

"El buen cuidado".
**Representaciones y prácticas
de cuidado del niño en Bolivia**

Charles-Édouard de Suremain

**1. Introducción: el lugar que ocupan los cuidados
del niño en la socioantropología**

La cuestión de la promoción de la salud infantil y, particularmente, la del seguimiento del crecimiento y del desarrollo del niño, plantea de entrada una gran paradoja: a pesar de constituir una aspiración universal, se basa en representaciones y prácticas de cuidado extremadamente variables, según las sociedades, los grupos de actores y los contextos socioculturales.

Sin duda es por esta característica que los antropólogos se han ocupado desde muy temprano de la problemática de los cuidados. Clasificados por Mauss (1968[1936]: 365) bajo la categoría de "técnicas del cuerpo", éste los define como "(...) *las formas en las cuales los hombres [en las sociedades en las cuales la transmisión se realiza de forma oral] saben servirse de su cuerpo*". Respecto a los cuidados impartidos al niño, Mauss enumera las técnicas del nacimiento y de la obstetricia, de la niñez (crianza, alimentación, destete) y de la adolescencia (iniciación). Después de Mauss, el cuidado ha sido estudiado principalmente por la antropología de la niñez, una rama de la antropología social y cultural. Extensas encuestas han permitido observar, comparar y establecer correlaciones entre las prácticas de cuidado asociadas al niño pequeño en varias sociedades

africanas, de Oceanía y americanas¹. Otros estudios se han orientado más específicamente hacia el cuidado del cuerpo (aseo, cebadura, lavados intestinales, masajes, formas de mover al niño, técnicas de acunar), las prácticas de lactancia, las técnicas de destete y los cuidados terapéuticos cotidianos (tratamiento de diarreas, de la fontanela y de la campanilla, escarificaciones, vómitos, geofagia, sudoración, etc.) en pequeñas sociedades culturalmente homogéneas².

Nuestro capítulo tiene por objetivo delimitar la noción de cuidado relativo al crecimiento y el desarrollo a partir de las representaciones y prácticas de los responsables (madres y padres) del niño en el Chapare y en Chávez Rancho³. Se tomarán en cuenta únicamente los cuidados cotidianos dirigidos al niño al interior de la vivienda⁴. Para este fin, trataremos cuatro temas principales: (i) la responsabilidad y la custodia; (ii) los problemas de salud; (iii) las relaciones entre alimentación y salud; y (iv) las etapas del crecimiento y del desarrollo. Estos temas corresponden a los objetivos de la investigación tal y como fueron definidos para la fase descriptiva y analítica del Proyecto (véase Introducción General).

Aunque estos temas remiten a diferentes tipos de cuidado del niño por sus padres, veremos, sin embargo, que estos últimos no los distinguen de forma sistemática y que están estrechamente relacionados dentro de las representaciones y prácticas cotidianas.

1 Cf. entre otros, Whiting & Whiting (1975) y Jordan (1993).

2 Para citar sólo algunos ejemplos, cf. Mead (1973); Bonnet (1988); Lallemand & Journet ed. (1993); Koubi & Massard (1994); Bianquis & Le Breton *et al.* ed. (1997); Lestage (1995, 1999).

3 La presentación general de estas dos zonas se encuentra en el Capítulo 1 [Suremain]. Nuestro análisis está dirigido hacia las dos zonas de encuesta; las particularidades de cada una de ellas sólo se mencionan cuando son significativas.

4 Preferimos utilizar el término de "vivienda" en vez de "hogar" (conjunto de personas que duermen, comen y reconocen a la misma autoridad bajo el mismo techo), ya que toma en cuenta a las personas (parientes o no) que están de paso. Para una exploración del concepto, cf. Goody (1976).

A pesar de que hasta la actualidad, en la antropología no se ha impuesto ninguna definición del cuidado del niño, retomamos la definición propuesta por Bonnet (2000: 8), según la cual se trata de: *“la unidad mínima de contacto o de interacción –orientada hacia un objetivo higiénico, terapéutico o afectivo– entre el adulto y el individuo joven o el mayor y el menor”*⁵. En el marco de las sociedades quechua-aymaras⁶, la comprensión de esta noción “desde adentro” implica, sin embargo, tomar en consideración varios niveles de análisis complementarios.

El primero está dirigido a las representaciones generales de la salud y la alimentación. En el contexto andino, la clasificación de los alimentos, de los ingredientes, de las enfermedades, la identificación de los síntomas, su asociación y la definición de la enfermedad y de la cura, se basan en una aproximación llamada “humoral”, que a su vez se basa en teorías particulares sobre la persona, el alma, el cuerpo y también sobre la influencia del mundo sobrenatural en el mundo social. La concepción humoral –y su simbolismo particular– marca las prácticas de cuidado más cotidianas, las cuales, por lo tanto, no se reducen a simples gestos mecánicamente repetidas y cuya función sería únicamente sanitaria o alimentaria (véase Acápite 4 et 5).

El segundo nivel concierne a la organización social predominante en las sociedades quechua-aymaras. Las prácticas de cuidado relacionadas con la salud, la alimentación, el crecimiento y el desarrollo del niño revelan modelos de comporta-

5 En nutrición pública, el “cuidado” (*care* o *caring*) se define como “(...) el suministro, al interior del hogar y de la comunidad, del tiempo, de la atención y del sostén necesarios para cubrir los requerimientos físicos, mentales y sociales del niño durante su crecimiento, así como de los demás miembros del hogar” (FAO & OMS 1992, citado por Martin-Prével 2002: 86).

6 Desde los años 60-70, los Quechuas y los Aymaras, que originalmente ocupaban los Valles interandinos y el Altiplano, migran hacia las Tierras Bajas de la Amazonia (Cortes 2000 y Capítulo 1 [Suremain]).

miento entre los adultos y los niños, por un lado, y entre los adultos, por otro. Aunque la relación madre/niño es central en la problemática de los cuidados, se inscribe en un campo de interacción y de influencia mucho más amplio que condiciona los gestos más banales (véase Acápite 3 et 6).

Un tercer nivel concierne a la dinámica de transformación de los sistemas de representación y de las prácticas en el ámbito de la salud y la alimentación. Lejos de ser constantes, estos sistemas evolucionan permanentemente. En las sociedades andinas, como en las demás, los sistemas alimentarios, nosológicos y terapéuticos se influyen mutuamente, al mismo tiempo que se inspiran de modelos y prácticas diferentes. La consiguiente imbricación prohíbe establecer una oposición término a término entre un modelo biomédico o “moderno”, por un lado, y un modelo “tradicional” o popular, por el otro (véase Acápite 6).

Los cuidados impartidos al niño ilustran, por una parte, la paradoja de la universalidad y de las especificidades culturales de los cuidados y, por otra, los diferentes niveles de análisis mencionados anteriormente (concepción humoral, organización social, transformación de las representaciones). Después de la presentación de los resultados de la investigación, volveremos a los cuidados, proponiendo un marco de análisis dirigido a una aproximación y comprensión global de éstos⁷.

2. Metodología

Los análisis presentados en este Capítulo se basan en los datos recogidos durante la primera fase de investigación (1998-1999) y la fase de investigación complementaria (2000) de la

7 Entendemos el término “global” en el sentido de “concepción globalizante” (Dumont 1971): no es la adición de las prácticas lo que da sentido al cuidado, sino que la noción de cuidado da sentido a las diferentes prácticas que lo componen; de ahí la expresión de práctica “global/globalizante” utilizada en el presente texto.

parte socioantropológica del Proyecto (véase Introducción General). Para las encuestas se han utilizado las técnicas de la entrevista semiestructurada y profundizada, de la descripción y de la observación "focalizada"⁸ (véanse Cuadros 1 y 2).

Cuadro 1: Tipos y número de entrevistas semiestructuradas y profundizadas (Chapare & Chávez Rancho)

Tipos de entrevista	Número
Madre	149
Padre	5
Madre y Padre	7
Otro Pariente	12
Total	173

Cuadro 2: Tipos y número de observaciones y descripciones (Chapare & Chávez Rancho)

Tipos de observación / descripción	Número
Descripción de la vivienda	6
Descripciones de Centros de Salud	3
Observaciones de consultas pediátricas	12
Total	21

3. El tema de la responsabilidad y sus consecuencias para las modalidades del cuidado del niño

En antropología, y especialmente en el estudio de las relaciones de género, la distinción entre la noción de "diferencia-

8 Varios estudiantes de la Facultad de Sociología de la Universidad Mayor de San Simón de Cochabamba han integrado sus actividades de investigación en el marco del Proyecto en su currículo universitario. Las investigaciones realizadas, así como las formaciones recibidas han permitido a algunos a defender sus licenciaturas en base a su propio análisis/interpretación de los datos. Agradecemos a los estudiantes que han participado más específicamente en la recolección de los datos en el campo (Fiorella, Jean Carla, Magdalena, María Eugenia, Paola, Rocío y Ross Mary). También agradecemos a Ingrid Brugioni que ha ingresado los datos en el paquete QSR*NUD-IST.

ción" y de "diferencia entre los sexos" es fundamental (Mathieu ed. 1985). Mientras que la última sólo revela una función biológica descriptiva y puntual, la primera permite sacar a la luz las relaciones de poder y las diferencias construidas social y culturalmente, entre los roles y las responsabilidades asignadas a mujeres y hombres⁹. La "gramática sexual" (Ardener ed. 1975) que resulta de ello en las diferentes sociedades, tiene efectos directos en los cuidados dirigidos al niño¹⁰.

3.1 Roles y modelos de comportamiento ideales percibidos por mujeres y hombres

Tanto en Chávez Rancho como en el Chapare, mujeres y hombres se atribuyen roles y comportamientos extremadamente estereotipados. Los derechos y las obligaciones de cada uno están siempre claramente definidos. Mientras que la responsabilidad económica del hogar recae en los últimos, a las primeras les corresponde el cuidado de sus habitantes. Aunque frecuentemente la realidad es mucho más compleja, ejerciendo las mujeres también actividades remuneradas, estos roles –y el modelo de comportamiento que los sostiene– son ampliamente resaltados y valorizados en el discurso de los involucrados/as¹¹.

Con respecto a la responsabilidad por el "bebé" (*wawa* o *wawita*¹²), parece obrar una lógica de distribución de los pape-

9 Existen numerosos estudios etnográficos sobre las relaciones de género en diferentes contextos socioculturales; cf. Mead (1948), Paulme ed. (1960), Mathieu (1973), Mathieu ed. (1985), Sanday (1973), Reiter ed. (1975), Young & Edhom *et al.* (1977), McCormack & Strathern ed. (1980) y Bissilliat ed. (1992).

10 Sobre este tema específico, cf. Raphael & Davis (1985) y Saillant (1999a).

11 Esta observación es especialmente válida para Chávez Rancho donde cerca del 50% de las madres entrevistadas ejercen una actividad remunerada (contra aproximadamente el 30% en el Chapare).

12 De origen quechua, el uso del término genérico de *wawa*, que no diferencia entre los sexos, está ampliamente difundido en la América andina, incluso fuera de las sociedades indígenas.

les en el mismo orden. El padre tiene que satisfacer las necesidades fundamentales (ropa, alimentación, salud) del niño entregando dinero a la madre. Esta última está encargada de la buena administración de los fondos y especialmente del bienestar del niño.

Estos roles, que remiten a un sistema de relaciones ampliamente difundido y homogéneo en el mundo quechua-aymara, determinan directamente lo que las madres llaman la "responsabilidad" o el hecho de "asumir" ("cuidar", "cargar" o "atender") el niño. De una mujer que asume su papel, se dice que es "cumplida".

Cuando nace el niño, de hecho se trata de "asumirlo" (atenderlo), con toda la serie de contrariedades o de "cargas" que implica su supervivencia. En cierta manera, el estatus de la mujer es afectado por el niño. Con su llegada, pone a su madre en una situación de incertidumbre, sobre todo en el interior de su familia y de la de su cónyuge. Para la madre, el problema es saber si está a la altura de poder cumplir su tarea, o, como se dice a veces, el "bulto" que la espera.

La regla de la filiación indiferenciada¹³ (con leves inflexiones patrilineares) que prevalece en las sociedades quechua-aymaras, no parece afectar la distribución de los roles y de las responsabilidades entre mujeres y hombres frente al niño. A pesar de cierto "igualitarismo", que se manifiesta a nivel de la herencia, de la residencia o de prerrogativas en materia de resolución de conflictos familiares, corresponde exclusivamente a la mujer el "cuidar el niño" y darle los cuidados apropiados o "el buen cuidado". A la pregunta si alguna vez su marido llevaba a su hijo en la espalda, una madre del Chapare nos contestó irónicamente: "No es porque me ha regalado el awayo¹⁴ para el na-

13 Se trata de un "(...) régimen de devolución de los bienes y del estatuto, que asocia las dos ramas de la familia del niño, asignándoles funciones idénticas" (Lallemand 1997: 12).

14 El awayo designa una "(...) tela rectangular para llevar objetos o niños, o para hacer mesas de ofrendas" (Véricourt 2000: 275).

cimiento de la wawa que él lo va a cargar en su espalda... ¡Los hombres cargan madera, pero no a los niños; ellos son demasiado pesados para cargar!"

De esta distribución de roles resultan actitudes y retos ambiguos¹⁵. Por un lado, las mujeres parecen beneficiarse de una relativa autonomía en cuanto a la socialización del niño (salud, alimentación, afecto, educación), mientras que, por el otro, el éxito del proceso es validado por los padres. Por lo tanto, en parte depende del criterio que emplean estos últimos, si la mujer ha cumplido, o no ha cumplido, con su papel de madre. Consecuentemente, ella tiene la plena responsabilidad en el conjunto de las prácticas respecto "al buen cuidado" del niño.

En términos de comportamiento, lo que los hombres esperan de las mujeres refleja la distribución de los roles mencionada arriba. En su opinión, asumen responsabilidades de otra naturaleza (proveer la casa de dinero y de alimentación gracias a su trabajo). Según su criterio, el rol que les corresponde es crear las condiciones favorables para la buena "fabricación" y el buen seguimiento de la socialización del niño. En este esquema, corresponde a la madre protegerlo de todo lo que lo podría afectar (especialmente respecto a su salud).

Más allá de la pareja, las redes de parentesco, de amigos y de vecinos esperan que la madre "cumplida" haga su papel adecuadamente. En caso de "descuido", toda la sociedad, basada en esta distribución de las responsabilidades, se encuentra en peligro. En cierta forma, para la madre, el niño es el medio de integrarse en la sociedad, pues éste le confiere un estatus social. Inversamente, el niño encarna su potencial marginamiento de la sociedad. En todo caso, mientras que el niño no disponga todavía de una noción de su propia identidad, éste se ve dotado de una función fundamental: la de reproducir la

15 Según Lallemand (1997: 10): "Los diferentes tipos de filiación, unas veces oponen lazos de cariño y lazos socialmente eficaces del niño con sus parientes, y otras los hacen coincidir".

sociedad, el orden social y las relaciones entre los hombres y las mujeres en las que éste se basa¹⁶.

3.2 Las modalidades de cuidado del niño

3.2.1 El cuidado permanente del niño por las madres

En la mayoría de las entrevistas realizadas con las madres (80% de los casos), éstas afirman tener el cuidado exclusivo y permanente del niño (véase Cuadro 3). Algunas subrayan el hecho de que no permiten que otra persona se ocupe de su hijo, ni siquiera por períodos cortos.

Cuando van al mercado o cuando trabajan en los campos de cultivo (*chacos*), las mujeres llevan a sus hijos con ellas: “No dejo a mis hijos al cuidado de nadie sino que siempre les llevo conmigo (Chávez Rancho); Cuando trabajo de peona, voy con mis hijos cargando a la más menor en el *awayo*” (Chapare).

Algunas madres precisan que prefieren dejar a sus hijos solos y encerrados antes que confiarlos a otra persona, pero estos casos son la excepción.

Cuadro 3: Actores declarando tener el cuidado exclusivo del niño

Personas	Número de entrevistas	Porcentaje
Madres	47	79.66%
Madres y padres	5	8.47%
Abuelas	2	3.38%
No definidas	5	8.47%
Total	59	100%

Una de las razones mencionadas por las madres para justificar su papel de cuidadora casi exclusiva del niño, es la falta de ayuda mutua en la familia, sea que ésta vive demasiado lejos, sea que no tiene las posibilidades (falta de recursos monetarios o de tiempo).

16 Sobre este tema, cf. Suremain & Lefèvre *et al.* (2000).

Según las mujeres, a veces los cónyuges les imponen el cuidado permanente de los niños, aun cuando ellas han realizado estudios y que están en posibilidades de trabajar: "*Mi esposo me obligó a que dejara de trabajar [para cuidar al niño]*" (Chávez Rancho).

Algunos padres justifican esta actitud por los peligros que corre el niño si no es cuidado por su madre. Otros sencillamente demuestran su autoridad: "*Mi esposo me tiene muy encerrada; dice que sólo yo sé qué hacer y cómo cuidar a la niña*" (Chapare).

La desconfianza de algunas madres refleja a veces los temores de los padres: temen que los niños se contagien al contacto con otras personas; también hablan que en esta situación no se les daría los cuidados en forma adecuada. Esta actitud concierne sobre todo a las madres cuyos hijos son de tierna edad y que todavía son amamantados.

3.2.2 La contribución de los hijos en el cuidado temporal de los más pequeños

Las modalidades de cuidado temporal del infante permiten precisar la noción de responsabilidad que corresponde a las mujeres y el sistema de relaciones de género más amplio en el cual se inscribe.

Cuando por una razón o por otra la madre no puede llevarse a su hijo, éste se confía preferentemente a algún miembro de su familia: sus hermanos y hermanas, su abuela materna o su padre (véase Cuadro 4).

En caso de una ausencia prolongada (hasta varias semanas), generalmente el niño es confiado a la abuela materna (17%). Es el padre el que se ocupa puntualmente (algunas horas) del cuidado del niño (15%), lo que parece confirmar la distribución sexual de los roles relativamente estricta mencionada arriba: "*Soy la única que cuida las wawitas; alguna vez me ayuda mi esposo Miguel cuando no tiene trabajo; raro es*" (Chapare).

Cuadro 4: Personas principales a las cuales la madre confía temporalmente sus hijos

Personas	Número de entrevistas	Porcentaje
Hermanas y hermanos	20	26.66%
Abuela materna	13	17.33%
Padre	11	14.66%
Tía(s) maternas(s)	4	5.33%
Padre + hermanas y hermanos	4	5.33%
Abuelos	4	5.33%
Padre + abuela(s)	3	4%
Abuelo paterno	3	4%
Abuelos paternos	3	4%
Tíos + abuelos maternos	2	2.56%
Se quedan solos	2	2.56%
Tíos maternos	2	2.56%
Tía paterna	2	2.56%
Abuelos + hermanas y hermanos	2	2.56%
Total	75	100%

Aunque frecuentemente el cuidado temporal del niño más pequeño se comparte entre los demás niños y los adultos (padre, abuelos o tía¹⁷), se puede constatar la importancia concedida a los hermanos y hermanas del niño para asumir esta tarea. Esta importancia tiene que ser relacionada con el aprendizaje de los comportamientos asignados normalmente a mujeres y hombres, que empieza en una etapa muy temprana del ciclo de vida. Apenas el niño goza de una relativa autonomía (movilidad, alimentación), se le confiere a su vez el cuidado de otros niños.

De esta manera, el cuidado de los pequeños por los mayores marca una etapa importante en el proceso de interiorización

17 Aunque no esté precisado en el texto, la "tía" del niño designa a veces a la "madrina" o a la "comadre". Es sabido que en América Latina, el parentesco ritual o simbólico –conocido bajo el nombre de "compadrazgo"– es una institución muy difundida. Ésta consiste en vincular, a través de un niño, a dos familias emparentadas o no. El ahijado se convierte entonces en "protegido" de sus padrinos. En el transcurso de su vida, un mismo individuo adquiere varios padrinos y madrinas (cf. Christinat 1989).

de los roles y comportamientos relacionados con la responsabilidad del niño¹⁸. A partir de este momento, se establecen sutiles distinciones entre los mayores y los menores, por un lado, y entre muchachas y muchachos, por el otro: mientras que las primeras alimentan a los muy pequeños, los últimos los vigilan en sus recorridos, sus juegos y el descubrimiento del otro¹⁹. Progresivamente, se construyen los saberes: mientras que todo lo relacionado al mundo doméstico recae en las muchachas (cocina, tareas domésticas), los varones se ocupan sobre todo de las actividades públicas ligadas al mundo exterior (trabajo remunerado):

Cuando salgo, las wawas se quedan con Olivia [9 años]; ella hace de comer, ella cocina; yo y mi esposo le hemos enseñado. Olivia los cuida bien; con ella no salen a la calle y no se asustan porque no los hace llorar. Cierre la garrafa del gas; no deja jugar a las wawas con fósforo, no les deja acercarse a la cocina (Chávez Rancho).

En el transcurso del aprendizaje de estos roles y comportamientos, los adultos parecen tener más un estatus de acompañantes que de educadores. Mediante sus estímulos, crean condiciones favorables para la reproducción de actitudes apropiadas. Por medio de sus amonestaciones frecuentemente violentas, recuerdan a los jóvenes lo que es el orden social. Sencillamente, por su ejemplo participan en la consolidación de los roles de estos futuros padres y madres. Finalmente, los niños se cuidan constantemente uno al otro. A la manera de "*parejitas*", los hermanos y hermanas discuten y negocian como adultos sobre el destino de los pequeños que tienen a su cargo.

18 Sobre el rol socializador del cuidado del niño para éstos, cf. Rabain (1979), Goldring Zukow (1989) y Weisner & Gallimore (1977).

19 "La posición entre los hermanos es [para el niño] de gran importancia a varios niveles: concierne a su estatus, a veces a sus derechos a la herencia, a la modalidad de sus relaciones de parentesco y a las que mantendrá con sus primos hermanos" (Lallemand 1997: 34).

4. La percepción de los problemas de salud del niño

Uno de los principales aportes de la antropología es haber demostrado que las representaciones relativas a la salud y la enfermedad están directamente relacionadas a sistemas culturales o de pensamiento, que confieren a las prácticas de los actores (madres, padres, abuelos, vecinos, etc.) una coherencia o un sentido cuya lógica no es inmediatamente perceptible²⁰.

4.1 ¿Qué es la enfermedad?

4.1.1 *La concepción humoral de la enfermedad*

Gracias a la abundante literatura etnográfica existente sobre el tema, se sabe que los modelos terapéuticos vigentes en los sistemas nosológicos andinos se basan en una concepción de la enfermedad llamada "humoral"²¹. La distinción entre lo "frío" y lo "cálido" es especialmente difundida en el mundo quechua-aymara. En este contexto, la salud de la persona depende del equilibrio siempre precario entre los elementos fríos y cálidos que predominan en ella en un momento dado.

De esta concepción y de la distinción entre lo frío y lo cálido resultan dos importantes principios. El primero es el de la "utilización seleccionada de los contrarios". Por ejemplo, cuando una persona está enferma, se le propone una alimentación, medicamentos o pociones a base de plantas, cuyas propiedades cálidas o frías están simbólicamente opuestas a las de los

20 Existe un sinnúmero de trabajos en la antropología de la salud y la enfermedad. Nos referimos especialmente a los de Loudon ed. (1976), Comaroff (1978), Foster & Anderson (1978), Augé (1984, 1986), Sindzingre & Zempléni (1982), Zempléni (1985), Fainzang (1986) y Laplantine (1986).

21 Para la concepción humoral de la enfermedad y sus principios fundamentales, cf. Logan (1977), Fainzang (1986), Laplantine (1986), Foster (1987) y Bonnet (1991). Para estudios de caso realizados en Bolivia, cf. Aguilo (1985) y De Meer (1987).

trastornos que sufre la persona. El segundo principio es el de "evitar los extremos", que consiste en no alimentar a la persona con alimentos dotados de propiedades simbólicas opuestas durante los periodos de bienestar. El respeto de este principio permite, de alguna manera, proteger y preservar su salud²².

4.1.2 La etiología social de la enfermedad

En el universo quechua-aymara, las etiologías locales –o los sistemas de clasificación de las enfermedades– son particularmente complejas, ya que, según la expresión de Bernand (1985: 214), proceden de un "bricolaje intelectual" que recurre a registros muy variables. Como en numerosas sociedades (Foster 1976, Bonnet 1991), se observa la coexistencia de por lo menos dos sistemas de agentes que causan la enfermedad: el sistema llamado *naturalistic* (el agente que causa la enfermedad es un elemento natural, como por ejemplo el viento, un soplo, un olor o un exceso de alimentos) y el sistema llamado *personalistic* (el agente que causa la enfermedad es sobrenatural y relacionado a la acción de una tercera persona, como el brujo, el antepasado, un resucitado). Estos sistemas se combinan, evidentemente, con el de la biomedicina occidental.

De la misma forma que en otras regiones del mundo, la enfermedad en las sociedades quechua-aymaras es a menudo el resultado de un exceso (mirada insistente, sentimiento de envidia), de un desequilibrio en el mundo de los vivos y/o entre el mundo de los vivos y el de los muertos. Cuando la enfermedad se expande (real o simbólicamente) al entorno cercano del enfermo, ésta se inscribe en la categoría más general de la desgracia o del "daño", que está directamente relacionada con un hechizo (Bernand 1985). A esta categoría pertenecen también las enfermedades que vuelven de manera crónica.

22 Acerca de las oposiciones entre lo frío y lo cálido aplicadas a la enfermedad, cf. Currier (1966), Logan (1977) y Bougerol (1983).

Independientemente de si se trata de una falta cometida por el enfermo o de las consecuencias de un hechizo, frecuentemente hay que buscar las causas de la enfermedad en el pasado de la persona o de sus prójimos. Por consiguiente, siendo una especie de “llamada al orden social” (Augé 1984), la enfermedad no se limita a efectos fisiológicos. Su cura incita al enfermo y su grupo familiar a una larga búsqueda del sentido del padecimiento. Esta etiología social y simbólica no excluye recurrir parcialmente a la biomedicina. Frecuentemente considerada como eficaz para curar los efectos, ésta es sencillamente considerada como incompetente para tratar las causas sociales y mágico-religiosas –percibidas como reales– de la enfermedad²³.

Sería equivocado pensar que los límites entre estos diferentes sistemas nosológicos son cerrados o establecidos definitivamente. Esta particularidad hace que cualquier intento de clasificación de los problemas de salud, que generalmente son denominados con el término genérico de “enfermedad”, sea muy complejo.

4.2 Las concepciones de la salud

4.2.1 El niño “sano” y el niño “no sano”

Cuando se pregunta a los padres sobre lo que significa la salud del niño, éstos recurren a nociones bastante abiertas, como la de “niño sano” o de “niño no sano”. Estas expresiones engloban características físicas y de comportamiento que los responsables mencionan de manera espontánea.

Así, la perturbación del sueño, los gritos y los llantos excesivos o una inclinación por el azúcar son serios indicios (pre-

23 Respecto a la región de Potosí (Bolivia), Véricourt (2000: 57) señala que: “[Los curanderos y los actores locales] ven la medicina occidental como una forma de remedio complementario que puede aplicarse a las enfermedades para las cuales se reconocen como incompetentes”.

sunciones) o señales (síntomas) de enfermedad: *"Está con diarrea, fiebre y no quiere comer"* (Chávez Rancho). Entonces se dice que el niño *"está enfermo"*, sin necesariamente nombrar el trastorno o la enfermedad.

El hecho de que el niño no come normalmente (pérdida de apetito), que vomita o que tiene fiebre, algunas veces es una enfermedad, otras veces una señal de ella, pero también una señal de gravedad, ya que su aspecto físico está alterado (enflequecimiento general, barriga hinchada): *"Tenía harta diarrea y no se alimentaba, flaco era, su estómago estaba hinchado"* (Chapare).

Por el contrario, el niño sano se caracteriza, independientemente de su edad, por el hecho de que no está enfermo, que come bien, que corretea y que duerme bien. Como lo dice una madre del Chapare:

Un niño [sano es] que no tenga enfermedades, que no se hubiera enfermado nunca, que no tenga ninguna dificultad en su crecimiento, en su alimentación; un niño sano se siente bien, corretea. Cuando está enfermo no quiere jugar, quiere comer cosas dulces no más, eso quiere decir que está mal.

A veces, los padres relacionan directamente el bienestar del niño con la alimentación y el crecimiento, utilizando nociones biomédicas: *"Un niño sano significa que está bien alimentado, que está bien en su crecimiento, que no está desnutrido"* (Chávez Rancho).

También se dice de un niño sano que tiene *"buena fuerza"* o *"valor"*, como si la buena salud fuera un estado que permite luchar contra los ataques repetitivos de la enfermedad.

En las percepciones locales, la enfermedad es una forma de agresión dirigida hacia la persona. Independientemente de su causa, se la debe prevenir. Es el sentido dado a la práctica —en la mayoría de los casos mantenida secreta— que consiste en envolver al recién nacido en telas muy apretadas. Para las madres de Chávez Rancho y del Chapare, se trata en primer lugar de comprobar la fuerza física (real o simbólica) del niño para que éste adquiera por su propia fuerza resistencias y se libere

solo de sus molestias. El niño que resiste a esta prueba, amplía sus límites y desarrolla una capacidad de resistencia. Dicho de otra manera, se podría tratar de una verdadera práctica de cuidado preventivo orientada a que el niño enfrente con mayor fuerza las enfermedades²⁴.

4.2.2 *Los problemas de salud infantil mencionados por las madres*

Los Cuadros 5 y 6 presentan los problemas de salud infantil más frecuentemente mencionados por las madres en las dos zonas de estudio.

Cuadro 5: Los problemas de salud infantil más frecuentemente mencionados por las madres (Chapare)

Problemas de salud	Número de entrevistas	Porcentaje
Diarrea	20	33.89%
Fiebre	17	29.81%
Tos	9	15.25%
Vómitos	8	13.55%
<i>Susto</i> *	5	8.47%
Total	59	100%

* El susto es una enfermedad ocasionada por un pavor fuerte y repentino que provoca la separación del alma del cuerpo.

Cuadro 6: Los problemas de salud infantil más frecuentemente mencionados por las madres (Chávez Rancho)

Problemas de salud	Número de entrevistas	Porcentaje
Diarrea	23	30.26%
Tos	21	27.63%
Resfrío	14	18.42%
<i>Susto</i>	10	13.15%
Fiebre	8	10.52%
Total	76	100%

24 Para la simbología socializadora de esta práctica muy difundida en los Andes, cf. Platt (2001: 663).

Estos cuadros dan una primera idea de las preocupaciones de las mujeres en materia de enfermedad y/o de salud. Sin embargo, los Cuadros no muestran que, en las percepciones locales, un mismo problema de salud puede ser al mismo tiempo una enfermedad y un síntoma. Esta confusión –o este cambio de lugar en la cadena de causalidad– depende en realidad de la "gravedad" o del "sentido del trastorno"²⁵ percibidos por la madre del niño, a veces por el padre, el curandero o también por el personal de salud (véase Acápita 4.3.2).

4.2.2.1 *Los síntomas de la enfermedad*

La mayoría de las madres no establecen una relación sistemática entre el supuesto origen de la enfermedad y los síntomas que la acompañan (véase Cuadro 7 abajo). Esto es especialmente el caso de la "fiebre" ("*calentura*", "*temperatura*") y de la diarrea, que a veces son percibidas como la causa, otras veces como señales de "*malestar*". En cambio, cuando acompañan enfermedades identificadas como tales (la tos), son tomadas como señales de gravedad²⁶.

La diarrea es también uno de los trastornos más frecuentes mencionados por las madres. Las más de las veces, es, sin embargo, considerada como una enfermedad "*común*", es decir, fácil de curar. También en este caso, cuando está acompañada de otras señales (fiebre o vómitos) probablemente relacionadas con una infección más insidiosa, es percibida como grave e incita a los padres a llevar al niño al Centro de Salud.

Sólo algunas mujeres parecen conocer la causa biomédica precisa de los problemas de salud del niño (parásitos, amebas, infección intestinal, etc.). Este caso se da sólo después de que hayan recurrido a un Centro de Salud a causa de fuertes dolo-

25 Expresión prestada de Augé & Herzlich ed. (1984).

26 Las madres señalan también que la fiebre puede ser una enfermedad propiamente dicha, esté asociada o no a otras enfermedades o síntomas.

res de barriga, acompañados de fiebre o de vómitos que han afectado al niño:

Hace como medio año, llevé a Huáscar al Centro de Salud porque estaba enfermo del estómago; le dijeron que tenía amebas, pero no le mandaron a hacer ningún análisis; el médico sólo lo vio y dijo que eran amebas. Pero la última vez que lo llevé, hace como dos meses, le mandaron a hacer análisis de heces; salió positivo porque tenía amebas (Chapare).

Entre las otras enfermedades señaladas, algunas son percibidas como de origen contagioso: el sarampión, la rubéola, la hepatitis, la fiebre escarlatina, la tifoidea, la varicela y la tos ferina. Llama la atención que también la fiebre amarilla, la rabia y la enfermedad de Chagas son consideradas como enfermedades contagiosas²⁷.

Aparte de estas enfermedades, los niños sufren a veces de "*molestias leves*", que no son consideradas graves, como es el caso de las comezones de la piel. En el Chapare, las madres asocian las erupciones de granos ("*pitai*", "*puchichi*") con el calor y la humedad, mientras que en Chávez Rancho se señalan sobre todo los hongos y las conjuntivitis como relacionados con la sequedad del aire.

La mayoría de las madres confunden entre el "*resfrío*" y la "*gripe*". A no ser que estén acompañados de fuertes fiebres y vómitos, generalmente no están considerados como enfermedades graves o "*serias*".

Finalmente, las mujeres evocan problemas de salud relacionadas a accidentes domésticos: quemaduras, caídas, contacto con productos nocivos, etc. Estos accidentes parecen ser

27 La enfermedad de Chagas o tripanosomosis americana es una parasitosis endémica de los países de Centro y Sudamérica. El parásito es transmitido al ser humano por un insecto vector (la vinchuca) que se reproduce principalmente en las casas de adobe. En realidad, esta enfermedad no es contagiosa. También fueron mencionados otros tipos de infección (oídos, vías urinarias, etc.).

más frecuentes en Chávez Rancho que en el Chapare. En cambio, en esta zona, los niños están más frecuentemente expuestos a las mordeduras de serpientes y los ahogamientos.

Cuadro 7: Principales síntomas de la enfermedad percibidos por los responsables de los niños (Chávez Rancho & Chapare)

Síntomas	Número de entrevistas	Porcentaje
Falta de apetito	25	19.23%
Fiebre	24	18.46%
Llantos	20	15.38%
Tos	13	10%
Granos	10	7.69%
Vómitos	10	7.69%
"Sin gana"	8	6.15%
Diarrea	7	5.38%
Insomnio	7	5.38%
Gritos	6	4.61%
Total	130	100%

Los datos confirman la permeabilidad de los límites entre las enfermedades, así como la complejidad y la combinación de las causalidades percibidas. El mejor ejemplo es probablemente el del "susto" (o "jap'eqa"), verdadero "síntoma cultural", que es objeto de numerosos estudios etnográficos²⁸. Recordemos que el *susto* es presentado como una enfermedad ocasionada por un pavor fuerte y repentino que provoca la separación del alma del cuerpo. Los síntomas generalmente asociados al *susto* son un estado de extrema agitación, la diarrea y los vómitos o, por el contrario, un estado depresivo y amorfo acompañado de la pérdida de apetito. Particularmente difícil de interpretar, esta enfermedad incita a las madres a visitar al "curandero" ("jampiri", "yatiri")²⁹. Éste les da pocio-

28 Cf. Rubel (1964), Toussignant (1979) y Simons & Hughes ed. (1985).

29 "A pesar de ser curandero, el yatiri nunca es responsable del tratamiento de todas las enfermedades, ocupándose de trastornos específicos. En los Andes, las formas de desequilibrio que afectan a los hombres (en-

nes ya elaboradas o recetas culinarias que ellas preparan en casa y cuyo objetivo explícito es el de restablecer los equilibrios humorales. Cuando el niño está afectado de *susto*, se dice que está “*asustado*” o “*jap'eqado*”³⁰.

El mismo tipo de problema para la interpretación se plantea respecto a los niños llamados “*orejados*”, los cuales, por haber sentido el olor de un difunto o de haber jugado en un cementerio, manifiestan síntomas contradictorios. El tratamiento, al igual que para el *susto*, consiste en curar “el mal por el mal”, restableciendo los equilibrios humorales: “*Para curar al orejado, hay que ir por la noche a dar una vuelta al cementerio y dar de comer tierra a polvo a la wawa para que se cure*” (Chapare).

4.2.2.2 Las causas de la enfermedad

La negligencia materna

Las madres mencionan discreta pero frecuentemente la “negligencia” (“*descuido*”) para explicar la aparición de una enfermedad o de un problema de salud en su hijo. Para ellas, se trata de un comportamiento involuntario que tiene por consecuencia exponer al niño a ciertos peligros o situaciones de riesgo, los cuales conducirían a trastornos y enfermedades (cf. *Peligros y situaciones de riesgo*, abajo)³¹.

fermedad, debilidad, desgracia, pérdida) son concebidas como energías no controladas, desórdenes de tipo cosmológico” y también: “Durante las curas, el yatiri responde a todo lo que obstaculiza el buen funcionamiento del mundo, la salud y la reproducción, incluidos los trastornos provocados por la brujería, la acción nefasta de un espíritu o el castigo de una deidad ofendida” (Véricourt 2000: 124 y 267).

30 La *mipa* es otra enfermedad infantil extremadamente difundida en los Andes, sobre todo en el Perú: “El recién nacido afectado reproduce las características de un objeto que ha provocado una fuerte emoción en la madre durante su embarazo” (Lestage 1987 y 1999: 25).

31 Para un análisis antropológico de la noción de “negligencia materna” asociada a la desnutrición en África, cf. Bonnet (1996). Para diferentes ejemplos etnográficos, cf. Korbin ed. (1981).

En la mayoría de los casos, las mujeres explican que ha sido por falta de atención –o porque han sido absorbidas por otra actividad– que han sido negligentes. En todo caso, les es muy difícil profundizar el tema. En este contexto, recordemos que el control social ejercido sobre ellas, a través del “*buen cuidado*” que deben proporcionar a los niños como madres “*cumplidas*”, es particularmente fuerte (véase Acápite 3.1).

Algunas madres echan explícitamente la culpa a los niños (“*Anda descalza*”; “*No se tapa*”; “*Son demasiado turbulentos*”), para justificarse mejor a ellas mismas. Independientemente de las órdenes de la madre, sería el comportamiento del niño el que explica su estado. Por lo tanto, las madres dan a entender que a pesar de su tierna edad, el niño debería comprender espontáneamente las consecuencias de sus actos y consecuentemente prever los riesgos que corre. En el Chapare, una madre pretendió que ella cedía al pedido de su hijo, en este caso de comprarle un helado, a pesar de que estaba convencida de que se enfermaría de una fuerte angina: “*Si él pide, cómo le puedo rechazar un helado...*”.

En el contexto de las relaciones de género en Bolivia, en el pensamiento de las mujeres se podría tratar de una manera de desculpabilizarse y de liberarse parcialmente de la presión que se ejerce sobre ellas. Más abajo volveremos con más detalle a esta idea (véase Acápite 6).

Peligros y situaciones de riesgo

Entre los peligros y situaciones de riesgo más frecuentemente mencionados, tanto en la ciudad como en el Chapare, está el hecho de que el niño juega en el suelo con tierra. Las madres declaran que tiene tendencia a llevarse todo a la boca. Aparte de la cura reservada a los niños afectados de *orejado*, la ingestión de tierra, las manos sucias o las impurezas son consideradas como causas de la enfermedad: “*Es posible que haya cogido la enfermedad con algo que se llevó a la boca, entonces tal vez haya habido algún microbio que le haya provocado este mal o tal vez sus manos sucias*” (Chávez Rancho).

Por supuesto, los riesgos de enfermedad crecen cuando el niño empieza a caminar a cuatro patas (etapa o periodo denominado "*ayca*") y que al mismo tiempo es más difícil de vigilar.

También el consumo de agua es percibido como un peligro. Parece que es la fuente o la procedencia del agua la que le confiere una mayor o menor calidad. Las madres en las dos zonas afirman que beber agua del grifo provoca enfermedades, a no ser que esté hervida o que se le añada un elemento simbólicamente cálido³². De igual forma se dice que el agua de lluvia es "*cruda*", es decir "no potable". También el olor, el color, el sabor y la fluidez entran en consideración. En este sentido, el agua que proviene del suelo es menos sospechosa, es decir es valorada. A la pregunta si el agua de su pozo es potable, un padre del Chapare contestó: "*Claro que sí, pues el agua del pozo es filtrada por la tierra*".

Otros peligros provienen de los cambios climáticos bruscos, denominados *surazos* en el Chapare. El calor y/o la humedad provocan erupciones cutáneas ("*pita*", "*puchichi*" y ampollas) y fiebre, y el frío y/o la sequedad son la causa de la tos, del resfrío y de la diarrea (considerada en este caso como una enfermedad). En Chávez Rancho, la exposición prolongada al sol y al viento provoca enfermedades como la conjuntivitis y la tos. En ambas zonas, se cuidan además del "mal viento" (*aire*), un fenómeno meteorológico de origen sobrenatural que propaga los miasmas emanadas por los muertos y provoca el "*orejado*" (véase Acápite 4.2.2.1).

Algunas mujeres hacen referencia a la falta de higiene. En este contexto, hablan del biberón sucio, del niño mal lavado o también de los desechos domésticos que atraen a los "*bichos*", los cuales penetran en el cuerpo del niño y lo comen por dentro.

A veces se menciona la noción de riesgo de contagio. Así, una madre de Chávez Rancho ha señalado que su hijo contra-

32 Esta observación confirma la de Lestage (1999: 144): "(...) para ser consumible, el agua debe ser hervida y acompañada de un elemento 'cálido' (planta medicinal, chocolate, café)".

jo la enfermedad de su pequeño primo, pues la madre de este último también había amamantado al primero. Sin embargo, en la mayoría de los casos, el contagio se aplica más a los problemas detectados por el personal de salud (varicela, hongos, amebas) que a los trastornos y enfermedades curados por la madre en el ámbito doméstico.

El exceso de medicamentos, especialmente de antibióticos, también es percibido como un riesgo que no solamente ocasiona recaídas, sino también un estado de debilidad generalizada (lo que es una señal de enfermedad grave). Una madre del Chapare, cuyo hijo sufre de "convulsiones estomacales crónicas", declara: "Ha de ser por tantos antibióticos que le han estado dando en jarabe".

Entre las situaciones de riesgo figuran además el abandono del niño por la madre (provocando el *susto*) o de no haber vuelto al niño suficientemente después de su nacimiento (lo que lo vuelve débil frente a los ataques de enfermedad, véase Acápite 4.2.1). Finalmente, se trata de proteger escrupulosamente al niño mientras que está durmiendo so pena de que las "almas errantes" ("*condenados*") o los "espíritus" ("*duendes*"), de hecho parientes muertos recientemente, no vengán a perturbarlo³³.

4.3 El episodio de enfermedad del niño como revelador de las relaciones intrafamiliares

4.3.1 Diversidad y complejidad de los itinerarios terapéuticos

El episodio de enfermedad del niño permite una mayor precisión de la dinámica de las relaciones intrafamiliares presentada por los padres (véase Acápite 3). El análisis de los itinerarios terapéuticos y de los procesos de micro decisiones que los acompañan es, en este sentido, muy revelador³⁴.

33 Estos espíritus furiosos y vengativos podrían ser los de otros niños nacidos muertos o abortados (Platt 2001: 650). Cf. también Morgan (1997).

34 Sobre este tema, cf. entre otros Janzen (1995[1978]) y Benoist ed. (1996).

De los itinerarios terapéuticos encontrados en Chávez Rancho y en el Chapare (véase Cuadro 8), resulta que éstos no son unilineales ni exclusivos unos de otros. Los saltos entre los diferentes recursos, así como las idas y venidas y las vueltas hacia atrás, son frecuentes. Se nombran hasta cinco etapas en el transcurso de los itinerarios, con aproximadamente tres etapas en la mayoría de los casos. Esto indica que los padres emprenden negociaciones complejas cuando el estado del niño hace pensar que está enfermo. Así, una madre de Chávez Rancho explica con precisión:

Bueno, la verdad, no he curado tanto con medicamentos, bastante ya hice con medicamentos y nada me lo sanaba; yo ya estaba bien asustada porque ya no hacía caquita, sino espuma no más botaba, amarillo, y me daba miedo; una señora me dio un medicamento casero: era la semilla del zapallo que se debe secar, luego retostar y moler y darle en ayunas con agua de malva en cáscara de huevo y darle con mi leche; he hecho tratamiento diez días y me salió todo bien, pero no le dije al pediatra que hice eso.

Cuadro 8: Algunos itinerarios terapéuticos significativos (Chávez Rancho & Chapare)

Itinerarios	Etapas 1	Etapas 2	Etapas 3	Etapas 4	Etapas 5	Total
1	Farmacia	Curandero				2
2	Auto-medicación	Centro de Salud	Médico particular			3
3	Centro de Salud	Auto-medicación	Centro de Salud			3
4	Farmacia	Centro de Salud	Farmacia	Curandero		4
5	Abuela mat.	Farmacia	Centro de Salud	Curandero	Médico particular	5
6	Curandero	Farmacia	Centro de Salud	Auto-medicación	Médico particular	5

Las negociaciones entre la madre y el padre del niño respecto a los itinerarios terapéuticos a seguir toman en cuenta por lo menos tres diferentes niveles de realidad: (i) la percep-

ción de la gravedad de la enfermedad; (ii) la estabilidad o inestabilidad de la situación matrimonial de los padres del niño; y (iii) la situación económica de la casa.

4.3.2 La percepción de la gravedad de la enfermedad

Tal y como fue mencionado anteriormente (véase Acápite 2), los padres no recurren a los mismos criterios de observación y no enfocan la relación síntoma-enfermedad-tratamiento de la misma manera que el personal de salud³⁵. Lo que estos últimos consideran como una enfermedad claramente definida (por ejemplo, la varicela), es a veces sólo un indicio de “malestar” para los primeros.

Los síntomas más frecuentemente observados por las madres para determinar la enfermedad de sus hijos, son la falta de apetito, la fiebre, los llantos y la tos (véase Cuadro 7 arriba). La intensidad de la fiebre –a veces considerada como una enfermedad en sí– y los vómitos definen la gravedad de la enfermedad y orientan las primeras decisiones.

En la mayoría de los casos (véase Cuadro 9) son las madres las que identifican los síntomas de la enfermedad en el niño. Frente a su malestar, una de sus primeras reacciones consiste en recoger información y consejos de su entorno cercano.

Cuadro 9: Personas que descubrieron los problemas de salud o los síntomas de enfermedad en el niño (Chávez Rancho & Chapare)

Personas	Número de entrevistas	Porcentaje
Madres	53	58.88%
Abuelas	15	16.66%
Suegras	10	11.11%
Padres (madres y padres juntos)	8	8.88%
Vecinas	4	4.44%
Total	90	100%

35 Éste es un tema clásico en la literatura antropológica, cf. por ejemplo Herzlich (1996[1969]) y Adam & Herzlich (1994).

Sin embargo, son estos consejos, a menudo contradictorios entre ellos, y no la identificación previa y definitiva de la enfermedad por parte de la madre lo que condiciona en parte los itinerarios terapéuticos. Las abuelas, las suegras, los parientes y vecinos intervienen a veces directamente en el proceso (antes que las tías o los primos que viven más lejos). Entre que algunos reprenden a la madre (abuelas) y otros la consuelan (vecinas), la toma de decisión se hace aún más compleja.

Las negociaciones entre la madre y el padre del niño se caracterizan entonces por juegos de poder y de influencia que toman varias formas: la persuasión, la autoridad y la disimulación o retención de información.

Las negociaciones se vuelven muy complejas en las zonas donde las viviendas agrupan a varios tipos y generaciones de parientes (Chávez Rancho). Las madres y/o los padres tienden entonces a atraer hacia ellos el apoyo de las personas que ejercen una fuerte autoridad moral, con el fin de convencer al cónyuge reacio a participar o no participar en los gastos de salud. Este recurso desemboca a veces en argumentos de autoridad, sobre todo cuando la autoridad moral es la abuela y/o el abuelo paterno del niño enfermo y que éstos además alojan al conjunto de la familia. En este caso, la madre del niño se somete a la autoridad de sus suegros ejercida a través del marido.

Tanto en zona urbana como en zona rural, la falta de dinero o la negación obstinada del cónyuge de pagar una consulta médica para el niño, conduce a menudo a las madres a las minifarmacias del vecindario, donde los medicamentos son vendidos sin receta médica. El dinero proviene en este caso del bolsillo de la madre o de préstamos concedidos por amigas vecinas (con menor frecuencia de los miembros de la familia). La madre recurre entonces al tratamiento que le parece el más adecuado para los síntomas manifestados por su hijo y a la experiencia anterior que ella tiene de la enfermedad. Luego esconde los medicamentos que administra discretamente al niño.

En cuanto a la retención de información, ésta se parece a una estrategia de protesta silenciosa adoptada por las madres. Son numerosas las mujeres que tratan de ocultar a su hijo manifiestamente afectado de "resfríos", como el catarro nasal, la tos o la fiebre, de la vista del padre. A veces incluso lo confían a una pariente o una vecina hasta que mejore su estado de salud. Este comportamiento podría estar relacionado a la expresión de un sentimiento de culpabilidad, y por lo tanto al temor de las mujeres frente a la reacción, a veces muy violenta, de sus maridos cuando éstos no están de acuerdo con ellas sobre la gravedad del estado del niño (Suremain & Lefèvre *et al.* 2000).

4.3.3 Estabilidad e inestabilidad de la situación matrimonial de los padres del niño

El tono de la negociación en torno a las tomas de decisión sobre los itinerarios terapéuticos está fuertemente influenciado por la situación matrimonial de los padres del niño. De hecho, si el padre considera a la madre como única responsable de la salud del niño, eso no significa que ella tenga la última palabra. Su poder de decisión depende, en última instancia, del reconocimiento que le concede el marido, sabiendo que ésta pasa por la estabilidad de su situación matrimonial.

En los casos en que el matrimonio está reconocido e institucionalizado, el consejo de la mujer recobra una mayor importancia que en el caso en que es la concubina o está divorciada. En este último caso, el resultado de las negociaciones desemboca en decisiones cuya dimensión legal puede jugar un papel importante.

En cuanto a las concubinas, hay que recordar que en los Andes la institución del "matrimonio a prueba" (las traducciones varían según los idiomas indígenas), que puede durar varios años, es particularmente difundida³⁶. En Chávez Rancho y en el Chapare, aproximadamente el 13% de las mujeres

36 Sobre esta institución, cf. Bernand (1985) y Molinié (1999).

entrevistadas cohabitan bajo este estatus. Durante este periodo, el de la madre (que se declara "conviviente" o "concubina") es especialmente inseguro. Si a pesar de ello, ella es considerada responsable de la salud del niño, su margen de maniobra en la negociación se encuentra considerablemente reducido.

Si el padre considera que la madre ha sido "descuidada" frente al niño y que además ella es para él sólo una concubina, la negociación puede tomar otro rumbo: el padre impondrá su punto de vista. Si, por el contrario, la unión es más reconocida y la madre puede ser apoyada en sus decisiones por su propia familia, la situación ya no es la misma. En caso de desacuerdo sobre una enfermedad percibida como grave, el cónyuge debe anticipar posibles represalias por parte de su mujer (especialmente el abandono temporal del hogar), las cuales pueden incluso resultar en la separación.

4.3.4 La situación económica de la casa

El tercer nivel de negociaciones atañe al estado de los recursos económicos de la casa. Sin embargo, el problema no se reduce a la disponibilidad de dinero aunque ésta es a veces crucial. De hecho, se trata principalmente de la redistribución del dinero por los hombres, pues son ellos los que, sobre todo en las zonas rurales, desempeñan actividades remuneradas. Considerando la percepción de la gravedad de la enfermedad del niño y de la situación matrimonial y económica de la casa, las condiciones de esta redistribución son extremadamente variables.

La situación es todavía más compleja en las familias donde la mujer trabaja y sostiene la economía doméstica. En este caso, además de su trabajo, la madre tiene que asumir la carga del niño y manejar lo mejor posible las relaciones con su marido, que se han vuelto difíciles a causa del sentimiento de éste de ser inútil y de sus celos. El aporte de dinero por parte de las mujeres también puede convertirse en fuente de conflicto con consecuencias directas para el niño, en la medida en que los hombres ya no quieren invertir en su salud.

Por lo tanto, es importante evitar de pensar que la toma de decisión relativa a los itinerarios terapéuticos del niño enfermo sólo obedece a simples obstáculos económicos. En realidad, los conflictos en torno al dinero a menudo son indicadores de situaciones sociales más complejas, que mezclan la situación matrimonial, el reconocimiento o no de la responsabilidad de la mujer y su aptitud de atender a los niños, percibida por los hombres.

Estos diferentes niveles de contrariedades muestran que el cuidado de la salud del niño no se reduce a una serie de actos terapéuticos mecánicamente ejecutados durante itinerarios preestablecidos. Se inscribe en complejas redes de relaciones y de microdecisiones que influyen directamente el desarrollo, el sentido y la eficacia percibida del cuidado.

5. La alimentación y su relación con la salud del niño

Las relaciones entre la alimentación y la salud del niño han sido objeto de numerosos estudios en el campo de la antropología nutricional. Frecuentemente integradas en proyectos multi o pluridisciplinarios, estas investigaciones tienen por objetivo la formulación de recomendaciones para la educación nutricional en grupos con riesgos específicos (como el niño menor de cinco años) o de poblaciones reducidas con una fuerte homogeneidad sociocultural³⁷.

En Chávez Rancho y en el Chapare, la concepción humoral de la salud infantil influye igualmente en la alimentación³⁸.

37 Cf. entre otros, Fitzgerald ed. (1976), Bond ed. (1981), Manderson (1981), Etkin & Ross (1982), Hull & Simpson ed. (1985), Dettwyler (1987, 1988), Dettwyler & Fishman (1992), Messer (1997), Crooks (1999), Goodman & Dufour *et al.* ed. (1999) y Peltó (2001). Este campo se distingue de la antropología denominada "alimentaria" que genera estudios más básicos (cf. Dupuis 1981, Mahias 1985, Hubert 1990, Pagézy 1990 o de Garine 1990, para citar sólo algunos trabajos).

38 Para otros campos de aplicación del modelo humoral en los Andes, cf. Bernand (1985), Platt (1978), Lestage (1987, 1999) y Molinié (1999).

Sin embargo, la aproximación entre los temas de la alimentación y de la salud no es una reconstrucción analítica orientada hacia fines de intervención. En este contexto, se trata de una relación profundamente arraigada en los sistemas de representación locales. Así, como vamos a poder constatar, el buen uso de los principios de la “utilización seleccionada de los contrarios” y de “evitar los extremos” –aplicados a los alimentos– permite preservar o recuperar la salud del niño y de la madre.

5.1 Las propiedades preventivas y curativas de la alimentación

5.1.1 Durante el embarazo

A partir del embarazo, la llegada del niño adquiere en las percepciones locales más bien una connotación negativa, relacionada a la enfermedad o el peligro: “¡Estar embarazada es estar enferma!”, se dice frecuentemente³⁹. A manera de prevención, las mujeres embarazadas modifican algunos ingredientes de su régimen alimenticio. Consumen frutas, sopas y, sobre todo, “infusiones” (*mates*) cuyas propiedades –reconocidas como cálidas o frías– les permitirán recuperar, incluso mejorar, su estado de salud general⁴⁰.

39 Como escribe Platt (2001: 642) respecto a los Macha de Bolivia: “Las mujeres embarazadas son consideradas ‘no sanas’ (...) o ‘enfermas’ (unqusca). La raíz unsqu- significa desequilibrio corporal, y los extremos de calor a frío a veces se contrarrestan con medicinas de carácter opuesto para restaurar el balance humoral. Con el embarazo, sin embargo, el proceso de calentamiento se acentúa, porque sólo puede expulsarse el ‘bulto’ de su cuerpo si se lleva el calor corporal de la mujer a un estado polarizado de fiebre”. Y también: “(...) el embarazo de la mujer andina no se parece al que se conoce en el moderno mundo occidental urbano. Ahí donde nosotros sólo sentimos alegría, ella sólo siente tristeza; ahí donde nosotros hablamos de higiene y de dieta, ella piensa en equilibrio; ahí donde nosotros discernimos ‘ganas’, ella ve prohibiciones” (Lestage 1999: 65).

El reto parece lo suficientemente importante como para que algunos cónyuges traten de completar el régimen alimenticio de sus esposas mediante actividades excepcionales de caza o de pesca: *"Leche, pescado de cabeza o sábalo, zuruchis, bacalao; casi la mayoría agarra mi marido; eso siempre consumíamos nosotros"* (Chapare).

La influencia de otros padres o actores (suegra, madre, hermana de la esposa o vecinas) también se hace sentir durante el embarazo:

Lo que más consumía es el yogurt; claro, en mi casa mi mamá, cuando se enteró que estaba embarazada, me hacía comer de todo: hígados, verdura, huevos, leche, y me dijo que si quería tener un niño sano, debía comer de todo; como ella tiene experiencia, me alimentó bien (Chávez Rancho); Eso consumía más que todo: avena en el desayuno, pero para refresco consumía cebada retostada que es más alimento, me dijeron [mis hermanas] (Chávez Rancho); Mi suegra me hacía consumir [sopa de quínuia] y las lawas, dice ella, eso me daba. Es más alimento, me decía (Chávez Rancho).

Las madres declaran además que la alimentación durante el embarazo determina la futura calidad-cantidad de su leche: *"Porque comemos todo ¿no ve?, el pecho debe estar mejor; como comemos todo, todo sale para [mi hija] también"* (Chapare); *Todos los alimentos que uno come se van a la leche"* (Chapare).

Nuevamente, aunque no cambian completamente de régimen, cambian determinados componentes. Así, una madre del Chapare explica que suprime el arroz, que arriesgaría de secar su leche: *"[No como] arroz granado porque mucho hace secar la leche"*. Otra madre come frutas (cítricos) y legumbres (soja) percibidas como frías, para que su leche, percibida como cálida, sea lo suficientemente buena y abundante para el futuro niño, que es necesariamente débil.

40 Durante la gestación, las madres quechuas están sometidas "(...) a un conjunto de prohibiciones que de hecho constituyen prevenciones de orden simbólico" (Lestage 1999: 68).

La mayoría de las mujeres embarazadas reconocen la influencia del régimen alimenticio durante el embarazo sobre el estado del niño en el momento del nacimiento (peso, estado de "desnutrición") y sobre su futura salud. Una madre que trabaja como empleada doméstica, dice haber seguido los consejos de su empleador para que el niño nazca y se desarrolle bien: "*Mi patrón me decía que consuma más leche para que el niño crezca más desarrollado, para que nazca bien*" (Chapare).

Por lo tanto, de manera general, las mujeres embarazadas aceptan con gusto los consejos del personal de salud, el cual, durante las consultas prenatales o justo después del parto, suelen darles consejos alimentarios y dietéticos:

'Si tu hijo no nace gordo bien, vas a traer', me ha dicho [el doctor]; yo he ido al hospital de Villa Tunari a tener y allá he estado y me dijo: 'Seguro que no te alimentabas bien, tu hijo ha nacido así [flaquito], tiene que alimentarle ahora biencito' (Chapare).

A pesar de que se expresan en términos distintos y según lógicas diferentes, sus recomendaciones y consejos terminan de hecho en acercarse a las prácticas de las madres. Sencillamente se los adecua de manera de hacerlos compatibles con el modelo humoral.

5.1.2 Durante la lactancia con el pecho

Después del parto, las mujeres tienen la costumbre de esperar varias horas o varios días antes de amamantar⁴¹. Consecuentemente, los niños no ingieren el calostro. En cambio, a menudo beben "agua de anís" que supuestamente estimula la succión, por un lado, y fortalece o "endurece" al recién-nacido, por el otro. En el mismo orden de ideas, las madres frotran anís

41 Durante este periodo, siguen un régimen alimenticio específico: "El retorno de la mujer al equilibrio humoral debe lograrse paulatinamente, mediante una dieta cuidadosa y nutritiva que, en un inicio, excluye las comidas frescas" (Platt 2001: 668).

en su pezón durante las primeras succiones: *“Anicito primero fue; anís luego de eso en el pecho, directamente en el pecho, sí”*⁴².

Esta práctica puede ser interpretada en relación con la aplicación de la concepción humoral. En la medida en que el anís es percibido como frío, se puede pensar que su combinación con la leche materna –percibida como cálida– tiene por objetivo restablecer la salud del niño debilitado después del parto. De acuerdo al principio de la “utilización seleccionada de los contrarios”, el anís mezclado con la leche materna permitiría curar al recién nacido⁴³.

Esta práctica es corriente en Chávez Rancho y casi generalizada en el Chapare, donde la mayoría de los partos se realizan en casa. En la lógica de la medicina humoral, el padre del niño (que juega un papel activo en esta ocasión⁴⁴), la partera o, a veces, el promotor de salud no la consideran como peligrosa e incluso a menudo la estimulan.

42 También entre los Macha de Bolivia (Platt 2001: 662), los niños pequeños tienen que esperar dos o tres días antes de tomar el pecho. Entretanto se les da algunas gotas de orina, que permiten evitar las pérdidas de sangre (de la cual el niño se ha alimentado durante la gestación). Según el autor, esta práctica también tiene por objetivo “(...) romper el hambre voraz del feto, y colocarlo bajo la disciplina de la práctica nutricional humana”. Por lo tanto, se trata de un “rito de separación” fundamental para la sociabilidad más amplia del niño.

43 Existe abundante literatura sobre la diversidad de las prácticas post parto (tratamiento del cordón umbilical y de la placenta, prohibiciones alimentarias, etc.) en el mundo andino (cf. Christinat 1976, Mac Kee 1982, Davidson 1983, Canessa 1999, Lestage 1999, Harris 2000 y Platt 2001).

44 De acuerdo a las observaciones de Lestage (1999: 80) realizadas en el Perú, el papel del marido/concubino durante el parto “(...) consiste en sostener firmemente a la mujer (...). El hombre pone sus manos en el abdomen de su compañera, participando de esta manera en cada contracción (...). Facilita el parto mediante presiones, masajes y la seguridad que aporta su presencia”. Entre los Macha de Bolivia, “(...) un parto ‘normal’ (...) sería un parto doméstico, donde la madre era atendida, principalmente, por su marido e hijos (...). Un parto ‘normal’ es (...) un asunto doméstico, íntimo, que concierne sobre todo a la unidad familiar en la cual está naciendo el bebé” (Platt 2001: 639).

En las dos zonas, la lactancia obedece a la demanda del niño, y las madres se enorgullecen de mostrar que asumen con celo su función de amamantadoras. Durante los primeros meses de vida de los pequeños, sólo se separan excepcionalmente de ellos (véase Acápite 3.). Estén en el campo o en la ciudad, las mujeres los llevan en sus *awayos* y no dudan en ofrecer el pecho al niño apenas éste empieza a llorar⁴⁵.

Sin embargo, las mujeres que amamantan, tienen que estar atentas, ya que el hecho de dar el pecho después de haber sufrido una "contrariedad" (*reniego*), puede enfermar al niño⁴⁶. En este caso, la leche que se calienta de manera anormal, rompe el equilibrio entre lo cálido y lo frío: "*Cuando las wawas están chupando, como la sangre es caliente y uno reniega y les da, la wawa se siente mal*" (Chapare).

5.1.3 Durante la lactancia con biberón

Casi ausente en las zonas rurales y cara en las zonas urbanas, pocas mujeres dan en ocasiones excepcionales leche en polvo a los niños de pecho. Por lo tanto, a este respecto no se puede hablar realmente de lactancia complementaria mediante el biberón. En cambio, los niños toman biberones de agua desde los primeros días de vida hasta a una edad relativamente avanzada (dos años).

45 Antes del destete, una mujer que deja llorar a su recién nacido es considerada "madre negligente". En cambio, una vez que come como todo el mundo, el niño debe saber "aguantar" el hambre sin llorar. Un niño que "aguanta" bien, significa que se vuelve adulto, que ha sido criado bien y que goza de buena salud.

46 Estas observaciones corresponden con las de Lestage (1999: 156-157), según la que: "(...) la leche transmite también los deseos y las emociones de la madre que no debe abandonarse a la ira o a un exceso de alegría o de tristeza. En el caso contrario, la emoción sentida por la mujer lactante repercute en el niño de pecho que no puede soportar la intensidad y muere. O la emoción 'seca' su leche, conduciendo casi siempre a la muerte del recién nacido".

Además de los obstáculos mencionados, la preparación del biberón de leche artificial conlleva ciertos riesgos mencionados explícitamente por las madres, que provocarían en el niño reacciones negativas, es decir enfermedades:

Y no enferma con la leche materna y con la mamadera sí, porque a veces, o frío le damos o muy dulce le damos (Chapare); De vez en cuando no sabemos preparar bien, a veces le damos medio caliente, a veces frío también esta mamadera, a veces no lavamos bien la mamadera (Chapare).

Independientemente de las consideraciones higiénicas, se puede constatar nuevamente la referencia a lo cálido y lo frío. En este contexto, se trata de una apreciación de orden simbólico y no de una medición de la temperatura de la leche en términos de grados. También aparece que una leche "*muy azucarada*" constituye un riesgo para la salud, según una percepción que confirma ciertas causas comúnmente percibidas del malestar del niño (véase Acápite 4.2.1).

Aunque el biberón de leche puede enfermar al niño, permite ayudarlo a recuperar la salud. En la preparación clásica del biberón, la leche, percibida como cálida, se mezcla con agua, percibida como fría. Se sabe que esta mezcla de lo frío y lo cálido es buena para curar, pero que sin embargo es potencialmente dañina para el niño sano, en virtud del principio de "evitar los extremos". Asimismo, para evitar los efectos perniciosos de esta combinación simbólica, las mujeres añaden a la preparación de los alimentos fríos por ejemplo algunas gotas de mandarina o cucharillas de papaya finamente triturada para reestablecer el equilibrio a favor de lo cálido o de lo frío.

Para las madres, el restablecimiento del equilibrio entre lo cálido y lo cálido o lo frío y lo frío, no se puede medir en términos de cucharillas echadas o de vasos medidores. El principio de "evitar los extremos" pertenece al ámbito de la experiencia, del conocimiento, de la percepción espontánea y, sobre todo, de la voluntad o de la intención de las madres. Dicho de otra

manera, aunque la dimensión sistemática de las prácticas vigentes es real, ésta no excluye una parte de libre-albedrío en la interpretación de las madres. Este libre-albedrío contribuye a explicar las combinaciones simbólicas a veces complejas y aparentemente contradictorias que se pueden observar.

El ejemplo del biberón es especialmente revelador, ya que en la medida en que su utilización no es realmente difundida ni antigua, nos muestra a qué punto las mujeres rápidamente integran nuevas prácticas en marcos de representación preexistentes.

5.2 El paso de la alimentación líquida a la alimentación adulta: ¿una práctica preventiva?

5.2.1 Destete y salud del niño

Muchas madres asocian espontáneamente el período de lactancia y las nociones de crecimiento y de desarrollo. Se dice que los niños que no reciben una cantidad suficiente de leche durante la succión no crecen como deberían. Se señala igualmente que si el período de lactancia es demasiado corto, el niño se enferma: *"Porque no le he terminado de dar de lactar hasta la edad que debería, a él le ha afectado en los pulmones"* (Chávez Rancho).

Por el contrario, las madres explican que una succión que dura demasiado tiempo, termina por debilitar y enfermar al niño. El exceso de leche materna se vuelve nocivo para su salud, pues durante este tiempo no se alimenta realmente según sus necesidades. En este ámbito, las mujeres hacen a veces referencia a las recomendaciones del personal de salud:

Eso afecta, no tienen el mismo desarrollo, ni la misma psicología, no... Les hace falta el alimento que ellos deben consumir a partir de los seis meses (Chávez Rancho); Ya a un año les he dado [alimentos], porque el hombrecito, duro tiene que ser, más fuerza tiene que tener (Chapare).

Independientemente de si se trata de una hija o de un hijo, la mayoría de las madres declaran dar el pecho durante el mismo período. Algunas de entre ellas indican, sin embargo, que los varones son destetados más temprano que las hijas porque han tomado demasiada leche: *“El varón chupa más fuerte, con más fuerza saca la leche; es como si tuviera más hambre que la mujercita”* (Chávez Rancho). En un caso preciso, es el niño mismo que habría sentido que estaba hartado de leche y que habría deseado pasar a otro tipo de alimentación: *“Él mismo ha rechazado mi pecho; quería realmente comer algo como nosotros”* (Chapare).

Las mujeres entrevistadas sobre la edad a la cual han destetado definitivamente a sus hijos, contestaron de la siguiente manera (véase Cuadro 10):

Cuadro 10: Edad del destete de 18 niños, según 10 madres entrevistadas (Chávez Rancho & Chapare)

Tiempo del destete (meses)	Número de niños	Zona de encuesta
9	2	Chapare
12	6	3 Chapare / 2 Chávez Rancho
13	2	Chapare
14	2	Chapare
18	2	Chávez Rancho
16	2	Chapare
20	2	Chapare

En las dos zonas de encuesta, el destete definitivo se realiza entre los nueve y 20 meses y de manera abrupta. Es a menudo por motivo de la salida de los dientes que las madres deciden de destetar al niño. Siguiendo los consejos de su madre o suegra, aplican sustancias saladas o desagradables en sus pezones, con el fin de acelerar el destete. Algunas mujeres dejan dormir a su hijo en casa de su madre para marcar claramente esta etapa⁴⁷:

47 Este tipo de práctica está ampliamente difundida en África, especialmente en el Congo (Suremain 2000). El hecho de confiar el niño a parientes remite a la práctica del *gardiennage* o *fosterage*: “[Respecto a la adopción, el *fosterage*] tiene un carácter más momentáneo, se adapta a

"Así, Kolinos [pasta dental] le he puesto, es picante no más ¿no ve? y ha dormido aparte; de ahí comidita no más le di y así se le ha pasado y se olvida" (Chapare).

Más adelante (véase Acápite 6) mostraremos cómo estas prácticas de destete acelerado, a veces abruptas, podrían ser relacionadas con las incitaciones de las madres respecto al aprendizaje de andar.

5.2.2 Alimentación adulta y salud del niño

En las dos zonas de encuesta, las mujeres empiezan a diversificar la alimentación del niño a partir del tercer mes (véase Cuadro 11). Una madre del Chapare explica que algunos niños están tentados por la alimentación de los adultos incluso más temprano: "(...) a algunos, cuando miran lo que estamos comiendo, desde dos meses ya [se les da sopita]" (Chapare)⁴⁸.

Cuadro 11: Edad de introducción del alimento complementario (de 24 entrevistas)

Edad	Número de entrevistas	Zonas de encuesta
3 meses	4	Chávez Rancho
3-4 meses	1	Chapare
5 meses	3	2 Chávez Rancho / 1 Chapare
5-6 meses	1	Chapare
6 meses	5	3 Chávez Rancho / 2 Chapare
6-7 meses	3	1 Chávez Rancho / 2 Chapare
7 meses	3	3 Chapare
8 meses	1	Chapare
9 meses	1	Chapare
De 8 meses a más de un año	1	Chapare
1 año y 2 meses	1	Chávez Rancho

las circunstancias, ya que supone la cooperación o la alternancia de las obligaciones paternas entre ascendientes directos y cuidadores" (Lallemand 1997: 22).

48 Esta actitud se parece a la de los niños Mossi de Burkina Faso. Según Lallemand (1997: 44): "(...) cercanos a sus madres comiendo las comidas adultas, [los niños] deciden espontáneamente el momento en que probarán el alimento sólido y que participarán en las comidas colectivas: no se requiere de una edad precisa, y las madres no suelen recordar estos momentos".

Según las observaciones realizadas, es extremadamente difícil establecer una distinción estricta entre el alimento complementario y la alimentación adulta. De hecho, las madres adecuan los platos destinados a los adultos para los niños, pero raras veces preparan platos específicos para estos últimos: *"Bueno, es puro lo que comemos: arroz, fideo, sopita de fideo con huevito, eso es (Chapare); [A un año] ya come así lo que comemos no más; no cocino aparte, de ahí sacamos un poco y le damos con carne aplastada"* (Chapare).

Estas prácticas parecen corresponderse con lo que se observa entre la mayoría de las poblaciones andinas, que generalmente no preparan papillas específicas para los niños (los purés de maíz son servidos al mismo tiempo a los adultos y a los niños). Para estos últimos, el paso de la alimentación líquida a la alimentación sólida se realiza mediante papillas con pequeñas cantidades de alimentos sólidos sacados de los platos de los adultos⁴⁹. Sea como fuere, es esencial que el niño pasa directamente a una alimentación sólida en el momento del destete definitivo.

Por lo tanto, con raras excepciones los niños no tienen un régimen alimenticio propio, en el sentido estricto. Considerando las pocas adecuaciones mencionadas arriba, las preparaciones culinarias citadas (véase Cuadro 12) están destinadas tanto a los adultos como a los niños.

Cuadro 12: Tipos de preparación culinaria dada a los niños destetados

Puré de patata
Arroz
Sopas y papillas (quinua, pollo, verduras, mandioca, trigo), a veces preparadas con un huevo
Papilla de cereales
Jugo de frutas (plátano rociado con limón, durazno, papaya, tomate, manzana)
Jugo de legumbre
Yuca aplastada
Fideos
Chicha (bebida hecha de vegetales que puede ser fermentada).
Pequeños pedazos de carne (para chupar)
Soya

49 En África, es probable que antes de la difusión de grandes programas de educación sanitaria y nutricional, muchas poblaciones no comían purés (Bernard Maire, información oral).

Para justificar el régimen alimenticio de tipo adulto que administran de manera muy prematura, algunas madres hacen hincapié en la capacidad de adaptación biológica de los niños y su necesidad de familiarizarse con la mayor parte de alimentos posibles, con el fin de que no se enfermen:

Le doy, se ha acostumbrado su estomaguito a comer de todo (Chávez Rancho); Yo, desde pequeñito le he hecho probar, su estómago ya está acostumbrado, ya cuando le das, no le hace nada; cuando no le das, entonces ya le hace mal entonces (Chapare).

A la pregunta si sus hijos se habían enfermado cuando ingresaron por primera vez otra cosa que la leche materna, sólo cinco mujeres declararon que tuvieron diarrea. En su opinión, la idea es precisamente "acostumbrar" a los niños muy temprano a consumir otra cosa que "la leche para evitar las diarreas.

De acuerdo a los consejos impartidos por el entorno, se trata también de acostumbrar al niño lo más rápido posible al régimen alimenticio de los adultos, con el fin de facilitarse la vida: "A los seis meses" [le he dado], pero yo debía haberle dado más antes, después yo he sufrido, porque ella notaba la diferencia entre la leche y las papillas; no quería comer; me dijeron [mi familia] que debería haberle dado más antes" (Chávez Rancho).

Persiguiendo los mismos fines, otras madres explican que no sólo obedecen los consejos del personal de salud:

Para comer carne, primero hay que comer sopita, les digo; mucho también dice el sanitario; si no comen, también no tienen sangre; aumenta sangre, dice; la sopa también, así hay que comer, les digo (Chapare); Ahí, en la niñez, puedes alimentarle bien, todo ¿no?; en su crecimiento, en su alimentación... porque ya de grandes, ya no es bueno, ya no acumulan vitaminas, nada; [en la niñez] comen para vivir, como dicen [los médicos] (Chávez Rancho)⁵⁰.

50 Según Platt (2001: 643): "El lenguaje de la sangre impregna todo el proceso de gestación y del parto". La expresión "aumentar la sangre" va en este sentido e ilustra nuevamente la omnipotencia de la concepción humoral.

Se dan además otras razones para justificar el paso directo y rápido a la alimentación adulta. Así, una madre del Chapare señala: “No me da flojera cocinar aparte; lo que yo cocino tenemos todos que comer” (Chapare). Algunas mujeres mencionan además los problemas económicos y la falta de tiempo para explicar que no pueden preparar platos exclusivamente destinados a los niños.

Para la mayoría de las madres, el paso de la alimentación líquida a un régimen alimenticio de tipo sólido y adulto obedece esencialmente a un imperativo de prevención. Mientras más temprano el niño haya comido como un adulto, más rápidamente su organismo se habrá fortalecido. De forma más general, en las dos zonas de encuesta las prácticas alimentarias están estrechamente asociadas a la salud, tanto para preservar como para restablecerla.

6. Las etapas del crecimiento y del desarrollo

Cada una de las etapas (nacimiento, lactancia, destete, paso a la alimentación adulta) del desarrollo fisiológico que marcan el paso de la infancia al estado de adulto, remite, como hemos visto, a prácticas alimentarias y de salud específicas, que se fundamentan ampliamente en el modelo humoral. Corresponde ahora mostrar cómo estas prácticas son relacionadas con las etapas del crecimiento y del desarrollo, tal y como las identifican las madres del Chapare y de Chávez Rancho.

Este tema ha sido objeto de numerosas investigaciones en psicología, psicoanálisis y sicopatología, aunque no ha ocupado realmente un lugar importante en la antropología⁵¹. En efec-

51 En las disciplinas psicosociológicas, el acento ha sido puesto principalmente en las dinámicas y los trastornos del desarrollo del niño en el contexto de las relaciones familiares (trastornos cognitivos, relacionales, sexuales, motrices, psicomotrices o también trastornos de las grandes funciones del sueño, de la alimentación y del lenguaje, cf. Bideaud y Houdé *et al.* 1993 y Bénony 1998). En antropología, sin embargo, se pueden citar los trabajos de Dettwyler (1991, 1997), Pelto & Pelto (1989), Valsiner ed. (1989), Jessor & Colby *et al.* ed. (1996), Weissner (1996), Pfeiffer & Gloyd *et al.* (2001) y Suremain & Lefèvre *et al.* (2001).

to, ésta se ha interesado más por los modos de aprendizaje relacionados con la sociabilidad (intercambio verbal, relaciones con el propio cuerpo y el del otro, don y contra-don, etc.), por las prácticas socioreligiosas que marcan la existencia (iniciaciones rituales) o también por los sistemas de representación de la persona, del cuerpo, de los órganos y de las sustancias⁵².

El estudio de esta problemática debería permitir sacar a la luz los puntos de convergencia y divergencia entre las percepciones locales, por un lado, y las actividades de promoción y seguimiento del crecimiento y del desarrollo, por el otro. También debería permitir rescatar la visión global (en el sentido de visión "globalizante", véase Nota 7), compleja e integrada de los cuidados del niño, que comparten las personas responsables de éste y que expresan mediante la noción del "*buen cuidado*".

6.1 Unidad de la noción de crecimiento y/o de desarrollo

En el transcurso de las entrevistas realizadas tanto en la ciudad como en el medio rural, las mujeres mencionan espontáneamente las nociones de crecimiento y/o de desarrollo⁵³. A

52 Sobre la antropología del cuerpo y sus relaciones con la noción de persona, cf. Bernand (1976), Jodelet (1976), Blacking ed. (1977), Galinier (1991), Bianquis & Le Breton *et al.* (1997), Jamard & Terray *et al.* (2000) y Le Breton (2001).

53 Sin duda, vale recordar lo que se suele entender por la noción de desarrollo: "Generalmente, el desarrollo es categorizado como a) el desarrollo cognitivo (o mental), incluyendo la memoria, la resolución de problemas y la comprensión de los números y, para algunos autores, el desarrollo lingüístico; b) el desarrollo lingüístico, la habilidad de comunicar con otros, de comprender el habla y expresar pensamientos (lenguaje receptivo y expresivo); c) el desarrollo socioemocional, incluida la comprensión de la relación del yo con el otro; la habilidad de regulación propia y de sus emociones, el desarrollo de habilidades sociales; d) el temperamento, una tendencia basada en la biología tal como la facilidad o dificultad con la que el niño se acerca a situaciones nuevas o de rutina; e) el desarrollo de la motricidad fina o gruesa, incluida la capacidad del niño de sentarse, caminar, correr y manejar pequeños objetos" (WHO 1999: 8).

pesar de que suelen ser confundidas y consideradas equivalentes, están asociadas a temas muy variables. A manera de ilustración, el Cuadro 13 recapitula el número de veces que una y/u otra de estas nociones han sido explícitamente mencionadas en el transcurso de 19 entrevistas, sea de manera positiva o negativa. Se precisan los temas a los cuales corresponde su utilización⁵⁴.

Cuadro 13: Número de veces (y temas asociados) en que las nociones de crecimiento y/o de desarrollo han sido empleadas espontáneamente por 19 madres (Chapare & Chávez Rancho)

Alimentación	Enfermedad	Enfermedad / Alimentación	Entorno	Edad / Talla	Peso
32	25	21	16	15	4

Género (dif. Muchachas / muchachos)	Factores psicológicos	Comportamiento	Cuidados
39	8	8	4

De este detalle se desprende que las madres perciben relaciones entre las nociones de crecimiento y/o de desarrollo, tal como las perciben entre la alimentación y la enfermedad. En cambio, es imposible entender a partir de este cuadro la importancia relativa de estas relaciones, su significado, los vínculos entre las prácticas alimentarias y de salud descritas hasta ahora, y la comprensión de las madres en materia de crecimiento y/o desarrollo del niño.

6.2 El cuerpo como indicador del estado general del niño

A la pregunta específica de lo que entienden por crecimiento y/o desarrollo, madres y padres dan respuestas que ponen de manifiesto una gran homogeneidad en las representacio-

54 En la medida en que dos tercios de las respuestas son objeto de una codificación múltiple y que por lo tanto están relacionadas simultáneamente con varios temas, estas cifras sólo pueden ser un indicador.

nes. La noción es percibida a través de la apreciación global del estado del cuerpo del niño y más específicamente según lo que ellos mismos llaman "*un lindo cuerpo bien hecho*".

Un "*un lindo cuerpo bien hecho*" debe ser bien proporcionado, con una "tendencia hacia la gordura bien repartida en todo el cuerpo. El niño que se desarrolla de forma normal no es necesariamente grande, sino sobre todo bien proporcionado.

Mostrando que observan regularmente el cuerpo de su hijo, los responsables lo califican espontáneamente como "*bonito*" o "*lindo*", como "*bueno*", "*gordo*", "*bien hecho*", "*alegre*", "*con fuerza*" o "*valor*" y, por supuesto, de "*sano*" (véase Acápite 4). En la medida en que el niño no presenta un exceso de gordura o de delgadez, tiene un crecimiento y / o desarrollo equilibrado:

Que está muy gordito y que es feliz, corretea y siempre está alegre y no se queja mucho, es porque está sano, y cuando está enfermo siempre está quejumbroso, molestándonos (Chávez Rancho); Cuando crece su estómago, quiere decir que tiene alguna enfermedad o bichos; pero cuando su cuerpo está normal, ni muy gordo ni flaco, quiere decir que está bien (Chapare).

El uso casi sistemático de la expresión "*gordito/a*" aplicada al niño de buena salud, es muy significativo. En este contexto, se trata de una especie de "reducción afectiva"⁵⁵, en vista de una apropiación a nivel del locutor que no induce una referencia al peso o a la talla. Los padres, en cambio, distinguen entre la "*mala grasa*", que indica una perturbación del estado de salud, y lo "*gordito/a*", que significa que el niño está "lleno", "hartado" (*llenito*) y de buena salud.

Estos calificativos se aplican a los niños desde el nacimiento. El aspecto general del niño de pecho en este momento preciso es un serio indicio de su estado de salud, pero también de la manera en que va a seguir su crecimiento y desarrollarse en el futuro. Así, las madres se acuerdan del peso exacto en el

55 La expresión es de Bernard Maire (información oral).

momento del nacimiento, mientras que se preocupan raras veces de su evolución posterior:

Mi hija era bien enfermiza; a su año y un mes recién caminó; era bien chiquita, a pesar de que le llevábamos a la posta era bien flaquita, cada vez se enfermaba de tos y tos; le llevábamos a la posta, le ponían inyecciones, le daban jarabes, paraba con diarrea; bien flaquita era, chiquitita; cuando nació, 2 kilos y 500 gramos pesaba, bien flaquita era (Chapare).

Otra madre (Chávez Rancho) explica que su hija de dos años está frecuentemente enferma porque durante el embarazo ella no podía "retener" la comida y alimentarla convenientemente. De ahí su bajo peso al nacimiento y sus problemas crónicos de salud: *"Tuve náuseas hasta los cuatro meses; ahí un médico me dio píldoras para retener la alimentación; [mi hija] nació con un peso de 2 kilos y 800 gramos"*.

Los responsables del niño hacen referencia al peso después del nacimiento, pero éste se traduce raras veces en kilos. Las madres sienten o ven que su hijo no tiene un aspecto normal.

Por lo tanto, de manera general es raro que los padres hablen espontáneamente de un retraso en la talla y/o el peso en relación con la edad. Si hablan de ello, las mujeres sólo repiten, sin demasiado convencimiento, lo que el médico les ha dicho:

Yo me doy cuenta cuando yo le llevo a sus controles; le pregunto cómo está, si está subiendo de peso; el doctor me dice a mí: 'Está subiendo de peso, está bien crecidity para su tamaño, para su edad, está bien desarrolladito', o sea, por eso le digo, porque el doctor me dice a mí (Chávez Rancho).

Para los responsables, es la ausencia de enfermedades combinada con la gordura –es decir, la repartición armoniosa del peso en el conjunto del cuerpo– lo que confirma la buena salud y el crecimiento y/o desarrollo normal del niño.

6.3 Los factores de transformación del cuerpo

6.3.1 Los episodios de enfermedad

El episodio de enfermedad del niño permite, por el contrario, discernir con más precisión lo que debe ser un *"lindo cuerpo bien hecho"*. Cuando éste cambia abruptamente (exceso de delgadez o de gordura), en la percepción de los padres existe un riesgo para el crecimiento y/o el desarrollo.

Entre las enfermedades específicas que afectan al cuerpo del niño, las mujeres mencionan frecuentemente la diarrea y los síntomas asociados a ésta: *"Cuando tiene diarrea, el bebé comienza a enflaquecer, no sé, de todo se debilita, la wawa no crece mucho, se deshidrata"* (Chávez Rancho). Siendo percibida como adelgazante, también la fiebre es considerada como peligrosa.

Hay que constatar las múltiples referencias con relación a la anemia, sin que las madres expliquen exactamente de qué se trata. Algunas relacionan la falta de apetito con la enfermedad, aunque dudan cuando se trata de saber si ésta es la causa o la consecuencia de la primera: *"[Los niños están mal cuando tienen] una enfermedad grave, es decir la anemia, luego la diarrea, porque no pueden comer; si no hay alimentación no desarrollan* (Chávez Rancho); *No comen comida y de eso les agarra [la anemia]"* (Chapare).

Con menos frecuencia, los responsables mencionan la pulmonía, la leucemia, las amígdalas, las parálisis y el *susto* como enfermedades que implican la transformación del cuerpo del niño.

Por lo tanto, de manera general, el mal crecimiento y/o el desarrollo anormal son espontáneamente asociados a un cambio del cuerpo, el cual se traduce unas veces en una pérdida o un fuerte aumento de peso (que no es necesariamente traducido en kilos) y otras en un problema de talla (que no es traducida sistemáticamente en centímetros).

6.3.2 La alimentación

Con pocas excepciones, las madres piensan que existe una estrecha relación entre la alimentación del niño (lactancia o ali-

mentación adulta) y su crecimiento y/o desarrollo (véase Cuadro 13 arriba). La buena alimentación (distribuida sobre horas regulares, preparada de manera adecuada) explica que un niño esté sano y se desarrolle bien: *"Cuando no llora, cuando no se queja, si está tan fuerte, tan sano, es por la buena alimentación que le dan sus papás, por mucho cuidado"* (Chávez Rancho).

Para las mujeres, una mala alimentación (tanto en calidad como en cantidad) tiene efectos inmediatos sobre la transformación del cuerpo y por lo tanto sobre el crecimiento y/o el desarrollo. Un niño mal o insuficientemente alimentado se enferma rápidamente y presenta señales de debilidad general y de adelgazamiento excesivo. Dos madres del Chapare mencionan, como para justificarse mejor, la mala influencia del Hospital o de una abuela sobre el régimen alimenticio de los niños para explicar su mal crecimiento:

Él no quería carne y agua, no quería tomar, porque estuvo internado un mes en el Hospital y se volvió bien flaco y no estaba creciendo normalmente (Chapare); [Mi hijo no tuvo buen crecimiento] porque estaba aquí con su abuela casi un año. Yo estaba caminando por Trinidad; hemos ido a su lugar de mi marido y luego, yo creo que no le daba buen alimento su abuela, y por eso no ha tenido buen crecimiento; no se alimentaba bien (Chapare).

La insuficiente alimentación y la enfermedad son generalmente asociadas, siendo esta última a veces presentada como una consecuencia de la primera: *"Si no damos de comer, no engorda, no crece, está flaco, enfermo, y de ahí cualquier cosa como le da diarrea; pero si uno lo atiende bien, está bien"* (Chapare).

Otras madres interpretan la desnutrición como una enfermedad⁵⁶. A ésta se le otorga unas veces un sentido muy específico, otras veces un sentido muy amplio, un poco a la manera de una categoría acomodaticia:

56 La apropiación y la reinterpretación de estas nociones biomédicas por los actores son procesos complejos que requieren un estudio más profundo (de Garine 1984; Bonnet 1990; Jaffré & Olivier de Sardan 1995; Jaffré & Olivier de Sardan ed. 1999; Buchillet 2001).

La desnutrición [es la consecuencia] porque a veces no se alimentan bien o no los alimentan bien (Chávez Rancho); Algunos son crecidos, algunos no, porque no les dan mucho alimento y son desnutriditos. Los niños blancones son más delicados. Ésta es morenita y la otra es blanquita y ella, pucha, de dónde le llena, pero la cuestión es que aparece con unos granitos y le pones Mentisan y le han quedado unos negritos, así, en todo su cuerpito (Chapare).

Sin embargo, el esquema de causalidad puede invertirse y las mujeres dicen que es porque el niño está enfermo que no come: “[El niño está enfermo] *porque ya no quiere comer*” (Chapare). El niño que no es sano se presenta entonces como “desestructurado” en su comportamiento alimentario (horarios caóticos, falta de apetito).

En cambio, sólo excepcionalmente las madres mencionan los efectos negativos de una mala alimentación sobre el desarrollo psicomotor del niño: “[Cuando] *no se los alimenta bien, tienen más retraso para pensar, ¿no?; no piensan rápidamente*” (Chávez Rancho).

En las percepciones locales, la salud y la alimentación ejercen una influencia directa sobre el crecimiento y/o el desarrollo del niño. Las prácticas cotidianas relacionadas con ellas, forman un conjunto indisoluble en permanente interacción. Consecuentemente, para los responsables del niño es poco comprensible que se las distinga como dos tipos de cuidado diferentes.

6.3.3 Otros factores de transformación del cuerpo

Algunas madres mencionan factores genéticos para explicar que las niñas se desarrollan más rápidamente que los varones. Sin embargo, éstos terminan por ser más altos:

Las mujeres son más chicas, tienen otro cuerpo (Chapare); Según a lo que yo veo, las mujeres pesan más, tienen más cuerpo; desarrollan más rápido físicamente y mentalmente, las mujeres (Chapare); Yo tengo la creencia de mi madre: dice que los hijos van como son los padres, los familiares; algunos nacen altos,

otros son pequeños (Chávez Rancho); Las mujercitas más rápido aprenden a gatear, a andar, a hablar, mientras que los hombres tardan más (Chávez Rancho)⁵⁷.

El medio físico y geográfico en el cual se desarrolla el niño, también influiría en su crecimiento y/o desarrollo. Una madre señala que los niños criados en el campo son más resistentes que los niños urbanos: *"Digamos la fuerza: un niño de la ciudad no puede vencer a uno del campo, aunque no esté bien alimentado, un niño del campo tiene más fuerza que uno de la ciudad"* (Chapare).

Las mujeres consideran a veces una buena higiene o el aseo como prácticas que favorecen el crecimiento y/o desarrollo del niño: *"Cuando uno les baña, crecen"* (Chapare).

Otras consideran que el calor, el frío o el clima en general influyen directamente en el crecimiento:

Con la calor crecen más rápido, mientras que con el frío no (Chapare); El clima hace mucho. Yo tengo una experiencia: cuando yo era niña, vivía en Chimoré. Me vine aquí por unos dos, tres meses, volví allá, ya había crecido; el clima me ayudó a crecer (Chávez Rancho); Voy y vengo al Beni y me quedo allá. Yo veo que allá [mis niños] caminan libremente y acá están oprimidos por el frío, que paran abrigados. En cambio, allá tienen un desarrollo más amplio (Chávez Rancho)⁵⁸.

Otra madre señala que el hecho de jugar favorece el desarrollo del niño: *"Más bien, en lo que están así, juegan, todo eso, desarrollan más rápido"* (Chapare).

57 Sin duda, esta percepción podría relacionarse con el tiempo de gestación, independientemente de si se trata de una niña o un niño. Según Platt (2001: 654): "Las niñas se supone que requieren menos tiempo que los niños, quienes deben hacer cuajar más sustancia muscular y huesuda".

58 La oposición frío/cálido mencionada aquí podría corresponder con otra forma de oposición simbólica, la de lo húmedo/seco mencionado por Platt respecto a lo que él llama la "etiología del crecimiento" (2001: 643). Para los Macha de Bolivia, la humedad es necesaria para el crecimiento de las plantas, pero también de los seres humanos o en la gestación (feto).

Numerosas madres estiman, sin embargo, que es sobre todo el hecho de "*ocuparse bien del niño*" o de "*tratarlo bien*", lo que favorece su crecimiento y/o su desarrollo:

Según dicen que el varoncito es más débil para las enfermedades y que una mujercita es más fuerte, pero yo creo que el crecimiento para cualquier bebé es igual, yo creo que debe variar en el cuidado (Chávez Rancho); [Si] su mamá les puede atender bien, no les hace sufrir, así crecen bien (Chapare); Parece que cuando hace falta [cariño], están un poco enfermos (Chapare); Atenderlo mejor, que no esté con las manitas sucias, que el alimento no lo coma bien sucio y si uno le da biberón, hay que darle más aseado, que no eche tierra a la boquita porque ahí viene la infección ya (Chapare).

Nuevamente, los responsables del niño no establecen distinciones cerradas entre las prácticas de alimentación y de salud. Más allá, es importante subrayar que la noción de "*buen cuidado*", cuando es mencionada espontáneamente, implica la idea de "*atender*" al niño, de evitar de hacerlo "*sufrir*" y de ofrecerle el "*cariño*" indispensable para su "*bienestar*" general.

6.4 Las principales etapas del crecimiento y/o del desarrollo

6.4.1 Lenguaje, movimientos y desarrollo psicológico

Raras son las madres que mencionan la adquisición del lenguaje, la motricidad, la mayor atención o los movimientos de acompañamiento como etapas decisivas del crecimiento y/o desarrollo del niño.

Para estas mujeres, la palabra y los movimientos son primordiales. Sin embargo, estas adquisiciones no son acompañadas de estímulos particulares o incitaciones estrictas, como es el caso cuando se trata de aprender a caminar y o de comer (véase Acápites 6.4.2 y 6.4.3):

En lo mental, el médico ve, ¿no?, y también la misma madre ve los movimientos del bebé, si capta la conversación, los movimientos

de los labios o [ve] en sus maneras de mirar si el niño responde cuando se le habla, por lo menos un gesto (Chávez Rancho).

En la mayoría de los casos, los responsables del niño identifican un problema o un posible retraso, observando el comportamiento de niños de la misma edad, independientemente de su sexo: “[Hay niños que] *no hablan, no juegan; ahí nos damos cuenta que el niño está retrasado*” (Chávez Rancho). Sin embargo, nadie ha consultado o pedido consejos al pediatra para que el niño sea atendido en estos aspectos precisos.

Los comentarios acerca de la influencia del estado psicológico general del niño sobre su crecimiento y / o desarrollo son casi inexistentes. Una madre explica que los aspectos psicológicos, por ser invisibles, no “dicen” gran cosa, contrariamente a las señales del cuerpo, especialmente el hecho de crecer:

Por ejemplo, al niño no se le puede decir que está psicológicamente [mal], porque no se puede notar; pero físicamente, sí, porque no está decaído, incómodo ni con dolores; después, en lo físico, se ve que está creciendo (Chávez Rancho).

En cambio, aunque son discretas y púdicas al respecto, las madres piensan que las malas relaciones entre los padres marcan a veces profundamente al niño. Entre las causas de disputas conyugales, a veces muy violentas, figuran el adulterio, el alcoholismo y los desacuerdos en torno a la redistribución del dinero⁵⁹. Independientemente de sus razones, estas tensiones perturban el comportamiento (falta de apetito, llantos prolongados), provocan el *susto* y afectan al niño en el plano psicológico (apatía o agresividad excesivas):

59 Varias entrevistas y observaciones han mostrado que las mujeres jóvenes consideran la violencia como “justa” si viene de su cónyuge oficial. Afirman, en cambio, que no aceptarían esta violencia por parte de su concubino o de una pareja ocasional. Numerosos “matrimonios a prueba” se rompen antes del “verdadero matrimonio” a causa de un exceso de violencia “injusta” por parte del hombre.

Cuando hay mucha violencia, los niños ven y eso se memorizan, también sufren, empiezan a madurar rápidamente, ya no son niños como deben ser, pensar en jugar, ya maduran rápidamente (Chávez Rancho); Pienso que les afecta y no están tranquilos viendo a su mamá sufrir y a su papá [cuando] pelean (Chapare); [Cuando] los padres constantemente están en pleitos, en riñas [o] no se llevan bien, yo creo que los niños no crecen con buenos pensamientos; a la larga también pueden repetir lo que sus padres hacen, puede influenciar mucho eso [en su psicología] (Chávez Rancho); No comen y no aguantan [los niños por las peleas] (Chapare); Llora de pena, triste se pone, no es alegre, ni come bien siquiera (Chapare).

La separación de los padres que a veces resulta de estas disputas (especialmente la salida repentina del padre), suscita igualmente un sentimiento de abandono que tiene consecuencias para la manera de ser general del niño: *"Esas cosas psicológicamente les trauma porque siempre quieren la unión de los padres, y cuando hay una separación, ya no es lo mismo y ahí es cuando empiezan a andar mal los chicos, dejan de ser educados"* (Chávez Rancho).

De todo esto, sin duda hay que retener que el hecho de alimentar y de cuidar no agota el sentido de la noción de cuidado o de *"buen cuidado"*, tal y como la entienden los responsables. La atención y la afectación que acompañan los gestos más cotidianos y el clima familiar, son manifiestamente elementos constitutivos del cuidado, que influyen directamente en el crecimiento y/o desarrollo del niño⁶⁰.

6.4.2 Aprendizaje de caminar

En cambio, la mayoría de las mujeres identifican claramente el aprendizaje de caminar (etapa o periodo del *"ayca"*) como

60 Si bien los debates en nutrición y en psicología siguen siendo centrados en torno a la relación madre/niño (Stork 1986; Engle & Ricciuti 1995; Bouville 2002), los efectos del clima familiar sobre el estado psicológico del niño en relación con su crecimiento y su desarrollo han sido objeto de algunos estudios antropológicos, cf. Dettwyler 1985 y Popkin ed. 1986).

una etapa fundamental del desarrollo psicomotor. En las percepciones locales, este aprendizaje no está precedido de la etapa del gateo, sino que empieza directamente⁶¹: *"No han gateado; ninguna [de mis wawas] ha gateado; de sentados han caminado; nunca se han arrastrado; la mayor tenía su andador y ahí no más caminaba; la otra en su silla se sentaba, pero nunca le he puesto en el suelo"* (Chapare).

Al escuchar a las madres, se siente que temen particularmente este periodo (comprendido entre ocho meses y un año) en el que el niño corre el riesgo de infectarse o lesionarse, pero sobre todo de tener diarreas que pueden interrumpir su crecimiento:

Es la diarrea lo que más les afecta a los niños, porque cuando comienzan a caminar y les da diarrea, se olvidan, y hay muchos niños aquí que por la diarrea no pueden crecer (Chapare); Cuando aprenden a caminar, saben poner cosas a la boca, por eso se enferman (Chávez Rancho); Se debe tener más cuidado; se pueden entrar al fuego o agarrar cualquier cosa que no deben (Chapare).

Dado que viven nuevas y a veces duras experiencias, también el *susto* afecta a los niños en este período particular de su vida: *"No [hay que] gritarle [para] no asustarlo; hay que mirar a ellos lo que hacen; de un ruido ellos se asustan; esta niña va de susto en susto; se cayó de la escalera; la llevé también a bañarla al río y ahí también se asustó; era diarrea, vómitos"* (Chapare).

Finalmente, las madres mencionan los riesgos de infección de la piel, especialmente de los pies: *"Puede tener infecciones por la humedad de la planta de los pies; [es importante] que tengan los zapatitos bien, también la posición de los pañales: hasta que el niño tenga que caminar, el niño tiene que tener las piernas abiertas"* (Chávez Rancho).

61 En un sentido estricto, esta etapa es bastante teórica. Muchos niños gatean mal y no presentan una etapa bien definida de esta forma de desplazamiento, aunque de hecho siempre existe un período intermedio de preparación a los movimientos requeridos para caminar (Bernard Maire, información oral).

Para prevenir estos diferentes peligros, las mujeres parecen querer absolutamente acelerar el proceso de aprendizaje de caminar mediante incitaciones muy enérgicas. Consecuentemente, no dudan de pegar al niño que no se mantiene de pie o, por el contrario, de obligarlo a quedarse echado porque en su opinión, el tiempo para que se lance solo no ha llegado.

Incluso en las zonas más apartadas, llama la atención que los niños usen por un tiempo prolongado la andadora. Gracias a este accesorio, no solamente se los mantiene en posición vertical, sino que además no pueden agarrar tierra o desechos sembrados por el suelo⁶². De esta manera, el proceso de aprendizaje se reduce y el niño evita los riesgos de heridas y de diarreas que tanto temen las madres. Como para el biberón, el ejemplo de las andadoras muestra la capacidad de las madres de integrar nuevos soportes en las representaciones preexistentes.

6.4.3 El paso a una alimentación de tipo adulto

Como ya hemos mencionado (véase Acápite 5), en la mayoría de los casos, el destete definitivo del niño está relacionado con la aparición de los dientes de leche. Sin embargo, las madres no parecen recordar particularmente estas etapas. Desde su punto de vista, es más bien el paso a una alimentación adulta que es fundamental para el crecimiento y/o el desarrollo del niño.

Recordemos que para las mujeres, el paso a la alimentación sólida y adulta obedece a un imperativo de prevención en términos de salud. Al acostumbrar al niño a muy temprana edad a comer como sus padres, se trata de preparar a su organismo para que no se enferme en el momento del destete definitivo.

Sin embargo, se podría atribuir un significado complementario a estas prácticas. En efecto, estas modalidades de transi-

62 Los esposos (e incluso los parientes y vecinos) ofrecen frecuentemente andadoras a las madres primerizas. Son también consideradas como un regalo de matrimonio especialmente valorizado.

ción –y las prácticas de destete, a veces muy duras, que las acompañan– parecen reflejar las incitaciones muy enérgicas de las madres respecto al aprendizaje de caminar. Aunque justifiquen sus órdenes por el gusto y la curiosidad naturales de los niños, quienes las incitarían a alimentarlos como adultos, siguen siendo inflexibles a la hora de preparar y distribuir los alimentos. Pese al discurso según el cual es “*el niño que decide*” de cambiar de régimen alimenticio, las observaciones muestran que son más bien las madres (y en menor medida el entorno) las que dirigen el proceso sin concesiones. Al hacer esto, su intención sería la de acelerar en la mayor medida posible la adquisición de la autonomía del niño para alimentarse, como es el caso cuando aprenden a caminar. En este sentido, el dirigismo de las mujeres podría ser interpretado como una práctica de socialización orientada a integrar al niño en el mundo de los adultos lo más pronto posible. La “disyunción física y alimentaria” experimentada por el niño en el momento del destete, sería de alguna forma compensada por su inserción inmediata en el universo adulto⁶³.

Una vez que se encuentra relativamente autónomo para caminar y alimentarse, el niño puede integrarse plenamente en la familia y la sociedad. En una primera etapa, empieza a cuidar a los menores y a ocuparse de ellos. Luego, progresivamente participa en las actividades que corresponden a su sexo, el cual impone la distribución local de los roles (véase Acápita 3). De hecho, es significativo que la distinción entre las “*mujercitas*” y los “*varoncitos*” sólo se hace explícitamente después de que el niño o la niña hayan aprendido a caminar y que hayan pasado a la alimentación adulta. Antes, tal y como lo hemos constatado en varias ocasiones, los niños pequeños son llama-

63 Estos análisis coinciden con las de Lallemand (1997: 44), que señala: “(...) aunque es correcto que la pareja madre/hijo tiende a desunirse [en el momento del destete], la acogida [del niño] en su grupo de edad y la apertura de la familia extensa con respecto a él, compensa plenamente la pérdida de una relación inicial muy estrecha”.

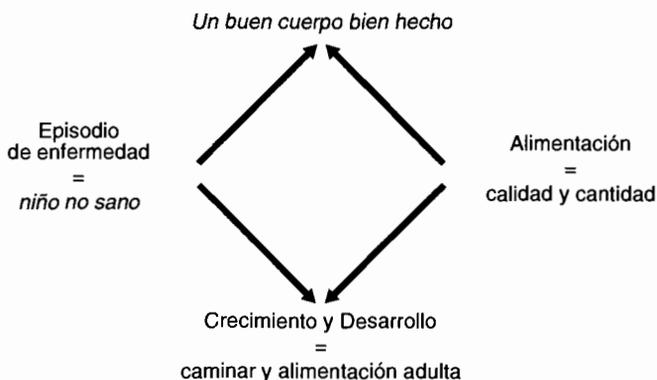
dos con el término genérico y sexualmente indiferenciado de *wawas* o *wawitas* (véase Nota 12)⁶⁴.

Desde el punto de vista de los responsables del niño en el Chapare y en Chávez Rancho, el aprendizaje de caminar y el paso a la alimentación adulta son las etapas fundamentales del crecimiento y/o el desarrollo. Si estas etapas son superadas sin consecuencias negativas para el "*lindo cuerpo bien hecho*", consideran que el crecimiento y/o el desarrollo del niño ha sido globalmente "*bueno*" o "*normal*".

6.5 "El buen cuidado": la etiología social del crecimiento y/o el desarrollo del niño

El Esquema 1 permite recapitular los lazos causales percibidos entre los diferentes tipos de cuidado que dominan en las percepciones locales (alimentación, salud) y rescatar las etapas de crecimiento y/o de desarrollo en un marco de análisis más global/globalizante.

Esquema 1: El *lindo cuerpo bien hecho* como marco de referencia de comprensión de la salud del niño



64 Los muy pequeños reciben un nombre de bautismo algunos días después de su nacimiento, pero éste se usa realmente sólo después del destete.

Estas percepciones y estos lazos constituyen el marco de referencia o la “etiología social” del crecimiento y/o del desarrollo, según los responsables del niño⁶⁵. Este marco corresponde a la noción de “*lindo cuerpo bien hecho*”, la cual da un sentido y ratifica la eficacia de las prácticas de salud y de alimentación relacionadas con ella (véase Acápite 6.2).

7. Síntesis

A partir del análisis de los datos expuestos arriba, se puede precisar mejor lo que significa la noción local del “*buen cuidado*”. En los dos contextos mencionados, los cuidados tienen algunas características básicas:

- Consisten en un conjunto de prácticas (alimentarias o de salud) globales/globalizantes e integradas que no remiten necesariamente al tipo de cuidados impartidos por enfermeros y no están disociadas unas de otras (la alimentación puede ser preventiva, el cuidado de salud puede ser alimentario, la afección y la atención son indispensables);
- Son cotidianos, pertenecen a la esfera doméstica y movilizan al entorno;
- Se basan en la concepción humoral (equilibrio entre lo cálido y lo frío), que influye directamente en las prácticas alimentarias y de salud;
- Ponen de manifiesto el estatus del niño, las relaciones de género y los comportamientos específicos entre las madres y los niños (los tres niveles están estrechamente vinculados e influyen en los itinerarios terapéuticos);

65 La etiología social del crecimiento y/o desarrollo corresponde al estudio de las etapas de las causas percibidas del crecimiento y/o del desarrollo. La expresión es parcialmente prestada de Platt (2001: 643) quien habla de la “etiología del crecimiento” respecto a plantas y seres humanos.

- Participan en la socialización del niño permitiéndole integrarse en la familia e interiorizar las normas, los valores y los comportamientos vigentes en la sociedad local (ejemplo del aprendizaje de caminar y del paso a la alimentación adulta).

Para comprender las representaciones y las prácticas de cuidado en materia de crecimiento y/o desarrollo y, en algunos casos, influir en los comportamientos de los padres del niño en Chávez Rancho y el Chapare, nos parece indispensable tomar en cuenta estas características. Como señala Fainzang (1999: 20): *“Es sólo al tratar de comprender las lógicas (sociales y simbólicas), según las cuales la gente se comporta, que los profesionales en salud pueden sustentar mejor su acción”*. De ahí la importancia, desde una perspectiva de intervención, de estudiar lo que representan la salud y la enfermedad para los responsables del niño en el Chapare y en Chávez Rancho. Esta condición previa es indispensable si se quiere captar el sentido y la lógica de los cuidados que le son atribuidos.

8. Las cinco dimensiones del cuidado del niño

El objetivo de este Capítulo fue delimitar la noción de cuidado cotidiano (o doméstico) en relación con el crecimiento y el desarrollo, a partir de las representaciones y prácticas de los responsables del niño en el Chapare y en Chávez Rancho. Sin embargo, los datos presentados y analizados podrían permitir obtener algunas lecciones de alcance más general.

Proponemos aprehender la noción de cuidado del niño favoreciendo cinco dimensiones o ángulos complementarios: (i) el cuidado como el conjunto de prácticas globales/globalizantes e interdependientes; (ii) el cuidado como actividad cotidiana y doméstica que involucra al entorno; (iii) el cuidado como “ritual cotidiano”; (iv) el cuidado como revelador del estatus del niño y de los retos en torno a su salud; y (v) el cuidado como práctica socializadora del niño.

8.1 El cuidado como conjunto de prácticas globales/globalizantes e interdependientes

Las prácticas de cuidado constituyen un conjunto de saberes (conocimientos, gestos) que se pueden calificar como “técnicas”, en la medida en que obedecen a procedimientos más o menos estereotipados. También remiten a actitudes, que son variables en función de la historia individual de la persona que las proporciona y de los modelos valorizados en la sociedad local. Finalmente, establecen “rituales cotidianos” que manifiestan el pensamiento simbólico.

Asimismo, según los análisis precedentes, la distinción entre los cuidados de salud, por un lado, y los cuidados alimentarios, por el otro, resulta de un fraccionamiento de la realidad que no tiene o que tiene pocas resonancias en las representaciones y prácticas locales (véase Acápite 6). Como se ha podido constatar varias veces, los cuidados adquieren sentido unos en relación con otros en el marco de un pensamiento simbólico, de un sistema de organización social y de la noción más integral del “*buen cuidado*” (véase Acápite 4 y 5). En este sentido, el cuidado dirigido al niño procede de un conjunto de prácticas globales e interdependientes.

Estas características (globalidad e interdependencia) implican referir constantemente los cuidados al contexto sociocultural que les da sentido⁶⁶. Esta precaución, que hace indispensable una etnografía minuciosa, debe permitir poner progresivamente de manifiesto el significado de la noción para los actores y evitar simultáneamente la imposición de categorías biomédicas hechas o preestablecidas. Aunque la inversión (humana, financiera o en tiempo) sea alta, se impone como una condición indispensable a cualquier intento de modificar el comportamien-

66 Según Saillant (1999b: 156), el cuidado es un “fenómeno social total” (según la expresión prestada de Mauss 1968 [1936]). Se trata de “(...) una práctica que concentra en ella la totalidad de las dimensiones de lo real, cada dimensión pudiendo dar lugar a trabajos interdisciplinarios o de una especialidad”.

to de los actores, la de describir y comprender en la mayor medida posible las prácticas y los significados locales del cuidado, así como las lógicas de acción de los actores.

8.2 El cuidado como revelador del estatus del niño y de los retos en torno a su salud

Independientemente del enfoque utilizado (antropología, nutrición, salud pública, sicología), la comprensión de los cuidados del niño no puede evitar una descripción previa de las principales características de la familia en la cual éste vive y del estatus que tiene. Por lo tanto, se trata de recoger datos sobre el universo en el que el niño se socializa progresivamente (véase Acápite 3).

En la medida en que se concentra en los modelos de comportamiento y las tomas de responsabilidad que resultan de ellos en relación con el niño, es inevitable el estudio de los sistemas de parentesco (estudios clásicos realizados por los etnólogos). El conocimiento de los patrones de residencia, de la filiación y de los sistemas de actitudes asociados permite comprender mejor las tomas de decisión respecto a la salud, la alimentación, el crecimiento y el desarrollo del niño. Más arriba hemos subrayado la importancia de la situación matrimonial de la madre en las estrategias terapéuticas, así como las solidaridades y los conflictos que pueden resultar de éstas (véase Acápite 4).

A través del concepto de "nicho de desarrollo", algunos autores (Harkness & Super ed. 1996) han elaborado un marco de análisis que permite estudiar "regulaciones culturales" que caracterizan el microentorno en el que vive el niño. Según Bril (2000: 6), se trata de estudiar de manera profundizada y según un marco sistemático "*el entorno físico, climático y social; las representaciones o etnoteorías de las competencias, de la inteligencia, del desarrollo y de la educación; los hábitos y técnicas de puericultura y de educación*"⁶⁷.

67 Las etnoteorías conciernen a las "expectativas paternas" o a las representaciones culturales de las competencias frente al niño (Lallemand 1997: 48).

En este enfoque, la participación de los antropólogos y de los psicólogos es fundamental (*cf.* también Bonnet 1997).

También se impone como una importante condición previa para comprender mejor los cuidados o la ausencia de cuidados impartidos al niño, el tomar en cuenta el estatus del niño, variable según su sexo y su rango entre los hermanos. Esta orientación podría tener considerables consecuencias para las intervenciones realizadas entre las personas y grupos más vulnerables o de riesgo. Además, contribuiría a la actualización de los estudios sobre el maltrato o la "negligencia materna". Consecuentemente, estas nociones ya no serían enfocadas solamente a partir de los criterios biomédicos y sanitarios, sino desde las representaciones, las prácticas y las lógicas sociales locales.

8.3 El cuidado como actividad cotidiana y doméstica involucrando al entorno

Según la opinión de los profesionales en salud, la noción de cuidado del niño se limita todavía con demasiada frecuencia a su aceptación estrictamente biomédica del tipo de cuidado impartido por enfermeros o de cuidado de la salud impartido en el contexto de un Hospital. Entre otros, esta noción implica que se trata de una técnica universalmente aplicable, orientada a tomar en cuenta una necesidad fundamental y exclusiva del niño (alimentación, enfermedad, etc.)⁶⁸.

Sin embargo, en este campo, el punto de vista y la práctica del personal de salud apenas corresponden a los de los responsables de la salud del niño (véase Acápite 6). Hemos visto que para los responsables, el cuidado está más ligado a la trans-

68 Esta concepción se fundamenta a su vez en la distinción más profunda entre lo que se relaciona con el "tratamiento" o con el "trabajo médico" (*cure*) y el "cuidado" (*care*) que permite administrarlo. Para una crítica epistemológica de esta distinción y una discusión sobre sus repercusiones metodológicas, *cf.* Saillant (1999a).

misión de saberes familiares, a la negociación entre los padres y a la influencia del entorno (familiar o extra familiar) que a la aplicación mecánica de recomendaciones biomédicas. Las mujeres no son de ninguna manera las únicas concernidas por los cuidados del niño, tal y como lo atestiguan los procesos de microdecisiones en las que interviene el padre, pero también los abuelos, las tías y a veces las vecinas (véase Acápites 4, 5 y 6).

Aunque desde el punto de vista de las relaciones de género locales, la madre es la responsable casi exclusiva del estado del niño (véase Acápites 3), es fundamental recordar que para ella, los cuidados alimentarios o de salud constituyen una especie de continuación del trabajo doméstico. Consecuentemente, en la distribución local de los roles, éstos le corresponden de manera "natural" como mujer. En este sentido, las numerosas prácticas relacionadas con el crecimiento y el desarrollo del niño deben ser entendidas como otra actividad más, relacionada con otras tareas cotidianas (trabajo agrícola remunerado, mantenimiento de la casa, etc.).

Desde una óptica operacional, es fundamental tomar en cuenta la dimensión cotidiana, doméstica y familiar de los cuidados impartidos al niño. Por motivo de una campaña de educación o durante una consulta pediátrica, el personal de salud debería evaluar los obstáculos de tiempo o la carga de trabajo suplementario que podrían generar sus diversas recomendaciones y anticipar los conflictos intrafamiliares que podrían resultar de su aplicación.

8.4. El cuidado como "ritual cotidiano"

Vale insistir también en la dimensión ritual de los cuidados dirigidos al niño, sobre todo a nivel de la salud y de la alimentación.

De manera muy general, estos dos ámbitos requieren la repetición y favorecen la realización de procedimientos ritualizados. Entre otros, cuando la alimentación es curativa o preventiva y que el cuidado se realiza a través de la alimentación, como en los

ejemplos mencionados anteriormente, estos procedimientos recurren a la creencia y comparten de esta manera una característica fundamental del ritual: "para que funcione", es necesario que los actores crean en ello. En este caso, la "eficacia simbólica" (Lévi-Strauss 1958) del cuidado es percibida como real por las madres que comparten, además, las mismas representaciones sobre la concepción humoral (véase Acápíte 4 y 5)⁶⁹.

Sin embargo, en el contexto del Chapare y de Chávez Rancho, sería equivocado afirmar que la alimentación y el cuidado de la salud conducen a la creación de una nueva persona a partir de una puesta en escena fijada de antemano. Aquí, los momentos fundamentales del desarrollo del ritual, que constituyen la "separación", la "latencia" y la "agregación", tal y como lo ha definido Van Gennep (1909), no aparecen de manera explícita y espectacular⁷⁰. En esta materia, tampoco existen referencias particulares de una mitología fundacional (véase Acápíte 5).

Tomando en cuenta estas particularidades, parece que los cuidados impartidos al niño provienen más de un conjunto de prácticas cotidianas, que pertenecen más a la esfera doméstica y familiar, que a una actividad ritual en el sentido ceremonial y religioso del término. Exceptuando el caso del *susto*, en el que el curandero interviene directamente en la alimentación, a través de lo que Smith (1991: 630) llama los "rituales ocasionales e individuales", la alimentación y la salud del niño pertenecen más bien a una especie de "ritual cotidiano" en el sentido de Goffman (1973)⁷¹.

69 "(...) existe una necesaria congruencia entre el remedio y el mal a ser curado, conforme a una visión del mundo que el antropólogo no puede ignorar, ya que una de sus tareas es precisamente la de captar las leyes del pensamiento simbólico" (Fainzang 2000).

70 "[Los ritos] presentan, desde un punto de vista formal, una estructura ternaria asociando (...) una fase de separación en la que el individuo sale de su estado anterior, una fase de latencia, en la que el individuo se encuentra entre dos estatus, y una fase de agregación, en la que el individuo adquiere su nuevo estado" (Muller 1991: 633).

71 Cf. Suremain & Lefèvre *et al.* (2001).

No obstante, la dimensión ritual del cuidado merecería ser profundizada al menos por dos razones. Por una parte, incluso cuando ésta no está sacralizada, acompaña los gestos más cotidianos. En este sentido, la "eficacia simbólica", percibida como real, no puede ser descartada del estudio general de las prácticas locales, el cual es una condición previa indispensable de cualquier forma de intervención. Por otra parte, la dimensión ritual podría revelar el papel de las creencias y las prácticas mágico-religiosas en un periodo de vida en el que el niño, especialmente en los países en vías de desarrollo, es un importante factor de ansiedad para las madres y el entorno. Al permitir comprender mejor el lugar y el valor acordado localmente al niño, aquélla abre la vía para una mejor comprensión de los propósitos de los responsables y contribuye de esta forma a aclarar sus comportamientos.

8.5 El cuidado como práctica socializadora del niño

Finalmente, es importante resaltar la dimensión socializadora de los cuidados⁷². A través de ellos, el niño interioriza hábitos, valores, comportamientos y roles cuya comprensión y dominación le aseguran un lugar y un estatus al interior de la familia y, de forma más amplia, de la sociedad local. Más allá del bienestar fisiológico y psicológico que los cuidados procuran, su función es fundamentalmente social. Más allá de su vocación principal, es decir la de asegurar la supervivencia individual del niño, los cuidados contribuyen además a la supervivencia de la sociedad.

De ello resulta que todo intento de modificar los cuidados, por ejemplo mediante una recomendación, está sujeto a una reinterpretación por parte de los responsables del niño.

72 Para estudios antropológicos europeos, africanos, americanos y asiáticos sobre el proceso de socialización del niño, *cf.* Belmont (1971), Erny (1972), Rabain (1979), Koubi & Massard (1994), Lallemand (1997), Lestage (1999) y Suremain (2000).

Aunque el personal de salud los censura, el destete abrupto y el paso prematuro a la alimentación adulta, en la lógica de los responsables del niño, tienen sentido. La menor recomendación, justificada en el plano nutricional o sanitario, es filtrada por los marcos de análisis de los actores y adaptada por ellos en función de su marco de referencia.

Se impone –nuevamente– el análisis del conjunto de prácticas de cuidado en el proceso más amplio de la socialización del niño como una etapa inevitable antes de cualquier intervención. Está claro que si los actores sienten que existen contradicciones entre su manera de enfocar la integración del niño en la familia o la sociedad local y las recomendaciones biomédicas, existe una mayor posibilidad de que eviten estas últimas.

9. Conclusión: hacia un enfoque globale/globalizante, interdisciplinario y participativo de los cuidados del niño

A nivel teórico, el tema de los cuidados respecto al crecimiento y desarrollo del niño se sitúa en el cruce de varias subdisciplinas antropológicas (antropología de la enfermedad, de la salud, de la niñez), psicosociológicas (sicología, psicoanálisis, sicopatología), de la salud pública (medicina, pediatría) y de la nutrición pública. Sin embargo, el enfoque necesariamente global/globalizante e interdisciplinario⁷³ de los cuidados del

73 Respecto al estudio de los cuidados, Saillant (1999b: 156-157) opone la "interdisciplinarietà ciega" y la "interdisciplinarietà anclada". La autora define esta última como una "(...) práctica que resulta de una reflexión profundizada sobre el objeto (...) teniendo en cuenta [sus] realidades históricas, sociales, culturales y epistemológicas (...)". También se trata de una "(...) práctica que contribuye a la construcción del objeto (...)". La autora añade que "(...) las asociaciones (de conceptos, de teorías y de investigadores/as) resultan también de un deseo común de sacar a la luz, de revelar el amplio campo de los cuidados, su naturaleza, sus retos, sus condiciones y sus efectos. Las asociaciones de conceptos y de personas resultan de valores compartidos".

niño –que se distingue de la investigación clínica o biomédica (que se ocupa de la salud del individuo)– implica aportes, contribuciones y reflexiones comunes o aglutinadoras entre estos diferentes campos⁷⁴.

Si uno se sitúa en una perspectiva de investigación básica o de intervención, nos parece importante estudiar el cuidado del niño en toda su complejidad. Respecto a la primera perspectiva, se trata de realizar estudios etnográficos en un campo de investigación todavía insuficientemente profundizado, especialmente en torno al tema de la etiología social del crecimiento y/o del desarrollo (véase Nota 65). El estudio de los cuidados del niño debería permitir a la antropología avanzar en su reflexión respecto a determinadas cuestiones fundamentales, como la de las modalidades de transformación de los sistemas de representación, pero también las de “(...) *la individualidad, de la alteridad, de la identidad, del género, de lo social y del sentido*” (Saillant & Gagnon 1999: 5).

Respecto a la segunda perspectiva, estas investigaciones deberían proporcionar una especie de “materia prima” de reflexión para las intervenciones interdisciplinarias en materia de promoción de la salud del niño. En la medida en que se sitúa entre los marcos de referencia locales y biomédicas, el análisis de la noción de cuidado permite sacar a la luz las posibles contradicciones entre los primeros y los últimos, y revelar la coherencia de las lógicas de acción de los responsables del niño.

El enfoque socioantropológico parece especialmente apropiado para el estudio de los cuidados del niño, pues está orientado a rescatar las prácticas en el marco de las representaciones y de las lógicas de los actores. Con sus conceptos y sus herramientas, permite devolver coherencia y sentido ahí donde los profesionales en salud no los perciben necesariamente.

74 Para los estudios que combinan la antropología, la biomedicina y la salud pública, cf. Loudon ed. (1976), Young (1976), Mitchell (1977), Foster (1982), Bonnet (1990) y Massé (1995).

Se puede pensar, sobre todo, que las intervenciones realizadas entre las poblaciones serán tanto más aceptadas cuanto se fundamentan en una comprensión "desde el interior" de sus concepciones y prácticas relacionadas al cuidado.

Más específicamente, si se desarrolla en el marco de la investigación-acción participativa⁷⁵, el enfoque antropológico puede contribuir concretamente al mejoramiento de la salud del niño (véase Capítulo 4 [Rubín de Celis & Pecho *et al.*]). Recordemos que el objetivo de este procedimiento es identificar y resolver problemas específicos, con la participación de los investigadores, de una población y / o un grupo de actores. En este caso, el proceso se fundamenta en estudios descriptivos y comprensibles que conducen a la elaboración de intervenciones, siendo las dos "fases" llevadas a cabo con la participación activa de los principales actores locales. Además, el proceso de investigación comprende necesariamente una fase de evaluación que es, nuevamente, la tarea de los investigadores y los actores involucrados. En el paradigma constructivista, la participación de los actores es todavía mayor, ya que éstos "coproducen", junto con los investigadores, el conjunto del proceso de investigación (concepción, realización, intervención y valorización).

De manera general, la visión biomédica de inspiración occidental tiende a fraccionar la noción de cuidado (desarrollo psicomotor, alimentación, salud, cuidados preventivos y curativos, etc.). Sin embargo, los datos presentados en este capítulo subrayan la necesidad de adoptar un enfoque global/globalizante, interdisciplinario y participativo. En la medida en que integra los objetivos biomédicos y los marcos de referencia locales, este enfoque debería permitir el acercamiento entre las lógicas de acción y de pensamiento muy diferentes

75 Cf. Fals-Borda & Rahman ed. (1991) y Cornwall (1995) respecto a la investigación-acción participativa en general. Para una reflexión sobre estos límites en el marco del Proyecto, cf. Rubín de Celis & Lefèvre *et al.* (2000) y Lefèvre & Suremain *et al.* (2002). Acerca de las relaciones entre la investigación antropológica y la acción, cf. Dozon (1991).

entre unos y otros. De todas formas, a futuro este enfoque se debería reforzar, especialmente en los Proyectos de investigación y en las intervenciones donde la atención está centrada en la prevención y la promoción de la salud de las poblaciones más vulnerables.

Referencias bibliográficas

ADAM, P. & HERZLICH, C.

1994 *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris: Nathan Université.

AGUILO, F.

1985 *Enfermedad y salud según la concepción Aymara-Quechua*. Sucre: Qori LLama.

ARDENER, S. (ed.)

1975 *Perceiving women*. London: Malaby Press.

AUGÉ, M.

1984 "Ordre biologique, ordre social : la maladie, forme élémentaire de l'événement". En: *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie* (Augé, M. & Herzlich, C. ed.): 35-92. Paris: Éditions des Archives Contemporaines.

1986 "L'anthropologie de la maladie", *L'Homme* 26(97-98): 77-88.

AUGÉ, M. & HERZLICH, C. (ed.)

1984 *Le Sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Éditions des Archives Contemporaines.

BELMONT, N.

1971 *Les signes de la naissance. Étude des représentations symboliques associées aux naissances singulières*. Paris: Plon.

BENOIST, J. (ed.)

1996 *Soigner au pluriel. Essai sur le pluralisme médical*. Paris: Karthala.

BERNAND, C.

1976 "Sociologie médicale et représentation du corps humain dans la sierra méridionale de l'Équateur", *INSERM* 63: 119-128.

- 1985 *La solitude des Renaissants. Malheur et sorcellerie dans les Andes*. Paris: Presses de la Renaissance.
- BÉNONY, H.
1998 *Le développement de l'enfant et ses pathologies*. Paris: Nathan Université.
- BIANQUIS, I. & LEBRETON, D. & MÉCHIN, C. (ed.)
1997 *Usages culturels du corps*. Paris: L'Harmattan.
- BIDEAUD, J. & HOUDÉ, C. & PÉDINIELLI, J.-L.
1993 *L'homme en développement*. Paris: Presses Universitaires de France.
- BISSILLIAT, J. (ed.)
1992 *Relations de genre et développement. Femmes et sociétés*. Paris: ORSTOM.
- BLACKING, J. (ed.)
1977 *The anthropology of the body*. London: Academic Press.
- BOND, J. (ed.)
1981 *Infant and child feeding*. New York: Academic Press.
- BONNET, D.
1988 *Corps biologique, corps social. Procréation et maladie de l'enfant en pays mossi. Burkina Faso*. Paris: Orstom.
- 1990 "Anthropologie et santé publique. Une approche du paludisme au Burkina Faso". En: *Sociétés, développement et santé* (Fassin, D. & Jaffré, Y. ed.): 248-258. Paris: Ellipses/AUPELF.
- 1991 "Thérapeutiques". En: *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie* (Bonte, P. & Izard, M. ed.): 707-708. Paris: Presses Universitaires de France.
- 1996 "Présentation. La notion de négligence sociale à propos de la malnutrition de l'enfant", *Sciences Sociales et Santé* 14(1): 5-16.
- 1997 "Le soin comme révélateur de l'identité et du statut social de l'enfant" in *Proposition de Groupement de Recherche 'Anthropologie de l'enfance'* (Bonnet, D. & Lallemand, S. ed.): 8-9. Paris: Centre National de la Recherche Scientifique.
- BOUGEROL, C.
1983 *La médecine populaire à la Guadeloupe*. Paris: Karthala.

BOUVILLE, J.-F.

- 2002 "Current and hypothesized psychological indicators of 'care for nutrition' (caregiving behaviours and interactions that optimize the child's use of food)". En: *Promoting growth and development of under fives* (Kolsteren, P. & Hoérée, T. & Perez-Cueto, E. ed.): 162-169. Antwerp: ITGPress.

BRIL, B.

- 2000 "Le concept de 'niche de développement'", *Présentation du GDR 'Anthropologie de l'enfance', Axes thématiques*: 6.

BUCHILLET, D.

- 2001 "Tuberculose et santé publique: les multiples facteurs impliqués dans l'adhésion au traitement", *Autrepart* 19: 71-90.

CANESSA, A.

- 1999 "Making persons, making difference: procreation in Highland Bolivia". En: *Conceiving persons. Ethnographies of procreation, substance and personhood* (Loizos, P. & Heady, P. ed.): 69-87. London: Athlone Press.

CHRISTINAT, J.-L.

- 1976 "Conception, grossesse, naissance et soins post-partum dans une communauté indienne des Andes péruviennes", *Bulletin de la Société Suisse des Américanistes* 40: 5-19.
- 1989 *Des parrains pour la vie. Parenté rituelle dans une communauté des Andes péruviennes*. Neuchâtel/Paris: Editions de l'Institut d'Ethnologie / Editions de la Maison des Sciences de l'Homme.

COMAROFF, J.

- 1978 "Medicine and culture: Some anthropological perspectives", *Social Sciences & Medicine* 12: 247-254.

CORNWALL, A.

- 1995 "What is participatory research?" *Social Science & Medicine* 41(12): 1667-1676.

CORTES, G.

- 2000 *Partir pour rester. Survie et mutation de sociétés paysannes andines (Bolivie)*. Paris: IRD Éditions.

CROOKS, D.

1999 "Understanding children's nutritional status: combining anthropological approaches in poverty research", *Nutritional Anthropology* 22(2): 1-4.

CURRIER, R.

1966 "The hot-cold syndrome and symbolic balance in Mexican and Spanish-American folk medicine", *Ethnology* 5: 251-263.

DAVIDSON, J.

1983 "La sombra de la vida: la placenta en el mundo andino", *Bulletin de l'Institut Français d'Études Andine* 12(3-4): 69-81.

De MEER, K.

1987 "Enfermedad infantil y cultura aymara", *Boletín del Instituto de Estudios Aymara* 27: 9-25.

DETTWYLER, K.A.

1985 *Breastfeeding, weaning, and other infant feeding practices in Mali and their effects on growth and development*, Indiana University, Ph.D. Dissertation in anthropology.

1987 "Breastfeeding and weaning in Mali: cultural context and hard data", *Social Science & Medicine* 24(8): 633-644.

1988 "More than nutrition: breastfeeding in urban Mali", *Medical Anthropology Quarterly* 2(2): 172-183.

1991 "Growth status of children in rural Mali: implications for nutrition education programs", *American Journal of Human Biology* 3(5): 447-462.

DETTWYLER, K.A. & FISHMAN, C.

1992 "Infant feeding practice and growth", *Annual Review of Anthropology* 21: 171-204.

DOZON, J.-P.

1991 "Le dilemme connaissance/action: le développement comme champ politique", *Bulletin de l'APAD* 1: 14-17.

DUMONT, L.

1971 *Homo hierarchicus. Essai sur le système des castes*. Paris: Gallimard.

DUPUIS, A.

1981 "De la conception au sevrage chez les Nzebi du Gabon", *Journal des Africanistes* 51(1-2): 126.

ENGLE, P.L. & RICCIUTI, H.N.

1995 "Psychosocial aspects of care and nutrition", *Food and Nutrition Bulletin* 16: 356-377.

ERNY, P.

1972 *Les premiers pas dans la vie de l'enfant d'Afrique noire. Naissance et première enfance*. Paris: Éditions de l'école.

ETKIN, N.L. & ROSS, P.J.

1982 "Food as medicine and medicine as food. An adaptive framework for the interpretation of plant utilization among the Hausa of Northern Nigeria", *Social Science & Medicine* 16: 155-173.

FAINZANG, S.

1986 *L'intérieur des choses. Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*. Paris: L'Harmattan.

1999 "De la compréhension à l'action", *La Santé de l'Homme* 344: 19-20.

2000 "La maladie, un objet pour l'anthropologie sociale", *Ethnologies Comparées* 3: <http://alor.univ-montp3.fr/cerce/revue.htm>.

FALS-BORDA, O. & RAHMAN, M.A. (ed.)

1991 *Action and knowledge: breaking the monopoly with participatory action research*. New York: Immediate Technology / Apex.

FITZGERALD, T.K. (ed.)

1976 *Nutrition and anthropology in action*. Assen / Amsterdam: Van Gorcum.

FOSTER, G.M.

1976 "Disease etiologies in non-western medical systems", *American Anthropologist* 78(4): 773-782.

1982 "Applied anthropology and international health, retrospect and prospect", *Human Organization* 41: 189-197.

1987 "On the origin of humoral medicine in Latin America", *Medical Anthropology Quarterly* 1(4): 355-393.

FOSTER, G.M. & ANDERSON, B.

1978 *Medical anthropology*. New York: John Wiley & Sons.

GALINIER, J.

1991 "Corps". En: *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie* (Bonte, P. & Izard, M. ed.): 175-176. Paris: Presses Universitaires de France.

GARINE, (de) I.

1984 "De la perception de la malnutrition dans les sociétés traditionnelles", *Information sur les Sciences Sociales* 23(4-5): 731-754.

1990 "Les modes alimentaires: histoire de l'alimentation et des manières de table". En: *Les coordonnées de l'homme et la culture matérielle* (Encyclopédie de la Pléiade ed.): 1447-1627. Paris: Gallimard.

GOFFMAN, E.

1973 *La mise en scène de la vie quotidienne*. Paris: Éditions de Minuit.

GOLDRING ZUKOW, P. (ed.)

1989 *Sibling interaction across culture*. New York: Springer Verlag.

GOODMAN, A & DUFOUR, D. & PELTO, G.H. (ed.)

1999 *Nutritional anthropology: biocultural perspectives on food and nutrition*. Mayfield: Mayfield.

GOODY, J.

1976 *Production and reproduction. A comparative study of the domestic domain*. Cambridge: Cambridge University Press.

HARKNES, S. & SUPER, C. (ed.)

1996 *Parents' cultural belief systems. Their origins, expressions, and consequences*. New York: Guilford Press.

HARRIS, O.

2000 *To make the earth bear fruit. Essays on fertility, work and gender in Highland Bolivia*. London: Institute of Latin American Studies.

HERZLICH, C.

1996 [1969] *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*. Paris: Éditions de l'Écoles des Hautes Études en Sciences Sociales.

HUBERT, A.

1990 "Ethnologie et nutrition. L'alimentation comme pratique culturelle chez les Yao de Thaïlande". En: *Sociétés, développement et santé* (Fassin, D. & Jaffré, Y. ed.): 257-272. Paris: Ellipses/AUPELF.

HULL, V. & SIMPSON, M. (ed.)

1985 *Breastfeeding, child health, and child spacing: cross cultural perspectives*. London: Croom Helm.

- JAFFRÉ, Y. & OLIVIER de SARDAN, J.-P.
1995 "Tijiri, naissance sociale d'une maladie", *Cahiers des Sciences Humaines* 31(4): 773-795.
- JAFFRÉ, Y. & OLIVIER de SARDAN, J.-P. (ed.)
1996 *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'ouest*. Paris: Presses Universitaires de France.
- JAMARD, J.-L. & TERRAY, E. & XANTHAKOU, M. (ed.)
2000 *En substances: textes pour Françoise Héritier*. Paris: Fayard.
- JANZEN, J.M.
1995 [1978] *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*. Paris: Karthala/CNRS.
- JESSOR, R. & COLBY, A. & SHWEDER, R.A. (ed.)
1996 *Ethnography and human development. Contexts and meaning in social inquiry*. Chicago & London: The University of Chicago Press.
- JODELET, D.
1976 *La représentation sociale du corps*. Paris: CORDES.
- JORDAN, B.
1993 *Birth in four cultures. A cross cultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Prospect Heights: Waveland Press.
- KORBIN, J. (ed.)
1981 *Child abuse and neglect: cross-cultural perspectives*. Berkeley: University of California Press.
- KOUBI, J. & MASSARD, J.
1994 *Enfants et sociétés d'Asie du Sud-Est*. Paris: L'Harmattan.
- LALLEMAND, S. & JOURNET, O. (ed.)
1993 *Grossesse et petite enfance en Afrique noire et à Madagascar*. Paris: L'Harmattan.
- LALLEMAND, S.
1997 "Enfances d'ailleurs, approche anthropologique". En: *Enfances d'ailleurs, d'hier et d'aujourd'hui* (Guidetti, M. & Lallemand, S. & Morel, M.-F. ed.): 7-57. Paris: Armand Colin.

LAPLANTINE, F.

- 1986 *Anthropologie de la maladie. Étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine.* Paris: Payot.

LEBRETON, D.

- 2001 *Anthropologie du corps et modernité.* Paris: Presses Universitaires de France.

LEFEVRE, P. & SUREMAIN (de), C.-É. de & HOERÉE, T. & ARDÚZ, E. & PECHO, I.

- 2002 "De la investigación a la investigación-acción participativa: las lecciones de una experiencia multidisciplinaria sobre el desarrollo y el crecimiento del niño(a) en Bolivia y en Perú", *The Bolivian Research Review 2: bolivianstudies.org.*

LESTAGE, F.

- 1987 "La pathologie du semblable à propos d'une maladie infantile des Andes péruviennes: la mipa", *Bulletin d'Ethnomédecine* 38: 3-29.
- 1995 "L'enfant et le terroir. La construction de l'identité paysanne dans une communauté des Andes péruvienne", *Bulletin de l'Institut Français d'Études Andines* 24(1): 127-136.
- 1999 *Naissance et petite enfance dans les Andes péruviennes. Pratiques, rites, représentations.* Paris: L'Harmattan.

LÉVI-STRAUSS, C.

- 1958 "L'efficacité symbolique". En: *Anthropologie structurale I* (Lévi-Strauss, C. ed.): 205-226. Paris: Plon.

LOGAN, M.H.

- 1977 "Anthropological research and the hot-cold theory of disease: Some methodological suggestions", *Medical Anthropology Quarterly* 1(4): 87-107.

LOUDON, J.-B. (ed.)

- 1976 *Social Anthropology and Medicine.* London-New York-San Francisco: Academic Press.

MAC KEE, L.

- 1982 "Los cuerpos tiernos: simbolismo y magia en las prácticas post-parto en Ecuador", *América Indígena* 42(4): 615-628.

- MACCORMACK, C.P. & STRATHERN, M. (ed.)
 1980 *Nature, culture and gender*. Cambridge: Cambridge University Press.
- MAHIAS M.-C.
 1985 *Délivrance et convivialité. Le système culinaire des Jaina*. Paris: Éditions de la Maison des Sciences de L'Homme.
- MANDERSON, L.
 1981 "Traditional food classification and humoral medical theory in Peninsular Malaysia", *Ecology of Food and Nutrition* 11: 81-93.
- MARTIN-PRÉVEL, Y.
 2002 "'Soins' et nutrition publique", *Cahiers Santé* 12(1): 86-93.
- MASSÉ, R.
 1995 *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal/Paris/Casablanca: Gaëtan Morin Éditeur.
- MATHIEU, N.-C.
 1973 "Homme-culture et femme-nature ?", *L'Homme* 13(3): 101-113.
- MATHIEU, N.-C. (ed.)
 1985 *L'arrondissement des femmes. Essai en anthropologie des sexes*. Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- MAUSS, M.
 1968[1936] "Les techniques du corps". En: *Sociologie et anthropologie* (Mauss, M. ed.): 365-386. Paris: Presses Universitaires de France.
- MEAD, M.
 1948 *Male and female. A study of the sexes in a changing world*. New York: William Morrow.
 1973 *Une éducation en Nouvelle-Guinée*. Paris Payot.
- MESSER, E.
 1997 "Intra-household allocation of food and health care: current findings and understandings-Introduction", *Social Science & Medicine* 44(11): 1675-1684.
- MITCHELL, W.
 1977 "Changing others: the anthropological study of therapeutic systems", *Medical Anthropology Newsletter* 8(3): 15-20.

MOLINIÉ, A.

1999 "'Te faire la peau pour t'avoir dans la peau'. Lambeaux d'ethnopsychanalyse andine", *L'Homme* 149: 113-134.

MORGAN, L.M.

1997 "Imagining the unborn in the Ecuadorian Andes", *Feminist Studies* 23(2): 323-350.

MULLER, J.-C.

1991 "Rite de passage". En: *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie* (Bonte, P. & Izard, M. ed.): 633-634. Paris: Presses Universitaires de France.

PAGÉZY, H.

1990 "Comment interpréter la situation nutritionnelle des Pygmées Ba-Twa du Zaïre", *Écologie Humaine* 2: 83-89.

PAULME, D. (ed.)

1960 *Femmes d'Afrique noire*. Paris: Mouton.

PELTO, G.H. & PELTO, P.J.

1989 "Small but healthy? An anthropological perspective", *Human Organization* 48: 11-15.

PELTO, G.H.

2001 "Continuities and challenges in applied nutritional anthropology", *Nutritional Anthropology* 22(2): 16-22.

PFEIFFER, J. & GLOYD, S. & LI, L.R.

2001 "Intrahousehold resource allocation and child growth in Mozambique: an ethnographic case-control study", *Social Science & Medicine* 53(1): 83-98.

PLATT, T.

1978 "Symétries en miroir. Le concept de Yanantin chez les Macha de Bolivie", *Annales ESC* 5-6: 1081-1108.

2001 "El feto agresivo. Parto, formación de la persona y mito-historia en los Andes", *Anuario de Estudios Americanos* 58(2): 633-678.

POPKIN, B. (ed.)

1986 *The infant-feeding triad: infant, mother, and household*. New York: Gordon and Breach Science Publishers.

RABAIN, J.

1979 *L'enfant du lignage. Du sevrage à la classe d'âge*. Paris: Payot.

- RAPHAEL, D. & DAVIS, F.
1985 *Only mothers know: patterns of infant feeding in traditional cultures*. Westport: Greenwood Press.
- REITER, R.R. (ed.)
1975 *Towards an anthropology of woman*. New York: Monthly Review Press.
- RUBEL, A.
1964 "The epidemiology of a folk illness: Susto in Hispanic America", *Ethnology* 3: 270-271.
- RUBÍN de CELIS, E. & LEFEVRE, P. & SUREMAIN (de), C.-É. & KOLSTEREN, P.
2000 "Transdisciplinarity in practice. Lessons from an international action-research and development project". En: *Transdisciplinarity: Joint Problem-Solving among Science, Technology and Society*: 124-128. Zurich: Swiss Federal Institute of Technology.
- SAILLANT, F.
1999a "Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique", *Anthropologie et Sociétés* 23(2): 15-40.
1999b "Les soins, phénomène social total. Plaidoyer pour une pratique ancrée de l'interdisciplinarité". En: *Soins infirmiers et sociétés* (Goulet, O. & Dellaire, C. ed.): 135-158. Paris/Québec: Gaëtan Morin.
- SAILLANT, F. & GAGNON, É.
1999 "Vers une anthropologie des soins", *Anthropologie et Sociétés* 23(2): 5-14.
- SANDAY, P.R.
1973 "Toward a theory of the status of women", *American Anthropologist* 75: 1682-1700.
- SIMONS, R.C. & HUGHES, C.C. (ed.)
1985 *The culture-bound syndromes. Folk illnesses of psychiatric and anthropological interest*. Dordrecht: D.Reidel Publishing Company.
- SINDZINGRE, N. & ZEMPLINI, A.
1982 "Anthropologie de la maladie", *Bulletin d'Ethnomédecine* 15: 3-22.

SMITH, P.

1991 "Rite". En: *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie* (Bonte, P. & Izard, M. ed.): 630-633. Paris: Presses Universitaires de France.

STORK, H.

1986 *Enfances indiennes. Étude de psychologie transculturelle et comparée du jeune enfant*. Paris: Le Centurion.

SUREMAIN (de), C.-É.

2000 "Dynamiques de l'alimentation et socialisation du jeune enfant à Brazzaville (Congo)", *Autrepart* 15: 73-91.

SUREMAIN (de), C.-É. & LEFEVRE, P. & PECHO, I.

2000 "Les relations de genre soumises à l'épreuve de la maladie de l'enfant. Exemples boliviens et péruviens", *Recherches Féministes* 13(1): 27-46.

SUREMAIN (de), C.-É. & LEFEVRE, P. & SEJAS, E. & ZAMBRANA, E.

2001 "L'alimentation comme rituel ordinaire. Réflexions sur les implications opérationnelles d'une recherche sur la croissance et le développement de l'enfant en Bolivie", *Ethnologies Comparées* 3: <http://alor.univ-montp3.fr/cerce/revue.htm>.

TOUSSIGNANT, M.

1979 "Espanto: A dialogue with the gods", *Culture, Medecine and Psychiatrie* 3(4): 353.

VALSINER, J. (ed.)

1989 *Child development in cultural context*. Toronto: Lewiston, N.Y.

VAN GENNEP, A.

1909 *Les rites de passage*. Paris: Nourry.

VÉRICOURT (de), V.

2000 *Rituels et croyances chamaniques dans les Andes boliviennes. Les semences de la foudre*. Paris: L'Harmattan.

WEISNER, T.S. & GALLIMORE, R.

1977 "My brother's keeper: child and sibling caretaking", *Current Anthropology* 18(2): 169-190.

WEISNER, T.S.

1996 "Why ethnography should be the most important method in the study of human development". En: *Ethnography and human development. Contexts and meaning in social inquiry*

- (Jessor, R. & Colby, A. & Shweder, R.A. ed.): 305-324.
Chicago: The University of Chicago Press.
- WHITING, B. & WHITING, J.
1975 *Children of six cultures: a psychocultural analysis*. Cambridge:
Harvard University Press.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)
1999 *A critical link. Interventions for physical growth and psychological development. A review*. Geneva: World Health Organization.
- YOUNG, A.
1976 "Some implications of medical beliefs and practices for social anthropology", *American Anthropology* 78(1): 5-24.
- YOUNG, K. & EDHOM, F. & HARRIS, O.
1977 "Conceptualising women", *Critique of Anthropology* 3: 101-130.
- ZEMPLÉNI, A.
1985 "La 'maladie' et ses 'causes' : introduction", *L'Ethnographie* 96-97: 13-44.