

MITOLOGICAS

**CENTRO ARGENTINO DE ETNOLOGIA AMERICANA
CONSEJO NACIONAL DE INVESTIGACIONES
CIENTIFICAS Y TECNICAS**

“LOS MÍOS... ¡TODOS ASUSTADOS!”. VULNERABILIDAD INFANTIL Y TRAYECTORIAS DE DESARROLLO EN LOS VALLES CALCHAQUÍES SALTEÑOS.

Carolina Remorini y María Laura Palermo*

Summary: *This work analyzes the narrative of women of different generations in which fright - as a vernacular category - emerges as the cause of numerous health problems that take place along the life trajectory of mothers as well as their children, having a vital impact on child development. This narrative was obtained in the framework of an ethnographic research in Molinos (Calchaquí Valleys, Salta). We analyzed the way in which the interviewees present the sequences of events surrounding the emergence of their own episodes of illness and those of their children. We also recognized actors, resources and relationships involved. We analyzed references to episodes of fright and its variants, which -of the absence of timely diagnosis and treatment - can cause problems of different severity on health and child development. In the framework of their narrative, the appeal to nosological categories of traditional medicine is justified in those cases whose resolution involves numerous therapeutic instances or due to the inefficiency of other alternatives. Thus, in the process of finding effective options for the resolution of a health problem, these categories are integrated into new hypotheses that reorient the action.*

Keywords: *Ethnography, fright, child development, Calchaquí Valleys, Argentina.*

Introducción

El presente trabajo se propone abordar, a través de la narrativa, el modo en que el “susto” en tanto categoría nosológica vernácula, emerge como causa de numerosos problemas de salud que se suceden a lo largo de la trayectoria vital y que tienen un impacto decisivo en el desarrollo infantil. A través del análisis de entrevistas realizadas a mujeres de diferentes generaciones que habitan los Valles Calchaquíes salteños identificamos un conjunto de referencias que dan cuenta de la vigencia de saberes y prácticas en torno al *susto* y otras categorías de enfermedad locales.

El estudio de las prácticas médicas en esta región reconoce sus antecedentes en investigaciones iniciadas en la década del ‘70 por miembros del equipo al que pertenecemos (LINEA, FCNyM, UNLP). En este marco, los saberes, valores y prácticas vinculadas a la

categorización, diagnóstico y tratamiento del *susto* y sus variantes han sido extensamente explorados en diversas publicaciones (Crivos, 1978; Crivos & Eguia, 1981; Crivos, 2004; Crivos et al, 2003; 2008). Estos estudios revelaron la existencia de un conjunto de dolencias que muestran características particulares -*susto, smal aire, mal dar, ai que y malos deseos*- y que pueden ser agrupadas bajo la categoría de “enfermedades del espíritu” (Crivos et al, 2008). A su especificidad nosológica, se suma la especificidad de los recursos utilizados para su tratamiento, que provienen, en su mayoría, del saber médico tradicional (Crivos, et al, 2003).

Los datos analizados y discutidos aquí surgen de una investigación en curso¹(1) centrada en el análisis de las prácticas de crianza y su impacto en los procesos de salud-enfermedad infantil en comunidades rurales desde un enfoque ecológico del desarrollo y la

*Laboratorio de Investigaciones en Etnografía Aplicada (LINEA). Universidad Nacional de La Plata y Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). **E-mail:** carolina.remorini@gmail.com; linea@fcnym.unlp.edu.ar

salud humana (Bronfenbrenner, 1987; Elder & Rockwell, 1979; Super & Harkness, 1986; Hertzman, 2010)² (2). Desde este enfoque, uno de los objetivos de nuestro estudio consiste en caracterizar y analizar discursos y prácticas en torno a la crianza y cuidado de la salud infantil a escala doméstica, sus continuidades y transformaciones a través de las generaciones. En este marco, el susto y otras categorías vernáculas nos interesan en tanto conectan las trayectorias de salud de las madres y de sus hijos, y ponen de manifiesto las expectativas y valores de las mujeres vallistas en torno al crecimiento y desarrollo de los niños.

En este marco, focalizamos en el modo en que las entrevistadas presentan las secuencias de eventos que rodean a la emergencia de un padecimiento en sus hijos. Una hipótesis que orienta nuestro análisis es que la apelación a categorías nosológicas de la medicina tradicional se justifica en los casos de enfermedades cuya resolución involucra numerosas instancias terapéuticas y ante la ineficacia de otras alternativas. Así, en el proceso de búsqueda de opciones efectivas para la resolución de un problema de salud, estas categorías se integran en nuevas hipótesis que reorientan la acción. En este sentido, la reconstrucción de los eventos que pudieron haber desencadenado problemas que preocupan a las madres -dificultades durante el embarazo, trastornos en el desarrollo, desnutrición y/o problemas de conducta del niño- conducen a atribuir la causa última de éstos tanto a un *susto mal curado*, un *susto* en la etapa de niñez o a haber nacido *aiqueado*.

Estas referencias nos condujeron a profundizar en el análisis de un conjunto de estos relatos, donde se atribuyen al *susto* diferentes

experiencias y eventos que tienen lugar en la etapa perinatal y en la infancia. Como parte de este análisis buscamos dar cuenta de semejanzas y diferencias que se ponen de manifiesto en estos relatos, en función de la pertenencia generacional de las entrevistadas y por referencia a información relevada en investigaciones previas en la región.

Si bien entonces el abordaje del *susto* en el NOA no resulta novedoso, el enfoque adoptado en nuestra investigación busca trascender la descripción del dominio de prácticas médicas tradicionales, para avanzar por un lado, en la caracterización y análisis comparativo de secuencias terapéuticas que involucran episodios de “susto”, identificando actores, vínculos y recursos que se seleccionan y articulan en su desarrollo³ (3). Por otro, en el análisis del impacto que se le atribuye al *susto*, desde la perspectiva local, en las trayectorias de salud infantil, y su asociación con prácticas que los cuidadores llevan a cabo para garantizar bienestar de sus hijos. En este sentido, la asociación estrecha entre *asustarse* y padecer como consecuencia de ello, trastornos en el desarrollo psico-físico planteada por los habitantes de Molinos, justifica a futuro una exploración interdisciplinaria en profundidad de la relación entre *susto* y procesos de crecimientos y desarrollo, debido a su rol en la configuración de condiciones que colocan a los niños en situación de vulnerabilidad frente a numerosos problemas de salud en la infancia.

Acerca del *susto*: antecedentes de su estudio en comunidades americanas

El *susto* o *espanto* ha sido clasificado como un síndrome “de filiación cultural” am-

pliamente extendido y vigente en la cultura y medicina popular en América Latina (Yap, 1967; Sturzenegger, 1989), que afecta tanto a niños como a adultos. Ha sido altamente reportado en comunidades de origen indígena de Mesoamérica y la región andina de sudamericana (Rubel, 1960, 1964; Palma, 1973; Palma y Torres Vildoza, 1974; Crivos, 1978; Bolton, 1981; Trotter, 1982; Rubel et al., 1995; Elferink, 2000, entre otros). Asimismo ha sido registrado entre migrantes latinos en EEUU y en algunos países asiáticos (Rubel et al., 1995; Weller, 2001; 2002).

La abundante producción sobre este tema reconoce su origen en los clásicos estudios de Rubel y colaboradores, para quienes la etiología del *susto* se basa en la concepción generalizada de que un individuo se compone de un cuerpo y de una sustancia inmaterial que puede separarse del cuerpo, vagabundear libremente, o bien quedar cautiva de fuerzas sobrenaturales (Rubel et al., 1995). El *susto* se origina en un desajuste emocional a partir del desequilibrio en las entidades que integran la persona (pérdida del alma, espíritu o ánimo) presentando síntomas emocionales y físicos a la vez.

La idea según la cual ciertas patologías mentales y psicósomáticas se manifiestan de una manera particular según diversos contextos culturales, y que a la vez no pueden ser completamente abordados desde las categorías y modelos de la psiquiatría⁴ (4), dio lugar a la formulación del concepto “síndromes culturalmente específicos” o “síndromes dependientes de la cultura” o “síndromes de filiación cultural” (culture-bound syndromes) en consonancia con el desarrollo de la etnopsiquiatría o la

psiquiatría transcultural (Tseng, 2006). Como hemos señalado en otro lugar (Remorini *et al.*, 2012) esta conceptualización ha suscitado polémicas, ya que algunos autores plantean que todas las representaciones sobre los padecimientos y las estrategias para su diagnóstico y curación son construidos culturalmente y en consecuencia, dependientes de cada contexto cultural (Cassidy, 1982; Sturzenegger, 1989; Idoyaga Molina, 2006)⁵(5). En este sentido el término “culture-bound syndrome” podrá aplicarse a cualquier padecimiento (*illness*) y no sólo a “*forms of unusual individual behavior restricted in distribution to discrete areas of the globe*” (Yap, 1967). Por otra parte, la amplia distribución de síndromes como el *susto* y las analogías halladas en su etiología, sintomatología y terapéutica obliga a discutir la “especificidad” ligada a una cultura, en términos de su origen y tratamiento.

Estos síndromes, por la complejidad de sus manifestaciones escapan a las posibilidades de diagnóstico y tratamiento biomédico y en general se les atribuye como etiología una amplia gama de circunstancias “estresantes” o “traumáticas”. Al respecto, los estudios destacan que el *susto* sólo aparecerá en situaciones que las víctimas consideren estresantes en cada contexto cultural. Así, de acuerdo con Zolla (1994), el *susto* no constituye una enfermedad en sí, sino más bien un complejo mórbido que adquiere modalidades específicas dependiendo de las condiciones de vida y de las características culturales. La amplitud y variedad de situaciones pasibles de generar el *susto*, no impide reconocer que todas ellas refieren a circunstancias inesperadas o a contextos extraños (Crivos, 2004); estados culturalmente condicionados de

ansiedad e insatisfacción ante ciertas situaciones sociales (Sayres, 1955; Signorini, 1982), o bien respecto de ciertas expectativas de rol (Sayres, 1955; Rubel, 1964; Trotter, 1982), especialmente en comunidades que atraviesan transformaciones socioculturales.

Autores contemporáneos consideran que la amplia distribución de este síndrome -que incluye fundamentalmente pueblos indígenas y mestizos centroamericanos y andinos- se relaciona con la profundidad del contacto interétnico favorecido por la temprana conquista, colonización y evangelización hispana de estas regiones de América (Idoyaga Molina, 2006; Crivos *et al*, 2008). En este sentido, existen numerosas evidencias antropológicas y etnohistóricas en favor del sincretismo de creencias y prácticas vinculadas a la etiología y terapéutica del *susto*. Desde esta perspectiva, si bien se trataría de un síndrome que combina elementos de diverso origen cultural, éstos han devenido, con el tiempo, parte del acervo tradicional de estas sociedades (Remorini *et al*, 2012).

Hasta la década de 1980 los estudios se centraron en la caracterización de estos padecimientos en el marco de “desórdenes psiquiátricos peculiares” o bien desde la idea de “síndromes culturalmente específicos” en sociedades con una fuerte impronta de la colonización europea, particularmente indígenas y rurales (Tseng, 2006). En estos estudios predomina un enfoque descriptivo y clasificatorio. No obstante, en las últimas décadas surgen investigaciones en las que el *susto* se analiza en relación a los trastornos emocionales y afectivos (estrés, ansiedad, depresión) que sufren grupos migrantes en el marco de procesos de adaptación a contextos socioculturales y econó-

micos novedosos (Glazer *et al*, 2004; Castaldo, 2015), así como su relación con indicadores que permitan caracterizar el nivel de bienestar emocional de los individuos (Brooks, 2016).

Las investigaciones más recientes ponen el énfasis en la necesidad de una consideración interdisciplinar, analizando las manifestaciones comportamentales, pero también orgánicas evitando reduccionismos (Tseng, 2006). En este sentido, trabajos previos en la zona de estudio, representan un esfuerzo en esta dirección (Crivos *et al*, 2008; Remorini *et al*, 2012).

Por último, y también para el caso de Argentina, las investigaciones de Idoyaga Molina y sus colaboradores analizan el *susto* y otras categorías de enfermedad en el contexto de una indagación acerca de las alternativas de diagnóstico y tratamiento disponibles en zonas rurales y urbanas del NOA; Cuyo y Gran Buenos Aires. En este marco, se analizan los criterios que orientan la elección de tratamientos alternativos o complementarios, poniendo de manifiesto encuentros y tensiones que se registran en los servicios de salud en aquellos casos en que se consulta por síntomas o dolencias que entran dentro del espectro del *susto* y otras categorías nosológicas “tradicionales” (Idoyaga Molina, 1999, 2000, 2007).

Estrategias metodológicas

La investigación de la cual provienen los relatos aquí analizados es de tipo cualitativo y se basa en la utilización complementaria de entrevistas semiestructuradas, encuestas, observaciones (sistemática, spot y participante) y registro audiovisual.

La información discursiva fue obtenida

a partir de entrevistas realizadas a 33 mujeres de diferentes edades (18-70 años) cuidadoras de niños menores de 6 años, algunas de las cuales han sido entrevistadas en más de una oportunidad entre 2009 y 2016. Estas cuidadoras fueron seleccionadas en función de integrar unidades domésticas (UD) de diferente composición, localización y tipo de subsistencia, así como por su acceso diferencial a instituciones educativas y sanitarias.

Si bien las entrevistas se orientaron según un protocolo de preguntas-guía, el diálogo que se generó durante las mismas permitió a las narradoras extenderse sobre algunos temas de su interés. Ello hizo que ninguna de las entrevistas fuera igual en el sentido de incluir exactamente las mismas preguntas, ya que optamos por “seguir la pista” de las expresiones que surgían espontáneamente de sus respuestas y formular nuevas preguntas que ampliaran el alcance de lo dicho.

Todas las entrevistadas prestaron su consentimiento libre e informado de acuerdo a lo establecido en la ley 25.326 y los datos personales han sido protegidos mediante la utilización de acrónimos. Cada entrevista tuvo una duración de una hora y media en promedio y fueron registradas mediante audio y notas de campo.

A los fines de este trabajo seleccionamos 10 relatos en los que se describen eventos de las trayectorias de salud de las mujeres que desencadenan partos prematuros o de riesgo, así como episodios de enfermedad de sus hijos con efectos a mediano y largo plazo. En el contexto de esta narrativa, analizamos las referencias espontáneas a episodios de *susto* y sus variantes, que desencadenan un conjunto de

problemas que ocurren en diferentes momentos de la vida, los que -de no mediar diagnóstico y tratamiento oportuno- también pueden ocasionar trastornos en la salud y desarrollo de sus hijos. Para cada relato, identificamos categorías utilizadas por las mujeres para referir a estos eventos durante el embarazo, parto y puerperio. Asimismo, expresiones empleadas para describir los síntomas y la secuencia de diagnósticos y tratamientos aplicados. En relación a ello, resultaron de interés las referencias a actores, vínculos y contextos a los que las entrevistadas asignaron un papel en su reconstrucción de los eventos que precedieron y sucedieron al episodio de susto. Por último, analizamos comparativamente los relatos a fin de identificar recurrencias y diferencias. El análisis fue realizado utilizando Nvivo 10 (QSR International) que permite formalizar, codificar y sistematizar los datos provenientes no sólo de entrevistas, sino también de observaciones y registro audiovisual, la identificación de categorías (nodos) para la descripción del campo conceptual y sus relaciones jerárquicas.

Los Valles: salud y enfermedad en contexto ecológico

El Departamento de Molinos se encuentra en los Valles Calchaquíes Septentrionales en la provincia de Salta y tiene una población total de 5565 habitantes (Censo Nacional 2010). Esta región registra un poblamiento continuo a lo largo de, al menos, dos mil quinientos años. En momentos previos a la conquista española, sobre el área habitada por población indígena diaguita o calchaquí, se asentaron en el siglo XV grupos quechuas, producto de la expansión incaica, dando como resultado pautas y prác-

ticas comunes a la región andina. En virtud de estos procesos, la población actual representa culturalmente una superposición y fusión parcial de elementos indígenas e hispánicos (Crivos, 2004).

Investigaciones del LINEA (Crivos y Martínez, 1996; Martínez y Pochettino, 2004; Teves, 2011; Remorini, 2013), ponen de relieve la diversidad ecológica que exhibe la región, lo que impacta en las estrategias de vida de sus pobladores. En términos de esta diferenciación ecológica, se distingue entre el pueblo de Molinos, cabecera del Departamento y cuya población asciende a 1166 habitantes⁶ (6) y las áreas rurales denominadas “fincas” -Churkal, Aguadita, Tacuil, Amaicha, Colomé y Gualfin-. Ello se corresponde asimismo con la distinción local entre el “bajo” y el “alto” o los “cerros” respectivamente. Asimismo, los habitantes de Molinos distinguen entre el “pueblo” y sus “orillas”. Estas últimas son las zonas periféricas, situadas en las “afueras” del pueblo, cercanas al cauce del río o los caminos que conducen a las fincas. Nuestros resultados nos conducen a plantear que estas diferencias no responden únicamente a variaciones de localización, altitud y disponibilidad de recursos naturales, sino también a factores económicos, sociales e históricos que resultan en diferencias en la organización social y espacial, en las estrategias de subsistencia, en el acceso a recursos educativos, sanitarios y de comunicación así como en las prácticas relacionadas con el cuidado de la salud y crianza de los niños (Remorini, 2013).

El pueblo es sede de actividades administrativas, políticas, comerciales y de servicios, las que contribuyen principalmente a la subsistencia de las unidades domésticas allí

localizadas. Por su parte, las fincas se orientan principalmente a la actividad agrícola-ganadera para el autoconsumo y para la finca; en este último caso vinculada especialmente a la producción vitivinícola. Allí, las unidades domésticas se dedican al trabajo agrícola y al cuidado de la “hacienda” (ganado), siendo esta última responsabilidad mayoritariamente asumida por las mujeres adultas. No obstante, en algunos casos la dedicación a estas tareas es menor por la incorporación del comercio, el trabajo asalariado, y nuevas oportunidades de formación y práctica profesional y/o técnica.

Entre el pueblo y las fincas existen asimismo diferencias en la disponibilidad y accesibilidad de servicios biomédicos. En el pueblo se encuentra el Hospital provincial “A. Fernández”, mientras que en las fincas encontramos seis puestos sanitarios que cuentan con un enfermero y un agente sanitario. El hospital cuenta con dos médicos, odontólogo, bioquímico y personal paramédico y atiende patologías de primer nivel de complejidad y partos. Recibe pacientes provenientes de las fincas y deriva las patologías más severas y cesáreas a centros de mayor complejidad. Los profesionales médicos realizan visitas semanales programadas a cada una de las fincas. Estos son los únicos servicios biomédicos disponibles para los pobladores, los que en su mayoría no poseen obra social ni cobertura privada. No obstante continúa siendo problemática la resolución de emergencias, complicaciones durante el parto y la atención de cesáreas por falta de personal especializado. Aunque las estrategias sanitarias buscan garantizar la atención en todo el Departamento, las dificultades de acceso a algunas fincas -debido a las distancias y condiciones de los caminos-

hacen que esto no siempre pueda llevarse a cabo. Teniendo en cuenta las distancias y que la mayoría de los habitantes de las fincas y parajes alejados no posee vehículos particulares es frecuente que estos aprovechen la disponibilidad semanal de transporte municipal para trasladarse al pueblo y realizar consultas en el hospital, además de realizar visitas, trámites y compras en los comercios.

Las unidades domésticas (UD) de pueblo, orillas y fincas están vinculadas por lazos de parentesco, y suele ocurrir que algunas de ellas tengan sus viviendas en el “alto” y también en el “bajo”, optimizando así los recursos disponibles en cada zona para la subsistencia. Esto da como resultado una intensa movilidad de hombres y mujeres adultos, que también incluye la ciudad de Salta, conformando UD con generaciones alternas donde las mujeres adultas o ancianas asumen en un alto porcentaje la jefatura, teniendo bajo su responsabilidad el cuidado de sus nietos. En este sentido, numerosas UD son de tipo extenso y matrifocal, siendo las mujeres ancianas referentes para la toma de decisiones en torno al cuidado de la salud en momentos críticos del curso vital (Remorini *et al*, 2010; Remorini y Morgante, 2016). Así, la expresión *mamis* refiere a las mujeres mayores de la UD, que se han responsabilizado total o parcialmente por la crianza de sus nietos y que intervienen activamente en el cuidado de la salud de los integrantes de la UD. La experiencia de estas mujeres es fuente de hipótesis para la toma de decisión sobre alternativas de tratamiento de la salud en un escenario actual de mayor disponibilidad de recursos saberes y actores con diferentes niveles de legitimación (Remorini *et al*, 2010). De este modo, el mayor

acceso a servicios de salud y otras prestaciones biomédicas no ha restado importancia al recurso a actores, saberes y recursos de la “medicina tradicional”, ya que numerosos padecimientos continúan siendo tratados en la UD o mediante el recurso a los “médicos campesinos”, de manera exclusiva y/o complementaria. Esto ocurre especialmente en los casos de enfermedades que no son conocidas ni tratadas por la biomedicina, o bien cuando esta última sólo puede tratar los síntomas, como en el caso del *susto* (Remorini *et al*, 2010; 2012: Remorini y Palermo, 2012). También se recurre a prácticas de la medicina tradicional para complementar tratamientos médicos o en diferentes instancias del embarazo, parto y puerperio.

Los míos... ¡todos asustados!: el susto en la infancia

En términos generales el *susto* es atribuido por los molinistas a una fuerte impresión producida por un suceso inesperado, ya sean fenómenos meteorológicos o naturales (vientos fuertes, crecidas y desborde de los ríos), haber presenciado situaciones dramáticas (accidentes, fallecimientos), caídas, ver o haber sido atacado por animales (víbora, gallina, perro, entre otros) y visiones o contacto con entidades (duendes, almas, Pachamama u otros). Esta impresión causa la pérdida del espíritu del asustado, el que permanece en el lugar donde la persona se asustó (Remorini *et al*, 2012).

Si bien puede afectar a adultos y niños, y las causas y sintomatología guardan ciertas correspondencias, en estos últimos adquiere particularidades que describiremos a continuación.

Los niños pequeños, denominados localmente

*guaguas*⁷(7) son más vulnerables ya que, como señala La Riva González (2012), en la primera infancia, el espíritu del niño (también referido como alma o ánimo según la región) se halla débilmente unida al cuerpo, y entonces puede separarse o huir. Según la misma autora, en los niños pequeños, la pérdida del espíritu trae como consecuencia la pérdida del “entendimiento”. Con respecto a ello, NR sostiene que: “Lo más feo es con el río, dicen que se asustan los bebés. Porque dicen que es jodido con el río que le lleva el espíritu (DEL NIÑO), dicen ¿no? ése es lo más feo, (HAY QUE) llamarlo porque ya se lo lleva el río (AL ESPÍRITU) (NR, 32 años, orillas, Molinos)⁸(8).

La mayoría de las entrevistadas refiere que el *susto* es un padecimiento frecuente en la infancia y niñez, ya que las *guaguas* son “*tiernitas*” (frágiles) y se “*asustan de cualquier cosa*”. Así, afirman que sus hijos son “*todos asustados*”, indicando que han padecido *susto* en varias ocasiones. Los niños, a diferencia de los adultos, son vulnerables a un espectro más amplio de situaciones que pueden provocarles *susto*, por ejemplo, el sobresaltarse con ruidos fuertes o el encuentro con desconocidos. Así, por ejemplo, MS y su pareja FM habitan en el pueblo de Molinos y relatan el episodio de *susto* padecido por su hijo (menor de un año):

“MS: una vez se cayó de esa cama alta, y lloraba, lloraba y como que tenía pocas ganas de comer...le llevamos a un curandero y él dijo que estaba asustado; FM: y lo hemos hecho refregar...le hace masajitos, después desde ahí ya empezó a comer...era malo él (SU HIJO); MS: malo, sí, muy malo...se enojaba todo el tiempo...porque yo hacía mis tareas y él llo-

raba...es ese tiempo que él era muy pegote...” (MS 23 años, FM, 24 años, Molinos).

En otro de los relatos, FD y MC (suegra y nuera), quienes habitan en la misma UD extensa en las fincas, describen los síntomas de los niños asustados:

“FD: se pone renegón, y llora...lloran y lloran nada más; MC: se enojan; FD: se enojan, se tiran al piso; FD: algunos no quieren comer...decaído (...) (¿con qué se asustan los nenes?) FD: con perros, con caballos, con vacas, con el viento (...) (CUANDO LE LLAMAN) come, ya está más tranquilo, ya no llora (...) lo llaman tres veces; MC: tres noches (...) (CUANDO SE CURA) ya está más tranquilo, quiere comer, es como era siempre” (FD 69 años, MC 31 años, Gualfin).

Por su parte, NR, quien habita en las “orillas” del pueblo, describe los síntomas de una de sus hijas que se ha asustado, los cuales requirieron complementariamente tratamiento biomédico y la atención de una médica campesina:

(¿y qué tiene en el oído (A, SU HIJA)? ¿qué te dijeron en el Hospital?) *es de la misma tos que ella tenía de resfrío. Se fue la infección al oído (...)* (vos dijiste que la habías ido a llevar a lo de un señor que cura el *susto* y no lo encontraste) *sí, después (LA LLEVÉ A) la señora de al lado, doña A. (...)* (¿por qué pensaste que estaba asustada?) *porque cuando es así, lloran y lloran, y están molestos, es porque están asustados, estaba segura que estaba asustada porque vino un día antes el agente sanitario y la hizo asustar con las vacunas y ella tiene*

miedo a las vacunas (...) vino tarde la chica (AGENTE SANITARIO) así que ya quedó con ese miedo, ya a la noche molestó (¿no durmió? ¿cómo es cuando están asustados?) no duermen...y empiezan a llorar y a molestar y con fiebre (...) el sábado no quiso comer, se pasó triste toda la mañana (...) no quería jugar, se molestaba por todo (...) después mi mamá le llevó a la señora de al lado, a doña A (¿y ella la curó?) y ella le llamó, sí, de ahí ya durmió bien, ya está bien ahora (¿y esto que fue el mismo día que la llevaste al hospital por el dolor de oído?) claro, parece que ha sido el mismo susto nomás, tenía un susto (...) a nosotros nos preocupaba que no jugaba, y estaba triste... yo la tuve que llevar al médico por el oído, me dijo el T (ENFERMERO), y aparte porque tenía fiebre” (NR, 32 años, orillas, Molinos).

Estos relatos subrayan las consecuencias que tiene asustarse a nivel de la conducta de los niños (*ser malito, llorón, renegón, pegote, estar molesto, estar triste*). En términos de los valores y expectativas de las cuidadoras, se espera que las guaguas sean *buenitas y calladitas*, es decir, que sean tranquilas, obedientes y no demanden demasiada atención de los adultos. Las madres en general se quejan de los niños *llorones*, pues consideran que son *difíciles de criar* y no pueden ser dejados al cuidado de otros miembros de la UD. En este sentido, conductas y actitudes de este tipo suelen ser sancionadas, a menos que se considere el llanto como síntoma de que los niños son *asustaditos* (Remorini, 2012).

Por otra parte, en los siguientes fragmentos se hace referencia a que otra consecuencia del *susto* es que el cuerpo *se abre*, lo que

puede combinarse con otros síntomas (diarrea, vómitos) y dar lugar a un cuadro complejo que requiere de otro tipo de tratamiento. La “apertura” del cuerpo constituye un riesgo y genera un desequilibrio que debe restaurado⁹(9).

(¿se ha asustado I, SU HIJO?) sí, antes se asustaba cuando lo bañábamos. Ahora no quiere salir de bañar (RISAS), con los ruidos, cuando hacen un ruido fuerte se asusta (...) Sino cuando le estamos bañando y le sacamos de golpe, levanta las manos y esta con las manos así, duras (...) pero más con los ruidos fuertes. Si volteas algo que haga un ruido fuerte, así con los platos, se asustó (¿cómo te das cuenta vos que está asustado?) abre los brazos, así grande; y se pone duro... (¿y vos te asustaste alguna vez?) Si, varias veces...pero mi mami nomás me curaba, ella sabía decir que se abría el pecho cuando estaba asustada. Decía vos te has asustado, te tocaba acá y decía que se te había abierto el pecho. Y así que ella con una manta te movía, porque cuando te asustas, te agarra vómito, de todo un poco. Y así ella me curaba. Así con la manta y me envolvía el pecho (...) acostada en la manta (YC, 25 años, Molinos).

En todos los casos se recurre a personas ancianas y a médicos campesinos para que restituyan el espíritu al niño a través del *llamado*, y a su vez traten los demás síntomas de índole física con *remedios de yuyos* (combinatorias de plantas medicinales) por vía oral o mediante *limpias y refregadas* (masajes o fricciones) y *manteada*.

“Nosotros vamos cada vez que nos pasa

algo o nos duele algo o del susto. Cuando te asustas él cura (...) A veces se asusta el bebé, así que él viene y lo cura. (LOS MÉDICOS CAMPESINOS) hacen limpieza...no sé qué le sabrá hacer cuando le hacen la limpieza, a veces tiene como depresión, le sacan todo eso lo malo. Se sienten mejor. No sé cómo sabrá hacer eso..." (YC, 25 años, Molinos).

En general, las ancianas y ancianos de la familia suelen realizar el llamado del espíritu de manera inmediata luego del evento que provocó el *susto*. Luego, se observa el comportamiento del niño y su evolución, y de persistir los síntomas se recurre a expertos fuera de la UD. Si bien en Molinos las entrevistadas citaron tres médicos campesinos a los que se acude en forma frecuente, en ocasiones estas personas no viven en el lugar, sino en pueblos y fincas cercanas. Su elección depende entonces de su disponibilidad, pero también de la existencia de lazos de parentesco y del tipo de terapia que utilizan para curar el *susto*. En este sentido, MT relata la manera en que su hijo menor (15 meses) se asusta frecuentemente y describe el tratamiento que se le administra al interior de la UD, donde recurre inmediatamente a su *mami* para que llame al espíritu del niño:

"Éste (SU HIJO MENOR) ¡es sanito! Así que no tengo mucho pa' decirle (AL MÉDICO), a veces nomás por los sustos, se agarra sustos, un ruido fuerte y ya pegó el salto, pero eso nomás (...) mi mamá me lo llama (...) ella agarra agua bendita, le da de tomar un poquito, después ya lo llama, le dice así 'veni J, veni hijito, no te quedés, no tengas miedo, veni' y después le da de tomar más agua, le

hace crucitas (CRUCES) por acá (EN LA CORONILLA), reza y luego ya está, no sé si será creencia o qué, pero se compone (¿qué es lo que les pasa cuando están asustaditos?) lloran mucho, se ponen llorosos, no quieren quedarse solos en la cama (¿y comen bien cuando están asustados?) algunos dicen que no, pero él no, sigue comiendo, llorón esas cosas sí (¿y por qué puede ser que se asusten?) al pegar el salto el chico hace así (SUSPIRA FUERTE) y se le abre el pechito, y es ahí es que dicen que ya no tiene ganas de comer y los llaman, les refriegan para juntar el pechito, les dan fricciones, lo fajan para que se cierre el pecho, dicen ellos, y así vuelve a tener ganas de comer, dice mi mami" (MT, 44 años, Molinos).

Con relación a la protección frente a la posibilidad de que el niño *se asuste*, las mujeres afirman que deben vigilar a sus hijos en forma constante, sobre todo a los que están aprendiendo a caminar, prestando especial atención a los espacios por los que deambulan, si entran en contacto con animales, o si intentan imitar los movimientos y desplazamientos de otros niños. Este cuidado se extiende a lo largo de la vida del niño y busca promover conductas "adecuadas" (no permanecer tiempo excesivo fuera de sus casas ni alejarse demasiado, por ejemplo). Al respecto, una de las entrevistadas (EL) sostiene que la razón principal por la que sus hijos nunca se *asustaron* reside en su permanente control para evitar la exposición a elementos del ambiente que podrían ocasionar el *susto*:

"(...) yo no los dejaba salir mucho a la calle, por ahí has visto que hay mamás que los dejan que se vayan, anden por los cerros,

por las orillas, los míos no, ellos salen aquí, al centro del pueblo, siempre he estado pendiente de ellos a dónde van, qué hacen, a dónde están” (EL 44 años, Molinos).

Una variedad de *susto* que puede experimentarse durante la gestación se denomina *aique* o *aikadura* (del quechua *aykkey* = huir, escapar). Al respecto, resulta importante tener en cuenta que –especialmente en el caso de las mujeres mayores de 40 años–, continúa vigente la asociación entre embarazo y *enfermedad*, según la cual el cuerpo de la mujer queda débil y vulnerable frente a ciertos padecimientos que pueden afectar su salud o la del feto. *Enfermar* en este contexto es sinónimo de *gravidez* (McKee, 1982; Katz, 1993; Crivos y Martínez, 1996; La Riva González, 2000; Platt, 2009; Remorini *et al*, 2010). Consecuentemente, desde la perspectiva de las *mamis* deben respetarse un conjunto de prescripciones durante esta etapa. Como ejemplo de ello, el *aique* se origina en la exposición de la mujer a situaciones relacionadas con la muerte (transitar cementerios, asistir a velatorios), lo que provoca un *susto* en el niño en gestación y en consecuencia, la pérdida temporal de su espíritu, ocasionándole luego del nacimiento una elevada susceptibilidad a enfermar y/o a sufrir trastornos de desarrollo (problemas motrices, falta de tonicidad muscular, sordera, mudez, ceguera) o problemas de conducta como los referidos anteriormente. Al respecto, MT describe cómo su hijo mayor *nació aiqueado* como consecuencia de haberse expuesto ella misma al contacto con muertos durante su embarazo:

“(¿y P-SU HIJO MAYOR- se ha asus-

tado alguna vez cuando era chico?) *¡siempre se ha asustado! Igual que éste (J, SU HIJO MENOR), no crecía P y eso nos llamaba la atención, era tan chiquitito, crecía pero bien poquito (...) le hemos llevado a curar a Doña I. (MÉDICA CAMPESINA) y ella me ha dicho que era aiqueado, porque a eso le llaman aiqueado, que es cuando una está embarazada y va a un velorio y se asusta o se aflige y entonces el chico ya desde la panza viene mal, ya no crece, entonces le ha dicho a la mami, ‘busquen una vaca negra y cuando carneen la vaca (...) y ahí le meten al bebé, le meten y después le envuelven en una sábana blanca y lo dejan una hora ahí, que se duerma y después a la tardecita lo bañan’ y ya dicen que sana, que compone... y se ve que sí porque al poco tiempo ya vimos que ha crecido (...) empezó a crecer, a componerse (¿y vos te acordás haber ido a un velorio?) si, fui, yo después me acordé... es el único velorio que he ido, no he ido a otro (...) (¿y eso pasa por estar en un lugar donde hay una persona muerta?) dicen que es porque te afligís, bien ahí en el velorio o bien porque te asustás con el muerto...puede ser que uno se aflige o algo pero yo no me he asustado que me acuerde (...) (SU HIJO) aumentaba de peso pero poquito, era pícaro, terrible, pero nada más que no aumentaba de peso, su cuerpito bien flaquito”* (MT, 44 años, Molinos).

Desde el punto de vista médico tradicional, esta sería la única dolencia que afecta a los niños en gestación. Todas las demás prescripciones durante el embarazo y puerperio (evitar trabajos pesados, restricciones en la dieta) se orientan a evitar problemas de salud en la mujer, tanto durante el embarazo

como durante el puerperio. Este modelo de cuidado materno contrasta notablemente con el de los profesionales biomédicos, enfocados en la protección del niño frente a riesgos evitables en la etapa gestacional. Al respecto, la ampliación del alcance de las estrategias de Atención Primaria de la Salud ha introducido algunos cambios en el conocimiento sobre el feto y su desarrollo inaccesible generaciones atrás, y sobre los riesgos e incertidumbres que rodean al embarazo y nacimiento. Las *guaguas* comienzan a ser protagonistas centrales, ya que el discurso médico que justifica los cuidados y restricciones a los que deben someterse las mujeres se orienta principalmente a asegurar su adecuado desarrollo. En concordancia con estas perspectivas, la idea según la cual las mujeres deben evitar riesgos que afecten a sus *guaguas* por nacer, es consistente con la noción de responsabilidad que subyace a la evitación del contacto con muertos, central a la etiología del *aikado*¹⁰(10).

Nacer *aiqueado* y *sustos mal curados*: nuevas hipótesis frente a múltiples diagnósticos y problemas no resueltos

Teniendo en cuenta la caracterización del *susto* y el *aique* desde la perspectiva de las cuidadoras entrevistadas, en este apartado nos centraremos en el modo en que las mujeres relatan la sucesión de eventos que se asocian con la etiología de un conjunto de padecimientos sufridos por ellas y sus hijos, donde el *susto* adquiere un rol importante.

Una de las entrevistadas que citamos antes (EL) es la única que sostiene que ninguno de sus hijos se ha asustado, y justifica esta situación en los recaudos que ha tomado

en su crianza. No obstante, plantea que ella sí se ha asustado cuando estaba embarazada en ocasión de un viaje. Sin embargo, este *susto* no ha tenido consecuencias a largo plazo –ni para ella ni para su hijo– porque fue sometida a tratamiento rápidamente, a manos de una mujer anciana de la familia.

“...me asusté una vez, yendo para Colomé, íbamos en caballo y nos hemos parado a tomar agua. Yo estaba embarazada de F (SU HIJO MAYOR), y de golpe vi la víbora...esa tarde ya mi suegra me dio agua bendita (...) pero hay algunas (EMBARAZADAS) que se quedan mudas y no hablan, no reaccionan, con el tiempo dicen que el bebé nace con problemitas” (EL 44 años, Molinos).

De este modo, *sustos* no curados oportunamente y ruptura de tabúes durante el embarazo son dos de las razones principales para que los niños nazcan *con problemitas*. Si bien el *aique* se relaciona –según la conceptualización más difundida en la zona andina– al contacto con los muertos, en estos relatos su alcance se extiende a otros eventos que derivan en un *susto* en la etapa gestacional y pueden también provocar un daño en el niño. Si el niño nace *aikado*, padecerá trastornos nutricionales y retraso en el crecimiento. Asimismo, se le atribuye a este tipo de *susto* problemas de conducta, discapacidad auditiva, cognitiva o trastornos del lenguaje. Cuando estos problemas persisten en la niñez e incluso adultez se denomina al individuo *quedao*. Esta expresión alude a un “retraso” madurativo (“se ha quedao”; “empieza a atrasarse la persona”) que se manifiesta a través de la conducta diaria y

las posibilidades reducidas de integración del individuo a diferentes actividades (Remorini *et al*, 2012).

En este sentido, PC, madre de 3 hijos, vincula ciertas dificultades en el desarrollo de su hijo mayor (retraso en el inicio de la marcha y sordera) a un episodio de susto no curado durante su embarazo. Es por ello que recurre a diferentes hospitales (Molinos y Seclantás) sin obtener un diagnóstico satisfactorio hasta que es atendida por un especialista (Otorrinolarinólogo) en un hospital de Salta, quien determina la pérdida de audición del niño. Resulta de interés que este diagnóstico adquiriera sentido en el relato en vinculación con sucesivas consultas con médicos campesinos, para quienes la sordera del niño es consecuencia de situaciones emocionales que la afectaron mientras estaba embarazada.

“(...) M era más flojito para caminar, demoró mucho para caminar, hasta los dos años. Encima que yo ya lo veía distinto, que no escuchaba, entonces me preocupaba mucho y casi siempre iba al hospital y me lo revisaban y estaba bien todo y me lo traían, después yo ya empecé a cambiar de médico, ya lo llevaba más a Seclantás, y también casi era lo mismo (...) después yo me fui a Salta, me vieron ahí los otorrino y me dijeron que era sordito (¿y vos no te acordás cuando fue que tuvo una infección en el oído?) si, era cuando era muy chiquito tenía seis meses, por ahí... lloró, lloró mucho una noche y después al otro día me fije tenía sangre en el oído, y ese día lo lleve al hospital, solamente le revisaron...le revisaron, todo, me dieron así para echarle unas gotitas, siempre me daban gotas para echarle en los

oídos y en Salta me dijeron que no me tenían que dar gotas, tenían que hacer lavaje, y después ya lo veía como que no escuchaba (...) antes de los seis meses él hablaba decía ‘gu’, por ahí quería decir ‘mamá’ así, pero después de la infección esa que tuvo, yo le hablaba y él como que no me escuchaba y ya no me hablaba mucho, después de ese tiempo ya me empecé a preocupar (¿y nunca lo llevaste a algún médico campesino o a alguien que te de otra opinión?) siempre, desde que él se enfermó casi todos los médicos campesinos que hay acá le llevaba. La mayoría me ha dicho que él ya es para que sea un chiquito mudo (...) los médicos campesinos siempre me decían que yo sufrí mucho cuando quede embarazada de él, es verdad, siempre yo me ponía a llorar porque tenía miedo de todo, siempre me la pasaba llorando, como angustiada y me asustaba (...) cuando estaba quedándome embarazada me fui a trabajar con mi papá y había pasado una víbora por ahí, por mi cuerpo (...) ahí fue cuando más me asusté, de ahí ya empecé, no era como era antes, ya tenía miedo a todo, ya por cualquier cosa me ponía a llorar (¿y no te curaron en ese momento?) no, el curandero había dicho nomas que la tenían que matar a la víbora, que si no, no me iba a curar bien, no la han matado la víbora (¿y eso le pudo haber afectado a él?) así dicen (PC, 30 años, Churkal).

En otro de los relatos, NM describe los problemas de salud que ha padecido su hijo (6 años) desde el nacimiento, así como determinados aspectos de su carácter (“*ser desesperado*”, “*loquito*”) y conducta habitual (“*todo el tiempo quiere llamar la atención*”) debido a que “*está asustado desde el vientre*”. De este modo, el

episodio de susto que ella misma sufre hacia el final de su embarazo y que le provoca un parto con complicaciones, ocasiona además una serie de trastornos físicos y emocionales en el niño durante sus primeros años.

“(...) a mí me cuesta creer pero ahora sí un poco más porque todos los que lo vieron (A SU HIJO) dijeron que está muy asustado él desde el vientre. Y es verdad yo me asusté con él dentro de la panza. Eso sí creo. Porque era un domingo que habíamos salido de misa, nos fuimos a la casa de mi hermano. Estaba haciendo empanadas, y la sartén era bien resbalosa y la perilla de la hornalla estaba rota, entonces no andaba...Y yo veía que las empanadas se estaban quemando y pedía por favor a alguien de que venga a ayudarme...y yo por querer sacar las empanadas en vez de esperar, se cayó la sartén en las manos de mi sobrino, ¡con el aceite así re caliente! Entonces yo me re asusté estando embarazada. Por suerte ya eran las últimas semanas, ¡no sabe el susto! y ahí con ese susto yo he roto bolsa, al otro día me interné, estaba mal. Y ya de un principio, ya con eso me vino todo mal porque no lo podía tener a M...perdí todo el líquido y me tocó un parto seco que le llaman, que no resbala (...) no dilataba...según dicen que al tragar líquido los bebés que se les tuercen las tripas, y para mí que eso le pasó a M. Porque él cuando nace de hecho tiró un poco de líquido. Se ve que había tragado. Dicen que eso les tuerce las tripitas (...) después él nace, sufrí un montón para tenerlo. Estaba bien. A los 15 días ya empezó con vómitos y ahí lo que vino después (...) yo venía bien con el embarazo, a mí me jodió ese susto (¿y nunca te hiciste

curar ese susto?) no, a lo mejor por eso soy media nerviosa, porque M...él ahora es así... yo le lleve a todos los curanderos...porque ya la doctora me dice ‘usted tiene que creer en eso, pasa y eso nosotros no lo podemos curar’ así que le llevé a dos, tres señores que curan del susto y los tres me dijeron lo mismo: ‘el chico está asustado’. El último me dijo que está asustado desde el vientre. Y es verdad porque yo me asusté y por eso lo tuve. Dicen que cuando uno se asusta rompe bolsa, por eso es feo asustarse estando embarazada...y a M le tengo que hacer curar, porque él está fuerte asustado (y le dura, ¿no?) sí, le dura. Si él era así como desesperado, así loquito, a veces... ha mejorado bastante (...) pero así cuando le saco o hay gente, hay visitas, él es peor. Todo el tiempo quiere llamar la atención, y es también porque uno desde bebé ha estado encima de él” (NM 34 años, Molinos).

Por su parte, DF, madre de 11 hijos, también relata que tanto ellos como sus nietos han sufrido *susto* en algún momento de la infancia, destacando la posibilidad de inferir el diagnóstico a partir de los cambios en su conducta y estado emocional y planteando sus consecuencias a largo plazo.

“(¿y alguna vez se asustaron tus chicos?) ¡uf! los míos todos, todos son asustados (¿cómo te diste cuenta? ¿qué les pasaba?) porque ellos son malos, se ponen a llorar (...) por ejemplo, quiere ofrecer algo, él es malo, se enoja, no quiere recibir...no es porque él tiene hambre, se pone inquieto, como que no hacen caso, como que no estuvieran escuchando (...) y ahí es donde nos damos cuenta que ellos no

necesitan médico digamos (BIOMÉDICO) (...) (me habían dicho que otra forma de darte cuenta que estaban asustados es que por ahí no crecían) eso sí, bajo peso también, pero yo más les veo renegones, cada mamá tiene su forma de observarlos (...) por cualquier cosita ya le tiran, ya se enojan, lloran...y por ahí hay muchas veces que cuando ya van a la escuela, no prestan atención bien al estudio...entonces también porque ahí están asustados, están pensando en otra cosa menos en el estudio, están en otro mundo, digamos, no piensa en esas cosas, qué es lo que está haciendo...para mí es así, yo le veo así (...) en todo momento que se asustan, ¿viste? con cualquier cosa (...) de chicos siempre se han compuesto, ahora de grandes ya no les llevo yo (AL MÉDICO CAMPESINO) (¿y es más peligroso?) y es más peligroso, claro, más, cuesta ya, pos' dicen que no viene rápido el espíritu, no vuelve rápido (¿y dónde queda?) allá a donde se ha asustao' según la mediquita me indicaba, que el que es asustado, él va y donde se ha asustado ahí queda su espíritu” (DF, 52 años, orillas, Molinos).

Como señalamos anteriormente, sustos no curados en la infancia, desencadenan una condición que se denomina “*quedao*”, que DF explica a propósito de su preocupación por una de sus nietas.

“porque ésta (UNA DE SUS NIETAS) ya tiene seis años, y ella vive así, asustada porque cuando ha sido ese incendio, ella quedó como fuera asustada ya, y yo le he dicho a su mamá, ‘hacela curar, hacela llamar’ (PERO) no l’ ha hecho llamar, y no se ha compuesto bien, por eso ella ahora ya está bien preocupa-

da, y es como que ya le ha quedado eso” (DF, 52 años, orillas, Molinos).

SR, madre de 4 hijos, plantea que dos de sus hijas padecieron reiteradamente *susto* cuando eran pequeñas y vivían en una finca. En estas circunstancias, su madre (AR) intervino curando a las niñas mediante sahumado con recursos vegetales y animales. Al indagar sobre las causas de estos *sustos*, SR los vincula a una condición de susceptibilidad de las niñas, debido a una alimentación inadecuada:

“(...) también decía mi mamá se han asustado y ya me decía, ‘hay que sahumarles’, y ella les hacía un remedio, junta todos los yuyitos (...) plumitas de todos los pajaritos del campo, entonces ella decía que con eso hay que sahumarle (...) y el humito...ella los pone así a los chiquitos arriba (DEL HUMO) (¿por qué piensas que se asustaban?) no sé, capaz porque allá (EN LAS FINCAS) no se consiguen los alimentos que se deberían (PARA LOS BEBÉS), entonces...siempre flaquitas, tenía que estar cada diez días en el hospital porque eran desnutridas” (SR, 43 años, Molinos).

Al preguntar por sus hijos menores, describe un conjunto de problemas nutricionales (desnutrición, bajo peso) que ha padecido otra niña:

“Mi mamá hacía eso (SAHUMAR A LOS NIÑOS) yo ya no lo hice con los más chicos (¿por qué?) será porque ya no estamos con la mamá...acá en el pueblo ya no se acostumbra casi a eso (¿pero se asustan los chicos ahora también?) no sé si se asustan porque yo

problemas ya no tuve (...) y la otra más chiquita (SU HIJA MENOR) ha nacido con un peso muy bajito, era muy chiquitita, tenía que pasar los dos kilitos para irme (DARLE EL ALTA DEL HOSPITAL)...y además ella no succionaba ni nada... era tan flaquita que no tenía fuerza...y después ha agarrado, aumentó de peso, me he ido (ALTA DEL HOSPITAL) y ¡lindo ha levantado!... se ha puesto bien...hasta los seis meses que otra vez se ha bajado...ella seguía, hasta los dos años ha tomado pecho...así con su peso, iba, subía, pero el médico me decía que era normal y que así iba a seguir aumentando de a poquito y hasta ahora es flaquita” (SR 43 años, Molinos).

Como se observa en su relato, ello no vincula estos episodios con la posibilidad de haber sufrido un *susto*. No obstante, según otras informantes, estos problemas podrían ser consecuencia de un “susto mal curado”. A diferencia de lo planteado en el caso de sus otras hijas, esta vez SR apela a la perspectiva biomédica para enmarcar los problemas nutricionales de la niña y su consecuente tratamiento, si bien admite que el problema no ha sido completamente resuelto (“*hasta ahora es flaquita*”). Es interesante que el cambio de entorno (de la residencia junto a su familia extensa en la finca a la residencia neolocal en el pueblo) interviene como componente en la explicación de las causas de la enfermedad y tratamiento en las niñas mayores, y en la decisión de recurrir a los servicios biomédicos para el diagnóstico y tratamiento de la hija menor (“*ya no estamos con la mamá*”, “*acá en el pueblo ya no se acostumbra eso*”).

Por su parte, MS, hija de SR, relata, a

propósito de las preguntas sobre la salud de su hijo, su propio episodio de *susto* y sus consecuencias a largo plazo:

“MS: sí, tengo un susto con una víbora cuando estaba en Tacuil...como a los siete años, estaba yendo para la escuela, y bueno ahí cruzábamos un río...iba con la mami (AR, SU ABUELA)...y de ahí me quedé asustada, y siempre que veo una víbora así me asusto (¿y te acordás si alguien te curó?) MS: no, nadie me curó; AR¹¹(11): ahora, de grande, la hemos llevado a Don E., un médico de acá; MS: sí, sí me había dicho que teníamos que ir a ese lugar donde estaba la víbora, que la tenía que encontrar, pero no la encontré (...) (¿por qué pensabas que todavía seguías asustada?) MS: porque era como tartamuda, así...entonces acá me decían que soy asustada...con el susto grande de la víbora, cuando hablo rápido me trabo; AR: así parece que es cuando está nerviosa por algo, se le traba la lengua; MS: es de familia así, mi papá también es así y la J (SU HERMANA MENOR) también era así cuando era chiquita...y la mami la llevó a una médica, y se ha curado; AR: susto era, la médica de Amaicha la ha curado a ella (...) yo también era así muy trabada para hablar, y me he hecho curar, me han dado unos remedios para hacer, y para tomar” (MS 23 años, AR 66 años, Molinos).

Estos fragmentos de entrevistas ilustran de qué manera episodios de *susto* impactan en las trayectorias vitales de las mujeres y sus hijos, sin circunscribirse necesariamente a eventos o síntomas puntuales sino con un alcance más amplio, al combinarse con otros problemas

de salud y generar secuencias terapéuticas complejas. En ellas se apela de manera sucesiva, alternativa y/o complementaria a un conjunto de recursos, dependiendo de la percepción de la gravedad de los síntomas y la disponibilidad según la localización geográfica de las unidades domésticas en el Departamento.

Consideraciones finales

El análisis de los relatos nos ha permitido reconocer un conjunto de similitudes en el modo en que las mujeres de distintos sectores y generaciones del Departamento conceptualizan el *susto* y sus consecuencias en su propia salud y la de sus hijos, así como la secuencia de eventos implicados en su diagnóstico y tratamiento. En todos los casos se trata de secuencias no lineales que se prolongan en el tiempo, en el transcurso de las cuales diversos tratamientos y diagnósticos se descartan, confirman y/o redefinen. De manera recurrente las *mamis* desempeñan un papel central en ellas, ya sea monitoreando el cumplimiento de determinados cuidados durante el embarazo, diagnosticando el *susto*, curándolo o bien recomendando terapeutas tradicionales a los cuales recurrir. Su rol es destacado por las mujeres, quienes -a pesar de un contacto más sistemático con el personal de salud, y por lo tanto, con mayor acceso a prácticas, conocimientos y valores de la biomedicina- consideran sus consejos y saberes como fuente de criterios e hipótesis para la toma de decisiones en torno al cuidado de su propia salud y la de sus *guaguas* (Remorini *et al.*, 2010; Remorini y Morgante, 2016).

En este sentido, las entrevistadas apelan a diferentes actores y recursos, modificando el curso de la secuencia terapéutica, lo que nos

conduce a considerar el proceso de enfermar como una secuencia de eventos que se suceden o bien ocurren simultáneamente, en el transcurso de la cual se construyen reflexiones e hipótesis para abordar el problema, se buscan nuevos diagnósticos y se deciden las acciones adecuadas para la restitución de la salud. Es decir, a partir del discurso no es posible delimitar y aislar “enfermedades”, sino situaciones que conllevan a un episodio de enfermedad que puede variar con el tiempo, agravarse o combinarse con otra situación que lo afecta, derivando en otro diferente (Crivos, 2004; Remorini, 2009).

Es interesante observar, por un lado, la vigencia y relevancia de saberes y prácticas de la medicina tradicional en torno al diagnóstico y tratamiento del *susto*. Por otro, cómo estos saberes y prácticas se articulan y confrontan con otros provenientes de la biomedicina, considerados complementarios o alternativos según la instancia. Ello da cuenta de un escenario complejo donde la crianza y cuidado de la salud infantil se halla en el centro de los discursos institucionales orientados a promover y proteger el desarrollo infantil, pero que no pocas veces muestran limitaciones a la hora de resolver -en el ámbito local- las problemáticas diversas que afectan a los niños (malnutrición, discapacidad y trastornos del desarrollo).

Por razones de espacio, hemos dejado de lado la descripción detallada de las prácticas diagnósticas y terapéuticas privilegiando la consideración de la etiología del *susto* y sus consecuencias en las trayectorias de desarrollo infantil desde la perspectiva local.

En el contexto de esta narrativa observamos que en los casos analizados, las causas

del *susto* se atribuyen de manera general a eventos traumáticos imprevisibles o sorprendidos que pueden tener lugar durante las actividades cotidianas, excepto en aquellos casos donde se produce como consecuencia de la violación de tabúes (por ejemplo, el contacto con los muertos durante el embarazo). En el primer caso, los *sustos* “cotidianos” no tienen efectos severos a largo plazo para el afectado si son curados de manera inmediata. Sin embargo, posponer el tratamiento o interrumpirlo resulta en trastornos más severos, que se manifiestan repetidamente a lo largo de la trayectoria de los individuos de diversas maneras, comparables a la gravedad de los efectos que posee el *nacer aikado*.

En este sentido, el *susto* se presenta como una dolencia que puede ocurrir en diferentes momentos de la vida y que puede derivar en otros problemas de salud persistentes en el tiempo. Estas dolencias se manifiestan con variable intensidad y gravedad dependiendo de la co-ocurrencia de distintos factores contextuales, como por ejemplo cambios en las rutinas cotidianas y/o eventos estresantes de diversa índole (Remorini *et al.*, 2010, 2012; Remorini, 2013).

La apelación a categorías nosológicas de la medicina tradicional se justifica en los casos de enfermedades cuya resolución involucra numerosas instancias terapéuticas y ante la ineficacia de otras alternativas. Asimismo, cuando existe la sospecha -fundada en la persistencia de problemas en la conducta y en la salud de los niños- de que estas situaciones derivan de *sustos* no diagnosticados ni curados oportunamente. Así, en el proceso de búsqueda de opciones efectivas para abordar estos pro-

blemas, las categorías de *susto*, *aique* y *quedao* se integran en nuevas hipótesis que reorientan la acción.

En la explicación de la etiología se combinan factores del entorno y la condición de susceptibilidad del individuo. En la consideración de los factores que pueden coadyuvar a una mayor susceptibilidad de padecer *susto*, el estado emocional de la mujer, fundamentalmente durante el embarazo, aparece como un componente central en la etiología del *aique*. Éste no sólo se origina en la exposición a entidades nocivas o peligrosas (la muerte o los muertos) sino también en experiencias traumáticas para las embarazadas, que en general se describen en términos de “*estaba angustiada*”, “*lloraba mucho*”, “*estaba triste*”, “*tenía miedo a todo*”, “*era nerviosa*”.

La emergencia del *susto* revela un “desajuste” en el equilibrio entre el individuo y su entorno (incluyendo aquí las prácticas rutinarias de los cuidadores) y en este sentido, la irrupción de una enfermedad o problema en el desarrollo del niño sirve para explicar cómo deben funcionar las cosas y qué debe hacerse para restituir el equilibrio perdido, a manos de expertos. Más allá del componente de imprevisibilidad de la etiología del *susto*, las referencias ponen de relieve que las consecuencias a mediano y largo plazo del *susto* en sus tres variantes son atribuidas a la negligencia de los cuidadores. Estos diagnósticos ponen de relieve las expectativas en torno a conductas apropiadas de las madres (evitar intencionalmente situaciones que ponen en riesgo la salud, estar atenta a la conducta de los niños, procurar tratamiento inmediato). En este sentido, se revela como un mecanismo de control social

con implicancias morales para las cuidadoras (Remorini, 2009).

Por otro lado, la narrativa en torno a la etiología del *susto* pone de manifiesto las expectativas y valores en torno al desarrollo y comportamiento de los niños y su incidencia en la crianza. Como hemos planteado en otro lugar, las representaciones sobre la vulnerabilidad y dependencia de los niños en los primeros meses de vida afectan la estructuración del entorno cuidador (Gaskins, 2000; Rogoff *et al*, 2003; de León, 2003; Cervera y Méndez, 2006; Remorini, 2012, 2013). Esta “vulnerabilidad” se asocia tanto a la posibilidad de pérdida del espíritu debido al *susto* como a una fragilidad en el desarrollo óseo y muscular, lo que hace susceptible al niño de sufrir *falseaduras*. Al ser reconocidos por la población local como riesgos específicos durante la infancia, se despliega un conjunto de prácticas cotidianas que intentan prevenirlos, las que en ocasiones, entran en contradicción con las prescripciones del personal de salud (Remorini, 2013).

No obstante, las entrevistadas destacan que es difícil prevenir de manera absoluta el *susto*, ya que las *guaguas* “*se asustan por todo*”. Asociado a ello, los modos en los que las madres definen lo que es un niño “*sanito*” versus un niño “*con problemitas*” pone de manifiesto juicios de valor por los que se consideran “normales” ciertos comportamientos y competencias, mientras que otros son sancionados y/o patologizados (Murphy, 2007; Remorini, 2012). De este modo, el *susto* interviene como hipótesis para explicar por qué un niño es “*llorón*”, “*malito*” y “*difícil de criar*” entre otras expresiones que surgen en los relatos.

Finalmente, junto con las consecuen-

cias a nivel de la conducta, ocupa un rol central en el discurso la manera en que los episodios reiterados de *susto* influyen sobre el peso y el estado nutricional de los niños, mediante expresiones tales como “*hasta ahora es flaquita*”, “*eran desnutridas*”, “*no aumentaba de peso*”, “*no quieren comer*”. Si bien esta preocupación era recurrente en relatos recogidos décadas atrás por otros investigadores en la región (Crivos *et al*, 2008), en la actualidad se halla reforzada, creemos, en virtud del énfasis sobre el cuidado nutricional adecuado de los recién nacidos y niños pequeños por parte de los agentes de salud pública (por ejemplo, al promover la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad durante los controles prenatales y el seguimiento de la talla y peso de los niños durante las visitas domiciliarias de los agentes sanitarios).

A pesar de la amplia atención que ha recibido el *susto* en la literatura aún existen vacíos en la investigación acerca de su incidencia y prevalencia como parte del perfil de morbilidad. Como señalamos en otro lugar (Remorini *et al*, 2012) creemos que esta omisión resulta en una comprensión limitada de este padecimiento, de sus causas y efectos en la salud, así como de los factores ecológicos asociados a la vulnerabilidad de los individuos, siguiendo la línea de las hipótesis planteadas por Bolton (1981), Trotter (1982), Zolla (1994) Rubel *et al* (1995).

En virtud de ello, es preciso profundizar la indagación sobre la relación entre el *susto* y otras categorías nosológicas (*aikado*, *quedado*, *falseado*, entre otras) y las particularidades de los procesos de crecimiento y desarrollo infantil en la región en estudio.

Este trabajo constituye un intento de avanzar en esta dirección, a partir del reconocimiento de la asociación estrecha entre *asustarse* y padecer como consecuencia de ello trastornos en el desarrollo psico-físico, de gravedad y duración diversa durante la niñez y con consecuencias en la vida adulta. Creemos que ello justifica a futuro una exploración interdisciplinaria en profundidad de la relación entre *susto* y los procesos de crecimiento y desarrollo infantil, debido a su rol en la configuración de situaciones de vulnerabilidad en contextos con condiciones ecológicas específicas, como lo es el NOA.

Agradecimientos

Esta investigación es financiada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y la UNLP. Deseamos agradecer a los habitantes de Molinos, especialmente a las mujeres entrevistadas, por su calidez y hospitalidad, por su interés y colaboración en nuestra investigación. Asimismo, a las autoridades municipales, eclesiásticas y a directivos y personal del Hospital Fernández, por su permanente colaboración y facilitación de condiciones para la realización de nuestro trabajo de campo.

Notas

1. Carolina Remorini. Carrera de Investigador Científico (CONICET) UNLP. Proyecto: "Trayectorias de desarrollo infantil en contexto ecológico. Estudio etnográfico del cuidado, la crianza y la participación de los niños/as en actividades cotidianas en comunidades rurales e indígenas".
2. El abordaje ecológico considera que el desarrollo y la salud dependen de la interacción dinámica de factores biológicos, sociales, culturales, económicos, políticos y su expresión en condiciones cambiantes del micro, meso y macro nivel (Bronfenbrenner, 1987). En este sentido, considera la articulación de factores y procesos que afectan trayectorias, decisiones y prácticas en relación a la salud-enfermedad de los individuos en cada contexto. El concepto de nicho de desarrollo (Super & Harkness, 1986) y sus tres componentes (condiciones físicas y materiales, prácticas, valores y pautas que orientan la organización de la conducta cotidiana y representaciones, saberes y expectativas de los cuidadores) provee un punto de partida para la recolección y registro de datos sobre las prácticas de prevención, cuidado y atención de la salud a micro nivel (unidad doméstica). Asimismo, permite identificar procesos de selección, articulación y/o confrontación de saberes y prácticas de los individuos en el marco de sus interacciones con actores e instituciones en diferentes niveles contextuales.
3. María Laura Palermo. Plan de Tesis para aspirar al título de Doctor en Ciencias Naturales de la Universidad Nacional de La Plata. Título: "Estudio etnográfico de los itinerarios terapéuticos en la atención de la salud materna e infantil en Molinos (Salta, Argentina)".
4. No obstante, algunos de ellos han sido incluidos en el manual *Diagnostic and*

- Statistical Manual of Mental Disorder (DSMIV), en un capítulo bajo el título “culture bound-syndromes” (Idoyaga Molina & Koman, 2002).
5. Al respecto, plantea Cassidy (1982: 339) “...because the designation of disease represents a systematic abstraction from experiential reality using explanatory models that are not universal, every defined disease entity must be culture-bound”.
 6. Datos aportados por personal del Hospital Fernández, 2015.
 7. Guagua es un término que deriva del quechua wawá y que se utiliza para designar al niño de pecho, aunque algunas personas lo aplican también para referir al feto y a los niños hasta la edad escolar. No obstante, este término es utilizado más frecuentemente en los “cerros” (Remorini, 2013). En otros estudios se plantea que se llama “wawa” a los niños “hasta cuando baja de la espalda, cuando comienza a andar” (VVAA, 2006). Por su parte, De Suremain & Montibert (2007: 88) afirman que “jusqu’à ce que l’enfant, fille ou garçon, marche tout seul et qu’il soit définitivement sevré (vers un an et demi), il est désigné du terme d’origine quechua —sexuellement indifférencié— de wawa”.
 8. En la época estival, cuando las lluvias son intensas y abundantes, es común la crecida del caudal de los ríos. El agua de los ríos arrastra animales, plantas, vehículos y “se lleva” el espíritu de aquellos que viven estas situaciones como dramáticas y que en consecuencia quedan “asustados” al ver cómo el agua invade las calles o las áreas cercanas a las viviendas. Durante las abundantes lluvias en enero-febrero de 2011, registramos reiteradas referencias a esta relación entre el susto y la crecida del río como una de las consecuencias a nivel emocional (Crivos et al, 2014).
 9. El cuerpo puede abrirse también si el niño se ha “falseado”. Las madres sostienen que esto se produce cuando los niños se caen o golpean, y en consecuencia el cuerpo se abre, al no estar correctamente sostenidos dentro del rebozo (“se abre el pecho”) o fajados. De manera similar se plantea que las mujeres luego del parto, y los hombres cuando deben realizar tareas que requieren esfuerzo físico, deben ser “fajados” para evitar que sus cuerpos “se abran” y ello les cause diferentes problemas de salud (Remorini, 2013).
 10. En otras regiones del país donde se ha registrado la aikadura se la vincula también a la idea de “contagio” a partir del contacto ocasional o no previsible con personas o animales muertos, o por recordar seres queridos fallecidos (Idoyaga Molina y Sarudiansky, 2011). Esta situación, en consecuencia, no implicaría en sí misma una transgresión tal como puede ser concurrir a velorios o cementerios. Asimismo, en comunidades del NOA y de Cuyo la aikadura puede transmitirse de la madre al niño a través del amamantamiento (Idoyaga Molina,

2007). Ambos tipos de explicación no han sido relevadas en los relatos de Molinos.

11. Abuela o “mami” de Milagro, quien estaba presente al momento de la entrevista.

Bibliografía

Bronfenbrenner, U.

- 1987 La ecología del desarrollo humano. Experimentos en entornos naturales y diseñados. 1era edición. Barcelona: Paidós.

Brooks, B.

- 2016 Using a Susto Symptoms Scale to Analyze Social Wellbeing in the Andes. *Sociology and Anthropology*, 4.

Bolton, R.

- 1981 Susto, Hostility, and Hypoglycemia. *Ethnology*, 20(4).

Cassidy, CM.

- 1982 Protein-Energy Malnutrition as a Culture-Bound Syndrome. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 6.

Castaldo, M.

- 2015 Susto: Etiology of Mental Disorders

in *Mothers and Children in Mexico.*

J Preg Child Health, 2(6).Censo

Nacional Argentino. 2010. Disponible

en: http://www.indec.gov.ar/censos_

[provinciales.asp?id_tema_1=2&id_](http://www.indec.gov.ar/censos_)

[tema_2=41&id_tema_3=135&p=66](http://www.indec.gov.ar/censos_)

[&d=119&t=0&s=0&c=2010.](http://www.indec.gov.ar/censos_)

Cervera, MD; Méndez, RM.

- 2006 Temperament and Ecological Context among Yucatec Mayan Children. *International Journal of Behavioral Development*, 30.

Crivos, M.

- 1978 Algunos aspectos de la medicina popular en Molinos (provincia de Salta). *Sapiens*, 2.

- 2004 Contribución al estudio antropológico de la medicina tradicional de los Valles calchaquíes (Salta, Argentina), Tesis de Doctorado. La Plata: Universidad Nacional de La Plata.

Crivos, M; Eguía, A.

- 1981 Dos estudios antropológicos sobre medicina tradicional de los Valles Calchaquíes, Argentina. *Folklore*

- Americano, 31. Publicación del Instituto Panamericano de Geografía e Historia, OEA.
- Crivos, M; Martínez, MR.
- 1996 Una propuesta metodológica para el relevamiento de información en el dominio de la etnobiología. Las estrategias frente a la enfermedad en el contexto de la “unidad doméstica”, en *Contribuciones a la Antropología Física Latinoamericana (Memoria del IV Simposio de Antropología Física “Luis Montané”)*. México: Instituto de Investigaciones Antropológicas (UNAM), Universidad de La Habana.
- Crivos, M; Martínez, MR; Morgante, MG; Remorini, C; Teves, L; Lamarche, A.
- 2014 Cambios ambientales en la narrativa sobre las estrategias de vida en los Valles Calchaquíes Salteños. XI Encuentro Nacional y V Congreso Internacional de Historia Oral de la República Argentina. Córdoba. Resumen publicado.
- De León, L.
- 2003 Ta xtal xa xch’ulel: ‘Ya viene el alma’. El miedo en la socialización zinacanteca, en *Espacios mayas: Representaciones, usos, creencias*. B Alain, MB Aurore, RM Humberto (eds). Mexico, DF: Centro de Estudios Mayas, IIFL-UNAM and Centro Francés de Estudios Mexicanos y Centroamericanos.
- 2008 Phytotherapy applied to the treatment of cultural bound syndromes in Calchaqui Valley (Salta, Argentina), en *Medicinal and Aromatic Plants*. D Thangadurai (ed). New Delhi: Regency Publications, India: Bioscience Publications; Jaipur: ABD Publishers.
- Crivos, M; Martínez, MR; Morgante, MG; Remorini, C; Teves, L; Lamarche, A.
- 2014 Cambios ambientales en la narrativa sobre las estrategias de vida en los Valles Calchaquíes Salteños. XI Encuentro Nacional y V Congreso Internacional de Historia Oral de la República Argentina. Córdoba. Resumen publicado.
- De León, L.
- 2003 Ta xtal xa xch’ulel: ‘Ya viene el alma’. El miedo en la socialización zinacanteca, en *Espacios mayas: Representaciones, usos, creencias*. B Alain, MB Aurore, RM Humberto (eds). Mexico, DF: Centro de Estudios Mayas, IIFL-UNAM and Centro Francés de Estudios Mexicanos y Centroamericanos.
- De Suremain, CÉ; Montibert, N.

- 2007 Au fil de la faja. Enrouler et dérouler la vie en Bolivie, en Du soin au rite dans l'enfance. D Bonnet, L Pourchez (eds). París: Érès.
- Elder, G; Rockwell, R.
- 1979 The Life-Course and Human Development: An Ecological Perspective International Journal of Behavioral Development 2(1).
- Elferink, J.
2000. ¿Desórdenes mentales entre los Incas del Antiguo Perú. Revista Neuro-Psiquiatría, 63(1-2).
- Gaskins, S.
2000. Children's Daily Activities in a Mayan Village: a culturally grounded description. Cross Cultural Research, 34.
- Glazer, M; Baer, RD; Weller, SC; Garcia de Alba, JE; Liebowitz, SW.
- 2004 Susto and Soul Loss in Mexicans and Mexican Americans. Cross-Cultural Research, 38(270).
- Hertzman, C.
- 2010 Social Geography of Developmental Health in the Early Years. Healthcare Quarterly Vol.13 Special Issue September.
- Idoyaga Molina, A.
- 1999 La selección y combinación de medicinas entre la población campesina de San Juan (Argentina). Scripta Ethnologica, XXI.
- 2000 La calidad de las prestaciones de salud y el punto de vista del usuario en un contexto de medicinas múltiples. Scripta Etnológica, XXII.
- 2006 El mal de ojo entre los zapotecas (México) y las categorías conceptuales de Kearney: ¿cosmovisión paranoica u opresión étnica? Perspectivas Latinoamericanas, 3.
- 2007 La clasificación de las medicinas, la atención de la salud y la articulación de factores culturales, sociales, económicos y étnicos. Itinerarios terapéuticos en los contextos pluriculturales y multiétnicos de Argentina, en Los caminos terapéuticos y los rostros de la

- diversidad. Tomo II. A Idoyaga Molina (ed.). Buenos Aires: CAEA-IUNA.
- Idoyaga Molina, A; Korman, G.
2002 Alcances y límites de la aplicación del manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales (DSM-IV) en contextos interculturales del Gran Buenos Aires. Scripta Ethnologica, XXIV.
- Idoyaga Molina, A; Sarudiansky, M.
2011 Las medicinas tradicionales en el noroeste argentino. Reflexiones sobre tradiciones académicas, saberes populares, terapias rituales y fragmentos de creencias indígenas. Argumentos, 24(66).
- Katz, E.
1993 Recovering after childbirth in the Mixtec highlands (México), en Actes du 2nd Colloque Européen d’Ethnopharmacologie et de la 11e Conférence Internationale d’Ethnomédecine. Heidelberg.
- La Riva González, P.
2012 De l’enfant rêvé à l’enfant construit. Représentations de la petite enfance dans une communauté des Andes du sud du Pérou, en: Modèles d’enfances. Successions, transformations, croisements. D Bonnet, CÉ de Suremain, C Rollet (eds). Paris: Éditions des archives contemporaines.
- Martínez, MR; Pochettino, ML.
2004 Análisis de los recursos terapéuticos utilizados en el Valle Calchaquí. Las mujeres dicen acerca de dolencias y “remedios”. Relaciones, XXIX.
- McKee, LA.
1982 Los cuerpos tiernos: simbolismo y magia en las prácticas post-parto en Ecuador. América Indígena, 42(4).
- Murphy, E.
2007 Images of Childhood in Mothers’ Accounts of Contemporary Childrearing. Childhood, 14(1).
- Palma, NH.

- 1973 Estudio antropológico de la medicina popular de la Puna Argentina. Buenos Aires: Editorial Cabargon.
- Palma, NH; Torres Vildoza, G.
- 1974 Propuesta de criterio antropológico para una sistematización de las componentes “teóricas” de la medicina popular, a propósito de la enfermedad del susto. Relaciones de la SAA, VIII.
- Palma, NH, et al.
- 2009 Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Andina. Del Noroeste Argentino al Conurbano Bonaerense. Segunda edición. Instituto de investigaciones en Antropología Médica y Nutricional.
- Platt, T.
- 2009 O feto agressivo. Parto, formação da pessoa e mito-história nos Andes. Tellus, 17.
- Remorini, C.
- 2009 Aporte a la Caracterización Etnográfica de los Procesos de Salud-Enfermedad en las Primeras Etapas del Ciclo Vital, en Comunidades Mbya-Guarani de Misiones, República Argentina. Tesis de doctorado. La Plata: Universidad Nacional de La Plata.
- 2012 Childrearing and the shaping of children’s emotional experiences and expressions in two Argentinian communities. Global Studies of Childhood, 2(2).
- 2013 Estudio etnográfico de la crianza y la participación infantil en comunidades rurales de los Valles Calchaquíes Septentrionales, Noroeste Argentino. Resultados preliminares. BIFEA, 42(3).
- Remorini, C; Morgante, MG; Palermo, ML.
- 2010 “Mamis” y “guaguas”: algunas consideraciones acerca de la maternidad y la crianza a través de las generaciones en Molinos (Salta, Argentina) [monografía en internet]. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/grupos/GTF/remorini.pdf>

- Remorini, C; Crivos, M; Martínez, MR; Aguilar Contreras, A; Jacob, A; Palermo, ML.
- 2012 Aporte al estudio interdisciplinario y transcultural del “Susto”. Una comparación entre comunidades rurales de Argentina y México. *Revista Dimensión Antropológica*, 19(54)..
- Remorini, C; Palermo, ML.
- 2012 Es que antes no sabía haber doctor. Alternativas para el cuidado de la salud materno-infantil en una población de los Valles Calchaquíes (Salta, Argentina). Resumen publicado en Actas del 54 Congreso Internacional de Americanistas. Viena,
- Remorini, C; Morgante, MG.
- 2016 Las relaciones intergeneracionales y las prácticas de cuidado en el seno de unidades domésticas vallistas del Departamento de Molinos (Salta, Argentina). Presentado en XII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Salud, sexualidad y derechos: cruces entre investigación, políticas y prácticas. Buenos Aires.
- Rogoff, B.
- 2003 The cultural nature of human development. Oxford: Oxford University Press.
- Rubel, A.
- 1960 Concepts of disease in Mexican-American Culture. *American Anthropologist*, 62.
- 1964 The epidemiology of a folk illness: Susto in Hispanic America. *Ethnology*, 3(3).
- Rubel, A; O’Neill, C; Collado Ardón, R.
- 1995 Susto. Una enfermedad popular. México: Fondo de Cultura Económica.
- Sayres, W.
- 1955 Status transition and magical fright. *América Indígena*, XV(4).
- Signorini, I.
- 1982 Patterns of Fright: Multiple Concepts of Susto in a Nahua-Ladino

- Community of the Sierra de Puebla (México). *Ethnology*, 21(4).
- Sturzenegger, O.
1989 Maladies et environment culturel: a propos des "culture-bound syndromes". *Ecol. Hum*, VII(2).
- Super, C; Harkness, S.
1986 The Developmental Niche: A Conceptualization at the Interface of Child and Culture. *International Journal of Behavioral Development*, 9(4).
- Teves, L.
2011 El estudio etnográfico de la actividad textil como aporte a la caracterización del modo de vida en el pueblo de Molinos y zona de influencia, provincia de Salta. Tesis de Doctorado. La Plata: Universidad Nacional de La Plata.
- Trotter, R.
1982 Susto: The context of community morbidity patterns. *Ethnology*, 21.
- Tseng, WS.
2006 From Peculiar Psychiatric Disorders through Culture-bound Syndromes to Culture-related Specific Syndromes. *Transcult Psychiatry*, 43.
- VVAA.
2006 Significaciones, actitudes y prácticas de familias aymaras en relación a la crianza y cuidado infantil de los niños y niñas desde la gestación hasta los diez años. Iquique: Universidad Arturo Prat, CIHDE, Escuela de Enfermería.
- Weller, S; Baer R.
2001 Intra- and Intercultural Variation in the Definition of Five Illnesses: AIDS, Diabetes, the Common Cold, Empacho and Mal de Ojo. *Cross-Cultural Research*, 35(2).
- Weller, S; Baer, R; de Alba Garcia, J; Glazer, M; Trotter, R; Pachter, L; Klein, RE.
2002 Regional Variation in Latino Descriptions of Susto. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 26(4).

Yap, PM.

1967 Classification of the Culture-Bound Reactive Syndromes. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 1.

cional se justifica en los casos cuya resolución involucra numerosas instancias terapéuticas y ante la ineficacia de otras alternativas. Así, en el proceso de búsqueda de opciones efectivas para la resolución de un problema de salud, estas categorías se integran en nuevas hipótesis que reorientan la acción.

Zolla, C.

1994 La Medicina Tradicional de los Pueblos Indígenas de México. Tomo III. México: Instituto Indigenista Interamericano.

Resumen

Este trabajo aborda, a través de la narrativa de mujeres de diferentes generaciones, el modo en que el *susto* -en tanto categoría vernácula- emerge como causa de numerosos problemas de salud que se suceden a lo largo de la trayectoria vital de las madres y sus hijos, los cuales tienen un impacto decisivo en el desarrollo infantil. Los relatos fueron obtenidos en el marco de una investigación etnográfica en Molinos (Valles Calchaquíes, Salta).

Focalizamos en el modo en que las entrevistadas presentan las secuencias de eventos que rodean la emergencia de episodios de enfermedad propios y de sus hijos, así como en los actores, recursos y relaciones involucrados. Analizamos las referencias a episodios de susto y sus variantes, los que -de no mediar diagnóstico y tratamiento oportuno – pueden ocasionar problemas de diferente gravedad en la salud y desarrollo infantil. La apelación a categorías nosológicas de la medicina tradi-

