



**CULTURANACION**

Secretaría de Cultura  
PRESIDENCIA DE LA NACIÓN

**PRESIDENCIA DE LA NACIÓN**

**SECRETARÍA DE CULTURA**

# **CUADERNOS**

**DEL INSTITUTO NACIONAL  
DE ANTROPOLOGÍA  
Y PENSAMIENTO LATINOAMERICANO**

# **20**

**BUENOS AIRES, ARGENTINA  
2003-2005**

Los autores son responsables de las ideas expuestas  
en sus respectivos trabajos

**SECRETARÍA DE CULTURA  
de la PRESIDENCIA DE LA NACIÓN**

# **CUADERNOS**

**DEL INSTITUTO NACIONAL  
DE ANTROPOLOGÍA  
Y PENSAMIENTO LATINOAMERICANO**

**20**

**BUENOS AIRES, ARGENTINA  
2003-2005**

## AUTORIDADES

Presidente de la Nación  
Dr. Néstor Carlos Kirchner

Vicepresidente de la Nación  
Dn. Daniel Scioli

Secretario de Cultura  
Dr. José Num

Subsecretario de Cultura  
Dr. Pablo Wisznia

Director Nacional de Patrimonio y Museos  
Dr. Américo Castilla

Directora del Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano  
Dra. Diana Susana Rolandi de Perrot

## COMITÉ HONORARIO

Dra. Tania Andrade Lima (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil)  
Dr. Antonio A Arantes (Universidade Estadual de Campinas, San Pablo, Brasil)  
Dr. Leopoldo Bartolomé (Universidad Nacional de Misiones, Argentina)  
Dr. Lewis Binford (Southern Methodist University, Texas, EEUU)  
Dr. George Marcus (Rice University, Texas, EEUU)

## COMITÉ EDITORIAL

Silvia García, Ana Gabriela Guráieb, Daniel Olivera, María Cecilia Pisarello, Diana Rolandi.

## SECRETARIA EDITORIAL

Concepción Sierra

## EVALUADORES DEL PRESENTE VOLUMEN

Roberto Abínzano (Universidad Nacional de Misiones), María Leonor Acuña (INAPL-UBA), Santiago Álvarez (IDES), Jorgelina Azcárate (Universidad Nacional de Tucumán), Roberto Bárcena (CONICET), Leopoldo Bartolomé (Universidad Nacional de Misiones), Eduardo Berberían (CONICET- Universidad Nacional de Córdoba), José Braunstein (CONICET), Claudia Briones (UBA), Morita Carrasco (UBA), María Teresa Civalero (CONICET-INAPL), Eduardo Crivelli Montero (CONICET-UBA), Patricia Escola (CONICET-Universidad Nacional de Catamarca), Marcelino Fontán (Universidad Nacional de Córdoba), Silvia García (INAPL), Rafael Goñi (INAPL-UBA), Mabel Grimberg (UBA), Rosana Guber (IDES), Ana Gabriela Guráieb (INAPL), Cecilia Hidalgo (CONICET-UBA), Norma Hilguert (Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México), María Estela Mansur (CONICET), Alicia Martín (INAPL-UBA), María Rosa Neufeld (CONICET), Marta M. Páez (CONICET), Jorge Palma (UBA),

Jefrey Parsons (University of Michigan, EEUU), Pastor Arenas (CONICET), Cecilia Pérez de Micou (CONICET-INAPL), María Mercedes Podestá (Sociedad Argentina de Antropología), Hugo Ratier (UBA), Jorge Rodríguez (CONICET), Arturo Emilio Sala (Asociación Latinoamericana de Filosofía y Ciencias Sociales-Centro de Estudios de las Experiencias Contemplativas y Mística Comparada), Vivian Scheinsohn (CONICET-INAPL), Carlota Sempé (CONICET-UNLP), Leonor Slavsky (INAPL), Marija Mojca Tercej (Slovene Ethnographic Museum), Laura Teves (UNLP), Sofía Tiscornia (UBA), Hugo Trinchero (UBA), Irene Vasilachis de Gialdino (CONICET-Centro de Estudios e Investigaciones Laborales), Beatriz Ventura (CONICET), Sergio Visacowsky (UBA), Marcelo Weissel, Verónica Williams (CONICET- Universidad Nacional del Centro de la Pcia. de Buenos Aires), Pablo Wright (CONICET-UBA), Hugo Yacobaccio (CONICET-UBA), Andrés Zarankin (CONICET).

CONICET: Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas

IDES: Instituto de Desarrollo Económico y Social

INAPL: Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano

UNLP: Universidad Nacional de La Plata

UBA: Universidad de Buenos Aires

*Cuadernos del Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano* es una publicación del Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano (INAPL) de frecuencia bianual. Números atrasados solicitar por canje a [inapl@bibapl.edu.ar](mailto:inapl@bibapl.edu.ar). Los autores son responsables de las ideas expuestas en sus respectivas trabajos.

## MUJERES *MBYA*: VIDA COTIDIANA Y CUIDADO INFANTIL. ESTUDIO ETNOGRÁFICO EN COMUNIDADES *MBYA* DEL VALLE DEL CUÑA PIRU (MISIONES)

Carolina Remorini\*

### RESUMEN

En este trabajo intentaremos reflexionar sobre el valor que adquieren las diferencias de género en las prácticas cotidianas de cuidado de la salud infantil en las comunidades *Mbya Ka'aguy Poty* e *Yvy Pytã* de Misiones (Argentina). En relación a ello, focalizaremos sobre el desempeño de mujeres adultas y ancianas del grupo doméstico en tales actividades, así como en la transmisión de saberes acerca de ellas.

*Palabras clave:* Mujeres *Mbya*, etnografía, vida cotidiana, cuidado infantil, procesos de salud-enfermedad.

### ABSTRACT

This paper analyze the alternatives of childhood health care associated to gender differences in two *Mbya* communities, *Ka'aguy Poty* and *Yvy Pytã* (Misiones, Argentina). Adult and old woman's behavior related to domestic activities, as well as to knowledge transmission, define our main interest.

*Keywords:* *Mbya* women, ethnography, everyday life, childhood care, health/illness process.

---

\* Facultad de Ciencias Naturales y Museo, Universidad Nacional de La Plata. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. cremorini@museo.fcnym.unlp.edu.ar

## INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo intentaremos reflexionar sobre el valor que adquieren las diferencias de género en las prácticas cotidianas de cuidado de la salud infantil en las *comunidades Mbya Ka'aguy Poty e Yvy Pytã* de la provincia de Misiones<sup>1</sup>. En relación a ello, focalizaremos sobre el desempeño de mujeres adultas y ancianas del grupo doméstico en tales actividades, así como en la transmisión de sus saberes acerca de ellas.

El conocimiento de los ancianos y ancianas –algunos de los cuales son referidos como “expertos” y denominados *Karai*, *Kuña Karai* y *Opyguã* en la lengua *Mbya*, es especialmente valorado en virtud de ser considerados como los depositarios de saberes ancestrales que desconocen las generaciones más recientes. Debido a ello, son consultados en forma frecuente frente a episodios de enfermedad de niños y adultos.

Sin embargo, de la observación y registro de las actividades diarias en el ámbito doméstico surge que es fundamentalmente en las mujeres –madres y abuelas– sobre quienes recae la responsabilidad del cuidado y atención de la salud de los niños pequeños, recurriendo a los “expertos” sólo frente a casos de enfermedad considerados excepcionales o graves, desde la perspectiva *Mbya*.

Así, nuestro enfoque de los procesos de salud-enfermedad en las primeras etapas del ciclo vital centrado en la descripción etnográfica de las prácticas cotidianas de cuidado infantil<sup>2</sup>, nos ha abierto interesantes perspectivas acerca de un tema que ha sido abordado, en general, desde el discurso de los expertos en los dominios religioso y terapéutico.

LUGAR DE LOS SABERES Y PRÁCTICAS TERAPÉUTICAS DE LAS MUJERES EN LA LITERATURA SOBRE LOS *MBYA*

Las concepciones y prácticas en torno a la salud y enfermedad de las etnias *Mbya-Guaraní* han tenido un lugar destacado en la literatura etnográfica<sup>3</sup>, así como en los documentos producidos por misioneros y naturalistas desde el siglo XVI. En ellas, se destaca la estrecha vinculación entre los conocimientos terapéuticos y el universo mítico-religioso del grupo. En la narrativa recogida y recopilada por León Cadogan es donde, fundamentalmente, podemos apreciar la significación de las nociones de salud y enfermedad por referencia a este corpus mítico que fundamenta, orienta y legitima las diversas prácticas cotidianas que configuran el *Mbya reko*, o modo de ser *Mbya*.

Son los relatos pronunciados por líderes religiosos (*Opyguã*) y políticos (*mburuvicha*) –hombres en todos los casos–, los que Cadogan utiliza como fuente privilegiada de conocimiento del modo de vida de los *Mbya*. El valor otorgado a la narrativa en la obra de Cadogan deriva de una estrategia retórica utilizada por los propios *Mbya*, que a través de ella, han despertado la admiración de los investigadores quienes han puesto de relieve el valor de la palabra como elemento central de la identidad étnica de estos grupos. Aún hoy los etnógrafos somos seducidos por las *ñe'ẽ pora* –las bellas palabras–, que actualmente sólo pronuncian los líderes religiosos en el contexto ritual.

Como plantea Celeste Ciccarone (2002: 12): “(...) *La insistencia en el discurso religioso por los propios Mbya no está exenta de un proceso de manipulación en un campo de imágenes negociadas. Ellos son conscientes del poder de seducción y persuasión que su retórica ejerce sobre los blancos (de los cuales no estamos excluidos) y de los efectos de la apelación a la religión (...) La búsqueda de un núcleo cultural original y el énfasis en la experiencia extraordinaria, producen un efecto de ocultamiento de las relaciones de contacto, y la dinámica de la vida diaria*”.

La orientación de la tradición etnográfica hacia el discurso, trajo aparejada cierta idealización de la cultura guaraní en tanto “experiencia religiosa”, lo que por un lado “exotizaba” al grupo, y por otro lado, ocultaba su variabilidad intracultural.

Si bien en los últimos años, los intereses de etnógrafos e historiadores se han diversificado hacia aspectos de la cultura *Mbya* relacionados con el territorio, la movilidad espacial, la organización socio-política y las relaciones interétnicas, aún continúan interesados en recuperar la dimensión religiosa de la vida guaraní. De este modo, y siguiendo el planteo de Ciccarone (2002:11) “*Los interlocutores indígenas, casi siempre hombres y dirigentes espirituales, no reciben por parte de los autores, estudios biográficos de peso. Son personajes que permanecen en el limbo de la idealización, sin historias de vida. (...) La mayoría de los estudios establece una relación de autoridad con la tradición instituida (...) donde aparece una colectividad orgánica sin vida cotidiana, sin pluralidad y sin voz*”.

De esta manera, las fuentes etnográficas centradas fundamentalmente en la narrativa y experiencia religiosa nos muestran la normativa, el discurso idealizado acerca de la conducta en relación a la enfermedad, y del rol de los líderes religiosos en el tratamiento de enfermedades. La ausencia de referencias acerca de la actuación de mujeres en estos aspectos de la vida grupal, a excepción de los recientes trabajos de Garlet (1997) y Ciccarone (2001) sumada al énfasis puesto tradicionalmente en la actuación de los hombres, restringe nuestra comprensión de la intervención de hombres y mujeres en distintas instancias del proceso de atención de la salud.

Consideramos que recuperar estos aspectos resulta de central importancia para caracterizar la variabilidad intracultural en las decisiones y estrategias *Mbya* frente a los procesos de salud-enfermedad en la actualidad.

## NUESTRA INVESTIGACIÓN

El análisis de la información provista por las fuentes bibliográficas y del material discursivo obtenido en diversas campañas acerca de las concepciones, conocimientos y experiencias sobre el cuidado de la salud de los niños, y la prevención de una serie de riesgos y dolencias en la infancia, nos condujo a plantear la necesidad de contrastar y evaluar esta información por referencia a otras fuentes.

Es por ello que iniciamos la búsqueda de unidades de observación y registro de información que nos permitan acceder a los modos en que las representaciones locales se actualizan y articulan en las prácticas cotidianas de los miembros de la comunidad.

A diferencia de los enfoques centrados en fuentes verbales, nuestra investigación etnográfica de los saberes y prácticas en relación con los procesos de salud-enfermedad en la infancia, se centra en el estudio intensivo de las actividades domésticas. En este sentido, focalizamos en la observación y registro de las actividades de *cuidado infantil*, entendido como todas aquellas representaciones y prácticas que tienen por objeto la atención y supervisión del desarrollo de los niños y su bienestar desde los momentos previos al nacimiento<sup>4</sup>.

El registro de la información sobre este tema requirió de la combinación y uso alternativo de distintas técnicas cualitativas propias de la metodología etnográfica.

Por un lado, realizamos observaciones (sistemática y participante) cubriendo la mayor parte de la jornada y durante varios días consecutivos en diferentes unidades domésticas (UD)<sup>5</sup> de ambas comunidades (5 en *Yvy Pytã* y 8 en *Ka'aguy Poty* en los años 2001 y 2003) con el objeto de caracterizar las rutinas diarias, describiendo y registrando los comportamientos de sus integrantes, focalizando especialmente en las madres y niños. Por otro lado, entrevistamos a adultos y ancianos de ambos sexos (expertos y legos) con el propósito de contrastar hipótesis derivadas de los resultados de la observación, indagando en los fundamentos de las actividades de cuidado infantil reconocidas mediante la observación. El trabajo con individuos de diferentes generaciones nos permitió acceder a los cambios en estas representaciones y prácticas a través del tiempo.

### KARAI -KUERY: ATRIBUTOS Y ROLES DE ADULTOS Y ANCIANOS EN EL DOMINIO TERAPÉUTICO

Entre los *Mbya*, la transición a la vida adulta requiere asumir ciertas actitudes y responsabilidades frente a las obligaciones cotidianas, así como un uso de la palabra marcado por la moderación y la sabiduría. El proceso de endoculturación *Mbya* se orienta a estos objetivos desde edades muy tempranas, alrededor de los 12 o 13 años, si bien aún no se los considera adultos.

La sabiduría –atributo de gran valor para este grupo– se logra o adquiere a través del transcurso de la vida, y en consecuencia, es patrimonio de los *karai* y *kuña karai*, es decir, los hombres y mujeres adultos. El término *karai*, presente en ambas categorías, puede ser aplicado en diferentes contextos y en todos los casos, refiere a una serie de características tales como madurez, sabiduría, poder, y espiritualidad, que habilitan a quienes los poseen –hombres o mujeres– a realizar tareas indelegables a los jóvenes<sup>6</sup>.

En función de los objetivos de este trabajo sólo consideraremos dos de los casos en los que se aplica esta categoría. En primer lugar, se refiere a los adultos mayores (hombres y mujeres) que poseen habilidades y conocimientos en el diagnóstico y tratamiento de dolencias, denominados *Karai* y *Kuña Karai*. Estos individuos gozan de prestigio en virtud de esos conocimientos, que incluyen no sólo el saber acerca de los remedios del monte (*poã*), sino también las oraciones y cantos que acompañan toda curación. En segundo lugar, corresponde a la denominación dada a los líderes religiosos del



grupo, los *Karai Opyguã*. Cadogan (1992: 79) define *karai* como: “*sacerdote o chamán, señor, hombre respetable*”, combinando las ideas de poder y de facultades extraordinarias. De acuerdo con este mismo autor, los *Karai Opyguã*, antiguamente podían ser hombres o mujeres<sup>7</sup>. A través de la comunicación con los dioses, el *Opyguã*, puede predecir eventos, diagnosticar enfermedades y brindar consejos que hacen al bienestar de las personas. Asociado a estos atributos, pueden dirigir las ceremonias vinculadas con el ciclo anual de actividades y el ciclo de vida individual. En este sentido, son los únicos que pueden bautizar a los niños, es decir, imponerles un nombre y establecer el origen o procedencia divina de su alma<sup>8</sup>, hecho considerado de fundamental importancia para la continuidad del orden social. (Martínez *et al* 2002).

En este sentido, observamos que las expectativas en torno al rol de los ancianos y ancianas están en estrecha vinculación con sus conocimientos y habilidades en los dominios terapéutico y religioso fundamentalmente, es decir, en su contribución al reestablecimiento de la salud y bienestar de las personas del grupo.

De nuestra indagación acerca de las diferencias en relación al desempeño e intervención de adultos y ancianos en casos de enfermedad de los niños, resulta una primera distinción entre los *karai kuery, opyguã* por un lado, y *poropoãno va'e*, por otro. Respecto de los *poropoãno va'e*, esta categoría designa a los hombres y mujeres “*que saben de yuyos*”, es decir, plantas medicinales, también referidos en español como “*curanderos/as*”.

En el caso del *Opyguã o Pai* ya adelantamos algunos de sus atributos principales. La observación de los comportamientos cotidianos frente a problemas de enfermedad nos muestra que sólo se acude a ellos en ciertos casos, sobre todo enfermedades que revisten mayor gravedad. Si bien muchas de las personas entrevistadas plantean que ante cualquier situación de enfermedad hay que recurrir primero al *opyguã*, 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 *karai poropoãno va'e*:

“(...) *hay un hombre por ahí, médico o médica, un señor, una señora ... que no es todas las enfermedades el doctor puede curar* [¿quiénes son acá en la comunidad las personas que saben?] MS: *es que ahora casi no hay de los que saben, acá vivía un cuñado mío que falleció hace más de un año, A. R, (...) nosotros le llamamos Karai* [¿y que quiere decir Karai?] MS: *Karai quiere decir señor, ... ya igualamos casi como dios, es palabra mayor ya, y ese como cualquier uno nomás, ... está una ciencia de eso y de, como dice, él tiene una parte, casi todos tienen, el signo que dicen* [¿Karai es un signo?] MS: *si* [¿y hay más signos?] MS: *Karai, Kuaray, ... Vera (...) que eso no es todo los Karai tampoco que tiene eso* (ese conocimiento) *algunos creo pero no es todos* [o sea, algunos curan pero no pueden bautizar] MS: *no, no puede porque no tiene alcance* [¿y las mujeres pueden curar?] MS: *si* [¿y las mujeres pueden bautizar a los nenes?] MS: *no, eso no, pueden curar pueden curar pero otro no...*” (MS, anciano de 63 años, *Ka'aguy Poty*).

En este testimonio aparecen explícitas las diferencias en relación a la competencia de los diferentes expertos. Por un lado, la distinción entre enfermedades leves o comunes y graves es uno de los criterios centrales en la decisión de recurrir a uno u otro. Respecto a ello, las enfermedades consideradas graves (*mba'achy vai kue*) son aquellas que implican un daño irreversible o la muerte. En la mayoría de los casos, son atribuidas a la acción de seres sobrenaturales malignos, principalmente espíritus de personas fallecidas (*mbogua*) o al abandono de una de las almas que integran la persona (*ñe'e vai*). En estos casos, sólo el *Opyguã*, a través del humo del tabaco, puede diagnosticar la causa, restituir el alma al enfermo o neutralizar la acción de los espíritus malignos, y de esta manera, reestablecer la salud. Las enfermedades leves (*mba'achy vevui*), por ejemplo gripe (*jukua*), diarrea (*gerachy*), o parásitos (*tacho*), no implican daños graves, y pueden ser tratadas utilizando recursos terapéuticos naturales por los *poropoãno va'e* o legos. Sin embargo, en muchas ocasiones, el padecimiento de una enfermedad de este tipo coloca al individuo en un estado de vulnerabilidad que lo hace susceptible de ser alcanzado por un espíritu maligno y en consecuencia, enfermar de gravedad o morir.

Por otro lado, en el discurso citado se hace referencia a que las mujeres no pueden dirigir las ceremonias de bautismo (*Ñemongarai*) a diferencia de los hombres, aunque puedan desempeñarse como *kuña karai Opyguã*. En este sentido, se establece una distinción entre las atribuciones de hombres y mujeres como *Opyguã*. Hemos podido observar la intervención de la única *kuña karai Opyguã* de *Yvy Pytã* en el tratamiento de enfermedades, en los rituales desarrollados en ocasión del fallecimiento de dos personas y durante las reuniones nocturnas en el *opy*.

Si bien existen personas “destinadas” desde antes de su nacimiento a desempeñar estas actividades, es necesario un largo proceso de aprendizaje para lograr el respeto y aceptación por parte del grupo.

Durante las entrevistas que realizamos con el fin de reconocer expertos en conocimientos terapéuticos, dos ancianas y un anciano fueron citados por la totalidad de los pobladores como aquellas personas a quienes se recurre en todos los casos. Sin embargo, se mencionaron con menor frecuencia otras personas, estableciéndose a la vez cierta jerarquía entre ellos, de acuerdo a su expertitud en el tratamiento de determinadas enfermedades. Asimismo, se establecieron diferencias entre las *kuña karai* que “saben mucho de yuyos” y las que saben menos pero son “parteras” (*mitã rechaa*), actividad que hasta hace unas décadas resultaba indispensable y era objeto de alta valoración social. Finalmente, hay *kuña karai* que saben administrar “yuyos” con propiedades anti-conceptivas o reguladoras de la fertilidad, conocimiento poco difundido y reservado a algunas mujeres y muy pocos hombres.

Es así que el conocimiento y dominio de acción de los *karai* y *kuña karai poropoãno va'e* no es homogéneo. En este sentido, podríamos plantear “especializaciones”, por ejemplo, algunos saben curar “parásitos”, otros “hacen vencimiento”, otros son expertos en curar “*kambi ryru jere*”<sup>10</sup>, otros curan sólo con el humo de *petyguã*<sup>11</sup>, y finalmente, hay pocos que bautizan. De Agustina se dice que “*es guapita*” para tal enfermedad, de Sergio y de Juancito que son “*baqueanos*”, que “*saben de yuyos*”: cuáles son, dónde están, y cómo prepararlos.

La decisión de recurrir a uno u otro está en relación al reconocimiento de su expertitud, así como a su proximidad en términos de relaciones de parentesco. En ciertas ocasiones, los miembros de *Ka'aguy Poty* e *Yvy Pytã* recurren a expertos de otras aldeas, con los que los unen fundamentalmente lazos de parentesco. De esta forma, en el caso de los procesos de salud-enfermedad, el parentesco intervendría orientando la decisión de recurrir o consultar preferentemente a uno u otro de estos *karai*.

## SABERES Y PRÁCTICAS DE MUJERES ADULTAS Y ANCIANAS EN LA VIDA COTIDIANA

La observación de las actividades diarias de los miembros de diferentes unidades domésticas nos permitió reconocer actores significativos en relación a las prácticas de cuidado infantil, en particular, en la atención de las enfermedades de los niños pequeños. De esa forma, la información que aparecía en el discurso en torno a la actuación de los *karai* y las *kuña karai* fue ampliada y contrastada mediante el uso de esta técnica.

La evaluación de la información provista por la observación nos permitió reconocer comportamientos recurrentes de las mujeres, hombres y niños, y establecer similitudes y diferencias en la distribución de las tareas en los distintos hogares y el tiempo dedicado a éstas. Inicialmente, diferenciamos estas tareas de acuerdo al género. Teniendo en cuenta nuestra propuesta inicial de focalizar en las tareas realizadas por las mujeres adultas (madres), registramos una mayor frecuencia y recurrencia en las siguientes tareas: tomar mate, amamantar, preparar comidas o leche para sus hijos, limpiar y ordenar la casa, lavar vajilla, supervisar la conducta de los niños, lavar ropa, higiene personal y de los hijos, transportar agua, mantener el fuego, elaborar artesanías, y visitar a otras mujeres. En estas tareas, la mujer puede recibir ayuda de su madre, suegra, hija mayor o cuñada, en el caso de las unidades familiares extensas. En el caso de las familias nucleares, todas estas actividades son desarrolladas por la mujer, y ocasionalmente el esposo o hijos mayores colaboran con ella.

Uno de nuestros supuestos iniciales era que el cuidado de los niños y la supervisión de su conducta, eran tareas que estaban a cargo de la madre del niño casi exclusivamente. Sin embargo, observamos que en el cuidado de los niños intervienen otros miembros del grupo familiar, de acuerdo con su edad relativa. De este modo, estas interacciones adquirieron un peso diferente en nuestro análisis.

En todos los hogares en los que realizamos observaciones siempre hay un niño o niña —el hermano mayor— que se ocupa del cuidado del menor (bebé o infante) durante parte del día, y lo atiende cuando su madre lo ordena, especialmente cuando ella está realizando alguna tarea que no delega en otra persona. Estos cuidados incluyen principalmente transportarlo, alimentarlo, higienizarlo, y jugar con ellos. Con menor frecuencia, otros hermanos pueden encargarse de cuidar al menor por breves períodos.

Es así que en las actividades diarias de las mujeres en el ámbito doméstico no reconocemos una dedicación exclusiva al cuidado del niño, excepto en aquellas situaciones en que éste requiere de atención inmediata, a través de manifestaciones como el llanto

en que expresa su insatisfacción o displacer. Por ejemplos, mientras la madre está preparando alguna comida o haciendo tallas, el bebé puede estar durmiendo en el *ky'a* (hamacca), y si comienza a llorar, ella ordenará a uno de sus hijos que hamaque al niño o que lo traiga para que ella lo amamante mientras continúa su tarea. En otras ocasiones lo supervisará mientras el niño permanece en el *mitã amba*<sup>12</sup>, solo o con otros niños. En muchos casos, cuando la mujer está amamantando al niño, jugando con él, higienizándolo o haciéndolo dormir, ordenará a su hija mayor que continúe con las tareas del hogar, tales como preparar alimentos, ir a buscar agua, lavar ropa o vajilla, entre las más frecuentes.

Si bien durante los primeros meses la vida del niño (independientemente del sexo) se desarrolla en el ámbito próximo a la vivienda y el patio, y permanece la mayor parte del tiempo con su madre, a medida que éste crece, sus interacciones se amplían a otros miembros de la familia. Los niños menores de un año sólo transitan otros espacios en compañía de su madre, padre o hermanos mayores, a diferencia de los niños mayores de un año quienes pasan parte del día en casa de sus abuelos o tíos, vecinos, o jugando en el patio de la escuela o en el arroyo en compañía de otros niños.

La importancia que revisten estas interacciones infantiles ha sido resaltada en numerosos estudios antropológicos sobre el proceso de socialización en diversas sociedades<sup>13</sup>. En particular, Weisner y Gallimore (1977) proponen la noción de “múltiple *care-taking*” para hacer referencia a este tipo de interacciones, y destacan su importancia especialmente en aquellas sociedades en las que los niños viven en grupos familiares extensos y de composición flexible. Es así que nuestro campo de observación inicial se amplió a todos los miembros de la familia extensa, la que se tornó la unidad adecuada para la descripción y análisis de las prácticas de cuidado infantil.

Para ilustrar este aspecto, introducimos como ejemplo la familia de Sebastián (*Vera*) y Silveria (*Kerechu*), quienes están casados desde muy jóvenes y tienen 12 hijos. El es hijo de *Para* (Filomena), una de las ancianas más viejas de *Ka'aguy Poty*, reconocida por sus conocimientos en relación a la atención de los nacimientos, es decir, es una “partera”, aunque en la actualidad prácticamente no intervenga en estos casos. Ella, es hija de *Kerechu*<sup>14</sup> (Agustina), otra anciana reconocida por sus conocimientos en el tratamiento de numerosas dolencias. De ella *Kerechu* aprendió todo lo que sabe acerca de cómo preparar “yuyos”. A pesar de ello, reconoce que su madre “*es la que sabe*”, por lo que en diferentes oportunidades que indagamos sobre diagnóstico y tratamiento de enfermedades, ella nos sugirió hablar con su mamá. Sin embargo, su participación activa en nuestras conversaciones con Agustina y los intercambios, consultas y discusiones que se daban entre ellas a propósito de nuestras preguntas, evidenció que Silveria conocía y utilizaba cotidianamente ese saber en la resolución de problemas de salud que afectaban frecuentemente a sus hijos y nietos pequeños. *Vera*, si bien reconoce no ser “experto” en el tema, en varias oportunidades también ha demostrado su pericia en recomendar ciertos “yuyos” a otras personas.

Otro aspecto que interesa resaltar de esta familia es que *Vera* es el jefe de una de las familias extensas más prestigiosas de la comunidad, ya que él y uno de sus hijos han sido caciques durante mucho tiempo. Su casa es el lugar donde viven y en donde jue-

gan, ríen, se enojan, comen, cocinan, y conversan y aprenden niños, jóvenes, adultos. Junto a ellos viven 4 hijos pequeños y 3 hijos casados con sus respectivas familias. Cuando su hija y su yerno van a trabajar a la *tarefa*, *Kerechu* y *Vera* cuidan de Yani, la hija mayor de ellos. Lo mismo sucede cuando algunas de sus nueras van al pueblo a vender artesanías o a llevar a alguno de sus hijos al hospital.

Hemos observado esta misma situación en otras familias. En estos casos se dice que los abuelos son “*responsables*” del cuidado de sus nietos. Esta participación de los abuelos maternos en la crianza y socialización infantil es más evidente en aquellos casos en donde el lugar de residencia de abuelos y nietos coincide.

En este sentido, el hecho de que en una misma comunidad y en una misma UD convivan individuos pertenecientes a diferentes generaciones garantiza de alguna manera la continuidad en la transmisión de conocimientos de diversa índole que remiten a las pautas de vida *de los antiguos*, pero que aún se mantienen vigentes. Son las mujeres ancianas principalmente quienes ponen en práctica numerosas prescripciones y tabúes sobre todo en lo que respecta al cuidado de la salud y el bienestar de los miembros de la familia. En el dominio terapéutico, ellas son depositarias de un saber ancestral que los más jóvenes aprenden a través del entrenamiento y la observación rutinaria.

Los resultados de nuestras observaciones indican que la diversidad de estrategias frente a la resolución de los problemas de enfermedad estaría en relación con la variabilidad en la composición de los grupos domésticos. En el caso de unidades familiares extensas, la atención de las dolencias de los niños en el contexto doméstico estuvo a cargo de madres, padres, abuelas y hermanos mayores. En diferente medida, y de acuerdo con sus capacidades y conocimientos, participaron de diferentes momentos del proceso de atención, por ejemplo, buscando y recolectando yuyos, preparándolos y administrándolos en forma de infusiones y/o baños principalmente, pero también consolando, calmando, alimentando y supervisando el estado de los niños enfermos en diferentes momentos del día. En las familias nucleares, fueron las madres fundamentalmente las responsables del cuidado de los niños, recibiendo en algunos casos ayuda de los hijos mayores.

De esta forma, si bien los ancianos –apelando a la normativa– manifiestan que frente a cualquier situación de enfermedad debe consultarse a los *karai kuery* y al *Opyguã*, nuestras observaciones apuntan al ámbito doméstico como primera instancia en la resolución de casos de enfermedad, y a la madre del niño como la persona sobre la cual recae la decisión de los pasos a seguir y la evaluación de las diferentes alternativas posibles. Ella puede realizar el diagnóstico y tratamiento utilizando los recursos terapéuticos “tradicionales” según sus conocimientos, apelar a la experiencia de las ancianas de la comunidad, o bien recurrir a un centro de salud sin previa consulta a los *karai kuery*. De acuerdo a su experiencia, cuando los “yuyos” u otros recursos locales no resultan efectivos o si se considera que el estado de salud del niño es grave, las madres jóvenes (20-30 años) optan por alguna de estas alternativas.

Respecto de la utilización de la medicina oficial y del valor asignado a los recursos de la biomedicina, podemos apreciar divergencias en las diferentes generaciones. En el caso del 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 *petyguã* (pipa), oraciones y cantos en el *opy*, y las enfermedades “*de los jurua*” (blancos) 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 la consulta al hospital.

En el caso de las madres y padres más jóvenes, la utilización alternativa o combinada de los recursos de la biomedicina es mucho más frecuente que en el caso de los ancianos, en especial, cuando se trata de enfermedades que afectan a los niños. La consulta al hospital la realizan las mujeres, llevando con ellas a sus hijos enfermos y quedando internadas varios días si resulta necesario. En este último caso los hombres permanecen en el hogar, cuidando de los otros hijos con la colaboración de sus madres, suegras e hijas mayores (si las hay). Cuando los niños deben quedar internados varios días, estas últimas son también quienes van al hospital a colaborar con sus hijas o nueras, a llevarles alimentos o simplemente, hacerles compañía durante algunas horas, si pueden afrontar los costos del viaje.

Si bien este recurso a la medicina oficial es frecuente en las comunidades estudiadas, al mismo tiempo se reconoce que hay algunas enfermedades que sólo pueden ser tratadas por los *karai kuery* y *Opyguã* y en tales casos, se apela al conocimiento de estos expertos.

En relación a este aspecto, las transformaciones operadas en el modo de vida de estos grupos respecto de un pasado —que aparece idealizado en el discurso—, se percibe desde el punto de vista de los ancianos como negativo en muchos aspectos, ya que implica la pérdida de muchas de las “*costumbres de los antiguos*”. Desde la óptica de los más jóvenes, si bien algunos lamentan la pérdida del *ñande reko* (nuestra cultura), otros plantean que en el presente las posibilidades de acceder y utilizar recursos provenientes del modo de vida “del blanco” ofrece ventajas por ejemplo, en la atención de la salud.

A continuación presentamos otro ejemplo en el que se puede percibir la confrontación entre estas dos visiones. Desde hace aproximadamente una década, los nacimientos ocurren en forma cada vez más frecuente en centros de salud. Desde la perspectiva de las madres jóvenes, supone una ventaja ya que si se tiene acceso en colectivo y/o vehículo, se considera “*más seguro*” para la mujer y el bebé, en tanto se aplica anestesia y/o calmantes, se pueden controlar eventuales hemorragias, se les realiza control de su estado de salud, del peso y se les administran las vacunas obligatorias. En el caso de las madres primerizas particularmente, éstas piensan que es mejor tener hijos en la casa, en compañía de su madre y ayudada por alguna mujer experimentada, lo cual no es posible en el hospital.

(¿y Máxima nació en el hospital de Takuapi?) AR: *no, en aldea nomás* (¿y la ayudó alguien a tener a Máxima?) AR: *si, mi tía era, se llama Dominga... González* (¿vivía allá en Takuapi Dominga?) *si, Takuapi, siempre* (¿cuantos años tiene?) *sesenta y ocho todavía vive allá en Takuapi (...)* (¿y sus nietitos nacieron en hospital o en la casa también?) AR: *eh... Cipriana si, ... en Puerto Rico ...en el hospital ... y*

*Pascual también en el hospital, en Puerto Rico también (¿y Cristina?) Cristina en Takuapi, ... en la casa (¿y quien la ayudó a Máxima a tener a Cristina?) mi tía, esa ... partera (...) (¿y Justino?) nosotros nomás, en la casa, acá (¿y quien la ayudó?) nosotros nomás yo (¿y a Sabio?) y... Sabio de acá mismo, pero viene mi tía para ayudar para Máxima, Dominga, buscamos y traemos acá (a Cuña Pirú) (AR, anciana de 60 años, Ka'aguy Poty).*

Frente al nacimiento de sus hijos, las mujeres que representan tres generaciones de una misma familia han tomado distintas alternativas. Ángela (60 años), que representa la generación de los ancianos, ha tenido sus dos hijos en su casa, con la ayuda de una tía materna. Máxima (35 años), su hija, ha tenido algunos de sus hijos en el hospital, y otros en su casa, siempre que pudiera recibir ayuda de una mujer experimentada. Finalmente, su nieta, Cipriana (20 años), no duda en acudir al hospital para dar a luz a su bebé.

Muchos *Mbya* señalan que hay pocas ancianas en la comunidad que “*anden todavía para eso*”, es decir, que intervengan asistiendo en el parto, por su avanzada edad o por problemas de salud. Ante a la imposibilidad de recurrir a expertos “locales”, muchas mujeres en los meses próximos al parto deciden “*cambiarse*” a otras aldeas, en donde tal vez su madre o alguna otra pariente podrán asistirle en el nacimiento de sus hijos.

En el pasado, la uxori-localidad temporaria era una pauta generalizada en las aldeas *Mbya*. Luego del matrimonio, la pareja debía residir cerca de un año o hasta el nacimiento del primer hijo con los padres de la mujer, pudiendo más tarde trasladarse a la aldea de los parientes del hombre. En la actualidad aún es frecuente la uxori-localidad, en especial, ante el nacimiento de un hijo, debido a que con frecuencia la madre, u otro pariente femenino de la mujer, son quienes la asisten en el parto. Estas mujeres pueden ser incluso “*parteras*” reconocidas.

En relación a este momento del ciclo de vida, es preciso tener en cuenta que la intervención de estas *kuña karai* no se limita al momento del nacimiento del niño. Existen una serie de prescripciones relacionadas con el cuidado del recién nacido y de la parturienta, y el control de su cumplimiento es responsabilidad de estas *kuña karai*, así como de los abuelos<sup>15</sup>. Si bien los hombres pueden atender un parto, en general, prefieren evitarlo. Larricq (1993) plantea que si el parto es difícil o riesgoso puede intervenir un *Karai Opyguã*, pero esto es bastante raro. Algunos de nuestros informantes mencionan que el *Opyguã* puede ser consultado durante el embarazo frente a la posibilidad de que corra riesgo el niño en gestación, pero no mencionan la asistencia del *Opyguã* durante el parto.

Luego del nacimiento, las *kuña karai* cuidan del bienestar de la parturienta y el recién nacido, administrando remedios si es necesario. Asimismo, colaboran junto al esposo en las tareas domésticas que la mujer no puede realizar durante el post-parto, y son las encargadas de brindar consejos a la nueva madre.

La preocupación expresada por algunos *Mbya* frente a la fragmentación de las unidades familiares extensas, remite a la imposibilidad de vivir junto a los parientes, lo

que trae como consecuencia, la falta de orientación y consejo de los ancianos hacia los jóvenes sobre aspectos relacionados con el matrimonio y la crianza de los hijos. Respecto de ello, en numerosas oportunidades las mujeres ancianas manifestaron su desacuerdo con los comportamientos de algunas madres jóvenes en lo que respecta al cuidado de sus hijos en especial, en relación a la alimentación, aludiendo que las jóvenes ya no amamantan a sus hijos por largos períodos. Desde la perspectiva *Mbya*, algunas enfermedades pueden ser evitadas mientras los niños son amamantados por sus madres. Por ejemplo, el consumo exclusivo de leche durante el primer año de vida, evitaría en los niños el desarrollo de parasitosis intestinales, patología de amplia prevalencia en el grupo<sup>16</sup>.

En este sentido, la autoridad de las *kuña karai* se extiende a todas las esferas de la vida doméstica, por lo que las mujeres ancianas cumplirían un rol central en la vida del grupo, y en gran medida sus conocimientos y actividades contribuirían a la actualización de prácticas consideradas fundamentales al *Mbya reko*.

## CONSIDERACIONES FINALES

A través de este trabajo hemos intentado caracterizar saberes y prácticas de mujeres adultas y ancianas relacionadas con el cuidado de la salud infantil. Los primeros resultados de nuestra investigación centrada en la observación y descripción de tales saberes y prácticas en el ámbito doméstico nos han abierto interesantes perspectivas acerca de un tema que ha sido abordado tradicionalmente por los antropólogos desde el discurso de los expertos. En relación a esto, la información obtenida hasta el momento resultó en una ampliación de la problemática inicialmente planteada, en la revisión y crítica de las categorías iniciales, y en la generación de hipótesis relevantes al tema.

En primer lugar, el ámbito doméstico aparece como el primer referente en la resolución de los problemas de salud. En este contexto, son las madres quienes toman las decisiones respecto de las alternativas en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de sus hijos. En muchas ocasiones, sin embargo, se recurre a la consulta con los “expertos” *karai/kuña karai* y *Opyguã*.

En segundo lugar, hemos visto que entre los *Mbya*, las expectativas en torno al rol de los ancianos están en estrecha vinculación con sus conocimientos y habilidades en los dominios terapéutico y religioso fundamentalmente. En relación a ello, planteamos que existe variabilidad en cuanto a los saberes y actividades cotidianas de adultos y ancianos de ambos sexos.

En tercer lugar, las mujeres adultas y ancianas como *kuña karai*, son consultadas recurrentemente frente a situaciones de enfermedad, en los partos, y son quienes aconsejan y enseñan a las madres sobre las conductas adecuadas en diferentes contextos.

Es así que respecto a la intervención de mujeres y hombres en la resolución de problemas de enfermedad, nos preguntamos acerca de la productividad de considerar el género como factor relevante para analizar las diferencias en su actuación cotidiana. Si bien señalamos que actualmente, en su mayoría, son hombres quienes se desempeñan



como *Opyguã*, existen *Kuña Karai Opyguã* en algunas aldeas de Argentina y Brasil. De acuerdo con nuestras observaciones, planteamos que estos líderes religiosos son consultados sólo frente a casos especiales o graves de enfermedad, y por lo tanto, su intervención en el tratamiento de las dolencias que afectan comúnmente a los niños sería menor de lo que cabría esperar según se expresa en el discurso. Ellos representan y encarnan un conocimiento esotérico ancestral y su actuación en momentos críticos de la vida es considerado de importancia fundamental para la continuidad del grupo.

Mientras que estos sabios ancianos son consultados frente a casos graves de enfermedad, son principalmente las mujeres quienes enfrentan y resuelven diariamente los problemas de salud que afectan a sus hijos y/o nietos, utilizando en forma alternativa o combinada, recursos provenientes de la “medicina natural” y de la biomedicina. Las mujeres son quienes “salen” de la aldea en busca de soluciones que consideran más eficaces para resolver problemas de salud de sus hijos. Así, ellas son quienes articulan el “adentro” y el “afuera”, transitan y comunican el “*mundo Mbya*” y el “*mundo de los jurua*”, convirtiéndose de esta forma, en importantes agentes de cambio.

Es por ello que consideramos necesario intensificar el estudio de las prácticas cotidianas de las mujeres adultas y ancianas, en diversos dominios de la vida del grupo, con el propósito de “descentrar” nuestro foco de los actores que han recibido tradicionalmente una mayor atención por parte de los etnógrafos, es decir, los *Karai Opyguã*.

Este sería uno de los aportes de nuestro enfoque al conocimiento de las representaciones y prácticas en torno al cuidado de la salud infantil en esta etnia. Asimismo, el estudio etnográfico en profundidad de la vida cotidiana, puede contribuir al cuestionamiento o revisión de algunos supuestos relativos a los roles de hombres y mujeres en sociedades que, como la *Mbya*, atraviesan importantes procesos de cambio.

## AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi especial gratitud hacia los jóvenes, adultos y ancianos de las comunidades *Mbya* quienes me han ayudado en mi trabajo con gran paciencia e interés, compartiendo conmigo información valiosa acerca de su modo de vida así como momentos inolvidables durante mi estadía en Cuña Piru. Asimismo, a las Profesoras Marta Crivos y María Rosa Martínez por su orientación y la lectura crítica de este trabajo. A Ana Igareta y Anahi Sy, por su colaboración e invaluable amistad. Finalmente, al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas por financiar mi investigación.

## NOTAS

- 1 Las comunidades *Mbya Ka'aguy Poty* e *Yvy Pytã* se encuentran localizadas en la Reserva de Usos Múltiples de la Universidad Nacional de La Plata, ubicada en el valle del Arroyo Cuña Piru I, entre los Departamentos de Libertador General San Martín (Municipio de Rufz de Montoya) y Cainguaés (Municipio de Aristóbulo del Valle). Según el censo realizado por nosotros en mayo de 2003, ambas comunidades registran un total de 277 personas (183 en la primera de ellas y 94 en la segunda).

- 2 Proyecto de Tesis Doctoral: 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. Carrera de Doctorado en Ciencias Naturales. UNLP.
- 3 La vasta literatura antropológica acerca de los Guaraní reconoce su punto de partida en la obra de Kurt Nimuendaju Unkel en 1914 sobre los Apapokuva de Brasil. Posteriormente, las contribuciones más relevantes en la etnografía de los Guaraní son las de Pierre Clastres (1993), Egon Schaden (1991), Bartomeu Melia (1987), Branislava Susnik (1965, 1969, 1989), y León Cadogan (1949, 1960, 1965, 1997, entre las más importantes), dedicado éste último a los *Mbya* del Guairá (Paraguay).
- 4 Según M. Daltabuit Godás (1992: 195): “*Los componentes básicos del cuidado infantil empiezan en el parto, e incluyen cuidados durante el puerperio, prácticas de alimentación infantil, termorregulación, estimulación sensorial, y socialización*”.
- 5 Utilizamos una definición operativa de unidad doméstica (UD) como referente empírico inicial para la descripción de la vida grupal: “*La UD es 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, M y M.R. Martínez, 1996).
- 6 Al respecto ver: Martínez, M.R.; M. Crivos; C. Remorini. 2002. “*Etnografía de la vejez en comunidades Mbya-Guaraní, provincia de Misiones, Argentina*”. En: Antonio Guerci & Stefania Consigliere (Eds): *Il Vecchio allo Specchio. Vivere e curare la vecchiaia nel mondo*. Vol. 4. Biblioteca di Antropologia della Salute. Erga Edizione. Italia. 206-222.
- 7 “*quienes se inspiran en la buena ciencia, quienes fortaleza y valor reciben de los de arriba, son los lugartenientes de Jakaira. En virtud del poder de conjurar de los Jakaira, conjuran los malficios. Las señoras, los señores (Kuña karai kuery- karai kuery) que poseen la buena ciencia, extraen las larvas de las moscas. En todos los asientos de fogones existe una persona de esta clase (...)*” (Cadogan, 1997: 147)
- 8 Las almas de hombres y mujeres, y por consiguiente, los nombres personales, provienen de cuatro entidades divinas masculinas y femeninas: *Ñamandu Ru Ete/Ñamandu Sy Ete, Karai Ru Ete/ Karai Sy Ete, Jakaira Ru Ete/Jakaira Sy Ete y Tupa Ru Ete/Tupa Sy Ete*.
- 9 *Poã* en lengua Mbyá significa “remedio” o “yuyo”, es decir se aplica a todas aquellas plantas con propiedades medicinales (cf. Cadogan, 1992)
- 10 Con este nombre se conoce una dolencia que afecta a los niños lactantes, y su traducción aproximada es “estómago que rota”. En lengua Mbyá, “*kambi riru*” hace referencia al órgano que almacena la leche, que en el adulto sería análogo al estómago. (*kambi*: leche; *riru*: recipiente, bidón, cf. Cadogan, 1992). Existen varias técnicas para curarlo, y algunas personas se especializan en una u otra.
- 11 El *vencimiento* es una práctica en la que se utiliza el humo de la pipa (petygua) y oraciones para diagnosticar y curar algunas enfermedades consideradas de origen espiritual.
- 12 “el lugar o morada de los niños”. Objeto que se encuentra en el patio de las viviendas, construido con 3 varas de takuara clavadas en posición vertical en el suelo, atravesadas en la parte central por una vara horizontal que sirve al niño –mayor de 1 año– para pararse y caminar sostenido de esas varas o cañas.
- 13 Al respecto ver: Anderson, 1987; De Regher, 1987; Larricq, 1993; Mead, 1972; Mendoza, 1991; Gallimore y Weisner, 1977.
- 14 Existen 4 nombres principales para mujeres y 4 nombres para varones, de acuerdo con su procedencia divina, los cuales se repiten y combinan con otros nombres secundarios. Al respecto ver Cadogan (1997).
- 15 Luego del nacimiento, el abuelo del niño y la partera deben lavarlo, hecho considerado relevante a tal punto que Cadogan traduce la expresión “*mita je o jau*” como “ha nacido un niño”, atribuyendo a *o-jau* el significado de “ser lavado” pero también de “nacer” (Cadogan, 1965; Larricq, 1993).

- 16 Al respecto ver Crivos, M., M. R. Martínez, G. Navone, M. L. Pochettino, P. M. Arenas, C. Digiani, L. Teves, C. Remorini, A. Sy, C. Illkow y N. Delorenzi. 2001. Ethnobiology of the parasitoses: the case of two Mbyá-Guaraní communities (Province of Misiones, Argentina). En J. Stepp, F. Wyndham, and R. Zarger (Eds): *Ethnobiology and Biocultural Diversity*. University of Georgia Press.

## BIBLIOGRAFÍA

Anderson, N.

1987. Las formas del sentimiento en la socialización de los Ava (Chiripa) -Guaraní. *Suplemento Antropológico* XXII (1), Asunción, Paraguay. 203-239.

Cadogan, L.

1949. Síntesis de la Medicina Racional y Mística Mbyá-Guaraní. *América Indígena*. IX (1), enero de 1949. México, D.F. 21-36
1950. La Encarnación y la Concepción; la Muerte y la Resurrección en la Poesía Sagrada esotérica de los Jeguaka Tenonde Pora-güe (Mbyá-Guaraní) del Guairá, Paraguay. *Revista do Museu Paulista*. Nova Serie. IV, Sao Paulo. 233-246
1960. En torno a la aculturación de los Mbyá del Guairá. *América Indígena*. XX (2), abril de 1960. México, D.F. 133-150.
1965. En torno al bai ete ri va guayakí y el concepto guaraní de nombre. *Suplemento Antropológico*, I (1), Asunción, Paraguay. 3-13.
1992. Diccionario Mbyá-Guaraní-Castellano. Biblioteca Paraguaya de Antropología. Vol. XVII. Fundación "León Cadogan", Asunción, Paraguay.
1997. Ayvu Rapyta. Textos Míticos de los Mbyá-Guaraní del Guairá. Biblioteca Paraguaya de Antropología. Volumen XVI. Fundación "León Cadogan", Asunción, Paraguay.

Chase-Sardi, M.

1984. Breves notas de campo sobre el nacimiento y los primeros pasos en la cultura Nivacle. *Suplemento Antropológico*. XIX (2). Asunción, Paraguay. 209-215.

Ciccarone, C.

2001. Dama e Sensibilidade. Migracao, Xamanismo e Mulheres *Mbya-Guarani*. Tesis Doctoral. Pontificia Universidade Catolica/SP. Sao Paulo

Clastres, P.

1993. *La Palabra Luminosa*. Mitos y cantos sagrados de los guaraníes. Serie Antropológica.

Crivos, M y M. R Martínez.

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

Crivos, M., M. R. Martínez, G. Navone, M. L. Pochettino, P. M. Arenas, C. Digiani, L. Teves, C. Remorini, A. Sy, C. Illkow y N. Delorenzi.

2001. Ethnobiology of the parasitoses: the case of two Mbyá-Guaraní communities (Province of Misiones, Argentina). En J. Stepp, F. Wyndham, and R. Zarger (Eds): *Ethnobiology and Biocultural Diversity*. University of Georgia Press. USA. 258-269.

Daltabuit Godás, M.

1992. Mujeres Mayas. Trabajo, nutrición y fecundidad. Instituto de Investigaciones Antropológicas. México.

De Regehr, V.

1987. Criarse en una comunidad Nivaclé. *Suplemento Antropológico*, XXII (1). Asunción, Paraguay. 155-201.

Garlet, I.

1997. Mobilidade *Mbya*: historia e significado. Tesis de Maestria. Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. MS.

Larricq, M.

1993. Ipytuma. Construcción de la persona entre los Mbyá-Guaraní. Editorial Universidad Nacional de Misiones. Posadas.

Martinez, M.R, Crivos, M., y Remorini, C.

2002. Etnografía de la vejez en comunidades Mbyá-guaraní, provincia de Misiones, Argentina. En: Antonio Guerci y Stefania Consiglieri (Ed) *Vivere e curare la vecchiaia nel mondo. Proceedings de la 3ra Conferenza Internazionale di Antropologia e Storia della Salute e delle Malattie* " Génova, Italia. 206-222.

Mead, M.

1972. Adolescencia y cultura en Samoa. Ed. Paidós. España.

Melia, B.

1987. La Tierra Sin Mal de los Guaraní: Economía y Profecía. *Suplemento Antropológico*, XXII (2), 1987. Asunción, Paraguay. 81-97.

Mendoza, M.

1991. Una propuesta para el estudio antropológico de las interacciones sociales infantiles: uso de técnicas observacionales en una comunidad toba Nachilamo' lek. *Scripta Ethnologica*. Vol. X. CAEA. Bs.As. 116-126

Nimuendaju, C.U.

1978. Los mitos de creación y de destrucción del mundo. J. Riestter (Ed) Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica. Lima-Perú.

Schaden, E.

1998. Aspectos Fundamentales de la Cultura Guaraní. Biblioteca Paraguaya de Antropología. Asunción, Paraguay.

Susnik, B.

1983. Los Aborígenes del Paraguay. Tomo V: Ciclo vital y estructura social. Museo Etnográfico "Andrés Barbero". Asunción, Paraguay.

1984-85. Los Aborígenes del Paraguay Tomo VI: Aproximación a las creencias de los indígenas. Museo Etnográfico Andrés Barbero. Asunción, Paraguay.

Weisner, T y R. Gallimore.

1977. My Brother's Keeper: Child and Sibling Caretaking. *Current Anthropology* 18 (2), junio 1977. University of Chicago Press. USA. 69-180.