días consecutivos en cada una, con el propósito de delimitar y caracterizar escenas relevantes a la crianza y al cuidado de la salud e identificar los diferentes agentes que intervienen en la prevención y tratamiento de enfermedades frecuentes en los niños entre 0 y 2 años, según diferentes circunstancias.

Asimismo, realizamos entrevistas de tipo semiestructurado a 16 cuidadores⁸ adultos y a “expertos locales”, hombres y mujeres (n= 6), reconocidos como especialistas en los dominios terapéutico y religioso.⁹ Estas nos permitieron acceder a las representaciones que fundamentan las prácticas registradas mediante la observación y a las concepciones y vivencias en torno a la salud y enfermedad de los niños pequeños, tanto en el presente como en el

⁶ La estrategia de observación siguió en líneas generales la propuesta de M. Daltabuit Godás (1992) y O. Lewis (1985).

⁷ Nos centramos en las actividades que tienen lugar en la unidad doméstica (UD) en tanto configura el espacio físico y social en el cual se desarrolla la mayor parte de la vida del niño. Utilizamos una definición operativa de UD como encuadre inicial para la descripción de las actividades del grupo, considerándola una “unidad compleja que incluye un componente social –grupo de personas que comparten la residencia– y un componente espacial –el espacio físico que habitan–, articulados por un conjunto de actividades relevantes a la subsistencia del grupo que se realizan parcial o totalmente en ese ámbito” (CRIVOS y MARTÍNEZ, 1996).

⁸ Optamos aquí por el término **cuidador**, para incluir aquellas personas que regularmente se responsabilizan por el cuidado de los niños: su madre, su padre, sus abuelos, y/o padres adoptivos.

⁹ Más adelante describiremos las características sobresalientes de estos especialistas

pasado. Para el procesamiento analítico de la información empírica se utilizó el software NUD*IST 4.

Crecimiento, crianza y salud.

Kakuaa,¹⁰ esto es, crecer, es considerado desde la perspectiva Mbya un proceso que implica un conjunto de logros a nivel físico junto con el desarrollo de aptitudes y actitudes que se relacionan con un ideal de persona, anclado en un modo de ser y de vivir definido culturalmente, el *Mbya reko* o también *ñande reko*¹¹ “nuestro modo de ser Guaraní”.

En relación estrecha con esta noción aparece la expresión *mitã ñemongakuaa*,¹² que significa literalmente “hacer crecer” y se utiliza para referir a la crianza de un niño. En este sentido, puede definirse como todas aquellas acciones realizadas por adultos –padres, abuelos, padres adoptivos, entre otros– que se orientan a modelar el crecimiento, acompañar, cuidar y sostener al niño en este proceso y educarlo. De este modo, “hacer crecer” sería el objetivo de las prácticas de crianza. Para comprender el alcance semántico de esta expresión citamos los siguientes fragmentos de discurso:

[...] *mongakuaa* es criar [...] *mita ñemongakuaa*, así se dice para los chicos, *ñembo´e* educar, *mita ñembo´e* [...] nosotros la conversación que tenemos con los hijos es así, esa palabra por lo menos, cuando hablamos de ese asunto, de la situación de los niños, muchas veces cuando los papás abandonan, sin dejar a nadie que *críe*, decimos que no *educa* [...] (F.R., 30 años, Yvy Pytã).

[...] mi mamá me contó cómo tenemos que *crecer*, también cómo tenemos que vivir [...] cómo ellos viven también los jóvenes antes viste, como *crecieron* antes los jóvenes [...] (J.P., 26 años, Ka’aguy Poty).

[...] *ndokakuaachy* decimos porque *no crece* el gurisito, nunca engorda, está desnutrido, *ipirui*, se dice, flaquito (C.D., 29 años, Ka’aguy Poty).

[...] a medida que va creciendo va cambiando su nombre, *ñe’ enguchu* empieza su adolescencia viste, de ahí pasa a *kunumi*, y su adolescencia ya es más diferente, pasa, va creciendo, ya deja de ser *mitã i* (A.F., 26 años, Ka’aguy Poty).

¹⁰ Según Dooley (1998) “*kakua* v. i. Crescer: okakua ete ma já é crescido, velho. Pessoa adulta. Asimismo, en Guasch (1996) *kakuaa* es traducido como “crecer” y menciona “*kakuaaguã*” con el significado de “adulto, mayor” y “crecido”.

¹¹ Según Montoya (1639) *teko* significa “ser, estado de vida, condicion, estar, costumbre, ley, hábito. Che reco, mi ser, mi vida [...]”. Mas adelante, explicita otros usos: “teco agui yei: salud, y teco ai: mala costumbre; teco catu: buena vida, libre; teco yma: proceder antiguo, antigua costumbre [...]; teco marangatu: costumbre buena, virtud; teco ey: vicio”.

¹² *Mitã*: niño. *Ñemongakuaa*: su significado deriva de: *ñe*: reflexivo; *mbo/mo*: factitivo: “hacer”; *-ng*: nasalización de la consonante k, lo que convierte el verbo *kakuaa* (“crecer”) en la forma nasal *-ngakuaa*.

Desde la perspectiva Mbya, el curso de la vida es visto como un proceso con continuidades y discontinuidades. En este sentido, el “crecimiento” marca la transición entre etapas del trayecto vital, a partir de diferentes logros que se reconocen socialmente y que justifican un cambio en la denominación dada a los individuos. Por ejemplo, del gateo a la marcha vertical, de ser alimentados exclusivamente con leche materna a incorporar alimentos sólidos, de manipular objetos a representar roles y escenas, entre otros aspectos resaltados por los adultos como indicadores del “crecimiento” infantil. Al respecto, la noción vernácula de “crecimiento” incluye la de desarrollo,¹³ ya que alude a cambios físicos, aumento de tamaño corporal, a la ausencia de enfermedades, a adquirir nuevas capacidades y habilidades. Asimismo, implica vivir de acuerdo a las pautas que establecen los mayores, aprender lo necesario para desempeñarse en diferentes ámbitos, es decir, a adquirir competencias y conocimientos propios del modo de vida Mbya.

En este contexto, se considera “sano” (*hesai*) a un niño que “se cría bien” y “quiere crecer”. La distinción entre “*kakuaa*” (crece/se cría) y “*ndokakuaa*” (no crece) permite comprender los efectos que pueden tener las prácticas de crianza en combinación con diversos factores ambientales sobre la salud infantil (REMORINI, 2009).

¿Por qué un niño puede enfermar?

[...] de un año y medio los nenes ya caminan, pero hay bebés que caminan a los 10 u 11 meses, Javier caminó al año y 4 meses, él fue el que mas tardó (y vos por qué pensás que fue así?) bueno, él no quería dejar el pecho y la otra leche le hacia mal, le daba diarrea y se debilitó, bueno si agarra enfermedad, ahí siempre tarda más, por eso hay que cuidar, hay chicos que constantemente le ataca diarrea o fiebre y tardan en caminar (F.R, 30 años, Yvy Pytã, 2003).

Como muestra este fragmento, si bien los Mbya consideran que cada niño tiene “su propio ritmo”, también destacan que algunos *crecen* más rápido que otros. Cuando algún logro no ocurre en el tiempo esperado –por ejemplo el

¹³ Se suele definir el crecimiento desde un punto de vista biológico, como el aumento de tamaño corporal y se lo distingue de otros dos conceptos: desarrollo y maduración. Por otra parte, *desarrollo* se usa habitualmente en biomedicina y psicología, para referir a “la aparición de formas, de funciones y de comportamientos que son el resultado de intercambios ente el organismo con su medio”. Es decir, a diferencia del concepto de crecimiento, el desarrollo se caracteriza por los cambios en la complejidad y número de funciones (SPITZ, 1998).

inicio de la marcha– se suele asociar este hecho con la recurrencia de enfermedades en los primeros meses de vida que conducen al niño a estar “desnutrido” (*ipirui*), “sin fuerzas” para desplazarse por sí mismo y vulnerable frente a nuevos padecimientos.

La concurrencia de los logros esperables para cada etapa y la ausencia de enfermedades permiten considerar a un niño “sanito”. Un niño sano se reconoce fácilmente por su estado anímico y/o por la ausencia de síntomas orgánicos de malestar. La presencia de vómitos, diarrea, fiebre, tos, pérdida de peso, retraso en la talla, problemas de motricidad, entre otros síntomas, en ocasiones se asocia a trastornos en la conducta o el estado emocional de los niños: irritabilidad, debilidad, desgano, excitación. Estos estados se expresan en categorías tales como *ndojaveima* (“no se halla”, “está triste”), *pochy* (está enojado, disgustado, agresivo), *achëramo* (“llorón”, que llora mucho). En presencia de alguno/s de estos signos los Mbya plantean que el niño “no quiere crecer” (*ndokakuaachy*), “está enfermo” (*achy*) y/o “no levanta” (*ãi eÿ va’e*),¹⁴ es decir no está erguido, no camina, no está sano.¹⁵

Ahora bien, ¿Cuáles son las condiciones que desencadenan la enfermedad en los niños pequeños? Si atendemos al modo en que los Mbya justifican la emergencia de la enfermedad en los niños se evidencia la importancia atribuida a las acciones de los miembros de su entorno social inmediato –en especial los progenitores– en relación con los cuidados brindados al niño (alimentación e higiene especialmente) y con el respeto de tabúes y prescripciones que afectan su comportamiento, cuyo fundamento se remite a las tradiciones de “*los antiguos*”. Junto a ello, y con menor frecuencia, se mencionan diversos factores ambientales tales como la acción patógena de agentes naturales, contaminación del agua, entre otros. La combinación de alguno/s de estos factores con la condición previa del niño, es decir, su estado de vulnerabilidad, permiten explicar por qué un niño ha sido afectado por una dolencia particular.

¹⁴ Cadogan cita las siguientes expresiones para entender la asociación entre “erguirse” y “estar sano”: *ãi, estar en posición vertical, vivir; che ra’y o ãi eÿ va’ei va’ekue* (mi hijo que murió prematuramente, que no se irguió como adulto); *che ra’y o ãi eÿ va’erã eÿ* (mi hijo destinado a morir prematuramente, a no erguirse); *ãi: erguirse; ãme: vivir (erguido)*, empleado con referencia exclusivamente al ser humano: *aãme pora i ko: estoy bien, estoy sano* (CADOGAN, 1992: 15, 21, 25).

¹⁵ Desde la perspectiva Mbya existe una estrecha dependencia entre movimiento y salud. Al respecto, nos hemos extendido en trabajos previos (REMORINI, 2009 e 2005; REMORINI y SY, 2002).

Al respecto, podemos delimitar algunas situaciones que, independientemente de la dolencia que se trate, se considera que aumentan la vulnerabilidad individual: la exposición a la acción de los “malos espíritus” (*mbogua*) en momentos del día o espacios considerados inadecuados para los niños pequeños; estar atravesando un estado emocional negativo (“estar triste”, “no hallarse”); haber quedado “débil” como consecuencia de una enfermedad previa; o estar en tránsito desde una etapa del ciclo vital a otra.

Los siguientes fragmentos resultan expresivos de los diversos factores que pueden desencadenar la enfermedad en un niño:

[...] Los espíritus malos de día están en el cementerio y de noche andan por todos lados. Andan en el aire. Nosotros no vemos pero el Paí sabe todo. Por ahí nosotros también nos enfermamos de eso, por ahí nos toca (El Espíritu) y ya nos enfermamos. [Qué les pasa cuando el espíritu les toca?] A veces fiebre, de repente se sienten débiles (los niños). De día no, cuando empieza a caer el sol ya ellos andan [...] (PD, 39 años, Ka'aguy Poty)

[Cuando está triste] el espíritu se va de la persona, se sube por el aire, y hay que encontrar y volver a meterlo en la persona. (A.G, 49 años, Yvy Pytã).

[Las niñas] se enferman también, pero ellas quedan más en las casas, y los varones no, algunos no salen porque no enseñan viste el padre, hay diferentes, algunos le quieren ir al monte, los mitã [...] los varones digamos que tienen más peligro, como salen más y van al monte se pueden enfermar [y qué enfermedades se pueden agarrar en el monte?] a veces agarra por cansancio, algunas veces se cansa mucho, ese nomás hay peligro, a veces llueve y cae por el cuerpo, y arriba del calor te cae mal viste, entonces puede agarrar fiebre, dolor de cabeza [y las nenas, de qué se enferman?] ésas se enferman también con gripe, también les agarra [cómo se la agarran?] y a veces por el viento, por viento es más peligro porque ese trae mucha enfermedad [...] traetos, fiebre, catarro, todo eso trae (J.P, 26 años, Ka'aguy Poty).

Conviene aclarar que las situaciones enumeradas también podrían afectar a los adultos, sin embargo, en el caso de los niños, se añaden otras circunstancias en las que aquellos son considerados “responsables” de que este estado se desencadene, y la enfermedad puede ser interpretada como un “castigo” cuando: los cuidados brindados al niño son inadecuados o insuficientes en relación con la alimentación, higiene, control de su estado físico, entre otros; los padres u otros miembros de la familia han violado algún tabú; o en el entorno familiar del niño existe algún conflicto –peleas entre los padres, infidelidad, entre otros.

[...] 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 (se refiere a su esposa) y no, esa carne no puede comer, el gurí ya tenía, ya nació con eso. Cuando está embarazada cualquier alimento no puede comer, hace que se críe el parásito (dentro del organismo del niño).

(F.R, 30 años, Yvy Pytã, 2003).

[...] [cuando el dios le manda el espíritu, queda en el gurisito?] no, no queda todavía, éste todavía no, sabés por qué? Ellos [Los Dioses] ya saben nomás, ellos ya saben, vamos a poner como ejemplo, éste es el espíritu digamos, yo le voy a dar [el nombre], el *opyguã* ya sabe éste es para él, yo lo mando, pero cuando está gateando, ya tenía la mamá, viste así en los brazos ahí está, ahí queda [El Espíritu] pero si vos no errás, porque hay tentación (SI) vos hiciste todas las macanas, por ejemplo si esta embarazada mi señora, yo no le quiero mas a mi señora o le pego o quiero buscar otra mujer entonces a Dios no le gusta, ése no le gusta entonces ya cuando nace muere. [por eso] nosotros tenemos que cuidamos [cómo hay que cuidar?] cuidamos para que no le falte la comida, porque vos estas embarazada, no quiere comer cualquier comida, quiere dulce, sólo dulce [y eso hay que procurar de que coma?] claro, sino no queda [El Espíritu], porque no es la señora que quiere comer eso, es el guris que está dentro que quiere comer eso, le pide, entonces quería la mamá, entonces si vos no das, viste, queda desnutrido el gurisito cuando nace [...] porque yo escuché una cosa, eso que murió el hijo de C, eso escuché porque mi papá dijo que antes de nacer, C dijo “no, este no es mi hijo”, “vos tenias de otro” entonces hablaba pavadas y no le gusta eso [al Dios]. Seguro él pensaba que era de otro, y al Dios no le gusta que peleen el marido y la señora y por esa cosa antes que nace muere [...] (Ma.G, 34 años, Yvy Pytã).

En general no se mencionan como causas la contaminación del agua y/o del suelo por “bichos” (microorganismos/insectos/parásitos) en forma única o aislada de otras situaciones. En los casos que ello ocurre, es decir, cuando un niño presenta algún malestar por la acción de un “bicho” o de la “suciedad”, se califican a estas enfermedades como “leves” o *mba’achy vevui* (por ejemplo: comezón, algunos tipos de parásitos, sarna, sarampión). Es decir, la acción patógena de estos agentes no es considerada un daño grave a la salud y no se dice que el niño “está enfermo” sino “tiene comezón, tiene un bichito”. En general, estas enfermedades “se solucionan fácil” –es decir, en corto tiempo y con la aplicación de “yuyos” sin necesidad de recurrir a expertos– y su origen remite a la falta de higiene. Con relación a ello resulta interesante remarcar que las palabras “higiene” y “contaminación” aparecen en el discurso de las personas jóvenes, especialmente aquellos que han recibido educación formal o que se desempeñan como agentes sanitarios o educativos, mientras que la expresión utilizada por los mayores es “suciedad”. Asimismo, cuando se habla de contaminación se refiere al suelo y al agua, mientras que cuando los mayores hablan de “suciedad” refieren también al viento como vehiculo que “trae enfermedad”.

Existen otros procesos mórbidos que son calificados como “graves” (*mba’achy vai kue*), en los que cobran relevancia eventos extraordinarios u

originados por la acción de seres extra humanos (principalmente espíritus de personas fallecidas o *mbogua*, el abandono de una de las almas que integran la persona (*ñe'e*)¹⁶ y/o la inobservancia de pautas y/o tabúes en momentos críticos del ciclo vital. A diferencia de las enfermedades leves, la higiene no es un factor considerado.

Las enfermedades “*del espíritu*” en los niños pueden tener diverso origen y son aquellas sobre las cuales se centra particularmente la preocupación de padres y expertos locales, pues consideran a los niños menores de un año particularmente vulnerables a este tipo de dolencias. Cuando el niño es “*nuevito*” (*mitã pyta*), es decir, durante los dos primeros meses de vida, sus padres deben observar un conjunto de restricciones en su comportamiento y alimentación, de lo contrario, el espíritu (*ñe'e*) del niño puede abandonarlo y provocarle la muerte. En este sentido, el cumplimiento de las pautas culturales ancestrales favorecería que el *ñe'e* “*se halle*”, es decir, se encuentre a gusto y permita que el niño “*quiera crecer*”. Asimismo, para proteger la salud se deben realizar sahumados diarios con humo de tabaco para ahuyentar a los *mbogua* que pueden enfermar al niño y evitar que éste transite o permanezca en determinados espacios y en momentos del día considerados más peligrosos por la mayor presencia de estos espíritus malignos.¹⁷

En síntesis, existen diversos criterios que permiten distinguir entre: dolencias leves / dolencias graves, dolencias del cuerpo / dolencias del espíritu, dolencias de “*adentro del cuerpo*” (vísceras) /dolencias externas, dolencias que se curan con yuyos /dolencias que se curan con tabaco y oraciones, o dolencias propias de los Mbya / dolencias de los jurua.

En relación a la última distinción, es frecuente que al momento de hablar acerca de las enfermedades que padecen los niños, los adultos recurran a categorías que pertenecen al vocabulario biomédico –y cuyo uso se ha

¹⁶ *Ñe'e*: espíritu-nombre. Al momento de la concepción 4 deidades pueden enviar un espíritu para que de origen al nuevo ser humano. De acuerdo con ello, el niño recibirá un nombre sagrado específico, de origen divino. Este espíritu-nombre es el elemento vital del ser humano, es lo que lo mantiene “*erguido*” y consecuentemente sano. Si por alguna razón este espíritu abandonara el cuerpo, la persona enferma o muere. Asimismo, a medida que el niño crece, se incorpora otro espíritu a su persona (*ñe'e vai*), de origen telúrico y considerado “*imperfecto*”, a diferencia del de origen divino. La salud e integridad del ser humano dependerá también del equilibrio entre estos dos espíritus. Sobre estos aspectos consultar Cadogan (1965 y 1997) y Remorini (2005a y 2008).

¹⁷ No nos extenderemos aquí sobre estas cuestiones pues ya lo hemos hecho extensamente en trabajos previos. Al respecto ver: Remorini y Sy (2002) y Remorini (2005 y 2009).

generalizado en la actualidad– o bien que recurran a la distinción entre “*enfermedades de nosotros*” y “*enfermedades del blanco*”, agregando que esta distinción justifica el recurso a la “*medicina natural*” (*poã*) o al “*Opyguã*” o “*Paí*” en el caso de las primeras y al “*doctor*” o al “*hospital*” en el segundo caso.

[entonces qué tipo de enfermedad es seguro para el Paí?] Bueno, seguro para el Paí es algo más o menos algo que es muy complicado para saber. Porque hay uno que anda más o menos sano, pero el Paí sabe que no está sano. Cuando uno mira así juega o se ríe, o por las ganas o por la forma en que él [el niño] anda, está ahí mirando, él sabe, aunque no siente nada de dolor, ni nada. Por el espíritu mismo. Porque en un caso hace poquito murió una nena de dos años porque se cayó, de altura, se golpeó la cabeza y no tuvo remedio. Vio al Doctor sin consultar con Paí de acá y el Doctor no le hizo nada. Tuvo diarrea, tuvo vómitos. Le dió remedios sin saber lo qué es, muchas veces el Doctor también se equivoca. Porque la diarrea no es de la enfermedad sino del golpe o de algo que tuvo. Entonces eso solamente el Paí le cura. Y dijo que llevándola tres noches pidiéndole a Dios solamente se puede sanar. Y no cumplieron. Eso ya depende de la familia. Lo que dice él tiene que cumplir. Yo por mi parte digo que no quiero oponerme ante los blancos, el Doctor, eso. No digo que no hacen nada sino que es otra cosa. Es muy importante, por eso hasta este momento mantenemos [...] (A.D, 32 años, Ka'aguy Poty).

El proceso de enfermar y las dolencias que afectan a los niños

[...] *mbasy katu* es que tiene poquito enfermedad esta principiando la enfermedad, ahí hay que atajar la enfermedad, ya después *hasy ete ma* es que ya está demasiado enfermo (C.G, 74 años, Yvy Pytã).

Como se señala en este fragmento existen ciertas categorías que se utilizan para dar cuenta de estados y no enfermedades específicas. En este sentido, más que delimitar y aislar enfermedades resulta interesante analizar el *proceso de enfermar* es decir, aquellas situaciones que conllevan a un estado de enfermedad que con el tiempo puede agravarse o combinarse con otra situación que lo afecta y derivar en otro estado de enfermedad diferente. Considerando entonces el proceso de enfermar puede distinguirse entre los estados iniciales (*mbasy katu*)¹⁸ y los estados avanzados o “*graves*” del estar enfermo (*hasy ete ma*).¹⁹

A diferencia de las patologías biomédicas, una “*enfermedad*” no se define en la mayoría de los casos, como entidad nosológica específica, con síntomas y

¹⁸ Cadogan (1992: 80) siguiendo a Montoya plantea “*katu*” significa “bueno”, no obstante aclara que es una partícula que en Guaraní tiene muchos usos diferentes de acuerdo a su posición en la oración.

¹⁹ En esta expresión “*ete*” que significa “verdadero, genuino” y “*-ma*” que es una partícula que se usa para indicar un adjetivo superlativo, nos estaría indicando que (e) trata de un estado de enfermedad ya definido.

factores causales particulares que permiten establecer un diagnóstico diferencial y recomendar un tratamiento específico. Siguiendo a Frake, una enfermedad (*illness*) puede asignarse a diferentes categorías diagnósticas de la biomedicina, así como también distintas enfermedades (*illness*) pueden representar distintas instancias de desarrollo del proceso mórbido, que aluden a una categoría de enfermedad biomédica (*disease*). De este modo, no podemos asumir que toda categoría diagnóstica occidental estará incluida totalmente por alguna categoría emic (FRAKE, 1961).

Sin embargo, de los relatos de los pobladores surgen indicios que nos permiten acceder al sentido de algunas categorías utilizadas para nombrar y distinguir enfermedades y síntomas, así como criterios para agruparlas que no guardarían correspondencia con las clasificaciones utilizadas por la biomedicina. En este apartado describiremos en forma sintética las principales categorías utilizadas para identificar las “enfermedades” comúnmente padecidas por los niños Mbya, lo que ayudará a una mejor comprensión de las estrategias preventivas y terapéuticas desarrolladas en estas comunidades.

Los criterios clasificatorios locales pueden aludir tanto al origen del padecimiento, sus efectos, su localización en el cuerpo como así también a los procedimientos por medio de los cuales se cura.

Numerosas enfermedades se manifiestan inicialmente a través de malestares asociados a órganos ubicados en las cavidades internas (torácica y abdominal) llamadas genéricamente “*py'a*”. Este término alude tanto a órganos como a “zonas” tales como “pecho”, “estómago”, “hígado” y “corazón” (Cf. CADOGAN, 1992: 147). Por otra parte, “*tye*” se utiliza más específicamente para referir a la cavidad abdominal y a los órganos que contiene, y por lo tanto de este término derivan los nombres de algunas enfermedades gastrointestinales (*tyersasy*: “dolor de estómago”). Es decir, “*tye*” y “*py'a*” refieren a cavidades y vísceras y su significado preciso depende del contexto en el que se utilizan ambos términos y los sufijos que se le añaden. Con el primero se identifican más frecuentemente estómago e intestinos y con el segundo, corazón e hígado.

Asociado a esta clasificación encontramos que, en su mayoría, las dolencias que afectan a las vísceras (“*tripa*” o intestino, estómago, hígado, pulmones, “*garganta*”), es decir, cuando “*duele adentro*” pero la enfermedad se

localiza en un órgano determinado, se curan con “yuyos”, es decir, plantas medicinales. En cambio, cuando “duele adentro” pero con ello se refiere a una sensación de malestar generalizado o cuando duelen “los huesos” (*kanguerachy*) o “la cabeza” (*akanachy*), se “ocupa la pipa” es decir, se utiliza el humo del tabaco en forma de sahumados o se realiza “bencimiento” o *mbojapychaka*.²⁰

Las enfermedades “del espíritu”, calificadas frecuentemente como “*mba’achy vai kue*” (graves) y aquellas que se asocian a dolores externos (es decir, no en las vísceras) deben curarse apelando a diversos procedimientos rituales que involucran sahumados con tabaco utilizando la pipa (*petýgua*), plegarias y eventualmente cantos. En cambio, las enfermedades consideradas “*mba’achy vevui*” (leves) y aquellas que se localizan en las vísceras (“dolor de panza”, “diarrea”, “lombrices”) o en la piel (“sarna”, “comezón”) se curan con “remedio” (*poã*), es decir, recursos terapéuticos locales, ya sean vegetales o animales. También, y según la disponibilidad y accesibilidad, se tratan con medicamentos de patente, a diferencia de las enfermedades “del espíritu” que no pueden ser conocidas ni tratadas por la biomedicina.

Tabla 1.
Principales dolencias que afectan a los niños menores de 2 años

CATEGORIA DIAGNOSTICA	ETIOLOGIA	PREVENCION	TERAPEUTICA
Tyerasy (“Dolor de panza”)	- Alimentación inadecuada - parásitos intestinales	Cuidados alimentarios	- dieta - administración de poã (“yuyos”) por vía oral
Kamby ryru jere (“estómago que rota”) ²¹	- golpes o caídas	- Vigilar al niño - Evitar que otro niño pequeño lo levante o transporte	- administración de poã (“yuyos”) por vía oral - sahumados con humo de tabaco - masajes

²⁰ De acuerdo con Cadogan (1992) este término designaría a quien “se dedica con devoción a orar”. Esta práctica también está presente entre la población no aborigen de Aristóbulo del Valle y otras localidades de la Provincia de Misiones, si bien en la bibliografía sólo encontramos referencias a esta práctica terapéutica en los trabajos realizados con población de Brasil. Al respecto ver Sy (2008).

²¹ Para referir al estómago de los niños que aún son amamantados, en lugar de *gekue guachu* se utiliza la expresión *kamby ryru*, poniendo de manifiesto que el contenido estomacal de estos niños está representado casi exclusivamente por leche.

Tacho (“Parásitos”)	<ul style="list-style-type: none"> - incumplimiento de tabúes alimentarios - mezclar alimentos con diferentes “sabores” - contaminación de agua y alimentos 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados alimentarios - Evitar exposición al olor de la cocción de la carne de animales del monte 	<ul style="list-style-type: none"> - administración de poã (“yuyos”) por vía oral - antihelmínticos de patente - consulta a centros de salud
Gerachy (“Diarrea”)	<ul style="list-style-type: none"> - parásitos - erupción dentaria - alimentación inadecuada - acción de malos espíritus - caídas 	<ul style="list-style-type: none"> Cuidados alimentarios Sahumados con tabaco 	<ul style="list-style-type: none"> - administración de poã (“yuyos”) por vía oral - consulta a expertos locales - consulta a centros de salud
Juku´a (“Gripe”, “resfrío” y “tos”)	<ul style="list-style-type: none"> - cambios bruscos de temperatura - exposición a la lluvia - exposición al viento 	<ul style="list-style-type: none"> - Abrigo adecuado - Evitar la exposición al frío, calor y lluvias 	<ul style="list-style-type: none"> - administración de poã (“yuyos”) por vía oral - masajes en el pecho y/o mezclando yuyos con aceite comestible o grasa animal. - consulta a centros de salud
Ipireraku (“fiebre”)	<ul style="list-style-type: none"> - exposición al calor y al viento - erupción dentaria - acción de espíritus malignos 	<ul style="list-style-type: none"> Evitar la exposición al frío, calor y lluvias Sahumados con tabaco 	<ul style="list-style-type: none"> - administración de yuyos por vía oral o mediante baños o lavados de cabeza - consulta a expertos locales - consulta a centros de salud
Ojeokea (“se le parte la cabecita”)	<p>Tiene origen complejo y difícil de precisar</p> <p>Generalmente se atribuye a incumplimiento de tabúes y prematurez del niño</p>	<p>No hay referencias</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Emplastos con poã - Sahumados con humo de tabaco -Consulta a expertos locales
“Sarna”, “Comezón” y “Nacido”	<p>Higiene inadecuada</p>	<p>Adecuada higiene del niño</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Aplicación de preparados en base a yuyos en la zona afectada -Consulta a centros de salud

Estrategias preventivas y terapéuticas: tradición y cambios en el *Mbya reko*

Al analizar el material discursivo nos preguntamos ¿en qué aspectos se centran los argumentos acerca de la prevención de enfermedades y/o la protección de la salud? Al respecto identificamos que los comportamientos y

actitudes de las personas señalados a continuación, son considerados por los Mbya como “preventivos” en dos sentidos: evitarían la emergencia o la agudización de una “enfermedad” y/o favorecerían el mantenimiento de hábitos deseables o “saludables” y consecuentemente, el alejamiento de hábitos que pueden representar un riesgo para la salud propia o de algún miembro de la familia.

Como ejemplo, mencionamos los siguientes:

Primero, respetar de prescripciones y tabúes que integran el *Mbya reko* (por ej. Alimentos prohibidos y prescritos para cada etapa del ciclo vital; conductas y/o actividades evitadas durante momentos de tránsito de una etapa del ciclo vital a otra; conflictos y/o engaños entre los cónyuges; entre otros)

[siempre que la mujer engaña al esposo el bebé –*mitã irupy*– se enferma?] Si, siempre se enferma del espíritu [y si el hombre tiene relaciones sexuales con otra mujer?] también pasa eso, esa enfermedad, pero ahí capaz que el chico no se muera. Siempre la mamá es la que se tiene que cuidar más. Hay hombres que piensan que no es de él. El *Opyguã* puede saber por qué está enfermo el bebé, pero el *Opyguã* siempre le habla bien al hombre que no le pegue [a la mujer], aconseja todo, por el amor que le tiene al bebé, el bebé puede crecer, por eso hay hombres que la dejan cuando se enteran, otros se quedan y le quieren al bebé. Hay pocos que tiene confianza por su mujer y son celosos, andan peleando [...] (F.R, 30 años, Yvy Pytã).

Segundo, evitar conductas inapropiadas los progenitores, que sean contrarias a las pautas de sociabilidad y solidaridad grupal

[...] por ahí yo recibo mal a un señor, un *karai* de otro lugar, y yo no sé quien es, si es hechicero o sea, siempre tenemos que educar a los chiquitos que reciban bien a la gente para no cometer una equivocación digamos, vos lo recibís bien, y no te va a hacer nada malo, o sea respetar a las personas digamos [Sino se puede quedar mal con vos?] si, y mandar un *paye* [daña intencional] para tus chicos o al papá, o a cualquier pariente, por eso, el respeto, yo tengo que darle un asiento y preguntarle de donde viene y si quiere tomar mate que tome y yo le hago mate o él o ella. Nunca nos teníamos que reír de ellos porque a veces los viejitos se enojan y le manda un *paye* [...] (B.B. 22 años, Ka'aguy Poty).

Tercero, cuidar la higiene personal y de los espacios domésticos y evitar accidentes

[...] porque yo digo, cuando el patio está limpio, eso es lo más lindo que puede haber porque la gurisada no tiene peligro. Lavar los utensilios eso es lo fundamental también, porque yo aprendí, yo en ese sentido siempre tengo discusión con alguna gente. No es que *jurua* [los “blancos”] nada más tiene que andar limpio, algunos ya por eso me dicen “delicado” pero por ser aborígen no significa que debemos andar sucios (C.D, 29 años, Ka'aguy Poty, auxiliar docente aborígen)

Cuarto, permanecer cerca de los “*abuelos*” y al *opyguã*, escuchar la palabra

de los ancianos ya sean sus consejos como las interpretaciones de lo revelado en sus sueños:

[...] para que no se enferme el bebé, el papá tiene que tener [estar] junto con el abuelo o abuela. [Él o ella] va a saber qué enfermedad tendrá el bebé (M.R., 25 años, Yvy Pytã).

[...] por ejemplo a veces en el *opy* mismo ya le dice que le va a pasar, le dice como tiene que hacer, y ahí si no hace caso y si no le cuida bien a los chicos, ya se enferma y ahí solo los *Opyguã* le pueden curar. Yo no voy así al *opy* a rezar, porque los más chicos no entendemos lo que dicen los más grandes, los más viejitos hablan con palabras que no se entienden, con las palabras antiguas digamos. (B.B. 22 años, Ka'aguy Poty).

Y quinto, realizar cotidianamente algunos rituales que “*protegen*” y “*defienden*”. Por ejemplo: sahumados con el humo del tabaco al anochecer, uso del *popyguai* (“*salvavidas*”).

Figura 2:
Opyguã con elementos utilizados en la terapia: petyguã (pipa) y popyguã (salvavidas)



Fotografía: © Laura Teves.

Figura 3:
Mujer sahumando humo de tabaco sobre la coronilla de su hijo para protegerlo de los malos espíritus



Fotografía: © Carolina Remorini.

[...] Los que tienen familia tienen pipa. A veces tienen alguno enfermo fumás en eso y ponés el humo [echa una bocanada de humo sobre la cabeza de uno de sus hijos]. Cuando agarramos la pipa nos acordamos de nuestro Dios. Por costumbre no podemos fumar con esa pipa. Solamente cuando nos vamos a acordar de Dios, y ya ponemos el tabaco acá y fumamos. Se hace cada tarde, cuando vamos a dormir, como ustedes hacen un rezo cuando van a dormir. Se reza también, es de nuestro también, *mborai* [el rezo]. A esto le respetamos mucho. Le llamamos *popyguai*. Hacen ruido porque a veces de noche un gurisito llora y a veces no se sabe por qué. A veces le molesta, digamos, algún

mal espíritu llega a molestar y con esto se va [...] (PD, 39 años, Ka'aguy Poty).

Así, vemos que la mayoría de las referencias de los informantes a acciones o medidas preventivas remiten a pautas ligadas al mantenimiento de valores y modos de relación social propios del *Mbya reko*. No obstante, en algunos testimonios puede observarse cómo las pautas de higiene promovidas desde las instituciones de salud oficiales han sido incorporadas al discurso y en la práctica de algunos individuos más jóvenes que tienen mayor acceso a estas instituciones. Asociado a ello, en el discurso de estos individuos aparecen referencias a factores etiológicos que no son considerados por otros individuos. Como ejemplo de ello podemos citar el siguiente fragmento:

[...] porque yo creo que eso es cierto, porque ahí está mi hijita, que tiene parásitos, y mi señora decía que eso es porque comí muy pronto la carne de coatí, y de chanco, y eso es muy cierto, porque está, comprobado, viste. Pero para mí, que yo sé, por alguna parte de limpieza también (A.D., 32 años, Ka'aguy Poty, Agente Sanitario Aborigen).

Considerando el proceso que va desde el diagnóstico que realizan los padres en base a la observación de la conducta de sus hijos, la determinación del origen del padecimiento hasta la restitución de la salud, resulta que la intervención de diversos agentes y la apelación de diferentes explicaciones y recursos pertenecientes a sistemas médicos distintos son hechos frecuentes. Al respecto, se observa la incorporación y resignificación a nivel de las creencias sobre el origen de las enfermedades así como de las prácticas de prevención, diagnóstico y terapéutica.

Si bien en la mayoría de los casos, son los miembros del grupo doméstico quienes intervienen en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, en ocasiones se acude a los expertos, personas con conocimientos especiales para identificar las causas de ciertas enfermedades y para curar las mismas, designados en la lengua vernácula *poropoño va'e* cuyo significado se traduce como “*curanderos*”, “*que saben curar con yuyos*”. Además de estos especialistas, existe el *Karai Opyguã* o *Pai*. Estas personas alcanzan este status en la vejez y si bien muestran una orientación hacia temas religiosos desde pequeños, deben complementar esta cualidad con el aprendizaje de conocimientos y habilidades terapéuticas junto a otro experto desde muy jóvenes, a fin de lograr el respeto y aceptación del grupo (MARTÍNEZ et al.2002).

Los aspectos señalados hacen del *Opyguã* un individuo con características que lo distinguen de los *poropoãno va'e* cuyo dominio de acción se limita al manejo de recursos medicinales o a la práctica del bencimiento. El *Opyguã* es un líder espiritual de la comunidad y su actuación excede el dominio terapéutico. Es por ello que en las entrevistas con estos individuos obtenemos abundantes referencias a aspectos sobre los que los demás expertos no mencionan. Fundamentalmente los *Opyguã* se interesan por remarcar todas aquellas “consecuencias” que a nivel moral se desprenden del incumplimiento de tabúes y prescripciones. Es así que en su discurso se articulan permanentemente referencias al tiempo mítico y al estilo de vida de “los antiguos” como marco desde el cual interpretar y evaluar las causas y consecuencias de las acciones que se alejan del ideal de conducta. Desde lo normativo, la enfermedad, la muerte y otros males se asocian a conductas que vulneran los preceptos que hacen al mantenimiento del *Mbya reko* tal como fue establecido por los dioses, vivido por “los antiguos” y transmitido hoy por “los abuelos”. En este sentido, recae sobre estos expertos la responsabilidad de hacer cumplir los preceptos o prescripciones tradicionales y realizar acciones rituales necesarias para evitar la “enfermedad”.

Ahora bien, más allá del discurso, la observación de la vida cotidiana nos muestra que sólo se acude al *Karai Opyguã* cuando se trata de enfermedades que revisten mayor gravedad, si bien muchos entrevistados afirman que ante cualquier situación de enfermedad hay que recurrir primero a él y luego éste decide que pasos seguir. En el caso de las enfermedades leves (*mba'achy vevui*) en ninguna oportunidad se mencionó la consulta al *Opyguã*, sí en cambio a los *poropoãno va'e*.

Por otra parte, el conocimiento y uso de los “*yuyos*” no es privativo de los expertos. Al contrario, la mayoría de las personas adultas utilizan efectivamente numerosos “*poã*”, ya que el conocimiento sobre la localización, propiedades y formas de uso de las plantas medicinales se aprende en general a muy temprana edad a través de la observación de las actividades terapéuticas desarrolladas por los “mayores”.

Numerosas enfermedades que padecen los niños pueden ser diagnosticadas y curadas en el seno de la red social inmediata del niño. Según un informante “los que tienen familia tienen que saber”, es decir, para algunos

padres es indispensable poseer algún conocimiento acerca de las enfermedades que “*agarran*” frecuentemente a los niños y de los recursos más eficaces para tratarlas. En general son las madres quienes perciben y detallan una amplia gama de síntomas y eventuales causas que conducen a un diagnóstico presuntivo o más firme. Y suelen ser los padres del niño quienes intervienen más activamente en la búsqueda del recurso terapéutico, en especial si éste se encuentra en sectores alejados de las viviendas o en el monte. La intervención de uno u otro en la búsqueda y administración de los remedios depende del tipo de enfermedad que padece el niño y de la trayectoria y experiencia previa del adulto, tanto en relación a sus conocimientos sobre las enfermedades, como en el manejo de los “*yuyos*” u otros tipos de recursos terapéuticos (SY, 2007).

Figura 4:
Kuña Karai curando a su nieto con plantas medicinales



Fotografía: © Carolina Remorini

Durante las entrevistas algunos padres afirmaron “*saber más*” y otros expresaron “*no saber nada*”, remitiendo siempre a los ancianos, “*los abuelos*” para que sean ellos quienes contesten nuestras preguntas, siendo sus respuestas más frecuentes que “los nuevos no se interesan por aprender como antes”, o bien, “ahora vamos todos al hospital”. No obstante, de acuerdo con nuestras observaciones esto no es así en todos los casos. Lo jóvenes minimizan sus

conocimientos terapéuticos y resaltan los de los “*mayores*”, marcando un contraste entre el actual estilo de vida y el de “*los antiguos*”, señalando además como un factor clave para esta distinción el acceso a educación formal e, incluso, la formación en instituciones sanitarias.

De este modo, si bien en ciertas ocasiones a nivel discursivo se marca este contraste entre la medicina *Mbya* –o “*medicina natural*” como la llaman algunos– y la medicina de los *jurua*, en las situaciones concretas de enfermedad podemos ver la apelación exclusiva, combinada o alternativa de cada una de ellas, en función de un conjunto de factores. En este sentido, presentar el comportamiento frente a la enfermedad en términos de una dicotomía conocimiento tradicional/biomédico o indígena/no indígena sería una simplificación de los criterios de decisión que utilizan los *Mbya* diariamente para resolver sus problemas de enfermedad y los de sus hijos. Por el contrario, existe una continuidad dada por decisiones que articulan la percepción de signos y síntomas, de la gravedad de la enfermedad, la eficacia o ineficacia de tratamientos previos y la disponibilidad del recurso.

En el discurso de los *Opyguã* se manifiesta la diferencia entre las enfermedades propias de los *Mbya*, que se pueden curar utilizando “*yuyos*”, el humo de la *petýgua* (pipa), oraciones y cantos en el *opy*, y las enfermedades “*de los jurua*”, producto del contacto interétnico, frente a las cuales la terapia tradicional no resulta efectiva en muchos casos. Desde este punto de vista, la aparición de enfermedades “*nuevas*” justifica el recurso a la biomedicina.

Por otra parte, existen ocasiones en las que la biomedicina es preferible a los recursos locales. En particular, en el hospital es posible acceder a medicamentos que aceleran la recuperación del enfermo por oposición a los “*yuyos*” que aún cuando se consideran eficaces, se admite que “*hay que esperar más*” para percibir sus efectos. Asimismo, se observa en los últimos años un aumento de la consulta de mujeres jóvenes a centros de salud en especial, durante el embarazo y para ser atendidas durante el parto. Por último, la visita de personal sanitario a las comunidades durante campañas de vacunación masiva ha promovido una mayor aceptación de las vacunas y el reconocimiento de su importancia para la prevención de enfermedades en los niños.

Mientras que los *Opyguã* son consultados sólo en casos graves o excepcionales y cuando la causa de la enfermedad no puede ser identificada por

los “legos” (CRIVOS, 2004; SY y TEVES, 2006) son principalmente las mujeres jóvenes y ancianas quienes enfrentan y resuelven diariamente los problemas de salud que afectan a sus hijos y/o nietos, utilizando en forma alternativa o combinada, recursos locales y de la biomedicina. Son también las mujeres quienes salen de la aldea en busca de soluciones más efectivas. Así, articulan el adentro y el afuera, transitan y comunican el “mundo Mbya” y el “mundo de los jurua” (REMORINI, 2005).

En este sentido, y siguiendo a Idoyaga Molina (1999), se observa la creciente plasticidad de los sistemas etnomédicos (GOOD, 1994), es decir, la mayor utilización de los recursos y marcos referenciales de la medicina científica en su articulación con creencias, conocimientos y valores propios del grupo. Ello define un escenario caracterizado por el pluralismo médico tal como lo definió Cosminsky (1980), que genera una heterogeneidad no sólo en la conducta, sino también en las creencias médicas.

Finalmente, la accesibilidad a los servicios de salud se convierte en un factor clave para su efectiva utilización. Aún registrando en la actualidad un mayor uso de los mismos, los aborígenes se enfrentan con una serie de dificultades vinculadas a la interacción con el personal, desde los administrativos –con quienes tienen el primer contacto– hasta los profesionales. De este modo, la accesibilidad geográfica a los centros de salud, no significa que la población aborígen pueda hacer efectiva utilización de los servicios que allí se prestan (SY y REMORINI, 2009).

Todos estos aspectos dan cuenta de un escenario complejo, en donde la pluralidad de estrategias es vista como necesaria para aumentar las posibilidades de sanar. Si bien al justificar la importancia y eficacia de sus prácticas de crianza, la mayoría de los padres y abuelos apelan a la continuidad intergeneracional de prácticas ancestrales, observamos que la adhesión a la tradición varía según la situación. En este sentido, el reconocimiento del valor – simbólico, moral y práctico– de la tradición no excluye la consideración de otras alternativas de acción.

Consideraciones finales.

La salud de los niños: pasado y presente

El anclaje en las nociones Mbya de crecimiento, crianza y cuidado que

emergieron a través de nuestra investigación constituyó una vía de acceso privilegiada a las representaciones y prácticas en torno al crecimiento y desarrollo y a los procesos de salud-enfermedad en la infancia. El período de la gestación y los primeros meses de vida, durante los cuales se considera al niño “*nuevito*” (*mitã pyta*) son vistos como momentos de alta vulnerabilidad a tal punto que, para explicar y justificar un conjunto de hechos que ocurren en los primeros años de vida –tales como trastornos del crecimiento o enfermedades reiteradas–, se remite en última instancia a lo que ha sucedido durante su gestación. En particular, el acento recae sobre las conductas y actitudes de los progenitores y otros miembros de la familia durante ese período, en especial, el incumplimiento de prescripciones y tabúes.

Así, mientras el niño es “*nuevito*” su espíritu (*ñe'e*) “*exige*” cuidados para que “*se halle*” en la tierra. Los miembros del *teko'a* deben proveer las condiciones necesarias para que el niño “*quiera crecer*”. Esto incluye alimentarlo, protegerlo frente a diversos riesgos, educarlo. Al respecto, gran parte de nuestra investigación se ha dedicado a caracterizar aquellas actividades que en forma rutinaria desarrollan madre, padre, abuelos y otros niños orientadas a “*hacer crecer*” a los niños.

Siguiendo a Young (1976), las creencias y prácticas médicas tienen, por un lado, un fundamento práctico o instrumental relacionado con la necesidad de favorecer el cambio o prevenir la enfermedad como evento disruptivo que no debe persistir. Por otro, un valor simbólico, esto es, comunicar y confirmar ideas acerca del mundo (CRIVOS, 2004). En este sentido, las representaciones sobre la enfermedad y el estar enfermo nos permiten acceder a las concepciones sobre la persona, las relaciones sociales, las interacciones entre humanos y no humanos, entre los Mbya y su ambiente, el monte. En el caso particular de las enfermedades en los niños se añaden otros aspectos. La emergencia y la reiteración de enfermedades en los niños es responsabilidad de los padres y se vincula directamente a nivel discursivo con la negligencia, el incumplimiento de las pautas “*de los abuelos*” y la falta de madurez para desempeñar este rol.

La recurrencia de enfermedades en un niño como la existencia en la comunidad de numerosos niños enfermos es interpretado como una señal de que “*algo anda mal*”. En este sentido, si el espíritu de un niño “*no se halla*” es porque las condiciones que ofrece el *teko'a* no son las adecuadas para garantizar

su crecimiento, salud y bienestar. En consecuencia, ciertos cambios en el estilo de vida de los “*nuevos*” por oposición a los “*antiguos*” explicarían la mayor presencia de la enfermedad en las comunidades Mbya que afectan a los sectores más vulnerables de la población.

La preocupación por el estado de salud de los niños constituye un hecho frecuente y recurrente en la vida cotidiana de los Mbya, tal como se expresa en sus relatos, donde la enfermedad y muerte de los niños son señales de la preeminencia del *teko achy* (el modo de ser imperfecto) sobre el *teko porã* (*porã*: bueno, lindo, es decir, el modo de ser bueno). El *Mbya reko* se caracteriza por una relación armónica entre el orden natural y sobrenatural, basada en la observancia de los principios establecidos por *Ñamandu Ru Ete* en los primeros tiempos. En el relato de los Mbya contemporáneos el tiempo de “*los antiguos*” aparece en el discurso como aquella época en la que no había tantas enfermedades, donde se podía “*vivir tranquilo*”, ya que había mejores tierras para el cultivo, que posibilitaban la reciprocidad al compartir lo que se producía. Al decir de un informante:

[...] No estamos mejor ahora. Anteriormente nuestros abuelos vivían más tranquilos. Ellos vivían en el monte, no les llegaba la enfermedad. Era todo natural. Cambiamos un poco pero no es mejor que antes [...].
(LG, 42 años, Yvy Pytã)

Esta percepción nos conduce a analizar qué aspectos se consideran centrales para definir el bienestar y la salud y qué situaciones dificultan su logro en la actualidad. El desequilibrio se expresa en la pérdida del monte, escasez de tierra, tensiones y conflictos sociales y la aparición de nuevas enfermedades, entre otros, considerados producto del contacto con el “*blanco*”. Estas nuevas enfermedades o “*enfermedades de los blancos*” han requerido de una actualización y resignificación de explicaciones tradicionales. En este sentido, estas enfermedades, por aparecer en un contexto de cambio –social y ambiental– pueden explicarse como el resultado de actividades que han vulnerado y/o conducido a una pérdida de ese equilibrio entre los Mbya y su ambiente. En síntesis, la enfermedad y la muerte infantil son indicadores de cambios y crisis, tanto a nivel de las relaciones con el entorno como de las relaciones interétnicas.

Finalmente, es preciso reconocer que la preocupación por la vulnerabilidad de los niños es común a todas las sociedades, que desarrollan

métodos, sistemas de vigilancia y toman algunos indicadores –como la morbilidad y la mortalidad infantil– para dar cuenta de la situación de una comunidad, una región o un país. De este modo, en diferentes contextos socioculturales e históricos, la enfermedad y la muerte infantil sirven de “test” para analizar y evaluar diversos aspectos del estilo de vida de una sociedad.

Bibliografía

ASSIS, Valéria e GARLET, Ivori José. Análise sobre as populações guarano contemporâneas: demografia, espacialidade e questões fundiárias. *Revista de Indias*, vol. LXIV, n° 230, 2004, pp. 35-54.

CADOGAN, León. En torno al Bai Ete Ri Va guayakí y el concepto guaraní de nombre. *Suplemento Antropológico*, vol. I, n° 1, 1965, pp.3-13.

_____. *Ayvu Rapyta. Textos Míticos de los Mbyá-Guaraní del Guaira*. Biblioteca Paraguaya de Antropología. Volumen XVI. Asunción: Fundación “León Cadogan”, 1997.

_____. *Diccionario Mbyá-Guaraní-Castellano*. Biblioteca Paraguaya de Antropología. Vol. XVII. Asunción: Fundación “León Cadogan”, 1992

COSMINSKY, Sheila y Mary SCRIMSHAW. Medical pluralism on a Guatemala plantation. *Social Science and Medicine*, vol. 14, 1980, pp.267-78.

CRIVOS, Marta. Metodología etnográfica y Juegos de lenguaje. *Revista del Museo de La Plata. Nueva Serie. Antropología* vol 75, 1995, pp. 239-263.

_____. *Contribución al estudio antropológico de la medicina tradicional de los Valles calchaquíes (Provincia de Salta)*. Tesis Doctoral. La Plata: Universidad Nacional de La Plata, 2004. Disponible en: <<http://sedici.unlp.edu.ar?id=arg-unlp-tpg-0000000083>>.

_____ y MARTÍNEZ, María Rosa. Las estrategias frente a la enfermedad en Molinos (Salta, Argentina). Una propuesta para el relevamiento de información empírica en el dominio de la etnobiología. IN: *Contribuciones a la Antropología Física Latinoamericana (Memoria del IV Simposio de Antropología Física “Luis Montané”)*. La Habana: Instituto de Investigaciones Antropológicas - UNAM/Museo Antropológico Montané, Universidad de La Habana, 1996, pp. 99-104.

DALTABUIT GODÁS, Magali. *Mujeres Mayas. Trabajo, nutrición y fecundidad*. México: Instituto de Investigaciones Antropológicas UNAM, 1992.

DOOLEY, Robert A. *Léxico Guaraní, Dialecto Mbyá*. 1998. Disponible en: <<http://orbita.starmedia.com/~i.n.d.i.o.s/dooley/gndc.htm>>.

ENCUESTA COMPLEMENTARIA DE PUEBLOS INDÍGENAS (ECPI). Resultados provisionales. Provincia de Misiones Ministerio de Economía y Producción. Secretaría de Política Económica. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Disponible en: <www.indec.gov.ar> ,2004-2005.

FRAKE, Charles. The Diagnosis of Disease among the Subanum of Mindanao. *American Anthropologist*, vol. 63, 1961, pp. 113-132.

GOOD, Byron J. *Medicine, rationality, and experience: An anthropological perspective*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1994.

GOROSITO KRAMER, Ana María. *Encuentros y desencuentros. Relaciones interétnicas y representaciones entre los Mbya guaraní y la población regional de Misiones, Argentina*. Disertación de Maestría. Brasilia: UnB, 1982.

GUASCH, Antonio. *El idioma Guaraní. Gramática y antología de prosa y verso*. Asunción: CEPAG, 1996.

IDOYAGA MOLINA, Anátilde. La selección y combinación de medicinas entre la población campesina de San Juan (Argentina). *Scripta Ethnológica*, vol. XXI, 1999, pp. 7-33, 1999.

LAVE, Jean. *Cognition in Practice*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.

LEWIS, Oscar. *Antropología de la pobreza. Cinco familias*. México: Fondo de Cultura Económica, 1985.

MARTÍNEZ, María Rosa; CRIVOS, Marta; y REMORINI, Carolina. Etnografía de la vejez en comunidades Mbyá-Guaraní, provincia de Misiones, Argentina. IN: *Il Vecchio allo Specchio. Vivere e curare la vecchiaia nel mondo*. Vol. 4. Biblioteca di Antropologia della Salute. Genova: Erga Edizione, 2002, pp. 206-222.

REMORINI, Carolina. Caminar a través del monte. Una aproximación a la movilidad Mbya en el pasado y en el presente. IN: *Publicación Especial de las II Jornadas sobre Poblamiento, Colonización e Inmigración en Misiones*. Posadas: Ediciones Montoya, 2001, pp. 309-326.

_____. Persona y Espacio. Sobre el concepto de 'teko' en el abordaje etnográfico de las primeras etapas del ciclo de vida Mbya. *Scripta Ethnologica*, vol. XXVIII, 2005, pp. 59-75.

_____. Las relaciones intergeneracionales en la vida cotidiana. Sobre el rol de los abuelos en las actividades de cuidado infantil en comunidades Mbya (Misiones, Argentina). *Actas del VIII Congreso de Antropología Social, Simposio 14: Cultura y envejecimiento. Abordajes multi e interdisciplinarios*. Salta: EDUNSa, 2006.

_____. *Aporte a la Caracterización Etnográfica de los Procesos de Salud-Enfermedad en las Primeras Etapas del Ciclo Vital, en Comunidades Mbya-Guaraní de Misiones, República Argentina*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata: Edulp, 2009. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/search/request.php?id_document=ARG-UNLP-TDG-0000000330&request=request>.

_____ y SY, Anahí. Las sendas de la imperfección (tape rupa reko achy). Una aproximación etnográfica a las nociones de salud y enfermedad en comunidades Mbyá. *Scripta Ethnologica*, vol. XXIV, 2002, pp. 133-147.

RUIZ DE MONTTOYA, Antonio. *Tesoro de la lengua Guaraní*. Madrid, 1639.

SPITZ, René. *El primer año de vida del niño*. México DF, Fondo de Cultura Económica, 1998. [1965].

SY, Anahí. La enfermedad en un contexto pluriétnico. Parasitos y enfermedad parasitaria en el Valle del Cuña Piru, Provincia de Misiones (Argentina). En: *Los*

Carolina Remorini

Hacer crecer un niño (*Mitã ñemongakuaa*): el cuidado de la salud de los niños y las ...

camimos terapeuticos y los rostros de la diversidad. La selección y combinación de medicinas en Argentina. Tomo I. Buenos Aires: Espacio editorial. 2007.

_____ *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. La Plata: Universidad Nacional de La Plata, 2008.

_____ y TEVES, Laura. La participación de los ancianos Mbya-Guarani en los procesos de resolución de enfermedades. Decisiones y redes sociales comunitarias. *Actas del VIIIº Congreso Argentino de Antropología Social.* Salta: EDUNSa, 2006.

_____ y REMORINI, Carolina. Hacia un abordaje integral e intercultural de la salud de los niños Mbya. Contribuciones de la investigación etnográfica y desafíos para la gestión pública. IN: *Oportunidades. Caminos hacia la protección integral de los Derechos del niño.* Bahía Blanca: Ed. Libros en Colectivo y Universidad Nacional del Sur, 2009

YOUNG, Allan. Some Implications of Medical Beliefs and Practices for Social Anthropology. *American Anthropologist*, vol. 78, 1976, pp. 5-24.

Colaboração recebida em 30/09/2009 e aprovada em 26 /05/2010.