

Tesis Doctoral

Tema:

*Contribución al estudio antropológico de la
medicina tradicional de los Valles Calchaquíes
(Provincia de Salta)*

Director: Dr. Rodolfo A. Raffino

Co-Director: Prof. Juan Angel Magariños de Morentín

Tesista: Marta A. Crivos

- 2003 -

A Daniel y Leonor Saves,
y a Armando Vivante
que no pudieron esperar

PREFACIO

Con este trabajo intento expresar mi respeto y reconocimiento a quienes han sido auténticos pioneros de la antropología profesional en el Museo de La Plata y a quienes debo mi temprano interés en explorar las estrategias humanas frente a la enfermedad y en hacerlo en una región de nuestro país que ha sido objeto de consideración de nuestros más destacados predecesores en el campo de la arqueología - Eduardo Mario Cigliano, Alberto Rex Gonzalez , Rodolfo Raffino - , y de la etnología - Armando Vivante y Nestor H. Palma - .

Con él inicio una trayectoria en la investigación antropológica alentada por la curiosidad y la búsqueda de algunas respuestas en torno a la pertinencia – posibilidades y límites – del registro verbal como fuente de información etnográfica. Y, en particular, como modo de acceso a los recursos efectivamente involucrados en el accionar cotidiano de los pobladores de los Valles Calchaquíes salteños frente al problema de la enfermedad. Mi marcado interés en el minucioso registro y procesamiento de la información tanto en el campo como en el gabinete condujo, en cada etapa de la investigación, a una continua revisión, evaluación crítica y reinterpretación de los datos obtenidos. Es así que a lo largo de los informes y presentaciones al organismo que financió mi trabajo – el CONICET –, es posible acceder a los fundamentos de las decisiones que hicieron posible cada paso de la investigación.

Resulta imposible organizar y presentar de una manera exhaustiva un trabajo que comienza en la década del 70 y que de algún modo acompaña toda mi vida profesional. En este sentido la Tesis en la madurez se presenta como una

especie de legado que involucra la evaluación de la propia experiencia: un esfuerzo por recuperar y mostrar el camino recorrido. Al hacerlo emergen las escasas y provisionales certidumbres, la duda tenaz y la crítica permanente; los sinsabores y las luchas, la alegría y el reconocimiento, la gente, los afectos, el cielo límpido y cercano de Molinos, la risa de Kika, el canto de Lastenia, la cadenciosa voz de María, el saber experto de Nicasia. Todas las voces que he podido recuperar gracias al grabador, máxima expresión de la tecnología de la época, que aún escucho y siempre dicen cosas nuevas. Experimento la nostalgia de los rostros y los gestos que alivio con imágenes plausibles que armonizan con las voces, ayudada por las fotos que congelan una mirada cómplice de Domesiana, o el irreprimible disgusto de Severa.

Sin embargo, ante la necesidad de optar, lo hago por el desarrollo metodológico que ocupa el centro de mis preocupaciones desde mis épocas de becaria, en el que se plasma mi auténtico interés en la investigación etnográfica. Esta opción excluye gran parte de la riqueza y profundidad de la experiencia atesorada que, de alguna manera, se halla dispersa en las numerosas contribuciones que, a lo largo de estos años y junto a colegas que compartieron numerosas campañas, pude hacer a la caracterización de la medicina tradicional en los Valles.

A la calidez y sabiduría de la gente del valle, a mi querido crítico y maestro Armando Vivante, a mis colegas María Rosa Martínez y María Lelia Pocchetino, que me han acompañado en gran parte de mi trayectoria, al Profesor Juan Angel Magariños de Morentín, por haber compartido conmigo los primeros pasos en el ríspido camino de aplicar las herramientas de la Semiología a los datos etnográficos, a mis discípulas y colaboradoras Laura Teves, Anahí Sy, Carolina Remorini, Lorena Pasarin y Ana Lamarche, al personal del Museo de La Plata, mi casa desde hace más de treinta años, y a mi familia, que me ha alentado en el duro camino profesional, mi gratitud y reconocimiento por haberme ayudado a cerrar esta postergada etapa de mi carrera.

TESIS DOCTORAL

TEMA: Contribución al estudio antropológico de la medicina tradicional de los Valles Calchaquíes (Provincia de Salta)

DIRECTOR: Dr. Rodolfo A. Raffino

CO-DIRECTOR: Prof. Juan Angel Magariños de Morentín

TESISTA: Marta A. Crivos

Septiembre 2003

RESUMEN

Nuestro análisis de la **narrativa de casos** de enfermedad en Molinos incluye dos dimensiones -la de los caminos recorridos en el proceso de búsqueda de la salud y la que despliega el sentido que la experiencia de la enfermedad adquiere en el contexto del modo de vida en los valles calchaquíes salteños.

El rol estructurador de la narrativa favorece la evocación de los aspectos relevantes a la comunicación social de los procesos de salud/enfermedad experimentados. Es por ello que, a lo largo de la investigación, exploramos este material como substrato para la consideración de la enfermedad como problema práctico y en su expresión simbólica.

La enfermedad como problema práctico genera una secuencia de acciones orientadas a su resolución: en ella agentes y pacientes toman decisiones, realizan y descartan alternativas en base a experiencias previas y a la memoria de varias generaciones de pobladores del valle. El estudio de la **secuencia terapéutica** como organizadora del dominio de las costumbres médicas, nos permitió reconocer tipos de roles relevantes al proceso de búsqueda de la salud: en el contexto del **caso** surgen las figuras del enfermo, mediador y terapeuta, como actores sociales significativos. En este sentido el caso, como otros micro-contextos de actuación social, se presenta como un campo de interés para explorar roles y modos de organización social que

resultan del manejo de situaciones problemáticas en la vida diaria. En el dominio de acción de los actores y en sus interrelaciones se despliegan los recursos y alternativas disponibles y los modos de viabilizarlas. La percepción del riesgo, los modos de prevenirlo y de asumir las consecuencias de haberlo transitado se articulan de modo coherente, resaltando la complementariedad de creencias y prácticas como patrimonio de sujetos que asumen roles específicos en el espectro social. Así, las expectativas en torno al rol de una madre, un padre, un médico campesino o el doctor del hospital frente al problema de la enfermedad, se ven ilustradas y justificadas por referencia a los matices con que estos actores describen las alternativas de su accionar.

Al mismo tiempo el **caso** provee el contexto para la identificación de componentes relevantes a la consideración de la **enfermedad como categoría simbólica**. Desde este enfoque las categorías de enfermedad pueden ser entendidas como imágenes que condensan campos de experiencia: una red de palabras, situaciones, síntomas y sentimientos asociados de las que extraen su significado. En el contexto de la evocación de casos, la enfermedad se delimita en relación a estas experiencias y las experiencias en relación a la enfermedad.

La continua referencia al *susto* a lo largo de nuestra investigación en Molinos y localidades vecinas, sumada a la importancia de este síndrome de amplia difusión en Latinoamérica, justifican el abordaje de la construcción del **susto como categoría simbólica en el contexto del caso**.

La exploración comparativa de los casos de *gripe* y de *susto* hizo posible reconocer diferencias significativas en la cantidad y calidad de alusiones al medio natural y social de los pobladores del valle en la consideración de episodios de una y otra enfermedad. En contraste con los casos de *gripe*, se destaca la complejidad y variedad de recursos – tanto humanos como materiales – movilizados ante los episodios de *susto*, lo cual confirma la relevancia atribuida a este síndrome culturalmente específico por los estudiosos de la medicina andina. Asimismo muestra el interés que su presencia y vigencia en la comunidad en estudio reviste para el

reconocimiento de aspectos de la vida del grupo ligados al bienestar o malestar de sus miembros.

Desde un punto de vista metodológico la investigación permite apreciar el valor heurístico del material discursivo en la investigación etnográfica de los procesos culturales, en tanto que narrar un episodio de enfermedad consiste en relatar las interacciones dinámicas –reales o imaginarias– que se producen entre determinados sujetos –actores sociales relevantes–, los sucesos que los implican o en los cuales participan –campos de acción–, los estados mentales que manifiestan o que es dable derivar de las acciones y los entornos físicos en que los hechos ocurren, todo lo cual se presenta en una secuencia temporal, causal y motivacionalmente estructurada. Es por ello que el estudio de la narrativa de casos en el contexto etnográfico se ofrece como una privilegiada guía metodológica para indagar y describir aspectos inherentes a lo que podría llamarse una costumbre médica.

Con este trabajo de tesis intento contribuir al estudio antropológico de la medicina tradicional en una población de los Valles Calchaquíes salteños. El capítulo I refiere al contexto geográfico e histórico en el que se desenvuelve la vida en las comunidades del valle. El capítulo II instala nuestro enfoque en el marco de la investigación antropológica de los procesos de salud-enfermedad. En el capítulo III se desarrolla la metodología utilizada en el análisis de la narrativa de episodios de enfermedad o casos en la primera etapa y en el capítulo IV la estrategia analítica implementada en la segunda etapa. Los resultados obtenidos a través de ambos tipos de abordaje son evaluados y discutidos en el capítulo V.

INDICE

Tomo I

PREFACIO	1
INTRODUCCIÓN	3
1. MOLINOS EN LOS VALLES CALCHAQUÍES SEPTENTRIONALES	19
Los Valles Calchaquíes como configuración natural	19
Breve historia del asentamiento humano en los Valles	20
Molinos. Un asentamiento en los Valles Calchaquíes salteños	29
2. LA MEDICINA TRADICIONAL COMO OBJETO ANTROPOLÓGICO	37
Viejas costumbres médicas. La enfermedad en el contexto de la cultura	37
El proceso de búsqueda de la salud.	
La enfermedad en el contexto de la experiencia	46
Modos de vida y costumbres médicas. El enfoque etnográfico	50
3. LA ENFERMEDAD COMO PROBLEMA PRÁCTICO O QUÉ HACE LA GENTE CUANDO SE ENFERMA?	56
Descripción de la secuencia terapéutica	56
Versiones alternativas de la secuencia terapéutica	68
4. LA ENFERMEDAD COMO CATEGORÍA SIMBÓLICA O DE QUÉ SE ENFERMA LA GENTE?	87
El concepto de susto en la narrativa de casos	88
Caracterización del susto en la narrativa de casos	117
5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	136
Enfermedad y sociedad en los Valles Calchaquíes	136
La construcción simbólica de la enfermedad en los Valles Calchaquíes	141
La narrativa de episodios de enfermedad o casos como fuente para el estudio antropológico de las costumbres médicas	147
GLOSARIO	153
BIBLIOGRAFÍA	156

Tomo II

ANEXOS

ANEXOS

- ANEXO I. Mapa
- ANEXO II. Fotos
- ANEXO III. Narrativa de casos en discurso natural
- ANEXO IV. Ficha de entrevista
- ANEXO V. Corpus Original de 15 relatos
- ANEXO VI. Procesamiento analítico de los relatos
- ANEXO VII. Secuencia Grupo 1
- ANEXO VIII. Secuencia Grupo 2
- ANEXO IX. Secuencia Grupo 3
- ANEXO X. Esquemas de sucesión de instancias Primer Grupo
- ANEXO XI. Variantes facultativas en relación a la instancia 3
- ANEXO XII. Esquemas para el análisis comparativo de los modelos
- ANEXO XIII. Referencias a enfermedades. Expertos y Legos
- ANEXO XIV. Muestra entrevista casos
- ANEXO XV. Fichas casos
- ANEXO XVI. Muestra ficha de informante
- ANEXO XVII. Gripe I
- ANEXO XVIII. Gripe II
- ANEXO XIX. Gripe III
- ANEXO XX. Gripe IV
- ANEXO XXI. Susto I
- ANEXO XXII. Susto II
- ANEXO XXIII. Susto III
- ANEXO XXIV. Susto IV
- ANEXO XXV. Relación actantes-instancias
- ANEXO XXVI. Redes
- ANEXO XXVII. Ejemplo de árbol en Nudist
- ANEXO XXVIII. Representación en Excel
- ANEXO XXIX. Procesamiento en Dexi
- ANEXO XXX. Enunciaciones correspondientes a la designación de la enfermedad
- ANEXO XXXI. Análisis de la enunciación correspondiente a la designación de la enfermedad
- ANEXO XXXII. Expansión de las enunciaciones de designación a otros grupos de enunciados
- ANEXO XXXIII. Enunciaciones formas lexemáticas del susto

INTRODUCCIÓN

Ante las definiciones de una tesis doctoral que ofrece Umberto Eco (1982): "... constituye un trabajo original de investigación con el cual el aspirante ha de demostrar que es un estudioso capaz de hacer avanzar la disciplina a que se dedica (pp. 19) ... supone construir un "objeto" que, en principio, sirva también a los demás (pp. 24)", surge mi pregunta inicial. ¿En qué reside el aporte original de este trabajo? ¿Puede considerarse de interés y permanecer vigente – con relación al estado actual del conocimiento antropológico – una investigación iniciada hace más de veinte años?. Quizás lo sea, atendiendo al actual centramiento en los condicionantes subjetivos de la producción antropológica, ubicar la investigación en mi propia trayectoria, concebir la tesis como una re-presentación de un recorrido personal y profesional, un tránsito por las certidumbres y las dudas – individuales y colectivas – que acompañaron las primeras etapas de mi formación como antropóloga y que de alguna manera dan sentido a mi actual quehacer profesional. La tesis como oportunidad de revisar mi iniciación en una práctica – el trabajo de campo – fundante de mi identidad como etnógrafa y clave para la interpretación de los textos en que pretendo dar cuenta de otras prácticas, aquellas que configuran las estrategias frente a la enfermedad de los pobladores de los Valles Calchaquíes.

Tras un largo período en que mi actividad se centró en explorar nuevas teorías y metodologías y en actualizar un trabajo empírico de base que se desarrolla fundamentalmente en la década del 70, creo que exponer el producto de esa investigación de un modo que aún resulte de interés a la comunidad antropológica de 2000 es presentarlo en el marco de mi experiencia etnográfica inicial, de las condiciones y decisiones – personales e institucionales – que hicieron posible entonces que optara por una estrategia

de investigación, información que resulta una clave ineludible para la actual interpretación de sus resultados. Más que intervenir, censurar o "*aggiornar*" aquellos textos elaborados como informes de avance al CONICET¹, de lo que se trata es de poner en contexto esos textos. De este modo la tesis recupera su valor como propuesta históricamente situada, da cuenta de las estrategias frente a la enfermedad en los Valles Calchaquíes salteños a fines de los 70' y principios de los 80', desde la perspectiva de una joven etnógrafa tratando de dar sentido a sus primeras y perturbadoras experiencias en su encuentro con otra gente.

Mi trabajo en los Valles se inicia en la década del 70 y a un ritmo más pausado que el de los primeros años, aún continúa. Los Valles fueron escenario de distintas instancias de mi formación profesional que, de alguna manera, transita por los tropos y los temas que tuvieron impacto en la antropología local en las tres últimas décadas.

En sus comienzos mi viaje y estadía en los Valles tenía además otras implicancias. En primer término, mi ingreso a las prácticas profesionales a través de una especie de rito de iniciación que, a la manera de los naturalistas viajeros que aportan a las colecciones del Museo de La Plata desde su fundación, combinara una experiencia de distanciamiento (de lo familiar) y extrañamiento (ante lo distinto) que impulsara a la búsqueda y re-colección de evidencias de mi tránsito por lugares no comunes a fin de testimoniar su existencia y mi pericia. En segundo término dar continuidad a una línea de investigación ya iniciada y transitada exitosamente por mis predecesores y maestros: la exploración sistemática de los fundamentos culturales de las estrategias médicas en poblaciones nativas de nuestro territorio². Esto último implicaba restricciones al tema, área y poblaciones a abordar en mi trabajo. Mi ingreso (personal) al privilegiado mundo de los iniciados en la investigación antropológica implicaba una fuerte concesión a un proyecto institucional (colectivo).

Sin embargo, en ese entonces el locus de la investigación no era demasiado relevante a mis propósitos. Las metas de la investigación etnográfica en la década del 70 estaban centradas en los aspectos metodológicos del acceso a los universos culturales desde la perspectiva del "otro" cultural. Sea cuales fueren tema, región, población, solo se ofrecían como materia prima indistinta sobre la cual iniciar tal investigación metodológica. Aquella que respondiera al interrogante de si era posible el acceso a los condicionantes culturales de la **acción**³ humana a través del análisis del registro oral.

Explorar la vía del lenguaje, como **corpus** acotado, homogéneo y sistemático a través del cual acceder a las representaciones del mundo y a la fundamentación de las acciones, auspiciaba, en el marco de los desarrollos de la Antropología Cognitiva y Simbólica de los setenta⁴, el logro de los estándares de objetividad y rigurosidad requeridos desde una epistemología seducida por las ciencias naturales. La lingüística se ofrecía como modelo para toda aproximación a lo humano que se pretendiera científica. La analogía lingüística, instalada en casi todos los campos del quehacer intelectual a lo largo del siglo XX se extiende de la teoría al método. No sólo era posible considerar los fenómenos y procesos socio-culturales "*a la manera de lenguajes*" (Lévi-Strauss, 1968:76), también abordarlos con la metodología de la disciplina que tiene al lenguaje por objeto. Un supuesto de relación isomórfica entre pensamiento/lenguaje/realidad⁵ subyace a la creencia, generalizada por estos enfoques, en el acceso, a través del lenguaje, tanto a la realidad empírica como a su conceptualización.

En este contexto, las expresiones lingüísticas de los informantes constituían el sustrato en que explorar concepciones y vivencias de los grupos bajo estudio⁶. Desde la Psicología Cognitiva Eleanor Rosch (Rosch et al., 1976:383) da apoyo a esta idea distinguiendo dos niveles en la percepción de los hechos por un sujeto: 1) la existencia de discontinuidades en la naturaleza y el hecho de que los seres humanos registren estas discontinuidades por medio del aparato sensorial y 2) el proceso por el cual se clasifica un objeto del mundo exterior como miembro de una categoría. Es en este proceso de asignar un nombre al

objeto en el que la cultura desempeña su papel proporcionando un significado. Para que las discontinuidades naturales se transformen en discontinuidades culturales debe asignarse un nombre a las primeras. Lo conceptual requiere el nombre (Ohnuki-Tierney, 1981). De ahí que el principal énfasis en las aproximaciones "emic" de la antropología cognitiva de los 70 y 80 fuera su resguardo en los lexemas - los nombres y rótulos asignados a objetos y fenómenos del mundo exterior - considerados como evidencia de conceptos culturalmente⁷ significativos. La delimitación e interrelación de dominios del quehacer cultural a partir del análisis de conjuntos lexicográficos – conjuntos de enunciados nativos – que refieren a ellos se convierte entonces en el objetivo central de una etnografía científicamente aceptable.

De este modo, los inefables mundos culturales podían abrirse al escrutinio del etnógrafo a través de procedimientos rigurosos siguiendo precisas reglas metodológicas. Los cálculos/algoritmos derivados de tal análisis cultural despliegan en una racionalidad intercambiable mundos posibles, "patterns" en los que toda **conducta** adquiere inteligibilidad y sentido. A la manera de las leyes naturales las reglas culturales, o menos pretenciosamente, las reglas que rigen la conceptualización y actuación en determinados dominios del quehacer cultural pueden derivarse del análisis del discurso de informantes calificados. Lexemas de designación de parientes, especies biológicas, enfermedades, colores, despliegan alternativas culturalmente específicas de clasificación y ordenamiento del mundo natural y social. El corpus léxico-semántico construido en base a la entrevista etnográfica – diseñada desde las recomendaciones de Frake (1964) – será el sustrato del análisis cultural desde la perspectiva cognitiva.

Posteriormente este corpus se amplía apreciándose un progresivo desplazamiento del interés desde la descripción de un cuadro estructural estático hacia el estudio de los procesos, del énfasis en una lógica clasificatoria – estudios taxonómicos – a la consideración de una lógica proposicional – estudio de programas de comportamiento a través del análisis de las proposiciones que los sujetos sociales elaboran sobre sí mismos y sobre el

mundo – (Colby et al., 1981). Pero siempre el objetivo es el mismo: dar cuenta de la racionalidad implícita en extrañas concepciones y prácticas. Poner orden en el caos, lógica en lo incomprensible. Un acuerdo en la interpretación sólo posible a través de un acuerdo acerca del método para alcanzarla.

En la base de este acuerdo sobre el método yace, como requisito indispensable, el control de la subjetividad – tanto del etnógrafo como del informante –. En el caso del informante – sujeto calificado para aportar información acerca de otros/todos –, su subjetividad pierde valor y cuando emerge es riesgosa, puede distorsionar/enmascarar/ocultar la información relevante. Así, las restricciones impuestas al modo de preguntar del etnógrafo tienen su correlato en qué tipo de informante y qué tipo de información resultarán útiles a nuestra búsqueda del conocimiento cultural. Para ello se plantean estrategias. En primer término la selección de informantes calificados para dar cuenta de un dominio cultural particular, los “expertos”. La actuación lingüística de estos informantes-clave debe ser orientada – a través de una metódica y no intrusiva indagatoria – a exhibir el conocimiento compartido por la mayor parte de los miembros de esa sociedad⁸. De este modo, a través del análisis de discurso de los expertos es posible acceder a los patrones cognitivos que guían el comportamiento en determinados dominios del quehacer cultural⁹.

Alentada por este giro lingüístico en la metodología de las ciencias humanas (Hierro Pescador, 1982: 14-15), las posibilidades y limitaciones de la entrevista etnográfica como instrumento para acceder a información de valor etnográfico se vuelven el foco de mi interés.

Esta perspectiva requiere delimitar un objeto de investigación inicial lo mas comprensivo posible. La enfermedad como fenómeno universal. Concibiendo la “enfermedad” como un estado de desajuste temporal al medio (May, 1958) que se presenta como un problema recurrente al cual tarde o temprano cada individuo en todo grupo humano debe enfrentarse, y que es tema de conversación frecuente en todo el mundo, el rastreo a través del lenguaje de

las categorías y enunciados que describen eventos y procesos en torno a ella se ofrecía como un interesante material de base con que iniciar mi indagación.

Estas consideraciones teórico-metodológicas orientan mis primeros pasos en la investigación empírica. En el año 1976 realicé un viaje de prospección a la región de los valles calchaquíes en la provincia de Salta, noroeste de la República Argentina. El viaje tenía por objetivo recabar información sobre la medicina tradicional vigente en la zona en el marco de un proyecto de investigación antropológica sobre medicina popular en distintas regiones de nuestro país. Inicialmente se efectuaron entrevistas abiertas a pobladores y "expertos" locales acerca de las creencias y prácticas médicas tradicionales. La decisión metodológica de seleccionar informantes (informantes-clave) por su carácter de expertos -en este caso a **médicos campesinos**- y las generalizaciones acerca del comportamiento médico en sociedades tradicionales que derivan de este recurso, resultaban entonces adecuados a nuestra concepción de la medicina tradicional como un cuerpo de conocimiento homogéneo y compartido (Crivos y Martínez, 1989, 1990).

Acorde al ideal inductivista de exhaustividad, en los primeros viajes a la zona fueron entrevistados la casi totalidad de los expertos médicos locales consultados por los pobladores de Molinos y localidades vecinas¹⁰. De este primer corpus de información resultaron una serie de trabajos que aportan a la caracterización de la medicina tradicional en los Valles Calchaquíes salteños como conjunto de creencias y prácticas tendientes a la aprehensión cognitiva y resolución práctica de episodios de enfermedad tipificados en un repertorio de patologías de alcance regional (Crivos, 1977, 1978; Crivos y Eguía, 1980, 1981; Crivos y Martínez, 1996 a y b, 1997, 1998 a, 2000 a; Crivos, Martínez y Pochettino, 2000).

El acceso a las "teorías nativas" de la enfermedad en los Valles suponía implementar una estrategia de entrevista que condujera a lograr un corpus discursivo donde la intervención del entrevistador fuera mínima y que al mismo tiempo garantizara un registro exhaustivo en el campo y el control en

laboratorio de la información acerca de las concepciones médicas locales. Las breves¹¹ estadías en el campo podían ser compensadas con un minucioso registro que hiciera posible evocar en Laboratorio tantas veces fuera necesario las situaciones vividas en el terreno. El uso intensivo del registro grabado permitió contar con información acerca de las circunstancias del relevamiento – silencios, intervenciones, interferencias y manejo de la entrevista por parte del entrevistador –, posibilitando su evaluación crítica en laboratorio. Esto condujo tanto a la detección y corrección de errores en el manejo de las técnicas de registro oral por parte del investigador, como a la consideración de matices de la entrevista que pudieran resultar relevantes a la interpretación y análisis de la información obtenida.

La posibilidad de escuchar y analizar en laboratorio cada entrevista cuantas veces fuera necesario, condujo a otros hallazgos que resultaron finalmente en una reformulación de la investigación inicialmente planteada. Se observó que en el curso de las entrevistas la información relevante surgía, por lo general, en el contexto de la narración de experiencias o situaciones evocadas por los informantes como evidencia de la vigencia de antiguas tradiciones médicas en la localidad. La referencia a estas situaciones adoptaba la forma de **relatos** o fragmentos de relatos que daban cuenta de aspectos del proceso que conducía a la recuperación de la salud de un individuo enfermo. Podía tratarse de un pariente, amigo o vecino del informante, de él mismo o de alguna persona que había atendido como terapeuta.

De este modo, la enfermedad era evocada fundamentalmente a través de la **memoria** de eventos protagonizados de alguna manera por mis interlocutores, instalada en una trama de historias personales, familiares o grupales¹². Las referencias – en su mayoría espontáneas – a aspectos de la trayectoria personal de los informantes, a la densa y aparentemente única amalgama de sucesos que configuraba su estrategia particular frente a episodios concretos de enfermedad, era el contexto inicial en el que de modo "natural" se presentaba la información sobre la medicina tradicional de la región.

Esta característica del discurso de los informantes planteaba la viabilidad de un acceso diferente al tema, que hiciera posible derivar una caracterización de prácticas y saberes acerca de la medicina tradicional de la consideración de la **secuencia** en que se inscriben las decisiones y actuaciones de la población frente a episodios concretos de enfermedad.

En este contexto, lo “tradicional” y lo “médico” como conjunto diferenciado y articulado de creencias y prácticas se integra en una red compleja de referencias a distintos aspectos de la vida grupal, que en principio, no considerábamos concernientes al tema en estudio. Las categorías que inicialmente orientaron nuestra investigación se tornan limitadas y esto nos condujo a la búsqueda de unidades de referencia y análisis que hicieran posible examinar esta información. Surge entonces como pertinente abordar la estrategia para la recuperación de la salud como un conjunto de actividades orientadas a la determinación de la causa, diagnóstico y superación de episodios concretos de enfermedad que tiene su origen y anclaje en el ámbito doméstico. Estas actividades trascienden el universo de las instituciones médicas tradicionales permitiéndonos, por una parte, acceder a la trama en que se articulan distintos niveles de organización de la vida comunitaria, y por otra, trazar redes de relaciones que vinculan la Unidad Doméstica¹³ (el nivel micro) con niveles de organización más amplios – a escala local, regional, nacional y/o global – (el nivel macro). De este modo, el estudio de las actividades médicas adquiere pertinencia y valor como acceso a las estrategias de vida particulares de estas comunidades campesinas.

Por otra parte, el recurso generalizado al relato, a la narrativa acerca de la experiencia propia o ajena como estrategia para la comunicación de información relevante a las costumbres médicas locales, ponía el foco en la secuencia de decisiones y acciones orientadas a la resolución de la enfermedad como problema práctico, en los aspectos procesuales y dinámicos más que en los aspectos sistemáticos del saber médico tradicional. El recurso a los “*médicos campesinos*” como informantes-clave pierde relevancia en este

nuevo enfoque. Ya no se trata de reconstruir las concepciones o teorías médicas nativas apelando sólo a informantes “calificados” o “expertos” sino de indagar sobre la amplitud, vigencia y articulación de estas concepciones en el marco de las estrategias de vida de los pobladores del valle.

El relato de **casos** o episodios concretos de enfermedad se presentó entonces como un recurso adecuado para el relevamiento de datos concernientes a una etnografía de las costumbres médicas (Crivos, 1996, 1999). Al mismo tiempo, los fragmentos de historias personales en que se articulan concepciones y vivencias de la enfermedad históricamente situadas, se presentan como un privilegiado punto de anclaje de la trayectoria individual en la historia de las creencias y prácticas médicas en los Valles Calchaquíes Salteños. En ellas, las circunstancias, motivaciones e intereses subjetivos adquieren valor de indicadores de las fuerzas que operan en la constitución del dominio de los fenómenos y procesos médicos y sus transformaciones (Crivos y Martínez, 1996b).

Desde un punto de vista metodológico la utilización de este tipo de material ofrecía ventajas y también desventajas. La utilización del relato como modalidad discursiva que refiere al desarrollo de acontecimientos inscriptos en una secuencia temporal, suponía incorporar y privilegiar esta dimensión – procesual, temporal – por sobre la caracterización sincrónica de las creencias y prácticas médicas tradicionales. Asimismo, el contar con un material de base homogéneo permitía la implementación de un mismo tipo de procedimiento para el procesamiento analítico-descriptivo y comparativo de la información a obtener. Pero, por otra parte, la utilización de un material de base exclusivamente verbal imponía una restricción inicial muy fuerte al tipo de relevamiento etnográfico integral que se aspiraba realizar. Entre otras cosas, la consideración y articulación de los datos de observación del etnógrafo con la información resultante del relato de lo informantes presentaba dificultades aparentemente insalvables.

En principio, resultaba claro que sólo es posible describir a partir del relato la referencia a conductas, no las conductas referidas. En este sentido, el "valor referencial" del relato no residía en su adecuación a "lo realmente sucedido" - en este caso las conductas que integran la secuencia en que se desarrollan las prácticas terapéuticas tendientes a la recuperación de la salud de un individuo -, sino en su referencia a conductas posibles - y como tales "narrables" - para el informante, o más precisamente, a conductas verosímiles¹⁴ en el contexto de su diálogo con el entrevistador. Si bien consideramos que estas conductas concebidas como posibles por el informante eran tan pertinentes a su universo cultural como las "conductas reales"¹⁵ registradas mediante otras técnicas etnográficas y, en tanto tales, una forma de acceso válida a dicho universo, debíamos, sin embargo, ser conscientes de las limitaciones de esta metodología. Una descripción adecuada del comportamiento terapéutico a nivel comunitario suponía limitar este tipo de aproximaciones sólo a una etapa inicial de exploración tendiente a la formulación de hipótesis relevantes a una caracterización de estrategias locales frente a la enfermedad¹⁶.

Surge entonces la necesidad de evaluar el uso de este tipo de material discursivo en el contexto de la investigación propuesta. *"Si bien el corpus de esta investigación está constituido por relatos, nuestro análisis no se centra en su tratamiento como forma discursiva ni en su valor referencial, sino como tipo de documento adecuado para la obtención de información inicial y posible fuente de hipótesis acerca de fenómenos que - como el que nos ocupa - involucran una sucesión temporal de eventos; y a los cuales resulta prácticamente imposible acceder por otras vías de investigación empírica. De todas maneras, de este análisis se pretende obtener hipótesis que orienten futuras investigaciones empíricas sobre el tema, las cuales deberán ser testeadas implementando otras técnicas de registro etnográfico. Esto permitirá asimismo evaluar el recurso a las expresiones lingüísticas, que, como en el caso del relato, constituyen una importante y en algunas circunstancias ineludible fuente de información para el etnógrafo"* (Crivos, 1977).

Es así que, atribuyendo al relato una función primordialmente exploratoria y heurística, tal como lo hace Bertaux (1980), se comenzó a trabajar en una propuesta analítica adecuada al corpus discursivo de nuestra investigación.

De la evaluación de los recursos teórico-metodológicos disponibles para el análisis de material discursivo desde una perspectiva antropológica, resultó la pertinencia de algunas propuestas en el campo del análisis estructural del relato como fuente de conceptos y criterios en una primera etapa (ver Capítulo III). La operacionalización de algunos de ellos en relación a nuestro corpus inicial coadyuvó a delinear una propuesta metodológica para el análisis del material discursivo – relatos de casos – tendiente a la elaboración de hipótesis acerca del comportamiento terapéutico en la población estudiada.

A partir de entonces y en base al análisis de este tipo de material podemos reconocer dos etapas en nuestro trabajo, cada una de ellas intentando dar respuesta a los dos imperativos que Young (1976:5) establece como fundamento de las creencias y prácticas médicas para la gente que las sostiene y las actualiza: 1) práctico o instrumental: la necesidad de favorecer el cambio o prevenir un estado no deseado – la enfermedad como evento disruptivo que no debe persistir –, y 2) simbólico: comunicar y confirmar ideas acerca del mundo.

La primera etapa – descripción de la secuencia en que se desarrollan las prácticas terapéuticas¹⁷ – estuvo centrada en la consideración de la enfermedad como problema práctico. La enfermedad es concebida como un estado de desajuste temporal al medio experimentado por un sujeto que moviliza una serie de recursos tendientes al restablecimiento del estado de equilibrio. La percepción de este desajuste, la decisión acerca de cuando se inicia y cuando culmina, esto es, los umbrales culturalmente específicos de reconocimiento del estado de salud y enfermedad requieren de una metodología apta para su aprehensión y consideración. Desde esta perspectiva, la narrativa de “casos” o episodios de enfermedad se presentó como una “unidad natural” para la consideración del proceso en que las

creencias y prácticas médicas se adquieren y actualizan en la experiencia de los miembros de las comunidades en estudio. La enfermedad como problema práctico genera una secuencia de acciones orientadas a su resolución: en ella agentes y pacientes toman decisiones, realizan y descartan alternativas disponibles en la memoria de la experiencia de varias generaciones de pobladores del valle. De este modo, el proceso de búsqueda de la salud, del restablecimiento del estado de bienestar, da sentido al estudio de la Secuencia Terapéutica como organizadora del dominio de las costumbres médicas

En la segunda etapa – descripción del sistema de representaciones de la enfermedad en el contexto de la referencia a “casos”¹⁸ –, el “caso” provee el contexto para la identificación de componentes relevantes a la consideración de la enfermedad como categoría simbólica. Teniendo en cuenta de que el *susto* es la enfermedad más referida a lo largo de nuestra investigación en la zona¹⁹, se opta por la narrativa de casos de esta enfermedad como corpus a explorar desde esta perspectiva. La importancia atribuida a este síndrome culturalmente específico de amplia difusión en Latinoamérica en la abundante literatura antropológica dedicada al tema, provee una razón adicional en la justificación del abordaje de la construcción del *susto* como categoría simbólica en el contexto del “caso”.

Desde este enfoque las categorías de enfermedad pueden ser entendidas como imágenes que condensan campos de experiencia²⁰: una red de palabras, situaciones, síntomas y sentimientos asociados de las que extraen su significado. En el contexto de la referencia a “casos”, la enfermedad se delimita en relación a estas experiencias y las experiencias en relación a la enfermedad.

La concepción pragmática del significado²¹ emerge como supuesto fundamental en esta etapa de nuestras investigaciones. En el contexto de la narrativa de casos, la memoria episódica²² está organizada en torno a proposiciones vinculadas por su ocurrencia en el mismo evento o lapso temporal. En ella los objetos se definen por su lugar en una secuencia de

proposiciones que describen los eventos asociados con esos objetos para un individuo. El significado y los valores asignados a las categorías que refieren a esos objetos – entre ellos la de enfermedad –, no son fijos ni compartidos (independientes del contexto) sino que varían de acuerdo al contexto de su utilización (son sensibles al contexto). La variación interindividual y aún la variación individual – en la información provista por un mismo informante a través del tiempo o con referencia a distintos episodios – es función del contexto: los informantes asignan significados y valores a las categorías evocando situaciones específicas. Asimismo, las distinciones y criterios involucrados en la clasificación de enfermedades son los mismos que intervienen como consideraciones importantes en la formulación de estrategias para prevenirlas y aliviarlas. El dominio conceptual se delimita en relación a las experiencias en que estas categorías se actualizan. De este modo, el “caso” se constituye en el contexto adecuado para la consideración de los principios y criterios que rigen los procesos de categorización de la enfermedad en condiciones naturales.

Un supuesto central subyace a estas dos etapas en que se articula nuestra propuesta metodológica para el estudio antropológico de la medicina tradicional: *el conocimiento está basado en la experiencia*²³. La consideración del conocimiento médico de los pobladores del Valle remite, en último análisis, a situaciones experimentadas por cada uno de ellos. Desde un punto de vista metodológico y teniendo en cuenta la modalidad discursiva en que los informantes despliegan sus estrategias frente a la enfermedad, el “caso” resulta una “unidad natural” que incluye toda la información pertinente a la caracterización de los fenómenos y procesos médicos desde la perspectiva del grupo.

En las páginas que siguen se intenta mostrar la productividad del estudio de casos en el abordaje de las costumbres médicas en una población de los Valles Calchaquíes salteños. El capítulo I refiere al contexto geográfico e histórico en el que se desenvuelve la vida en estas comunidades. El capítulo II instala nuestro enfoque en el marco de la investigación antropológica de los procesos

de salud-enfermedad. En el capítulo III se desarrolla la metodología utilizada en el análisis de los casos en la primera etapa y en el capítulo IV la estrategia analítica implementada en la segunda etapa. Los resultados obtenidos a través de ambos tipos de abordaje son evaluados y discutidos en el capítulo V.

En esta presentación se articulan los procedimientos y hallazgos de mi indagación original, la cual se prolonga actualmente en la actividad de jóvenes discípulas que, con los recursos teórico-metodológicos hoy disponibles, pueden ofrecer mejores respuestas a las preguntas que dieron origen a mi trayectoria en la investigación antropológica de las costumbres médicas.

Notas Introducción

¹ Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de la República Argentina.

² Tarea a la que dedicaron gran parte de su vida profesional los Drs. Armando Vivante y Nestor H. Palma, pioneros de la Antropología Médica en el Museo de La Plata

³ Los términos en negrita están incluidos en el Glosario.

⁴ La producción en ambos campos se reducía entonces a un conjunto de aspiraciones programáticas más que al desarrollo de estrategias analíticas para su aplicación en la resolución de problemas concretos

⁵ La obra del filósofo del lenguaje L. Wittgenstein “Tractatus Lógico Philosophicus”, referente ineludible en el debate que da origen a la reflexión filosófica sobre la ciencia y al positivismo lógico en las primeras décadas del siglo XX, ofrece un fundamento a esta postura.

⁶ “A reported act is an act as conceived and set forth by an informant and is therefore a significant item of information about the informant and presumably his culture; an observed act is an act as delineated by and conceived by the observer, and is therefore a significant item of information about the observer, but is not necessarily significant concerning the informant” (Adams, 1962).

⁷ Algunos autores asumen la posición de que los códigos culturales preexistentes son proyectados sobre el mundo exterior, mientras otros consideran que los procesos perceptivos y cognitivos son el resultado de una realimentación dialéctica entre los códigos culturales y el mundo exterior.

⁸ La posibilidad de inferir conocimiento cultural a partir del consenso entre informantes (Boster y Johnson;1989), los estudios de confiabilidad (Garro;1986) en que la misma se propone como un índice de conocimiento cultural o experto o función del acuerdo entre informantes -grado de correspondencia entre un individuo y la mayoría o el agregado de respuestas del grupo-, constituyen algunos de los refinados modos de indagar en esta cuestión metodológica.

⁹ A diferencia del “pensamiento cotidiano”, el “pensamiento sistemático” que caracteriza al experto busca conscientemente la coherencia. Su objetivo es construir un sistema de ideas en el cual la existencia de un concepto no contradice la existencia de ningún concepto relacionado. Conciernen a hacer consistente lo que supuestos y premisas dicen o predicen acerca del mundo real con lo que realmente pasa. Su interés es siempre la comprensión de un dominio entero de fenómenos (Young, 1976).

¹⁰ Se efectuaron observaciones y entrevistas grabadas a 21 “médicos campesinos” –12 mujeres y 10 varones, de una edad promedio de sesenta años- residentes en las localidades de Molinos, Humanao, Tomuco, El Churcal, La Angostura, Colomé, Amaicha, Tacuil, Seclantás, El Colte y El Refugio (Luracatao) (ver Anexo I. Mapa)

¹¹ Las diferencias en las tradiciones de trabajo empírico etnográfico han sido recientemente objeto de consideración por parte de historiadores de la Antropología como George W. Stocking Jr. (1990), quien distingue entre la tradición americana (breves estadías y predominio del registro oral) y la británica (largas estadías y predominio del registro observacional). El autor atribuye estas diferencias a factores políticos y tecnológicos. En Argentina, las dificultades para sostener largos períodos de trabajo empírico en localidades muy distantes de los centros de investigación científica se deberían fundamentalmente a factores económicos.

¹² Al respecto, estudios de las últimas décadas señalan el importante rol que juegan las narraciones e historias acerca de experiencias propias y ajenas en la construcción y transmisión del conocimiento humano. La gente no sólo comunica información vital en forma de historia, sino que también recuerda y aplica historias que han oído a situaciones posteriores. Desde una perspectiva cognitiva, investigadores como Schank y Abelson (1977;1995) las consideran unidades estructurantes por excelencia de la representación y el almacenamiento de la información en la memoria. Mientras la memoria semántica almacena el conocimiento más general acerca del mundo, la memoria episódica es básicamente autobiográfica y contiene conocimiento acerca de

eventos temporalmente datados. Si bien tanto la memoria semántica como la episódica son campos fértiles para los antropólogos y cada uno es apropiado para dar respuesta a diferentes preguntas, las historias almacenadas en una forma streamlined en la memoria episódica tienen un rol central en la construcción y refinamiento de los modelos cognitivos compartidos (Price, 1997)

¹³ Ver Capítulo 2, pp.49-50.

¹⁴ “Lo verosímil es...reducción de lo posible, representa una restricción cultural...de los posibles reales”. (Metz, 1970)

¹⁵ “La Etnografía concierne a la evidencia” Raymond Firth. 11 de Junio de 1999. Alocución en el Research Seminar on Anthropological Theory, Department of Anthropology, London School of Economics and Political Science. Londres. Asistencia en carácter de Academic Visitor, a través de una pasantía otorgada por el FOMECE.

¹⁶ Todos los inconvenientes que representa el uso de los materiales cualitativos como elemento de verificación se transforman en ventajas cuando se los utiliza en la formulación de problemas, clasificaciones, hipótesis, conceptos y teorías, es decir, en el tipo de investigaciones exploratorias. Tanto es el énfasis que se ha puesto en el material cualitativo en los primeros pasos de la investigación que se ha llegado a decir que "el método de casos no es tal método sino simplemente un mero paso del método científico" (Allport en Yin, 1993). A diferencia de lo que ha sucedido en las discusiones de la década del treinta, hoy el método de casos y la estadística no se contemplan como antinómicos, sino como elementos suplementarios o sucesivos dentro de la lógica de la investigación social.

¹⁷ A esta etapa corresponden los informes elevados al CONICET en el período de becaria de Iniciación y Perfeccionamiento (1977-1982).

¹⁸ A esta etapa corresponden los informes elevados al CONICET en el período de becaria de Formación Superior (1983-1985).

¹⁹ Desde el año 1976 e inicialmente en el marco del proyecto "Estudio de la realidad antropológica de la medicina argentina" bajo la dirección del Profesor Emérito Armando Vivante, se realizaron una serie de trabajos en colaboración con Amalia Eguía y María Rosa Martínez, tendientes a la caracterización de enfermedades y recursos terapéuticos locales en base a información obtenida en entrevistas realizadas a "médicos campesinos" y pobladores de la zona.

²⁰ "regiones" según Fabrega (1977a:84)

²¹ En trabajos recientes he explorado las proyecciones e implicancias filosóficas de la teoría pragmática del significado que subyace a gran parte de la metodología etnográfica (Crivos, 1995a, 1995b).

²² Ver Nota al pie 12.

²³ “As an acquired system of generative schemes objectively adjusted to the particular conditions in which it is constituted, the habitus engenders all the thoughts, all the perceptions, and all the actions consistent with those conditions” (Bourdieu, 1977,Cap. 2)

1. MOLINOS EN LOS VALLES CALCHAQUÍES SEPTENTRIONALES

Los Valles Calchaquíes como configuración natural

Los Valles Calchaquíes, ubicados al noroeste de la República Argentina, tienen una orientación norte-sud no exenta de sinuosidades que, en líneas generales, coincide con el meridiano de 66°. Se extienden a lo largo de casi 400 kilómetros, entre los 24° 27'S y los 27° S de latitud, desde la cuesta del Acay al pie del Nevado (5.950 m) hasta la Punta de Balasto, atravesando las provincias de Salta (Departamentos de La Poma, Cachi, Molinos, San Carlos y Cafayate), Tucumán (Departamento de Tafi) y Catamarca (Departamento de Santa María). Desde el cerro Ciénaga Grande se desgaja de la Puna hacia el Valle, el elevado cordón en que se destacan los nevados de Palermo y Cachi.

Dos valles principales integran a los Valles Calchaquíes – el de Calchaquí y el de Santa María o Yocavil – correspondientes ambos a un mismo bolsón, pero surcados por dos ríos de dirección opuesta que confluyen hacia el centro del mismo, al este de la localidad de Cafayate.

La expresión los Valles suele involucrar también, regionalmente, a las numerosas quebradas tributarias que, en conjunto, abarcan unos 25.500 kilómetros cuadrados.

El relieve de los Valles es muy movido, con grandes depósitos de pié de monte – conoides de deyección por arrastre de los torrentes que bajan de las quebradas laterales – y varios niveles de terrazas, excavadas en distintas épocas por el río Calchaquí. En diversos lugares aparecen acumulaciones arenosas formando médanos hacia el centro del valle por la acción del viento, formaciones arrastradas por la erosión – pedregales y relieves de tierras malas

– lo cual permite suponer un clima anterior menos árido y la influencia de un avanzado proceso de desertización actual. El alto valle del río Calchaquí es muy encajado y angosto, apenas alcanza los 1.500 m, pero se va ensanchando hacia el sur de la provincia de Salta alcanzando diez kilómetros en Cafayate. Con respecto a la altura, ésta disminuye progresivamente de norte a sur, en una pendiente muy acentuada que va de 3.500 metros en el Saladillo a 1.710 metros en San Carlos.

Los ríos ordenan la vida en los Valles. En un área donde las precipitaciones son escasas, sus aguas son las únicas fuentes de vida. Regulan con su caudal las dimensiones de los campos de cultivo, aportan mayor riqueza al tapiz vegetal, y de ellas depende, en última instancia, la localización y magnitud de la población. En la región predomina el matorral o la estepa arbustiva xerófila. También hay bosques marginales de Algarrobos o de sauces, árboles típicos de la provincia del monte. Desde el punto de vista fitogeográfico esta provincia se halla representada en el fondo de los valles, y a mayores alturas las provincias de la prepuna y puna. (Cabrera, 1976).

El río Calchaquí y sus afluentes deben su caudal a los deshielos tardíos de comienzos del verano, reforzados por el aporte de las lluvias. Estos dos factores y la gran pendiente del cauce explica la violencia de las corrientes de agua que arrastran enorme cantidad de materiales aluvionales, incluyendo piedras de gran tamaño que acrecientan la labor erosiva de este río de régimen torrencial. Estas características del régimen de los ríos, ponen en riesgo esporádicamente la seguridad de las poblaciones establecidas sobre las terrazas fluviales¹.

Breve historia del asentamiento humano en los Valles

Diversas culturas andinas preincaicas se instalaron en los Valles Calchaquíes a través del tiempo. Su conocimiento de las prácticas del regadío facilitó la sedentarización y conformación de grupos cada vez más numerosos.

Es así que los Valles registran un poblamiento humano continuo a lo largo de, al menos, dos mil quinientos años. A partir de la primera exploración arqueológica sistemática realizada en el yacimiento de La Paya en 1906 por Juan B. Ambrosetti y de los trascendentes descubrimientos de las ruinas de Quilmes y de Tolombón estudiadas en 1944 por Francisco de Aparicio, se cuenta con evidencias de la presencia de fuertes concentraciones de población indígena que hallaban en los suelos agrícolas de los vastos conos de deyección y en parte de las terrazas fluviales las condiciones para su subsistencia. El registro arqueológico da cuenta de la existencia de especies como maíz (*Zea mays*), quinoa (*Chenopodium quinoa*), poroto (*Phaseolus vulgaris*), papa (*Solanum tuberosum*) oca (*Oxalis tuberosa*), zapallo (*Cucurbita sp*) y pimiento (*Capsicum Annum*) y de los altos niveles de producción cerámica y textil alcanzados por estas poblaciones.

Dos características son resaltadas reiteradamente por los europeos desde los primeros intentos de ingresar al valle. La primera es que se trata de tierras fértiles donde se practica la agricultura. Así lo afirman, entre otros, el padre Darío: "*La provincia de Calchaquí que está como a 40 leguas de San Miguel está en un valle muy fértil, aunque llueve en él muy raras veces tiene muy buen temple había en ella nueve o diez mil almas infieles*"², Sotelo de Narváez: "*la tierra que siembran, que es mucha, de los dichos valles [es] extrañamente fructífera*"³ y el obispo Cortazar: "*tiene de distrito 30 leguas poco mas o menos hay en el mas de 15 mil almas, es muy fértil para sementeras, y así los indios son grandes labradores*"⁴. La segunda característica es la dificultad para acceder a estos valles que los conquistadores calificaron de "inaccesibles". Los gobernadores y capitanes generales valoraron el encierro en su verdadera dimensión. Los Valles Calchaquíes conformaban un espacio de difícil acceso desde el exterior y de fácil defensa desde su interior, y así lo manifiesta el gobernador Don Alonso de Mercado: "*En el valle de Calchaquí de esta provincia pues es un espacio fértil, defendido por todas partes, y inaccesible, asperezas de montañas, en donde se ha conservado sin sugestión, ni reconocer obediencia, el numeroso gentío*

*de indios*⁵". También el gobernador Lucas de Figueroa y Mendoza, en su informe de 1662, detalla lo dificultoso que resulta para los españoles entrar en este valle: "*porque sus tierras son valles templados, muy fértiles y inaccesibles por los cerros que los rodean, que para ellos todos son llanos y naturales, y para los españoles son siempre escabrosos y destemplados por sus nieves, inaccesibles por naturaleza*" (Hoyos, 1999).

Existen diferentes opiniones acerca del significado de los términos que designan a los antiguos pobladores del área, "Diaguita" o "Calchaquí". El rótulo "Diaguita" es una denominación genérica que aglutina e identifica a un gran número de parcialidades⁶ que poseían una unidad lingüística: el kakan. Al cronista Alonso de Barzana (1595) se le atribuye un léxico sobre el vocabulario kakan manuscrito que fue extraviado en el siglo XIX, lo que impidió el conocimiento del grupo lingüístico local y su relación con el keshua y el aymara. De acuerdo a este cronista, el kakan, el sanavirón y el tonocoté eran las tres lenguas indígenas del noroeste argentino, incorporándose posteriormente el keshua introducido por los Inkas (Lafone Quevedo, 1927) y el Aymara que penetró desde el altiplano con anterioridad a la expansión del Tawantinsuyu. Según Bertonio (1937), el término "Diaguita" proviene de una voz Aymara que significa algo así como "*lugar que está en los confines del mundo*", lo que nos conduce a suponer la visión que de estos valles del noroeste argentino se tenía desde el altiplano Aymara. En relación al vocablo "Calchaquí", se trataría de una deficiente transcripción al castellano cuya filogenia ha merecido diversas interpretaciones. La más plausible, que respeta la supuesta sucesión cronológica entre "lo Aymara" y "lo Keshua" en la región, refiere al significado que en estos idiomas de las Tierras Altas comparte el término: "*lugar de los que están enojados, o lugar de los doblemente bravos, o dos lugares con enojados*" (Raffino, 1983). La palabra Calchaquí aparece por primera vez en una carta de Aguirre de 1556, para luego ser utilizada con frecuencia a partir de 1562, fecha del primer gran levantamiento indígena encabezado por Juan Calchaquí, curaca de Tolombón (Tarragó, 1984). Según el cronista Padre Alonso de Barzana (1595), misionero de la Compañía de Jesús, este vocablo refiere al cacique homónimo "*...que por ser valiente un*

indio llamado Calchaquí, vino á dar nombre á aquel valle de treinta leguas...". Las crónicas españolas señalan que, entre 1543 y 1660, en el valle Calchaquí había 20 núcleos o parcialidades, que habitaban espacios físicos propios, con los nombres de los cuales solían identificarse. Entre ellas, la de Diego de Torres (5 de abril de 1611) destaca: *"...ay en este valle indios de varias naciones, pero tres son las principales, Calchaquíes, Pulares y Diaguitas..."* (Raffino, 1983)

Estos grupos se situaban desde la cabecera septentrional del valle, al pié del Nevado del Acay, hasta el sur del pueblo de Tolombón. Abarcaban valles, quebradas y faldeos laterales a Calchaquí, como los de Payogasta, Cachi Adentro, La Paya, Seclantás Adentro, Brealito, Luracatao, Colomé, Amaicha, Tacuil, La Campana, La Despensa, Roselipa, Compuel, Jasimaná, Pucarilla, Escolpe, Isonsa y Amblayo.

La documentación etnohistórica provee referencias a los aspectos demográficos desde las primeras crónicas, como la de Sotelo de Narváez, que ofrece las estimaciones más bajas aludiendo, posiblemente, a la gente de Juan Calchaquí: *"...respecto que obedece a este valle y otros de su comarca a un señor que señorea todos los caciques y mas de dos mil é quinientos indios y están los indios en muchas parcialidades..."*. Según Diego de Torres, para 1609 el valle tenía *"... entre 9 y 10 mil indios infieles... de varias naciones."* Aludiendo a los enfrentamientos con los pobladores nativos, el gobernador Albornoz estima para el valle Calchaquí en 1631 la presencia de 4000 indios de guerra y más de 12.000 almas. Figueroa y Mendoza , relata las luchas que tuvo Mercado de Peñaloza *"que en nueve pueblos alistaba 400 indios de pelea..."* (Raffino, 1983:837).

Durante el conflictivo período Hispano-Indígena (1543-1660) esta área padece una verdadera "sangría" demográfica como consecuencia de los extrañamientos, encomiendas y trabajo en minas, así como de la tenaz resistencia de los indígenas al avance de los conquistadores. (Raffino, 1983).

Desde las primeras entradas de los conquistadores y por más de un siglo se suceden las grandes rebeliones calchaquíes. La confederación de Juan Calchaquí, muerto hacia 1612, su sucesor Agustín Calumín y el "*Gran Alzamiento*" promovido por Pedro Bohorquez, en que fueron destruidas dos residencias estables que permanecieron entre 1643 y 1658, atestiguan las enormes dificultades que tuvo la penetración hispánica en los valles. La pacificación de estos pueblos sólo fue lograda mediante la drástica medida del extrañamiento. Así por ejemplo, desde el valle inferior del Santa María hasta una reducción cercana a Buenos Aires fueron trasladados por la fuerza los bravíos Quilmes, donde ya se habían extinguido a principios del siglo XIX.

Hacia la segunda mitad del siglo XVII los españoles han conseguido asentarse firmemente. Para 1673 F de Olea, señala la cantidad de 2014 calchaquíes reducidos en el valle de Lerma. (Raffino, 1983:840).

Para el año 1760, la Carta Anua del padre Ruíz (en Raffino,1983:841) evidencia que el despoblamiento del valle y el extrañamiento de los indígenas aún continúa. En uno de sus pasajes y refiriéndose al paraje Los Molinos estima que "*hay 100 indios calchaquíes de tasa perteneciente a la encomienda de D. Domingo de Isasmendi. De manera que de 40.000 indios que tenía el valle y sierra de Calchaquí sólo se conservan las reliquias de los Quilmes en Buenos Aires, Calchaquí en Santa Fé, algunos pocos Choromoros, otros del pantano, hacia Londres...*".

Las crónicas y los datos aportados por los estudios arqueológicos permiten estimar para el siglo XVI, una cifra de 40.000 habitantes en el valle Calchaquí (Raffino, 1983:842). Los conocidos estudios sobre demografía aborígen de Rosenblat (1954) y Difrieri (1961) el primero tomando datos de Antonio Serrano, elevan esta cifra a alrededor de 53.000 habitantes. A la luz de estas fuentes y de los resultados de sus estudios arqueológicos en El Churcal y en el poblado aledaño de San Isidro, para los cuales estima una población de 3 mil a cuatro mil habitantes, Raffino (1976;1983) concluye que para el valle

Calchaquí-Santa María las cifras serían mucho mayores que 10.000 habitantes.

El mismo autor señala que, tras el largo período hispano-indígena, caracterizado por las "sangrías demográficas", debieron pasar más de 200 años para que el valle Calchaquí recobrara en parte su potencial demográfico original. *"Un manuscrito hallado en la Municipalidad de Molinos...menciona para el año 1884, una población de 6.500 habitantes para el Departamento (que incluía Seclantás, Banda Grande, El Churcal, Luracatao, Tacuil, Amaicha, Molinos, Fomanco, Úmanáo, Tras la Loma, Sta. Rosa, Tiopampa, Esquina, Colomé, Brealito, Seclantás Adentro, Gualfín y Rumibola), los cuales cultivaban "2749 cuadradas cuadradas"(todas ubicadas en el fondo del valle); y poco más de 20.000 almas para todo el valle Calchaquí (Libro de Actas de la Municipalidad de Molinos; MS). Similares cifras se observan en los libros parroquiales de la misma localidad"* (Raffino, 1983:841).

El reparto de tierras y la distribución de indígenas en encomiendas es el medio del que se valdrá siempre la Corona para mantener sujetos a su obediencia a los encomenderos. Este hecho y el comienzo de una economía no totalmente cerrada, establecieron pautas que en cierta medida aún se mantienen. Es así que a partir de la ocupación española y durante el período colonial la mayor parte de la tierra concedida en propiedad es patrimonio de un grupo de familias favorecidas por mercedes reales (Montes, 1961-1964).

El tipo de asentamiento y acceso a la tierra – bajo la modalidad de encomiendas – se continúa en las fincas actuales como forma de organización del espacio, de la producción y de la articulación social en la zona. El proceso histórico que ha generado esta modalidad, se basó en la preexistencia de una población indígena abundante y organizada en comunidades agrícolas y pastoriles. La nueva organización española trasladó los núcleos poblados al fondo de los valles de los ríos, obligando al abandono de los asentamientos en los cerros. De allí deriva una organización social jerarquizada, en la que los

indígenas integran la servidumbre, preservando un cierto grado de cohesión interna y elementos sustanciales del patrón cultural (Lorandi, 1988, 2002). En corto tiempo se genera un decisivo número de mestizos.

Los descendientes de españoles, rápidamente acriollados, constituyen una especie de aristocracia rural que perdurará con ligeras variantes. Su base física son las "fincas"⁷, de las que destinan una parte de sus tierras a la producción agrícola de valor comercial y otra a asegurar la subsistencia de su población, desarrollando simultáneamente una industria artesanal. Aparte de la razones estratégicas y ecológicas, los poblamientos indígenas se sustentaban en un elaborado sistema de riego que permitía la utilización de las laderas de los cerros. Los terrenos dedicados al cultivo del maíz (*Zea miz*), la papa (*Solanum tuberosum*), las hortalizas y frutales, así como a la cría de caprinos, constituían la base de su subsistencia. Junto a ellos se extendían los campos destinados a la economía comercial; unos producían la valiosa alfalfa para abastecimiento del ganado en pié, rumbo a Chile o al Alto Perú, en tanto otros aseguraban la producción de vacunos, caballares, mulares, ovinos y asnales. El hilado de buenos tejidos y la preparación de charqui y chalonga completaban la actividad comercial. Las dificultades para el traslado a las ciudades retuvieron a los propietarios de las fincas en los Valles. Es por ello que sus viviendas, conocidas localmente con el nombre de "salas", son construcciones sólidas y confortables.

La producción en las fincas se sostiene en gran medida en los sistemas tradicionales de utilización de mano de obra muy barata bajo la forma de arrenderos, medieros y pastajeros, sistemas que permiten que la inversión de capitales no sea muy importante. Estos sistemas tradicionales de utilización de mano de obra consisten de algún modo en contratos de hecho, no estipulados legalmente pero sí sancionados por el consenso y el uso tradicional. El sistema de arriendo consiste en la utilización de una parcela para la producción familiar a cambio del trabajo en las tierras del dueño. Esto fuerza de hecho a un incremento de las tareas de los otros integrantes del núcleo co-residencial. Las diversas formas contractuales en uso en la zona: arriendo, mediería y pastaje

pueden mantenerse en la medida en que aparezcan combinadas con una organización doméstica casi autosuficiente. Los arriendos y pastajes son ocupados, en términos generales, por varias generaciones, e inclusive las fincas se venden o transfieren con arriendos incluidos. Resabio del "encomendado" que se ha ido transformando en una especie de derecho reconocido. Actualmente algunas fincas comienzan a combinar este sistema tradicional con un tipo de explotación empresarial que implica no sólo un cambio en el volumen de la producción sino también la reestructuración de la misma, aplicando mayor inversión de capital, incorporando nuevas tecnologías y el contrato de mano de obra. De todos modos el sistema tradicional sigue siendo dominante. La dependencia de una sola persona, el patrón, y las relaciones establecidas con el mismo, reforzadas por mecanismos culturales como el compadrazgo, fortalece las relaciones personales y de parentesco entre los habitantes de la finca, cohesionados por la reciprocidad y el sentido de pertenencia territorial marcado por los límites de la propiedad que los identifica y diferencia de otros grupos (Garreta, M. y M. F. Solá, 1992-93).

El asentamiento y el modo de producción en las fincas, hoy, están estrechamente relacionados con las condiciones ecológicas de la zona: las tierras cultivables se presentan de un modo discontinuo, dependiendo de la combinación de ciertas variables ambientales: pendiente, tipo de suelo, irrigación y abrigo. Las "fincas", basan su eficacia en la propiedad del agua y en la disponibilidad de mano de obra abundante.

La finca abarca en su extensión distintos tipos de ambientes: valles, serranías aledañas donde se ubican los arriendos y los potreros de pastajes enclavados en lo alto del cerro, donde se practica la ganadería en pequeña escala de cabras, ovejas y llamas. La superficie cultivable es discontinua y la siembra se hace en "potreros" que suelen oscilar entre media y tres hectáreas. El pimentón (*Capsicum annuum*) es, en las últimas décadas, el cultivo de mayor valor en la conformación del producto bruto local. También adquieren creciente valor comercial: el comino (*Cuminum cyminum*), la vid (*Vitis vinífera*), la cebolla (*Allium cepa* L.), el trigo (*Triticum sp.*), los porotos

pallares (*Phaseolus lunatus*) y la alfalfa (*Medicago sativa*), algunos de los cuales se utilizan como cultivos alternativos y rotativos a fin de restituir la potencia productiva de los terrenos.

Superpuesto y combinado al sistema de producción en la finca, funciona el sistema económico de subsistencia que tiene como eje a los grupos domésticos co-residenciales. En ellos adquieren además cierto desarrollo las actividades artesanales principalmente el hilado y el tejido en telar.

En el desarrollo de las formas de asentamiento de la población pueden apreciarse diferencias en la magnitud de los pueblos y en la naturaleza de su zona circundante. Los nacidos al amparo de una reducción, como Cafayate presentan un espacio más regularmente distribuido, mientras que los originados en una finca, como Cachi y Molinos, aparecen ceñidos en su crecimiento por los campos de la gran propiedad. *“Molinos y Cachi son típicamente feudales; se forman, crecen y desarrollan en torno de la Hacienda de su dueño, y de ellos dependen. Para completar esto voy a transcribir unas frases de Dávalos: ‘El caserío está enclavado como en un feudo, en la hacienda de Cachi, cuyo propietario es dueño por derecho inveterado, del suelo que ocupan los solares urbanos y hasta del agua que utiliza una población de casi quinientas...”* (Ardissone, 1949).

La distribución de la población mantiene, en general, los lineamientos indígenas: una estructura semiurbana, caracterizada por pueblos agrarios asociados a los campos cultivables, y familias extensas – incluyendo servidumbre, bajo un régimen paternalista – en las fincas agrarias. La persistencia de las antiguas estructuras genera un cierto equilibrio entre el peso de los distintos pueblos: no encontramos un centro dominante, sino sólo pueblos más importantes, como Santa María, Cafayate, Cachi o Molinos que son, por otra parte, cabeceras administrativas. Los pueblos muestran, en general, mayores rasgos culturales hispánicos, mientras las áreas rurales y la montaña conservan con mayor vigor los rasgos indígenas.

La posición de los valles -camino natural entre el Tucumán, Cuyo y Chile y hacia el Alto Perú- incidió de manera rotunda en sus características. El tráfico e internada de mulas entre La Rioja, Catamarca y el Alto Perú o el paso limitado de ganado desde Molinos – en la puerta de la quebrada de Luracatao – hacia la localidad chilena de Copiapó, en cierto modo se ajustaba al antiguo “camino del inca”. El trazado del ferrocarril, hace apenas un siglo, valorizó en cambio el “camino del llano”, ubicado más al este, dejando aislados a los valles de las corrientes comerciales. Este hecho contribuyó al mantenimiento de un modo de vida tradicional y, por ende, a la existencia de un rico patrimonio folklórico.

Podría decirse que la población actual es producto de una larga historia de contactos interétnicos que integra componentes culturales indígenas e hispanos, lo cual confiere a los valles una fisonomía muy definida aunque no homogénea.

El relativo aislamiento y la pérdida de importancia económica desalentaron la inmigración y promovieron la emigración. La falta de trabajo ha conducido a gran parte de su población a migrar hacia otras áreas más bajas como las plantaciones tropicales, al valle de Lerma o a la ciudad de Salta.

Si bien la agricultura es la actividad fundamental en los valles, su carácter estacional requiere durante el verano mayor número de mano de obra, que en otras estaciones se traslada a la zafra azucarera o a los tabacales. Durante el invierno los pastores se desplazan a los terrenos de altura tras los ganados, que pastaron en los rastrojos al fin del período estival.

La economía de los valles indica un dualismo no superado. Encontramos por una parte una economía agrícola de subsistencia, con producción artesanal de algunos artículos de consumo, como la aloja, chicha, vinos, quesos, a los que se agregan tejidos, cerámicas y muebles. Por otra, una economía comercial basada en el viñedo y la tradicional producción de vinos regionales, la plantación de pimentón, ají, frutales y tejidos. La ganadería atiende más a proporcionar lana y cueros que carne, destinada sólo al consumo local. Una

incipiente producción minera surge con la explotación de la mina de uranio Don Otto, inactiva en la actualidad. También fueron abandonados los cultivos de piretro y algunas aromáticas - como la lavanda y la menta – emprendimientos que inicialmente se integraron en los circuitos de comercialización convencional.

El turismo es una actividad relativamente nueva – crece a partir de la década del sesenta – que repercute en el campo económico y actúa como transformadora de costumbres. La producción económica orientada al turismo, que en cantidad creciente se proyecta desde Salta, requiere acentuar su carácter semiartesanal, a fin de asegurar la satisfacción de una demanda de productos que conjuguen rusticidad y calidad. En este esquema se insertan la producción de vinos, los alimentos, los arropes de uva y algarrobo, el dulce de cuaresmillo, los machacados de duraznos, orejones, pasas, alfajores o los barracanes, mantas, puyos, ponchos, y tapices.

Las condiciones del suelo y climáticas favorables – temperatura, insolación, escasas precipitaciones y nubosidad –, permiten obtener excelentes tipos de vinos que, por su procesamiento, son equiparados a los mejores de Europa. Tacuil, Amaicha y Colomé son algunas de las fincas cuyas bodegas de tipo artesanal producen a pequeña escala vinos de alta calidad, que se exportan a Francia e Inglaterra.

El turismo ha incrementado la actividad textil. Poco a poco se van incorporando diseños y decoraciones no tradicionales, sin que disminuya la calidad de sus productos. La elaboración de tapices, alfombras y mantas tiene importancia en San Carlos y Cafayate, así como en Molinos y Luracatao, donde además se tejen los clásicos barracanes.

La calidad de vida de los pobladores del valle no ha mejorado en forma acorde a estos desarrollos. Los registros sanitarios para la región aún ofrecen altos índices de natalidad, morbilidad y mortalidad, especialmente infantil. La

insuficiencia de servicios sanitarios y educativos, acentuada por la alta dispersión poblacional, se ve morigerada en alguna medida en los pueblos.

Molinos. Un asentamiento en los Valles Calchaquíes salteños

En el centro de los Valles Calchaquíes de la provincia de Salta, a 2020 metros sobre el nivel del mar y a 200 km al sudoeste de su capital, está localizado el pueblo de Molinos, cabecera del departamento homónimo (Anexo II).

Su población, a diferencia de la de otros núcleos vallistas, se halla algo retirada del río Calchaquí, asentada frente a la confluencia de los ríos Luracatao y Amaicha, que forman el río Molinos. Los ríos Amaicha y Molinos, que limitan al asentamiento, han ido elevándose y sus depósitos produciendo una ancha playa, en desmedro de las márgenes del pueblo. A estas transformaciones del paisaje alude con frecuencia la narrativa de sus pobladores: "*... Antes el pueblo era muy grande, pero el río trae como arena y nos está enterrando. Ya estamos a nivel del río, antes cuando era como Normita (su nieta) el pueblo estaba alto y el río bajo ...*" (B.Z., Tomuco).

Acorde al rasgo común del clima en los valles: la aridez, en el Departamento de Molinos el promedio anual de precipitaciones asciende a 165,8 mm. Se registra una marcada disminución de las lluvias durante los meses de otoño e invierno – de abril a octubre –, y un notable aumento durante el verano (85%) en el período diciembre-marzo, época de máxima temperatura e insolación, lo que determina una elevada evaporación del agua y un menor aprovechamiento de la misma por el suelo. Las lluvias son de tipo torrencial; esto causa un proceso de erosión de los suelos y la producción de corrientes rápidas en los cauces de los ríos temporarios que arrastran grandes cantidades de escombros.

Estas propiedades de las corrientes fluviales: potencia, fuerza, propiedad de acarreo, adquieren para los pobladores muchas veces, un valor positivo en

tanto facilitan ciertas tareas: "...El río antes...leña, cómo sabía traer a la playa! uh! parvas sabíamos tener!, apilados los montones, para acarrear era!. Toditos cuando amanecía venían a buscar leña, teníamos miedo que le lleve a la leña cuesta abajo!..." (A.R., Tomuco).

El invierno es benigno, con heladas escasas que se inician en mayo, precedidas por días de fuertes vientos. Es grande la amplitud térmica diaria. Esto es válido para el ambiente del valle en su parte baja, ya que las condiciones térmicas en las serranías y áreas elevadas son muy distintas (Valencia et al., 1970).

De particular importancia durante un largo período de la historia posterior a la Conquista, Molinos es uno de los más antiguos asentamientos del Valle. Las primeras noticias datan de 1659, año en que existía ya un pequeño oratorio perteneciente a la Hacienda de Tomás de Escobar, quien era encomendero de los pueblos de Chicoana y Atapsi, con ciento ochenta y dos indios. Años más tarde, el Mariscal de Campo Diego Diez Gomez, Teniente Gobernador de Salta de 1686 a 1697, funda la Hacienda de Molinos, centro de la encomienda de indios Pulares y Tonocotés de "San Pedro Nolasco de los Molinos de Calchaquí" (Crivos, 1978). El nombre del paraje Los Molinos reaparece en una Carta Anua del 22 de noviembre de 1760 en que se alude al repartimiento de los indios que hizo Mercado y Villacorta.

Molinos es hoy una pequeña comunidad que participa de los rasgos típicos del resto de las poblaciones vallistas. Su población, producto del mestizaje indígena-español asciende a 505 habitantes y 5074 para el Departamento del mismo nombre, según el Censo Nacional de Población y Vivienda del año 1991.

El relativo aislamiento geográfico, y fundamentalmente la inexistencia o precariedad de ciertas "condiciones antropogeográficas o sociales (comunicaciones, inmigración, proximidad de grandes ciudades, actividad

industrial, etc.)" (Cortazar, 1944a:255) contribuyen a la persistencia de formas tradicionales de vida (Crivos, 1978).

La zona de influencia del pueblo de Molinos abarca, entre otras, las localidades de Humanao, Tomuco, El Churcal, La Angostura, Colomé, Amaicha y Tacuil, estas últimas ubicadas a orillas del río Amaicha (Anexo I. Mapa). La actividad de su población dispersa se focaliza en las tareas de las "fincas" respectivas.

La actividad económica se centra en la agricultura y ganadería en pequeña escala, siendo los cultivos principales los del pimiento y el comino, que han recibido gran incremento en los últimos años. En menor medida se cultiva el maíz, trigo y alfalfa. La tecnología empleada es aún rudimentaria y las características de los sistemas de riego impiden un mejor aprovechamiento de las superficies cultivables. La ganadería está integrada especialmente por ganado caprino, lanar y vacuno. En el ámbito doméstico estas actividades se complementan con la producción de artesanías tradicionales, destacándose la confección de tejidos. "En los últimos 10 años, parte de la producción y comercialización de la lana y los textiles se realiza a través de un nuevo emprendimiento, una cooperativa que nuclea a varias UD del valle y el cerro. La Asociación de Artesanos y Productores San Pedro Nolasco de los Molinos y el Criadero Coquena de vicuñas en semicautividad constituyen la alternativa actual que promueve la sustentabilidad de esta actividad tradicional" (Teves, 2002)

La rutina de la población se altera, a lo largo del año, en ocasión de festividades relacionadas con el calendario religioso, las que congregan a los habitantes del pueblo, de localidades cercanas y a quienes migraron a las ciudades, para los oficios realizados en la iglesia de Molinos y otras actividades en las que es posible reconocer, por sus manifestaciones religiosas y profanas, su origen en antiguas tradiciones regionales. Así por ejemplo, la fiesta de Nuestra Señora de la Candelaria, el carnaval, el novenario y festividad de Nuestra Señora del Valle, para citar algunas de las celebraciones más

relevantes en la vida de la comunidad, testimonian la vigencia de tales costumbres (Anexo II).

Como cabecera de Departamento, el pueblo es asiento de instituciones que cumplen funciones de administración del gobierno provincial. En los últimos treinta años se realizaron obras de infraestructura vial (camino de entrada y salida al pueblo) y de servicios (provisión de agua potable y energía eléctrica). Hoy Molinos presenta una fisonomía completamente diferente a la de la década del 70, en que inicio mi investigación. Los Potreros de una antigua finca, que hace 20 años se ubicaban en las márgenes del pequeño pueblo, son asiento de un conjunto homogéneo de viviendas construidas con fondos gubernamentales. El pueblo en este período ha duplicado su población, fenómeno que requiere una explicación a la luz de una evaluación de las transformaciones socio-políticas de la última década y su impacto en la región. Las instituciones educativas y sanitarias se han visto incrementadas en número y calidad de servicios. El único establecimiento educativo de entonces, alberga en la actualidad no sólo a la escuela primaria en el turno mañana sino a una escuela secundaria con doble turno. Asimismo se crea un Jardín de Infantes en un edificio contiguo. La posibilidad de acceso a la educación pública a nivel secundario condujo al desplazamiento hacia el pueblo de Molinos de jóvenes de otras localidades del Departamento para los cuales se crea un Albergue. En relación al comercio, además de los típicos almacenes de ramos generales y bares, se han instalado pequeños locales en los que se pueden adquirir ropas, golosinas, frutas y verduras, audio y electrodomésticos. Se han habilitado pensiones y una hostería que alberga a los turistas, extranjeros. en su mayoría, que recorren los Valles.

En el área de la salud Molinos cuenta con una Estación Sanitaria Provincial con dos médicos permanentes y una sala de internación con 10 camas. En los últimos veinte años, se integran nuevos servicios – odontología, análisis clínicos – ampliándose, en consecuencia, la planta de profesionales. También se establecen puestos sanitarios en diferentes localidades del departamento a fin de atender a la población dispersa de las fincas cercanas (Anexo II). Estos

son visitados una vez a la semana por los médicos de la Estación Sanitaria y el resto de la semana están a cargo de un agente sanitario.

La instancia inicial para la derivación de pacientes cuya atención requiere de recursos para el diagnóstico y tratamiento de mayor complejidad que los disponibles en la Estación Sanitaria de Molinos, es el Hospital Regional de Cachi y, en última instancia, se los deriva a especialistas o a centros de mayor complejidad de la ciudad de Salta. El acceso de la población a estos establecimientos es limitado debido, en algunos casos, a las grandes distancias a recorrer y la ausencia de medios de transporte adecuados y, en otros, a dificultades de índole económica o laboral que hacen que resulte sumamente difícil, sino imposible, el traslado.

Esta situación coadyuva a la persistencia y vigencia de tradiciones médicas locales, sobre todo entre los pobladores de las fincas, así como también explica el uso oportunista y pragmático de los recursos de la medicina oficial. Es frecuente que al hospital se acuda cuando se está o se pasa por el pueblo en ocasión de algún otro trámite, o cuando el tipo de enfermedad o la gravedad de sus síntomas requieren la consulta a un recurso médico alternativo a los ya disponibles por la arraigada tradición médica de la región.

La medicina tradicional ofrece interpretaciones plausibles de las circunstancias que dan origen a la enfermedad en los valles, así como respuestas adecuadas para enfrentarla. En ella, las características y profundidad histórica del medio natural y social en que se desenvuelve la vida de la gente de la región adquiere relevancia. Son los desajustes en relación a ese medio los que deben ser resueltos. Mientras la ciencia médica occidental los desconoce, la medicina local centra en ellos sus disquisiciones. De ello deriva la coherencia y completitud que adquiere el sistema médico tradicional bajo la mirada de los pobladores del valle.

Notas Capítulo 1

¹ **Los Valles Calchaquíes.** 1977. En: *El país de los argentinos*, N° 28, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina.

² Padre Darío de Misión Calchaquí. Carta Anua de 1609.

³ Sotelo de Narváez, [1583] 1885 Relaciones Geográficas

⁴ Carta del Obispo de Tucumán Julián Cortazar al rey de España. Salta 16 de noviembre de 1622.

⁵ Mercado y Villacorta 1659-70.

⁶ Los cronistas designaban genéricamente con este término a todos los pueblos valliserranos de las actuales provincias argentinas de Salta, Tucumán, Catamarca y La Rioja , así como los ubicados en el norte Chico de Chile.

⁷ Finca se llama en Salta a la propiedad rural agrícola (Dávalos, 1937:36)

2. LA MEDICINA TRADICIONAL COMO OBJETO ANTROPOLÓGICO

Viejas costumbres médicas

La enfermedad en el contexto de la cultura

Los primeros estudios, que Hughes (1968) engloba bajo el rótulo de "etnomedicina", abordan *"aquellas creencias y prácticas relativas a la enfermedad que son producto del desarrollo cultural indígena"* y dan comienzo al interés de los antropólogos por los sistemas médicos no occidentales. Desde los primeros trabajos de campo los antropólogos recogen datos sobre creencias médicas de las poblaciones estudiadas, del mismo modo y con el mismo propósito que recogían datos sobre todos los demás aspectos de la cultura, esto es, para tener un registro etnográfico lo más completo posible.

La enfermedad como problema cultural y su solución, la medicina nativa, se consideran en el marco de sus relaciones con otros aspectos de la cultura. Así Rivers (1924), pionero de este enfoque, basa su propuesta en dos proposiciones (Wellin, 1977). La primera, que las prácticas médicas primitivas derivan de ideas definidas respecto a las causas de la enfermedad. La segunda, que ambas son parte de la cultura y constituyen una institución social, pudiendo ser estudiadas en esos términos. El modelo conceptual básico de Rivers consiste en tres variables, de las cuales una es independiente o causal: la cosmovisión del grupo estudiado. Categoriza esa variable en tres clases: mágica, religiosa y naturalística, cada una asociada con un conjunto de creencias y modos de conducta que constituyen las otras variables. A una cosmovisión mágica corresponde la creencia en que la enfermedad se debe a una manipulación mágica de fuerzas y la práctica adecuada para tratar la enfermedad es la hechicería. A una cosmovisión religiosa corresponde, en el modelo de Rivers, la creencia en que la enfermedad es debida a fuerzas

sobrenaturales y la práctica adecuada será la propiciación a esas fuerzas. Por último, a una cosmovisión naturalística corresponde la creencia en que la enfermedad es debida a un proceso natural o a relaciones causa-efecto entre fenómenos naturales, y la práctica o conducta adecuada será el tratamiento naturalístico.

Aunque el modelo conceptual de Rivers es esencialmente estático, considera a sus variables en una escala gradual de susceptibilidad al cambio. La variable de la cosmovisión es relativamente fija; las creencias acerca de la naturaleza y causa de la enfermedad son menos permeables a la modificación y las prácticas médicas son más susceptibles al cambio. Sin embargo, en su planteo, las prácticas médicas son fundamentalmente producto de creencias que a su vez derivan de una cosmovisión. Como lo puntualiza Foster (1978a), de Rivers se ha tomado la errónea idea de que la religión, la magia y la medicina están siempre íntimamente ligadas, de modo que cada una sólo puede ser estudiada en función de las otras.

Como aproximación derivada de la escuela culturalista boasiana, la Universidad de California publica, en 1932, el trabajo de Forrest Clements *Conceptos primitivos de la enfermedad*. En el mismo el autor clasifica los conceptos sobre las causas de la enfermedad entre los pueblos primitivos en cinco categorías: hechicería, quebrantamiento de tabúes, intrusión de un objeto, intrusión de un espíritu y pérdida del alma. Luego intenta dar cuenta de la distribución mundial de los rasgos aislados mencionados en la literatura y, sobre la base de esta distribución, infiere secuencias temporales relativas y rutas a través de las cuales cada uno de los rasgos aislados se difunde.

Wellin critica la clasificación de Clements, señalando que si bien dos de los rasgos pueden ser categorizados como causas, los otros tres (intrusión de un objeto, intrusión de un espíritu o pérdida del alma) no son causas sino mecanismos que resultan de la acción de seres sobrenaturales. En su evaluación del modelo conceptual de Clements, Wellin considera que éste no plantea relaciones funcionales entre los cinco rasgos ni entre éstos y los otros aspectos de la cultura. Sin embargo, la innegable contribución de Clements al

campo de la antropología médica consistió en documentar la distribución mundial de los conceptos referidos a la enfermedad.

En una serie de trabajos escritos en la década del 40 Ackernecht presenta su punto de vista a través de cinco generalizaciones. La primera, que la unidad de análisis en antropología médica no es el rasgo aislado, sino la configuración cultural total de la sociedad y el lugar que el aspecto médico ocupa en esa totalidad. La segunda, que no hay una medicina primitiva, sino varias medicinas primitivas, quizás tantas como culturas primitivas. La tercera, que los rasgos que constituyen el aspecto médico están funcionalmente interrelacionados. La cuarta, que la medicina primitiva es mejor entendida en términos de creencias y definiciones culturales, es decir, sin considerar factores biológicos, epidemiológicos, ambientales o de la cultura material. La quinta, que las manifestaciones de la medicina primitiva constituyen formas de medicina mágica.

Esta concepción "culturalista" prevalece en las investigaciones del campo de la antropología médica durante las décadas del 40 y 50. Según Wellin, el modelo conceptual de Ackernecht se limita a dos variables; la variable dependiente es el complejo de conductas y creencias médicas, que es explicado en términos de una variable independiente global que es la configuración cultural total de la sociedad.

Las obras de Clements, Rivers y Ackernecht constituyen los antecedentes más importantes de la corriente denominada Etnomedicina que, según Foster, agrupa el cuerpo de conocimientos y metodología que han resultado del interés de los etnógrafos en la medicina primitiva. Desarrollos posteriores de esta corriente, en el marco de los estudios en el campo de la Antropología Cognitiva de la década del 60, toman como objeto las taxonomías nativas – clasificaciones de la enfermedad y otros componentes del dominio de las medicinas vernáculas – aportando una metodología para el abordaje de los aspectos ideográficos de las estrategias de diferentes grupos humanos frente a la enfermedad.

Por otra parte, autores como Fábrega (1977c) definen más ampliamente el campo de la etnomedicina como el estudio de las instituciones médicas y de la manera en que los individuos tratan la enfermedad y la dolencia a la luz de su perspectiva cultural. El objetivo de la ciencia etnomédica sería el análisis comparativo de esas costumbres.

A excepción de los estudios etnomédicos realizados como parte de los estudios etnográficos, la mayor parte de las publicaciones relacionadas con la salud producidas por los antropólogos antes de 1950, se ocupan de fenómenos psicológicos y psiquiátricos. A mediados de la década del 30 antropólogos, psiquiatras y otros científicos de la conducta, comenzaron a interesarse en problemas de personalidad y carácter y en el ambiente socio-cultural en que se manifiestan. Es así que de los trabajos de Kardiner, Linton, DuBois y otros representantes de la escuela de "cultura y personalidad", ha surgido el interés en las relaciones entre enfermedad mental y cultura. Esta área, que en la actualidad define el campo de la etnopsiquiatría, considera las siguientes cuestiones:

- las definiciones culturales de "normal" y "anormal" y cómo la enfermedad mental es reconocida y definida en distintas sociedades
- explicaciones no occidentales sobre el origen de las enfermedades mentales
- los modos culturales de manejar la conducta desviada definida como anormal. Los antropólogos se preguntan quién cura, cómo cura, en qué teorías se basan esos tratamientos y qué objetivos persiguen
- la incidencia de la enfermedad mental en sociedades de diferente complejidad
- la demografía de la enfermedad mental y, en relación a ello, las enfermedades culturalmente específicas

Como corolario de las investigaciones realizadas en este campo surge la necesidad de articular una dicotomía entre enfermedades físicas y mentales

que, para Foster, es producto de una reflexión de consenso occidental más que una orientación de las sociedades estudiadas.

Entre 1940 y 1950 se constituyen las bases temáticas, metodológicas y teóricas de la Antropología Médica. Los primeros intentos de colaboración entre Antropólogos y administradores de programas de Salud y desarrollo Social se producen por requerimiento de estos últimos – agentes gubernamentales o del sector privado – ante el fracaso o el impacto limitado de tales programas en las poblaciones destinatarias. Estos primeros intentos de acción conjunta implican un reconocimiento tácito de la necesidad de incorporar otras dimensiones cognoscitivas que trascienden el dominio de lo meramente biológico al manejo de problemáticas sanitarias. Esto indica que se asume que la enfermedad tiene múltiples dimensiones y que una de ellas es la cultural. El conocimiento cada vez mas amplio aportado por la antropología, durante las décadas del 50 y 60, develó la existencia en todas las sociedades de instituciones, roles, procedimientos, concepciones, representaciones y valoraciones de la enfermedad y el estar enfermo, incrementándose el interés en el estudio exhaustivo de dicho saber y prácticas médicas, lo cual condujo a que se resquebrajara la “universalidad” del paradigma médico occidental (Torres et al., 1994). El conocimiento médico oficial, o académico, por estar incluido dentro de un marco cultural particular, no era fácilmente aplicable a grupos sociales o culturas diferentes. (Kenny y de Miguel, 1980). A comienzos de la década del 50 empiezan a utilizarse los datos recogidos por los antropólogos culturales en otras sociedades en la elaboración y puesta en marcha de los planes internacionales de Salud Pública. Adams (1953), Erasmus (1952), Foster (1952), Jenney y Simmons (1954), Kelly (1956) y Saunders (1954) producen los primeros trabajos representativos de la participación de los antropólogos en programas transculturales e internacionales de salud.

Una contribución importante a la antropología aplicada a la salud pública es la obra de Benjamín Paul, editor de *Salud, cultura y comunidad* (1955). En uno de sus trabajos, *Perspectivas antropológicas en medicina y salud pública*

(1963), señala cuatro obstáculos que impiden el logro de los objetivos de los programas que llevan a cabo los expertos en el campo de la salud. El primero, la distancia cultural; el segundo, las diferencias de status entre el personal médico afectado y los miembros de la comunidad beneficiada; el tercero, las diferencias en el ajuste al medio urbano en el caso de los migrantes rurales; y por último, la escasez de recursos destinados a la investigación de los aspectos culturales inherentes a esta problemática. Para Wellin, Paul utiliza un modelo que gira en torno al concepto de sistema, en el cual los elementos no estarían igualmente integrados, algunos serían centrales al sistema y otros periféricos. Su enfoque puede resumirse en dos proposiciones básicas: la primera, que la respuesta de un sistema a la introducción de nuevos elementos no puede ser explicada ni por la naturaleza del sistema, ni por la naturaleza y modo de introducción de esos nuevos elementos, sino por la interacción de ambos. La segunda, señala la existencia de un proceso de retroalimentación o feed-back. Puede esperarse que la introducción de nuevos elementos afecte tanto al sistema sociocultural huésped como al elemento mismo (reinterpretación). De este modo Paul, a diferencia de los antropólogos pioneros de la etnomedicina, amplía el campo de la antropología médica incorporando la investigación de los sistemas médicos en sociedades complejas. Sin embargo, comparte con ellos su visión de la cultura como un sistema cerrado, excluyendo de su modelo factores biológicos y ambientales.

Durante la década del sesenta surge una nueva tendencia que incorpora estos factores biológicos y ambientales al estudio de los sistemas médicos. Los exponentes de esta tendencia están más vinculados a la antropología biológica que a la antropología cultural. Las raíces de esta orientación ecológica deben buscarse en las tendencias de las disciplinas biológicas en la década del cuarenta, que consideran la evolución humana y la adaptación como una compleja interacción de factores biológicos y culturales, bajo determinadas condiciones ambientales. Un autor representativo de este enfoque, Alland (1966) destaca las interrelaciones entre cultura, biología, medio ambiente y enfermedad en el proceso adaptativo, planteando que cualquier cambio en el sistema de la conducta probablemente tenga

consecuencias médicas, algunas de las cuales producirán cambios en el sistema genético. A su vez, los cambios inducidos por la enfermedad en la estructura genética pueden afectar el sistema de conducta. Estos efectos pueden ser el resultado de una reestructuración de la población o de la emergencia de nuevos patrones inmunológicos que alteren las posibilidades de explotación del nicho ecológico. Además, las alteraciones inducidas o naturales en el ambiente, producen nuevas presiones selectivas en relación a la salud y a la enfermedad que pueden detectarse a través de adaptaciones somáticas y no somáticas. La orientación ecológica conceptualiza salud y enfermedad como medida de la efectividad con la que los grupos humanos, combinando recursos biológicos y culturales, se adaptan a su medio ambiente. Si bien considera las variables culturales, lo hace en términos de su interacción con los factores biológicos en un sistema ecológico.

En el contexto de los desarrollos de la Etnomedicina y la Antropología Médica anglosajonas, Latinoamérica ocupa inicialmente el lugar de "laboratorio de campo" en el cual aspirantes a la Academia en los EEUU transitan rituales de iniciación profesional explorando las idiosincrasias médicas de comunidades aborígenes y campesinas del sur del continente. En el marco de las políticas desarrollistas los programas de salud orientados a Latinoamérica requieren de prolijos trabajos descriptivos en que fundar propuestas de intervención exitosas (Aguirre Beltrán, 1955). Las teorías nativas – personalísticas y naturalísticas – de la enfermedad y la caracterización funcional de "síndromes culturalmente específicos"¹, entre otros, ofrecen contextos adecuados para considerar la racionalidad de las prácticas médicas tradicionales y la eventual integración de prácticas médicas occidentales con el menor costo cultural posible (Menéndez, 1985). Síndromes de amplia difusión en Latinoamérica, como el del *susto*, inician la consideración de las enfermedades como respuestas adaptativas a situaciones de cambio y contacto cultural que derivan en sentimientos de marginalidad social, deprivación individual (pérdida del alma) e incertidumbre acerca del futuro.

En nuestro país gran parte de los estudios dedicados a las costumbres médicas se realizan en el marco del folklore, disciplina con un amplio desarrollo en las primeras etapas de la Antropología en Argentina. Las prácticas médicas tradicionales ofrecen un interesante campo de exploración de los aspectos ideacionales de los procesos culturales ya documentados por la investigación arqueológica e histórica (Palma, 1973:20-21). Reconociendo como antecedente la publicación, a partir de 1935, de una serie de trabajos de Ramón Pardal (1935, 1937) dedicados a la medicina aborígen, los prolíficos aportes de Mendióroz (1931, 1934), Di Lullo (1929), Ambrosetti (1947), Quiroga (1929b), Lafone Quevedo (1927) y Rosenberg (1939), registran las costumbres médicas de gran parte de la población rural del norte argentino, proveyendo los primeros inventarios de categorías nosológicas y recursos terapéuticos autóctonos. En 1959, en *Folklore Americano* de Imbelloni, se incluye un artículo de Armando Vivante, dedicado a la medicina folklórica. Más tarde, investigadores del Museo de La Plata como el mismo Armando Vivante y Nestor H. Palma, del Instituto Nacional de Antropología y del CONICET como Sara Newbery, Marta Blache, Silvia García, María Cristina Bianchetti, Anatilde Idoyaga Molina, Fernando Pagés Larraya, este último con su aporte al campo de la etnopsiquiatría, continúan explorando en forma sistemática las medicinas nativas de nuestro territorio.

Sobre el trasfondo del valioso material producido por la investigación antropológica de las costumbres médicas en el noroeste argentino se instala nuestra propuesta de trabajo inicial. Sin embargo, en gran parte de estas aproximaciones, la consideración antropológica de la enfermedad como fenómeno culturalmente específico conlleva una concepción del Sistema Médico Tradicional como un referente homogéneo en relación a la acción terapéutica de los pobladores de la región. Este supuesto de homogeneidad se corresponde a nivel metodológico con el uso de informantes seleccionados por su carácter de expertos. Como consecuencia de esta decisión metodológica, resultan cuerpos de creencias y prácticas que por su coherencia y completitud configuran verdaderas "teorías nativas" por referencia a las cuales son interpretadas las ocurrencias concretas en el contexto etnográfico. Tomando

como eje un conjunto de categorías de enfermedades culturalmente específicas, las referencias a creencias y prácticas en torno a su etiología, sintomatología y terapéutica ocupan gran parte de este primer corpus documental producto de una antropología de las costumbres médicas en esa región de nuestro país. Nuevas problemáticas emergen como resultado de este enfoque, en particular, las derivadas de su poca atención a la variabilidad interna de las creencias y prácticas en torno a la enfermedad en contextos específicos.

Atender a la variabilidad de las costumbres médicas supone la búsqueda e implementación de metodologías que hagan posible ampliar el registro etnográfico más allá de las consideraciones "teóricas" de los "entendidos" o "expertos", permitiéndonos acceder a los componentes ideacionales y prácticos de estrategias alternativas de búsqueda de la salud en poblaciones particulares. Al respecto resulta útil considerar los desarrollos en el campo de la llamada Antropología Médica a la luz de la noción de dominio desarrollada por el epistemólogo D. Shapere (1979). Para este autor un dominio es un conjunto de ítems de información relacionados que constituyen el conocimiento acumulado en cada estadio del desarrollo de una disciplina. A lo largo de este desarrollo algunas relaciones entre los ítems de información son consideradas problemáticas y generan distintas propuestas teórico-metodológicas tendientes a su resolución. Es así que en los desarrollos de la Antropología Médica es posible distinguir dos aspectos de la problemática constitutiva del dominio. El primero de ellos centrado en la búsqueda de la integración explicativa de los componentes del dominio como expresión de variables y procesos que en distintas etapas del desarrollo teórico de la antropología se consideran relevantes para dar cuenta de la naturaleza, integración y especificidad de los fenómenos médicos. El segundo, tendiente a la integración en el plano descriptivo de los componentes del dominio: la búsqueda de mayor precisión en su delimitación y alcance en base al registro etnográfico. Es en el marco de los desarrollos metodológicos que tienden a dar respuesta a este segundo aspecto de la problemática, que surge nuestra

propuesta para la delimitación y articulación de los componentes del dominio en "contextos naturales"².

En este sentido, la secuencia en que se desarrollan las prácticas terapéuticas en una población de los Valles Calchaquíes salteños se presenta como un objeto etnográfico interesante y complejo en tanto, por una parte, pone el foco en la actualización de saberes y prácticas médico-tradicionales en el accionar concreto de los actores involucrados; por otra, se centra en los aspectos procesuales, dinámicos de ese accionar, considerando los componentes cognitivos, simbólicos y valorativos en el marco de las decisiones y respuestas prácticas frente a la enfermedad.

El proceso de búsqueda de la salud

La enfermedad en el contexto de la experiencia

Como hemos visto, gran parte de los desarrollos en el campo de la Etnomedicina y la Antropología Médica focalizan en las peculiaridades de las medicinas autóctonas como cuerpo consistente y homogéneo de creencias y prácticas consensuadas. Las tipologías de patologías vernáculas y de recursos para enfrentarlas que resultan de este tipo de aproximaciones asignan "a priori" a la "enfermedad" un carácter ontológico independiente de su expresión comportamental (Fabrega, 1979). Al centrarse en el conocimiento médico, los criterios que permiten diferenciar enfermedades, las ideas sobre causación, las reglas de conducta tendientes a lograr ayuda para la curación y las prescripciones para prevenir su ocurrencia y promover la salud, se despliegan en torno a la consideración de la enfermedad como categoría nosológica³.

En la década del 80 el desarrollo de dos vertientes en el marco de la Antropología Cognitiva pone en cuestión este enfoque de la enfermedad como entidad independiente de los procesos en que se manifiesta. La primera de ellas se vincula al estudio de los procesos de clasificación en condiciones naturales (Mathews, 1983). La segunda, al descubrimiento y modelización de

procesos de toma de decisión en contextos naturales frente a problemas recurrentes (Young, 1980; Nardi, 1983). En ambas el dominio de la enfermedad y las decisiones terapéuticas es considerado un campo particularmente apto y fructífero para la investigación de estos procesos, en tanto la enfermedad se presenta como un problema recurrente al cual tarde o temprano todos los individuos deben enfrentarse, y la gente se comunica acerca de sus decisiones terapéuticas, lo cual facilita la obtención y análisis de datos a partir del discurso natural.

Estos estudios muestran la importancia que el carácter, grado y persistencia de las interferencias comportamentales revisten en la significación atribuida, en cada comunidad, a una ocurrencia de "enfermedad". Esto sugiere que estudiando sistemáticamente los tipos de cambios en la conducta que la gente asocia a la "enfermedad", puede delimitarse un dominio relativamente concreto y observable en el cual se calibra la mayor parte del significado que le es atribuido. A través del análisis de la forma en que los individuos señalan los efectos que la "enfermedad" puede tener sobre algunos componentes de este dominio, el investigador puede dar cuenta de cómo la gente construye el impacto de la "enfermedad"⁴, lo cual puede resultar de gran utilidad en los estudios comparativos en este campo.

Para ello resulta necesario indagar en la situación de enfermedad tal como es experimentada por los miembros de las comunidades en estudio, en el conocimiento y prácticas efectivamente involucrados en la toma de decisiones frente a esta problemática.

Los episodios de enfermedad se vuelven ontológicamente importantes. En ellos, la enfermedad es episódica en el tiempo y focalizada en el espacio, emerge claramente de la vida cotidiana. Los significados de las creencias y prácticas médicas tradicionales se vuelven accesibles considerando los episodios de enfermedad en términos de las expectativas de los actores, el carácter narrativamente construido de las etiologías y la naturaleza procesual de las curas (Young, 1976).

Frente a la situación de enfermedad es posible hallar la aplicación de criterios de diagnóstico y el desarrollo de procesos individuales y colectivos de toma de decisiones respecto a la intervención terapéutica y al uso de los recursos disponibles. Los criterios de intervención dependerán de la percepción del valor y eficacia de los recursos en relación con la disponibilidad de los mismos, lo cual estará basado en la experiencia previa. Es por esto que en el tratamiento de cualquier dolencia siempre se encontrarán representaciones, prácticas y experiencias subjetivas, pero no siempre los profesionales diferenciados o las instituciones específicas que podríamos esperar encontrar, sino un conjunto mucho más amplio de recursos e instancias que dependen de las características de la red social que se moviliza en el entorno de la situación particular de crisis (J. Comells, 1997).

Los significados prácticos y sociales de la "enfermedad" que emergen en estos procesos tienen importantes consecuencias ontológicas que hacen útil tratar los episodios de "enfermedad" como subespecies de una clase de eventos usualmente asociados con "actuaciones rituales" (Young, 1976:20). Desde esta perspectiva los cambios de estado no deseados de un miembro del grupo serían neutralizados a través de un mecanismo cultural autocorrector: las respuestas "rituales" a la "enfermedad".

Estas respuestas pueden ser abordadas a través del estudio de las narrativas, forma en la que la experiencia de la enfermedad es representada y evocada, en la cual los eventos en torno a ella son presentados como poseyendo un orden coherente y significativo, donde actividades y eventos se describen por referencia a la experiencia y el significado que tienen para las personas involucradas. Tanto las narraciones como los rituales son procesos intersubjetivos, requieren actores y audiencias junto con formas textuales, y tienen su efecto como presentación de una experiencia temporalmente vivida. Pero la experiencia siempre excede su descripción o narrativización. Nuevas cuestiones siempre estimularán nuevas reflexiones sobre las experiencias subjetivas y cada individuo puede siempre describir un evento desde una

perspectiva ligeramente diferente, permitiendo a la historia revelar nuevas dimensiones de la experiencia.

A pesar de su valor potencial, los análisis antropológicos e interculturales de las narrativas de la enfermedad son sorprendentemente pocos. Uno de los primeros trabajos sobre "narrativas terapéuticas" fue realizado por la antropóloga Evelyn Early (en Good, 1994) quien registra las historias cotidianas de enfermedad de un grupo de mujeres en un barrio tradicional de El Cairo. En su trabajo la autora argumenta que estas historias operan como un "sistema de nivel medio entre experiencia y teoría". Las mismas conducen a las mujeres a desarrollar una interpretación de la enfermedad en relación a la lógica explicativa local y el contexto biográfico de la enfermedad, a negociar la acción correcta enfrentando la incertidumbre, y a justificar las acciones elegidas, introduciendo la enfermedad y los esfuerzos terapéuticos en las normas morales locales. Más recientemente, dos antropólogas cognitivas, Price (1997) y Garro (1992) han demostrado, en sus trabajos en Ecuador y los Estados Unidos respectivamente, cómo el conocimiento y los guiones culturales para la búsqueda del cuidado de la salud están codificados en las narrativas de enfermedad, tanto en su ocurrencia natural como inducidas a través de entrevistas.

Es en el marco de estos desarrollos en que puede instalarse mi propuesta, en ella intento explorar el potencial heurístico del análisis de la narrativa acerca de episodios de enfermedad o casos como contribución al estudio antropológico de la medicina tradicional de los Valles Calchaquíes.

La metodología del estudio de casos resultó particularmente adecuada en las primeras instancias de esta investigación en tanto admite un abordaje de la situación de enfermedad desde la experiencia vivida. Esto es, permite acceder al conocimiento y prácticas actualizados frente a esta situación, a los diversos factores involucrados en la toma de decisiones frente a la enfermedad, redes sociales que moviliza y representaciones acerca del significado de los signos, síntomas y recursos disponibles.

En tanto fuente para la obtención de información etnográfica acerca de episodios concretos de enfermedad, la metodología del estudio de casos constituye *"una herramienta privilegiada para indagar y describir los procesos de salud/ enfermedad en ambientes específicos, permite acceder al desarrollo de acontecimientos inscriptos en una secuencia temporal. (...) se presenta como un medio para la reconstrucción etnográfica de la situación de enfermedad, del antes y el después, las diferentes versiones en torno a los sucesos y los saberes y practicas asociados a los procedimientos de diagnóstico, terapéutica y prevención. También permite dar cuenta de las alternativas consideradas y excluidas, de sus consecuencias y evaluación."* (Crivos, M., 1999).

Modos de vida y costumbres médicas

El enfoque etnográfico

Los estudios etnográficos de la medicina tradicional pueden agruparse, según la distinción planteada por Marcel Mauss, en enfoques resultantes de una "etnografía extensiva" y aquellos producto de una "etnografía intensiva", esto es en aproximaciones centradas en el rescate de toda la información posible acerca de creencias y prácticas médicas "susceptibles de desaparecer" y aquellas con foco en "la observación profunda y lo más completa posible (del fenómeno) en asentamientos particulares" (Mauss, 1967:19).

La opción por una "etnografía intensiva" supone el abordaje de pequeños universos considerados en su complejidad, la caracterización de prácticas y creencias médicas por referencia a los modos de vida que les dan sentido. La operacionalización de la noción de **modo de vida** en el contexto etnográfico requiere la búsqueda de unidades empírico-conceptuales convenientes a su descripción.

Partimos entonces de una hipótesis metodológica: es a escala de la vida doméstica en que podemos acceder a las pautas comportamentales del grupo en torno a la enfermedad como experiencia y, consecuentemente, a hipótesis acerca de los factores relevantes a las estrategias grupales frente a ella. La "Unidad Doméstica" resulta entonces la unidad de referencia adecuada para el acceso a la trama de actividades médicas constitutivas del modo de vida grupal.

Si bien en los estudios del campesinado es común la utilización de la noción de Unidad Doméstica designando la "unidad básica" de la sociedad y la economía (Wolf, 1971; Shanin, 1972), la mayor parte de ellos enfatizan su carácter de sistema autoregulado, que enfrenta todas las necesidades de subsistencia y que es virtualmente autónomo respecto de otras "unidades básicas" similares (Chayanov, 1966; Sahlins, 1974).

En ellas los significados de las prácticas de los actores sociales son sujetos a revisión en el contexto de actividades rutinarias realizadas en sus límites, proceso inacabado a través del cual se generan y satisfacen necesidades individuales y se reproducen las condiciones de vida del grupo. (Bourdieu, 1977)

Surge entonces el ámbito doméstico como relevante al registro de las estrategias de recuperación de la salud. Asimismo, estas estrategias involucran una serie de actividades que trascienden el universo de las prácticas médicas permitiéndonos, por una parte, acceder a otros aspectos de la vida comunitaria, y por otra, trazar redes de relaciones que vinculan la Unidad Doméstica (el nivel micro) con niveles de organización más amplios -a escala regional y/o global- (el nivel macro).

Como resultado de la evaluación del alcance y proyección de las prácticas médicas más allá del ámbito doméstico, la operacionalización de esta noción en nuestra investigación empírica puso en evidencia la necesidad de realizar ajustes a su definición. En ese contexto la categoría Unidad Doméstica provee

sólo de un encuadre inicial, un punto de partida para el registro de las prácticas relevantes al tema estudiado. Proponemos entonces una definición operativa de Unidad Doméstica como unidad elemental para la descripción de la vida grupal: la Unidad Doméstica es una unidad compleja que incluye un componente social – grupo de personas que comparten la residencia – y un componente espacial – el espacio físico que habitan –, articulados por un conjunto de actividades relevantes a la subsistencia del grupo que se realizan parcial o totalmente en ese ámbito (Crivos y Martínez, 1996). Si bien la delimitación de actividades⁵, como sistemas de principios y conductas interrelacionados, es un problema empírico que debe ser abordado en cada caso (Howard, 1963); en nuestro trabajo privilegiamos su significado funcional (Hill, 1966). Esto es, concebimos, en principio, la actividad como unidad pertinente a la caracterización de las estrategias comunitarias para la resolución de distintos tipos de problemas, entre ellos la enfermedad. Delimitadas por su carácter rutinario, generadas por expectativas desarrolladas a lo largo del tiempo y realizadas en asentamientos diseñados y organizados por ellas, las actividades cotidianas en el ámbito doméstico se ofrecen como campos adecuados a la consideración de los aspectos materiales, sociales y simbólicos de modos de vida humanos en diferentes enclaves (Lave, 1995: 190). Al mismo tiempo el centrarnos en la actividad nos permite extender el alcance de estos aspectos más allá del ámbito doméstico articulando en una trama distintos componentes y niveles de organización de la vida comunitaria.

Esta metodología para el relevamiento y registro de la información empírica nos permitió acceder a un amplio espectro de variantes en el significado y valor atribuido a elementos del entorno con relación a las estrategias locales frente a la enfermedad. De ella se deriva un supuesto central en nuestras investigaciones: es en el contexto de las actividades orientadas a la resolución de problemas en la vida diaria en el que se inscriben, actualizan y ponen a prueba las ideas acerca del entorno natural y social. Lejos de ser fijas e inmutables estas ideas muestran ser flexibles, pasibles de modificación o ajuste en el curso de tareas específicas. Dialécticamente, el conocimiento

implicado en ellas interviene como componente esencial en el diseño y puesta en práctica de actividades que caracterizan el **modo de vida** humano en diferentes enclaves.

Así, el enfoque centrado en la resolución de episodios de enfermedad en el ámbito doméstico como modo particular de registro y organización de la información acerca de las costumbres médicas, hace posible acceder a aspectos de su variabilidad intracultural e intercultural por lo general no contemplados en los estudios sobre el tema.

En nuestra investigación, esta variabilidad emerge como resultado de decisiones metodológicas acerca del tipo de unidades consideradas pertinentes a una caracterización de las costumbres médicas en asentamientos "naturales". En ella el "caso" como unidad de referencia empírico-analítica se presenta como contexto privilegiado para la delimitación y articulación inicial de los componentes del dominio de las estrategias locales de resolución del problema de la enfermedad. La estructura narrativa del caso, en cuyo contexto son prominentes la consistencia y secuencialidad (Robert Stake, 1995) permite tanto delimitar rasgos pertinentes a las decisiones involucradas en la identificación, caracterización y resolución del problema de la enfermedad como entender la forma por la cual ésta adquiere significado para los actores sociales (Hamel, 1993).

En este sentido, el análisis de "casos" provee la información de base a consideraciones acerca del dominio de las creencias y prácticas médicas que pretendan dar cuenta de sus modos de manifestación e integración en el seno de la vida comunitaria.

Surge entonces nuestra propuesta de abordar la secuencia en que se desarrollan las prácticas terapéuticas en una población de los Valles Calchaquíes salteños a través de la consideración de la narrativa acerca de episodios concretos de enfermedad o "casos" en el ámbito doméstico. De este modo contaríamos con una unidad adecuada para el acceso a los modos en

que el saber médico tradicional se actualiza y articula en las prácticas cotidianas de los miembros de la comunidad.

Para ello realizamos, en términos de la tradición boasiana, un uso oportunista – en función de la problemática a indagar – de las técnicas cualitativas propias de la metodología etnográfica⁶. De este modo, la reconstrucción de casos de enfermedad promovió el énfasis en las técnicas de entrevista y la implementación de distintas estrategias para el procesamiento analítico del corpus narrativo. Como resultado de ello emergen nuevas dimensiones y variables para la consideración de los procesos de búsqueda de la salud en el contexto etnográfico. La flexibilidad en el manejo de los recursos técnico-metodológicos y su adecuación al contexto de investigación hizo posible ampliar el alcance del dominio teórico-empírico inicial de nuestra investigación. Esta es la idea central de la “grounded theory” (Glaser y Strauss, 1967), la idea de una teoría generada y desarrollada a través del interjuego con los datos recolectados a lo largo de proyectos de investigación empírica. *“La investigación etnográfica centra progresivamente su foco a lo largo de su desarrollo. ... A medida que el tiempo avanza el problema de investigación se desarrolla o se transforma y eventualmente su campo se delimita y clarifica mientras se explora su estructura interna”* (Hammersley y Atkinson, 1994) en una suerte de espiral de crecimiento teórico y empírico. La utilización, definición y/o ajuste de conceptos centrales a nuestra investigación – caso, actividad, unidad doméstica – ilustra de modo particularmente claro la heurística del trabajo etnográfico.

Como corolario de estos hallazgos se fue incorporando a la estrategia de investigación etnográfica en la región el registro oral de las trayectorias y experiencias de informantes – expertos y legos en el dominio del saber médico tradicional –, como una vía de acceso a los fundamentos de su vigencia. El análisis de estas trayectorias ha conducido casi inevitablemente a la convicción de que la narratividad espontánea de sus pobladores es la trama en que adquieren significado eventos y procesos relevantes a una caracterización de las costumbres médicas del Valle.

Notas Capítulo 2

¹ Se entiende por “síndrome” una asociación de síntomas que, según el criterio clasificatorio de una cultura, define una entidad clínica reconocible. Para Simons constituyen “...formas de conducta individual inusual restringidas en su distribución a áreas discretas del globo. Son consideradas excentricidades en los sistemas culturales de las sociedades en las cuales son endémicas, y psicopatologías en el sistema de referencia de la medicina psicológica occidental” (Simons en Sturzenegger, 1989:54)

² Acerca de la naturaleza descriptiva del "proceso de búsqueda de la salud" como medio para documentar la "historia natural" de la enfermedad en distintos grupos poblacionales, cf. Chrisman, 1977:351.

³ Fabrega, Horacio Jr. **Sobre la especificidad de las enfermedades folk**_(En: Landy D. (Ed.), 1977).

⁴ Diferenciando, a su vez, las conductas que distinguen la enfermedad de otras conductas no deseadas. (Cf. Fabrega, 1977c).

⁵ Ya se trate de la inferencia arqueológica o de la evidencia etnográfica, la actividad como objeto de investigación antropológica se define y delimita por referencia a marcadores específicos. En el caso de la arqueología, estos marcadores forman parte del registro material a través del cual el antropólogo infiere la actividad humana en el pasado. En etnografía, estos marcadores forman parte fundamentalmente del registro verbal, en tanto por esta vía es posible explorar las motivaciones e intenciones del agente junto a aspectos relevantes a la interpretación de su acción. En uno y otro caso la actividad es el contexto en el cual el comportamiento humano adquiere significado.

⁶ Boas era un oportunista metodológico, pensando siempre en términos de investigación de campo y buscando métodos que funcionaran como parte de la búsqueda de explicaciones de los fenómenos que allí existiesen. Como Malinowski, se sentía libre para utilizar todo lo que era útil en todas las disciplinas existentes o en cualquier nueva técnica que pudiera ser inventada (Leaf, 1979).

3. LA ENFERMEDAD COMO PROBLEMA PRÁCTICO O QUÉ HACE LA GENTE CUANDO SE ENFERMA?

Descripción de la secuencia terapéutica

En abril de 1976 se realiza un viaje de prospección a la localidad de Molinos en el centro de los Valles Calchaquíes Salteños. En el mismo se efectúa un relevamiento urbanístico del pueblo, se visitan las localidades vecinas de El Brealito, Seclantás Adentro, Colomé y Amaicha (Anexo I) y se participa de las ceremonias de Semana Santa. En su transcurso se entrevista a nueve informantes cuyas edades oscilaban entre los cincuenta y cinco y ochenta y cuatro años, quienes fueron seleccionados por personas representativas de la comunidad que oficiaron de contacto.¹ Cuatro de ellos eran “*médicos campesinos*” y se mostraron particularmente interesados en transmitir sus experiencias y saberes. A lo largo de las entrevistas numerosos relatos y fragmentos de relatos daban cuenta de aspectos del recorrido terapéutico de miembros de la comunidad. Las referencias a la medicina local invariablemente surgían en el contexto de la narrativa acerca del itinerario terapéutico de los protagonistas de episodios concretos de enfermedad. El hecho de que surgiera espontáneamente en el diálogo con el entrevistador y que se tratara de la forma en que naturalmente los pobladores referían al tema en sus conversaciones cotidianas (Anexo III) resultó un indicador de la conveniencia de utilizar esta narrativa como material de base en nuestra investigación.

Se delimita entonces el campo de nuestra investigación inicial: la descripción de la secuencia en que se desarrolla la práctica terapéutica tradicional – de los elementos que la integran y su articulación – en la zona de influencia del pueblo de Molinos (provincia de Salta). La **secuencia** objeto de nuestra

descripción estaba constituida por las "instancias que un individuo de la población estudiada recorre desde que adquiere conciencia de su enfermedad hasta que desaparecen los síntomas que la definen" (Crivos, 1977), y era posible reconstruirla en base a la narrativa de casos.

La opción por el registro oral como corpus inicial de la investigación se vio reforzada además por una serie de condiciones derivadas de la naturaleza del tema a investigar y mi condición de principiante en la investigación etnográfica. En el primer caso, las técnicas de observación resultaban inadecuadas dada la imposibilidad de efectuar un seguimiento completo y sistemático de las acciones vinculadas a la secuencia en que se desarrollan las prácticas terapéuticas en un período relativamente corto de permanencia en la zona, o de acceder a través de esas técnicas a aspectos motivacionales de las acciones involucradas en dicha secuencia. En el segundo caso, la manipulación de un único tipo de material – las fuentes verbales – facilitaría mi acceso al manejo de una metodología para la descripción de los fenómenos culturales en tanto haría posible la implementación de los mismos procedimientos para su análisis descriptivo y comparativo. Asimismo, la posibilidad del registro grabado de las entrevistas, permitiría recuperar información acerca de las circunstancias del relevamiento (participación del entrevistador, relación con el entrevistado, interferencias, etc.) posibilitando el monitoreo del manejo de la técnica y su evaluación crítica en laboratorio a fin de detectar errores y corregirlos.

Por último, el conocimiento, por parte del investigador, de desarrollos en el campo de la metodología lingüística centrados en el análisis descriptivo del relato en tanto forma discursiva referida a acontecimientos que tienen unidad de sentido y articulación temporal (características de las que participa el fenómeno a estudiar) permitiría contar con material de referencia para la propuesta de una metodología a aplicar en este trabajo.²

En base a los criterios arriba expuestos, que surgen de la evaluación del material y experiencia recogidos en el primer viaje realizado a la zona, se opta

por el registro de relatos de casos o episodios concretos de enfermedad como material de base para la descripción propuesta.

De la evaluación de los recursos teórico-metodológicos disponibles para el análisis de material discursivo y la carencia de un marco adecuado para su tratamiento desde una perspectiva antropológica, resultó la pertinencia de propuestas en el campo del análisis estructural del relato como fuente de conceptos y criterios operativos en esta etapa. Se recurrió a trabajos del campo de la Lingüística Estructural y la Semiología (Propp, 1971; Bremond, 1970; Barthes, 1970; Greimas, 1971, 1973; Greimas y Courtés, 1982) de los que se tomaron conceptos y definiciones operativas a implementar en un primer análisis del material (ver Glosario).

Como resultado de un nuevo relevamiento en el terreno se obtuvieron setenta y dos relatos, a través de entrevistas grabadas a veinte informantes de la zona clasificados en tres categorías, de acuerdo a su participación en el proceso de búsqueda de la salud acerca del cual aportan datos:

- Terapeutas. Personas que narran las alternativas de la enfermedad de individuos a quienes han atendido. Especialistas representantes tanto de la medicina científica como de la medicina tradicional
- Enfermos. Personas que narran las alternativas de su propia enfermedad
- Terceros. Personas que narran las alternativas de la enfermedad de otros

La técnica utilizada fue la de entrevista, abierta y dirigida. Este último tipo de entrevista proporcionó datos considerados de interés para una adecuada caracterización del informante, los que fueron registrados en planillas confeccionadas a tal efecto luego de una revisión del diario de campo y del material grabado. (Anexo IV)

De acuerdo a la categoría del **relatante**, los relatos se distribuyen de la siguiente forma: diez y siete, provenientes de enfermos, diez y siete de terapeutas y treinta y ocho, de terceros.

En base a este material se elabora una propuesta de análisis tendiente a la construcción de modelos provisorios de secuencia. Una vez transcritas las entrevistas se seleccionan quince relatos como **corpus** a trabajar en esta etapa (Anexo V). Los criterios para la selección fueron los siguientes:

- que provinieran de distintos informantes. De esta manera se eludirían posibles recurrencias resultantes de la modalidad discursiva propia de cada relatante
- que incluyeran fenómenos de interacción respecto a las prácticas terapéuticas. De esta forma fueron eliminados relatos de terapeutas que asumían la condición de tales respecto a su propia enfermedad

El análisis de los relatos no se centra en su tratamiento como forma discursiva sino en el campo referencial del que éstos dan cuenta y que interesa al propósito de esta investigación: acciones que concurren a un mismo fin (tendientes a la recuperación de la salud) y su articulación temporal (sucesión de las instancias). Acceder a dicho campo referencial supone realizar operaciones de Reducción tendientes a la depuración del texto eliminando elementos no significativos a los fines de este estudio, y a reordenar las unidades significativas aisladas, de acuerdo a ese objetivo.³

La reducción de los quince relatos se realiza de acuerdo al siguiente procedimiento (Anexo VI):

- 1.- En la primera reducción se eliminan los elementos fácticos (redundancias y procedimientos lingüísticos al servicio de la comunicación) y la intervención del encuestador. Con el resto del material se realiza la traducción, en base al sentido asignado por el investigador, de giros y expresiones importantes en el contexto de significación del relato, que presentaban dificultades para su rápida comprensión.
- 2.- En la segunda reducción se extraen sólo acciones pertinentes a la **isotopía** elegida. Estas acciones, concernientes al plano de significación que constituye el objeto de este estudio, fueron aisladas mediante el procedimiento de eliminación de las acciones no pertinentes a esa isotopía. La elección de la **acción** como unidad de la secuencia en que se

desarrollan las prácticas terapéuticas, se realizó tomando como referencia trabajos que aportan una metodología para la determinación de unidades significativas del relato. Particularmente el de Propp (1971), quien considera la **función** (unidad constitutiva del cuento) como la acción de los personajes definida desde el punto de vista de su significación en el desarrollo de la intriga. En este caso, las acciones extraídas en la segunda reducción, se definen desde el punto de vista de su significación en la secuencia en que se desarrollan las prácticas terapéuticas.

Terminada esta etapa, nos encontramos con una serie de acciones que, en la mayoría de los casos, no se presentan en su orden de sucesión temporal real. Las reflexiones y aclaraciones que el entrevistado introduce en el relato, presentan alterados en su discurrir temporal los hechos pertinentes a la secuencia estudiada. Se intenta entonces la reconstrucción del orden de sucesión temporal de las acciones, modificándolo en función de relaciones de causalidad y determinación recíproca.

Cada acción aparece así como resultado de otra acción que la precede en el tiempo y genera una tercera como consecuencia. De este modo, las acciones se articulan en tríadas. Designamos a estas tríadas como instancias. Cada instancia constituye una unidad de la secuencia - **secuencia elemental** - que se inicia con un estado o una acción ejercida sobre el actor correspondiente y culmina con un estado o una acción que éste ejerce como agente (ver Glosario: Rol narrativo). La última acción de una instancia y primera de la siguiente relacionan actores.

Estos **actores**, en tanto asumen roles significativos respecto al recorrido terapéutico, configuran el espectro social involucrado en los hechos inscriptos en la secuencia estudiada.

El orden de sucesión temporal de las acciones y los actores involucrados en cada una de ellas, constituyen los ejes sobre los que se esquematiza la secuencia en que se desarrollan las prácticas terapéuticas resultantes de cada

relato. Se registra bajo una denominación común a toda la clase de referencias a acciones juzgadas equivalentes de acuerdo a su significación en el desarrollo de la secuencia estudiada⁴ – Percepción de los síntomas, Consulta, Indicaciones terapéuticas, Actividades terapéuticas, etc. – (ver Glosario: Función/ Reducción). En un sistema de coordenadas, el eje vertical corresponde a la sucesión temporal y el horizontal a los actores. Encolumnadas de acuerdo al orden de su manifestación temporal, y a los actores que relaciona, se ubican las acciones (ver Glosario: Estructuración) .

Del análisis comparativo de los esquemas resultantes de la reducción de los relatos resultan ciertas recurrencias relevantes a la caracterización del recorrido terapéutico de los miembros de la comunidad. Así, por ejemplo, la existencia de intermediarios en la relación enfermo-terapeuta, que asumen roles significativos respecto a las decisiones terapéuticas; el recurso simultáneo a marcos referenciales terapéuticos provenientes tanto de la medicina científica como de la medicina tradicional, y la existencia de más de una consulta a distintos terapeutas.

Por otra parte, las diferencias en los esquemas sugieren la incidencia de ciertos factores en las variaciones observadas. Entre ellos: el rol que asume el relatante en los hechos a los que refiere; el tipo de patología que se asigna al individuo enfermo y el lugar de residencia del enfermo (distancia al centro sanitario, grado de aislamiento, etc.). Surge entonces la necesidad de considerar uno a uno estos factores a fin de evaluar su incidencia en las variaciones de la secuencia. En primer término, se decide considerar el efecto del rol que asume el relatante en los hechos a los que refiere.

Se agrupan los esquemas correspondientes a cada categoría de relatante: terapeuta, enfermo, tercero. Esta agrupación dio como resultado: siete relatos correspondientes al relatante terapeuta – primer grupo –, dos al relatante enfermo – segundo grupo – y seis al relatante tercero – tercer grupo – .(Anexos VII a IX)

Primer Grupo. Relatante Terapeuta

Una primera confrontación de los esquemas resultantes de la reducción de los relatos correspondientes al primer grupo, revela recurrencias a dos niveles: en los actantes – clases de actores involucrados en las acciones – y en las instancias – triadas de acciones inferidas y ordenadas a partir de los elementos que aporta el relato –.

Actantes

Aparecen tres tipos de actante, definidos por el rol que asumen en los hechos terapéuticos: el enfermo, el terapeuta y el mediador. El mediador, surge como un rol de enlace entre el enfermo y el terapeuta. En los relatos correspondientes a este grupo, lo asumen las siguientes personas: Directora de Escuela, madre del enfermo, esposo/a del enfermo, amiga del enfermo, vecino del enfermo; es decir, personas allegadas al enfermo (familiares, amigos) o que accidentalmente tuvieron acceso a las primeras manifestaciones de su enfermedad (Directora, vecino). En cuanto al rol de terapeuta, se caracteriza como un rol prescriptivo respecto a la acción terapéutica. En el grupo de relatos considerado este rol es asumido por el doctor en medicina y el *médico campesino*. En todos los casos, a excepción del relato quince, aparece la doble consulta a ambos tipos de terapeuta: en primer término al doctor en medicina y en segundo término al *médico campesino*. Otra constante es el fracaso de la prescripción del primero y el éxito de la del segundo, actante que en todos los casos coincide con el relatante, lo cual puede explicar esta recurrencia.

Instancias

A partir de las recurrencias observadas en la frecuencia y ordenamiento de las instancias correspondientes a este grupo de relatos, se construyó un modelo tentativo. Las ocho instancias que configuran el modelo fueron clasificadas y numeradas de acuerdo al orden de sucesión y las acciones que implican, obteniéndose de este modo seis instancias, de las cuales dos se repiten

(instancias 2 y 3). El número y la sucesión de las instancias presentan variaciones en este grupo de relatos. (Anexo X) Se observa que las instancias 1 – 3 – 6, mantienen en todos los casos el orden de sucesión; las instancias 2 – 4 – 5 presentan variaciones en su orden de sucesión; las instancias 7 a 11 aparecen solamente en un esquema.

El siguiente cuadro destaca las correspondencias entre actantes e instancias en los relatos considerados:

Actante ENFERMO	Actante TERAPEUTA	Actante MEDIADOR
R.1.: 1 - 4 - 6	R.1.: 3	R.1.: 2 - 5
R.2.: 0 6	R.2.: 3	R.2.: 2 - 5
R.3.: 1 - 4 - 6	R.3.: 3 - 7	R.3.: 2 - 2
R.4.: 1 6	R.4.: 3	R.4.: 2
R.12.: 1 - 4 - 6	R.12.: 3	R.12.: 2
R.14.: 1 6	R.14.: 3 - 8 - 10	R.14.: 2 - 5 - 9
R.15.: 1 - 4 - 6	R.15.: 3	R.15.: 2 - 5

Se observa la relación entre las instancias 1 – 4 – 6 y el actante enfermo; la instancia 3 y el actante terapeuta y las instancias 2 – 5 y el actante mediador. Estas correspondencias nos acercan a una primera delimitación de las esferas de acción de los actantes, a partir de la cual será posible el análisis de sus variantes facultativas (Anexo XI).

Segundo Grupo. Relatante Enfermo

Actantes

La confrontación de los esquemas correspondientes al segundo grupo revela recurrencias a nivel de los actantes que sería de interés contrastar sobre un corpus más amplio. En primer lugar, no aparece el actante mediador: el relato da cuenta de una interacción directa enfermo-terapeuta no mediatizada por otro agente. En segundo lugar, la doble consulta a un mismo tipo de terapeuta: la primer consulta al médico de la Estación Sanitaria local y la

segunda consulta a un médico de mayor jerarquía profesional (Director del Hospital Regional, "especialistas" de Salta).

Se señala el fracaso del primer terapeuta, cuyo diagnóstico implica para el enfermo una sanción negativa por parte de la comunidad (Ver Relato 11: tisis/contagio; Relato 7: vejez/inactividad), y el efecto tranquilizador del segundo diagnóstico, que rehabilita al enfermo frente a la comunidad. La relación entre el estado de salud y la aceptación por parte del grupo resulta sugerente y vincula los resultados de este análisis a hipótesis sociológicas acerca de los procesos de salud/enfermedad en comunidades campesinas (Adams y Rubel, 1967), introduciendo al agente médico oficial local como viabilizador de la sanción comunitaria.

Las recurrencias observadas en este grupo de relatos, de corroborarse sobre un corpus más amplio, revelarían una particular estructura del relato, resultado de la percepción selectiva del espectro social comprometido en las acciones terapéuticas por parte del enfermo, quien admitiría la existencia de sólo dos actantes significativos en el proceso: él mismo y el terapeuta. De lo expuesto resulta el interés que el análisis de la secuencia terapéutica presenta como modo de acceso a los fenómenos de organización e interacción social que derivan de la percepción selectiva del proceso patológico y terapéutico por parte de sus protagonistas.

Instancias

Teniendo en cuenta las recurrencias observadas a nivel de los actantes y en la frecuencia y ordenamiento de las instancias correspondientes al segundo grupo, se construyó un modelo provisorio. Las cinco instancias que configuran el modelo fueron numeradas teniendo como referente las instancias ya establecidas en el análisis del primer grupo. En este grupo se añaden seis instancias (11 a 16) de las cuales sólo tres integran el modelo: las instancias 11 y 14, presentes en todos los relatos del grupo, y la instancia 13, incluida debido a que de las tres instancias referidas a una acción de mediación por parte del enfermo (12, 13 y 16) es la que posee mayor cantidad de elementos

comunes con las otras dos. La instancia 3 se repite dos veces, lo que da un total de cinco instancias para el modelo correspondiente a este grupo de relatos.

Tercer Grupo. Relatante Tercero

Actantes

Los relatos incluidos en el tercer grupo refieren en su totalidad a enfermedades de los hijos de los relatantes. El carácter de mediador principal, sino único que adquiere el relatante en estos casos puede deberse a la índole de la relación familiar que supone (sobre todo en los relatos 8, 9 y 10 en que los hijos son pequeños) la dependencia del enfermo respecto a las decisiones terapéuticas de sus padres. Resultaría de interés investigar hasta qué edad o en qué circunstancias se daría esta identificación de los actantes padre-hijo respecto a la secuencia terapéutica en el contexto de la comunidad estudiada, aspecto de este trabajo que plantea relaciones con el estudio del ciclo vital.

En este grupo reaparece la doble consulta a los dos tipos de terapeuta: en primer término al doctor en medicina y en segundo término al *médico campesino*, que se había observado en los relatos correspondientes al primer grupo. En comunidades alejadas del pueblo de Molinos, pero que pertenecen a su área de influencia (Colomé y Tacuil), aparece una primera consulta a los maestros de la escuela (relato 5) y al dueño de la finca (relato 8) respectivamente, quienes de alguna manera representan, en la zona, la perspectiva de la medicina oficial, proveyendo de medicamentos y atención de primera mano a los pobladores. Se plantea de interés la caracterización de este tipo de agente terapéutico en comunidades relativamente aisladas y del lugar que ocupa en el campo de alternativas posibles de acción terapéutica de la comunidad. Por otra parte, en un caso (relato 9) aparece una primer consulta a un miembro de la comunidad que no es presentado como *médico campesino* pero que indica una terapéutica de tipo tradicional, dato que también debe tenerse en cuenta en una futura tipología de los terapeutas del área.

Instancias

Sobre la base de las recurrencias observadas a nivel de los actantes y en la frecuencia y articulación de las instancias correspondientes al tercer grupo, se construyó un modelo tentativo. En este grupo aparecen seis nuevas instancias (17 a 22) de las cuales sólo una (la 17) está presente en la mayoría de los relatos correspondientes a este grupo, y en consecuencia se incorpora al modelo. El resto de las instancias constitutivas del modelo se corresponden en contenido y articulación a las que integran el modelo provisorio correspondiente al primer grupo. Se señala que en el único caso en que la instancia 3 – generalmente asociada al actante terapeuta – aparece relacionada al actante mediador, se trata de una *médica campesina* vinculada por lazos de parentesco al enfermo, que en el resto del relato asume el rol de mediador (relato 10).

Análisis comparativo de los modelos provisorios correspondientes a los tres grupos de relatos (Anexo XII).

Recurrencias en los actantes

Tanto el primer grupo como el tercer grupo presentan la misma estructura actancial (actante Enfermo, actante Mediador, actante Terapeuta), a diferencia del segundo grupo, en el que no aparece el actante Mediador.

El análisis de los esquemas correspondientes al primer grupo y al tercer grupo, permite observar que, en la mayoría de los casos, el actante mediador es un miembro de la familia del enfermo (generalmente madre o esposo/a); sólo aparecen otro tipo de mediadores en casos en que el enfermo se encuentra circunstancialmente alejado del grupo familiar.

En lo que concierne al actante terapeuta, en los tres grupos se da una correspondencia respecto a la doble consulta, y en el primer grupo y el tercer grupo a dos tipos de terapeuta: en primer lugar al doctor en medicina y en

segundo lugar al *médico campesino*. El fracaso del primer terapeuta y el éxito del segundo es otra constante en los tres grupos.

Recurrencias en las instancias

Se observa la correspondencia en el contenido y articulación de las instancias del primer grupo y del tercer grupo de relatos (ver Modelos Grupo I y III). La única variación se da en la primera instancia, cuyo contenido en el tercer grupo (instancia 17) sufre modificaciones debido a la perspectiva que del proceso patológico tiene el relatante, que en todos los casos es el actante mediador (principal o único) del relato.

En el segundo grupo la ausencia del actante mediador conlleva la aparición de nuevas instancias (11, 13 y 14) que articulan acciones correspondientes a los actantes mediador y enfermo en los otros grupos.

Recurrencias en la relación entre instancias y actantes

Se confirma la relación entre las instancias 4 y 6 y el actante enfermo, y entre las instancias 2 y 5 y el actante mediador, en el primer grupo y tercer grupo de relatos. Se observa la correspondencia entre la instancia 3 y el actante terapeuta en los tres grupos de relatos.

Del análisis de las recurrencias y diferencias entre los modelos, surge una primera hipótesis de trabajo: las variaciones en la secuencia resultan del rol que asume el relatante en las prácticas terapéuticas a las que refiere. Se diferencian tres tipos de rol: activo – prescribe la acción terapéutica –, pasivo – recibe la acción terapéutica –, y mediador – enlace entre quien prescribe y quien recibe la acción terapéutica –.

Se propone entonces la puesta a prueba de esta hipótesis en la siguiente etapa de la investigación, mediante el relevamiento y análisis de los relatos de todas las personas involucradas en un "caso".

El análisis comparativo de las versiones acerca de un caso permitiría, en primer lugar, la construcción de un esquema de secuencia que de cuenta de los elementos reconocidos y aceptados por el grupo⁵ en cada caso; en segundo lugar, dar cuenta de los elementos individuales no reconocidos por el grupo⁶ en tercer lugar, dar cuenta de las variaciones individuales que resultan del rol que asume el relatante en los hechos narrados y, por último, cotejar estas últimas con las reveladas por los modelos construidos en la anterior etapa.

De este modo, a partir de las variantes de presentación discursivo-argumental de las estrategias para la resolución de la enfermedad como problema práctico, el análisis de las recurrencias como acceso a las concepciones compartidas y de las variaciones como resultantes del rol del relatante aportaría a la caracterización del espectro social – roles y modos de articulación social – involucrado en las actividades terapéuticas.

Versiones alternativas de la secuencia terapéutica

Se inicia entonces una nueva etapa de la investigación con el relevamiento de relatos que dieran cuenta de distintas versiones acerca de episodios de enfermedad o casos. Con el objeto de homogeneizar el material para facilitar su comparación, se fijó una variable: la enfermedad. La elección de la enfermedad se efectuó teniendo en cuenta la frecuencia de su ocurrencia en el período en que se obtendría el material en el campo. Se decide el relevamiento de relatos de todos los sujetos participantes en casos de dos tipos de enfermedad: las que motivan mayor frecuencia de consultas a los centros asistenciales oficiales (CAO) y a los *“médicos campesinos”* respectivamente.

Para ello se recurrió a las planillas de consultorio externo de la Estación Sanitaria de Molinos (ESM) correspondientes al mes de abril de 1977 y a las entrevistas grabadas con *“médicos campesinos”* y pobladores en el mismo

período (Anexo XIII). Del examen de estas fuentes resultó que la enfermedad por la que se consultó más frecuentemente al médico de la Estación Sanitaria de Molinos en esa etapa del ciclo anual fue la *gripe*, mientras que la enfermedad más frecuentemente citada por los “*médicos campesinos*” fue el *susto*. Se realiza entonces un nuevo relevamiento de material en el campo en la misma época del año – entre el 27 de marzo de 1980 y el 12 de abril de 1980 –.

En primer lugar se seleccionaron los informantes entre los protagonistas de casos recientes de *gripe* y de *susto*. Para su identificación se recurrió, en el caso del *susto*, al testimonio de “*médicos campesinos*” y pobladores que fue posible entrevistar durante los primeros días; y en el de la *gripe*, se realizó una nueva consulta a las planillas del consultorio externo de la Estación Sanitaria de Molinos (ESM) y del nuevo Puesto Sanitario de Amaicha (PSA), para corroborar la frecuencia de consulta por esta enfermedad y localizar a pacientes que recientemente la hubieran padecido. Para ello se consideró el período comprendido entre el 1 de febrero de 1980 y el 14 de marzo de 1980 para la ESM y entre el 8 de febrero de 1980 y el 25 de marzo de 1980 para el PSA (donde el médico de la ESM atiende sólo los días martes). En ese lapso se registraron en la ESM igual número de casos de *gripe* (*gripe*, *angina gripal*, *bronquitis gripal*, *faringitis gripal*) y *diarrea* (*diarrea*, *enterocolitis*, *gastroenterocolitis*). Se optó por la *gripe* dado el alto porcentaje de infantes entre los enfermos de *diarrea*, lo cual impediría contar con el testimonio de uno de los protagonistas del proceso terapéutico. Por otra parte, la alta frecuencia de consulta por *gripe* se verificó en los dos períodos considerados (tanto en 1977 como en 1980). De los cuarenta y cuatro casos de *gripe* registrados en este último período (treinta y cuatro en la ESM y diez en el PSA), fue posible entrevistar a sujetos protagonistas de catorce (40%) de los registrados en la ESM y tres (30%) de los registrados en el PSA. Respecto al *susto*, se detectaron cinco casos de ocurrencia reciente y sólo fue posible entrevistar a los protagonistas de tres de ellos.

Del total de los casos, sólo se pudieron obtener relatos de mas de dos sujetos participantes en un mismo caso en cuatro casos de *gripe* y uno de *susto*. En ninguno de ellos se obtuvo el testimonio de la totalidad de los sujetos involucrados en los hechos narrados.

Entre el 8 y el 21 de noviembre de 1982 se realizó un nuevo trabajo de campo en el pueblo de Molinos y localidades de su área de influencia⁷, en cuyo transcurso se obtuvieron, de distintas fuentes – “*médicos campesinos*” y pobladores de la zona – referencias a nueve casos de *susto*. Fue posible entrevistar a sujetos participantes de todos ellos. Dos de los casos fueron diagnosticados como de *mal aire* y *corazón* posteriormente por sus protagonistas y sólo se obtuvo el testimonio de más de dos sujetos participantes en tres casos de *susto*. De este modo se completa la muestra de cuatro casos de *gripe* y cuatro casos de *susto* sobre la cual se inicia el análisis.

Respecto al relevamiento de material es preciso señalar que, dadas las características de los viajes y el breve tiempo de permanencia en la zona, solo se pudo entrevistar a los informantes en una sola ocasión y para ello se debió implementar la técnica de entrevista dirigida. Las entrevistas fueron diseñadas tratando de restringir a un mínimo las variaciones en su “contexto situacional” (ver Glosario. Situación de Discurso) al menos en lo que concierne a las circunstancias de su realización y a la participación del entrevistador. En relación a ello, y debido a su posible incidencia en las variaciones de los datos⁸, se intentó un mayor control de la participación del entrevistador en la situación en que se produce el discurso del informante. Es así que, en la medida de lo posible, se trató de realizar las entrevistas grabadas en las circunstancias preferidas por los informantes (tiempo, lugar, personas participantes, etc.) y se establecieron los ejes del discurso del entrevistador a través de la confección de un plan de entrevista (entrevista semi-estructurada⁹) consistente en una serie de preguntas de final abierto que tendían a generar el relato, por parte del informante, de las circunstancias que llevaron, en cada “caso”, al reconocimiento de la “enfermedad” y a la recuperación – o no – del “enfermo”. En la transcripción textual de cada

entrevista se incorpora una caracterización general de la "situación" en que fue realizada, en tanto factor que restringe el campo de alternativas posibles de producción e interpretación discursiva (Verón, 1984). Asimismo se incluyen referencias a las actitudes de los participantes en tanto facilitan la comprensión del texto (Anexo XIV)

El material relevado consiste en veintiséis relatos correspondientes a cuatro casos de *gripe* y cuatro casos de *susto*. El siguiente cuadro da cuenta de su distribución:

Casos <i>Gripe</i>	Localidad	Enfermo	Tercero	Terapeuta MC-MESM	Relatos por caso
<i>Gripe I</i>	Amaicha		1	1 1	3
<i>Gripe II</i>	Molinos		2	1 1	3
<i>Gripe III</i>	Molinos	1	1	1	3
<i>Gripe IV</i>	Molinos	1	2	1	4
Relatos por categoría de informante		2	6	1 4	13
Casos <i>Susto</i>					
<i>Susto I</i>	Molinos		2	1	3
<i>Susto II</i>	Tacuil	1	1	1	3
<i>Susto III</i>	Molinos		2	1	3
<i>Susto IV</i>	Humanao	1	2	1	4
Relatos por categoría de informante		2	7	4	13
TOTAL Relatos por categoría de informante		4	13	5 4	26

Para el registro de los casos se confeccionaron fichas (Anexo XV), y los datos de cada sujeto entrevistado en relación a ellos fueron consignados en las fichas de informante (Anexo XVI).

Una vez completada la transcripción del material grabado, fueron extraídos, del contexto de las entrevistas realizadas a los sujetos que intervinieron en cada caso, los relatos a considerar en esta etapa. Como resultado de la implementación del procedimiento de Reducción ya descrito, se obtienen los esquemas de secuencia correspondientes a los relatos de los informantes entrevistados en relación a cada caso (Anexos XVII a XXIV).

Construidos los esquemas de secuencia, en una segunda etapa del análisis, se implementa el procedimiento de Neutralización¹⁰ tendiente a eliminar el efecto del rol que asume el relatante en los hechos narrados sobre la secuencia que resulta de su relato.

La necesidad de instrumentar este procedimiento surge de la evaluación de las recurrencias observadas en la construcción de los modelos de secuencia en la anterior etapa. Veíamos entonces que el relatante destaca su propia participación en los hechos narrados a través de distintos mecanismos – el relatante enfermo desconoce al actante mediador, el relatante terapeuta reconoce como efectiva sólo su acción terapéutica, el relatante tercero se presenta como mediador principal o único, etc. –. Es por ello que se intenta, a través del procedimiento de Neutralización, establecer la participación de cada relatante a partir de las recurrencias en los testimonios de los demás sujetos que participaron en el caso. Esto permite acceder a los actantes y acciones reconocidos y aceptados por el grupo como pertinentes a la “secuencia de conductas orientadas a la recuperación de la salud”, eliminando las referencias a conductas concurrentes al mismo fin pero no reconocidas por el grupo.

De esta forma se obtiene una secuencia verosímil construida sobre lo “posible” reconocido por todos los sujetos que intervienen en un caso, y despojada de la influencia de la primera persona, la que “subjetiviza” la secuencia. Lo “subjetivo” se incorpora a la secuencia sólo en tanto “hecho social objetivo” (reconocido por el grupo).

El procedimiento de Neutralización consta de las siguientes etapas:

- 1.- Se eliminan en cada esquema el actante y las instancias correspondientes al relatante
- 2.- Se confrontan los esquemas resultantes y a partir de las recurrencias que se observan (en actantes e instancias), se construye un nuevo esquema. Para ello:
- 3.- Se eliminan los actantes e instancias que aparecen en un solo esquema

4.- Si un actante que ha sido eliminado por corresponder al relatante aparece en otro esquema, se lo incorpora al esquema neutralizado pero con las instancias que le corresponden en el segundo

5.- Si a un actante le corresponden instancias diferentes en todos los esquemas, se cotejan éstas con las eliminadas por corresponder al relatante

6.- Si las recurrencias en los esquemas señalan como pertinentes instancias que han sido eliminadas, éstas se incorporan al esquema neutralizado. (corroboración de la pertinencia de las instancias por recurrencias en el contexto de su articulación).

Las correspondencias observadas en anteriores etapas de esta investigación en la relación entre instancias y actantes, permitieron delimitar “esferas de acción” (Propp, 1971:91) correspondientes a los actantes de la secuencia estudiada. La construcción de los esquemas neutralizados de secuencia permitirá contrastar esta correspondencia.

Una primera confrontación de los esquemas neutralizados correspondientes a los casos de *gripe*, dio cuenta de los siguientes rasgos:

Respecto a las instancias:

Se reconocen seis instancias constitutivas de la secuencia neutralizada correspondiente a este grupo de relatos:

Instancia 1: Actante Enfermo	
Articulación: Inicia la secuencia y antecede a la instancia 2	
No se repite	
Variantes: Dos	Casos en que se presentan
1.1. Síntomas	I y IV
1.2. Percepción de los síntomas	
Consulta	II y III

Instancia 2: Actante Mediador

Articulación: Entre instancias 1 y 3 / 4 y 3

Puede repetirse si aparece la instancia 4 (Casos I, II y III)

Variantes: Dos Casos en que se presentan

2.1. Necesidad de atención

Evaluación de la situación I, II, III y IV

Consulta

2.2. Consulta

Evaluación de la situación II y III

Consulta

Instancia 3: Actante Terapeuta

Articulación: Sigue a 1a instancia 2. En todos los casos antecede a la instancia 5 y algunas veces a la 4 y a la 6. Puede repetirse si aparece la instancia 4.

Variantes: Dos Casos en que se presentan

3.1. Consulta

Evaluación de la situación III y IV

Actividades terapéuticas

3.2. Consulta

Diagnóstico I y II

Indicaciones terapéuticas

Instancia 4: Actante Enfermo

Articulación: Sigue a la instancia 3 o a la instancia 5 y antecede a la instancia 2

No se repite

Variantes: Ninguna Casos en que se presentan

4. Actividades terapéuticas

Persistencia de los síntomas I, II y III

Necesidad de atención

Instancia 5: Actante Mediador

Articulación: Sigue a la instancia 3 y antecede a la 4 o a la 6

Puede repetirse

Variantes: Ninguna Casos en que se presentan

5. Indicaciones terapéuticas

(Implementación terapéutica) I y II

Actividades terapéuticas

Instancia 6: Actante Enfermo

Articulación: Sigue a la instancia 3 o a la 5 y cierra la secuencia

No se repite

Variantes: Dos

Casos en los que se presentan

6.1 Actividades terapéuticas

Efecto de la terapia

II y III

Recuperación

6.2. Actividades terapéuticas

Efecto de la terapia

IV

Recaída

Respecto a los actantes:

Actante Enfermo Instancias: 1, 4 y 6

Categoría: Dos infantes

Un adulto y una niña de once años (Relatantes de los casos III y IV)

Actante Terapeuta Instancias: 3

Categoría: Médico de la Estación Sanitaria de Molinos

(Relatante en todos los casos)

Actante Mediador: Instancias: 2 y 5

Categoría: Pariente de sexo femenino del enfermo

Madre: Casos I y III (Enfermo infante)

Esposa: Caso IV

Tía y prima de la madre: Caso II (Enfermo infante a cargo)

Una primera confrontación de los esquemas neutralizados correspondientes a los casos de *susto*, dio cuenta de los siguientes rasgos.

Respecto a las instancias.

Se reconocen siete instancias constitutivas de la secuencia neutralizada correspondiente a este grupo de relatos:

Instancia 1: Actante Enfermo

Articulación: Inicia la secuencia y antecede a la instancia 2

No se repite

Variantes: Dos	Casos en que se presentan
1.1. Síntomas	I, II y III
1.2. Percepción de los síntomas	
Consulta	IV

Instancia 2: Actante Mediador

Articulación: Entre instancias 1 y 3, 1 y 4, 1 y 5, 3 y 3, 4 y 3, 6 y 3

Puede repetirse

Variantes: Cinco	Casos en que se presentan
2. Consulta	I y III
2.1. Necesidad de atención	
Evaluación de la situación	II y IV
Consulta	
2.2. Derivación	
Evaluación de la situación	IV
Consulta	
2.3. Percepción de los Síntomas	
Evaluación de la situación	II
Actividades terapéuticas	
2.4. Percepción de los Síntomas	
Evaluación de la situación	III
Indicaciones terapéuticas	

Instancia 3: Actante Terapeuta

Articulación: Sigue a la instancia 2. Antecede a la instancia 5 y a veces a la 2 y a la 6

Puede repetirse

Variantes: Seis

Casos en que se presenta

Consulta	IV
3.1. Consulta	
Evaluación de la situación	I
Actividades terapéuticas	
3.2. Consulta	
Diagnóstico	II y IV
Indicaciones terapéuticas	
3.3. Consulta	
Evaluación de la situación	II y IV
Derivación	
3.4. Consulta	
Evaluación de la situación	III
Pronóstico	
3.5. Consulta	
Indicaciones terapéuticas	IV
Actividades terapéuticas	

Instancia 4: Actante Enfermo

Articulación: Sigue y antecede a la instancia 2

No se repite

Variantes: Ninguna

Casos en que se presenta

4. Actividades terapéuticas	
Persistencia de los síntomas	II
Necesidad de atención	

Instancia 5: Actante Mediador

Articulación: Sigue a la instancia 3 y 2 y antecede a la 6

No se repite

Variantes: Ninguna

Casos en que se presenta

5. Indicaciones terapéuticas	
(Implementación terapéutica)	II, III y IV
Actividades terapéuticas	

Instancia 6: Actante Enfermo

Articulación: Sigue a la instancia 3 o a la 5 y cierra la secuencia

Puede repetirse

Variantes: Ninguna

Casos en que se presenta

6.1 Actividades terapéuticas I, III y IV

Efecto de la terapia

Recuperación

6.2. Actividades terapéuticas

Efecto de la terapia IV

Recaída

Instancia 7: Actante Mediador

Articulación: Sigue y antecede a la instancia 5

No se repite

Variantes: Ninguna

Casos en que se presenta

7. Aprovechamiento terapéutico

Abastecimiento terapéutico

III y IV

Respecto a los actantes:

Actante Enfermo: Instancias 1, 4 y 6

Categoría: Dos infantes

Dos niños de 11 y 14 años (Relatantes de los casos II y IV)

Actante Terapeuta: Instancia 3

Categoría: Médico de la Estación Sanitaria de Molinos (Casos II y IV)

Médico/as Campesino/as (Casos I, II, III y IV)

Actante Mediador: Instancias 2 y 5

Categoría: Parientes del enfermo

Madre: Casos II, III y IV

Padre: Casos I y IV

Abuela: Casos II y III

Hermanas: Caso IV

Amiga/Vecina de la madre: Caso IV

Como resultado de la aplicación del procedimiento de neutralización, se corrobora la hipótesis acerca de "la influencia del tipo de relatante (enfermo – mediador – terapeuta) sobre la secuencia resultante de su narración" planteada en la anterior etapa.

Es así como en los casos de *susto* (I, II y IV), los relatantes que asumen el rol de mediador se atribuyen conductas que no reconoce el resto del grupo y que tienden a reforzar su participación en los hechos narrados. Por otra parte, contrastando la secuencia neutralizada y la correspondiente al actante enfermo en los casos *gripe* IV y *susto* IV se observa que el enfermo elimina, en su versión, al actante mediador, o restringe en forma significativa su esfera de acción. De este modo, la observación del material resultante de la aplicación del procedimiento de neutralización sobre los casos considerados, da cuenta de ciertas recurrencias que confirman algunos rasgos que definen los modelos provisorios construidos en la anterior etapa de esta investigación.

La evaluación de estos resultados conduce a reconocer aspectos comunes y diferenciales en las estrategias terapéuticas de la comunidad. Neutralizado el efecto del rol del relatante en los hechos a los que refiere, los esquemas de secuencia resultantes del análisis de los casos de *gripe* y *susto*, muestran diferencias significativas en el espectro de actantes y las esferas de acción asociadas (Anexo XXV).

Entre ellas se destaca la ampliación del espectro de actantes y esferas de acción en los casos de *susto*. A diferencia de los casos de *gripe*, en que la categoría de actante Mediador incluye únicamente parientes de sexo femenino del enfermo, en general miembros de su grupo doméstico, los casos de *susto* incluyen en esa categoría al padre del enfermo, figura masculina relevante en la técnica terapéutica del *llamado del espíritu* y a parientes y vecinos de sexo femenino que no pertenecen al grupo doméstico y adquieren un rol relevante en el aprovisionamiento de recursos terapéuticos. Asimismo, en la categoría de actante Terapeuta, los casos de *susto* incluyen, junto al representante de la

medicina oficial, a varios *médicos campesinos*, a diferencia de los casos de *gripe* en que el médico de la Estación Sanitaria de Molinos es el único actante en esa categoría. La relevancia que adquiere el recurso a los *médicos campesinos* en los casos de *susto* se manifiesta además en la ampliación de la esfera de acción de esta categoría de terapeuta.

La utilización del software UCINET-NetDraw en la representación gráfica de la red de actores incluidos en las secuencias correspondientes a los casos de *gripe* y de *susto*, permite apreciar rápidamente las diferencias en el espectro social involucrado en los itinerarios terapéuticos frente a una y otra patología. La implementación del Análisis de Redes Sociales también hace posible apreciar el efecto del rol del relatante en el caso sobre el espectro social reconocido¹¹ (Anexo XXVI).

En relación a las esferas de acción de los actantes, se plantea una primera contrastación de las instancias atribuidas a cada actante a través de la evaluación del caudal de información relacionada a tales acciones en los relatos correspondientes a cada tipo de relatante - enfermo, mediator, terapeuta - . Utilizando como recurso el software NUD*IST¹² se ingresan las entrevistas correspondientes a los casos de *gripe* y *susto*¹³, se opera sobre ellas el procedimiento de reducción y se delimitan unidades significativas mínimas (unidades textuales) de información referida a distintas esferas de actividad. Estas unidades distribuidas en un conjunto de categorías emergentes del análisis inicial en NUD*IST (nodos conceptuales) son procesadas estadísticamente en EXCEL, lo cual permite apreciar diferencias en el volumen de información provista por cada tipo de relatante en relación a cada categoría (Anexos XXVII y XXVIII). Estas diferencias corroboran los resultados obtenidos por nuestro análisis en tanto las esferas de acción atribuidas a cada tipo de actante en las secuencias neutralizadas de casos de *gripe* y *susto* hallan correspondencia con el mayor volumen de información relativa a tales esferas que aporta como relatante. Así, la esfera de acción del enfermo se restringe a la situación inicial, en la que se genera la enfermedad y percibe sus síntomas, a cuya descripción destina gran parte de su narración.

La madre, esposa, abuela y otros parientes femeninos cercanos al enfermo, abundan en la descripción de los síntomas y refieren a la mayor parte de las instancias de la secuencia que conduce a la recuperación del enfermo. Los terapeutas ponen el énfasis en la circunstancia de la consulta y en sus indicaciones y recomendaciones terapéuticas. De este modo, la posibilidad de explorar las variaciones en el espectro de actantes y sus correspondientes esferas de acción con referencia a las secuencias neutralizadas de casos de diferentes enfermedades, permite reconocer los componentes comunes de las estrategias frente a la enfermedad, así como evaluar las diferencias que resultan del tipo de enfermedad o del rol del relatante en el caso.

En síntesis, como resultado de esta etapa surge la propuesta de un procedimiento para el análisis del material substrato de esta investigación. Este procedimiento consta de tres pasos: Reducción, Neutralización y Análisis de las variaciones.

La Reducción tiende a la delimitación de unidades a partir de las cuales sea posible construir las secuencias resultantes de cada relato.

La Neutralización tiende a eliminar el efecto del rol que asume el relatante en los hechos narrados sobre la secuencia que resulta de su relato

Por último, se propone el Análisis de las variaciones a partir de las secuencias neutralizadas, lo cual permitirá dar cuenta de las diferentes respuestas (alternativas) de la población ante una misma situación.

Los resultados de nuestro análisis comparativo de las secuencias correspondientes a los casos de dos tipos de enfermedad - *gripe* y *susto* - muestran la productividad de la metodología propuesta para la consideración de las estrategias terapéuticas del grupo. Al mismo tiempo señalan el particular interés que, para el análisis de estas estrategias, reviste la consideración de patologías como el *susto*, Síndrome Culturalmente Específico

cuyas características nosológicas y terapéuticas remiten a recursos y saberes de amplia difusión en la región andina.

La relevancia del *susto* como patología de alcance regional profundamente arraigada en las creencias y prácticas de los pobladores del valle, se ve corroborada en nuestro análisis por la riqueza de la descripción, la pluralidad de recursos humanos que intervienen en su tratamiento y la calidad y complejidad de las referencias a su diagnóstico y terapéutica. Estas características justifican el abordaje de la toma de decisiones terapéuticas¹⁴ en relación a esta enfermedad, tarea que iniciamos en colaboración con la Lic. Anahí Sy, a través de la implementación del Software DEXi¹⁵ en el análisis de los casos de *Susto* (Anexo XXIX) El propósito de esta etapa del análisis fue identificar los criterios que intervienen en las decisiones terapéuticas, lo cual posibilita una mejor delimitación y evaluación de las diferentes alternativas y la forma en que ellas intervienen en el proceso de toma de decisión.

La aplicación de este software permite extraer un conjunto de reglas que contribuyen a una mejor caracterización de las decisiones – la opción por determinados recursos – tomadas por los protagonistas de los casos de *susto*. En el modelo de elección del tratamiento que resulta de este análisis visualizamos las diferentes alternativas u opciones (variables) contempladas en los casos de *susto* y aquellas efectivamente seleccionadas por cada relatante. A partir de ello es posible establecer hipótesis derivadas de los enunciados de los informantes concernientes a las condiciones bajo las cuales éstos consideran diferentes alternativas de tratamiento (Young, 1980; Ryan y Martínez, 1996).

En base a las secuencias resultantes del análisis de los casos de *susto*, consideramos las instancias que preceden a la consulta a cada tipo de experto - médico oficial (MO), *médico campesino* (MC) u otros (entendidos que no son referidos como expertos o especialistas) - y extrajimos las expresiones que daban cuenta de los criterios que intervenían al justificar la elección de un determinado especialista ante una situación particular. Estos criterios fueron organizados en un árbol, de acuerdo a sus relaciones de inclusión y dependencia.

Entre los resultados obtenidos de este análisis observamos que son las madres quienes aportan más elementos de juicio como fundamento de las diferentes instancias de consulta (ver Anexo XXIX. Grafico 1), lo cual aparece reflejado en la evaluación final (ver Anexo XXIX. Representación. Evaluación de los Resultados). Asimismo advertimos que existe un mayor número de criterios en la justificación de la opción por *médicos campesinos* u otras personas de la comunidad que “conocen” o “saben”, en relación a los involucrados en la consulta a la medicina oficial. Si bien en muchos casos es ante el fracaso diagnóstico o terapéutico de la medicina oficial que se consulta a *médicos campesinos* (ver Anexo XXIX. Grafico 2), lo cual estaría indicando una consulta previa a la medicina oficial, ésta última no aparece en la representación al no haber criterios que fundamenten su elección.

Es posible visualizar, además, que son las madres quienes perciben y detallan una amplia gama de síntomas y eventuales causas que conducen a un diagnóstico o a la presunción de que se trata de *susto*. Por el contrario, entre los criterios que intervienen en las justificaciones que ofrecen los padres no existe referencia a la causa o síntomas (ver gráfico 3). Esto puede estar vinculado, por una parte, al estrecho contacto cotidiano de la madre con sus hijos y, por otra, al importante rol que juega el padre en el ritual de curación, lo cual hace que su discurso se halle centrado en la descripción del mismo (ver Anexo XXVIII).

En términos generales surgen como circunstancias relevantes a la opción por determinado tipo de agente: el fracaso del terapeuta consultado en instancias previas, el conocimiento o no del diagnóstico estrechamente asociado al conocimiento de la causa del *susto*, el tipo de síntoma como indicador del tipo de enfermedad o su gravedad, y la accesibilidad – física, económica o social – a cada recurso.

El desconocimiento de la causa o circunstancias bajo las cuales el enfermo se asustó, y en consecuencia, la ausencia de un diagnóstico, determina en todos los casos la opción por el agente de salud oficial (MO). El tipo o la gravedad de los síntomas – la presencia de diarrea, fiebre o convulsiones – también

conduce a la consulta a este tipo de especialista. La presunción de que se trata de un episodio de *susto* y la búsqueda del tratamiento adecuado a esa enfermedad conduce a la consulta a los *médicos campesinos* y a especialistas locales.

La accesibilidad también es un factor que distingue claramente la opción por cada tipo de terapeuta. La inaccesibilidad de los recursos de la medicina oficial – derivación a otros hospitales de la ciudad de Salta al Hospital Regional de Cachi – se contrapone a las referencias explícitas a la accesibilidad de los recursos tradicionales.

En este sentido observamos que la presencia de un saber compartido – acerca de la causa, los síntomas patognomónicos y la terapéutica adecuada para el *susto* – acerca y conduce a los pobladores a los expertos locales. La duda acerca del diagnóstico asociada al desconocimiento de la causa o el fracaso de los recursos terapéuticos tradicionales, justifica la consulta a los representantes de la medicina oficial.

De este modo, la implementación de recursos informáticos disponibles en la última década – programas de computación destinados a asistir y optimizar las tareas de análisis de material cualitativo – hizo posible visualizar, ampliar y corroborar gran parte de los resultados obtenidos en nuestra aproximación original. El uso complementario de estos recursos en el procesamiento de datos resultantes de la investigación etnográfica abre hoy un amplio espectro de alternativas para el análisis comparativo de los procesos de búsqueda de la salud en contextos específicos.

Notas Capítulo 3

¹ *Los porteros*. “...son el punto inicial de contacto del etnógrafo para introducirse en el lugar que está estudiando...Saber quién tiene el poder de facilitar o bloquear el acceso o quiénes se consideran o son considerados por los demás como poseedores de la autoridad suficiente para garantizar o rechazar el acceso es, sin lugar a dudas, un aspecto fundamental del conocimiento sociológico del campo” (Hammersley y Atkinson, 1994:78). En nuestro caso, investigadores de la División Antropología del Museo de La Plata que trabajaban en la región desde hacía mucho tiempo compartieron generosamente con nosotros su conocimiento del lugar y de la gente, facilitando nuestros primeros contactos con los pobladores de Molinos.

² Al respecto, cabe consignar que el Plan de Estudios de la Carrera de Antropología para el período en que completé mis estudios no incluía materias destinadas a la formación metodológica de los alumnos en el área socio-cultural, razón por la cual realicé una serie de cursos complementarios de Lingüística, disciplina de las ciencias humanas que para la época se ofrecía como modelo para el tratamiento sistemático y riguroso de los datos culturales (Levi-Strauss, 1968: 64). Derivado de los desarrollos de la lingüística estructural saussureana surgía el nuevo campo de la Semiología, que extendía el campo de aplicación de los recursos metodológicos de la lingüística a todos los fenómenos y procesos socio-culturales factibles de ser abordados “a la manera de lenguajes”. Como resultado de esta etapa de mi formación participé en investigaciones interdisciplinarias y en publicaciones de la especialidad (Nethol, A.M, D. Arbide y M. Crivos, 1973, 1977).

³ En realidad el material de base a partir del cual se trabaja es la entrevista grabada y transcripta. El relato no es extraído como tal de la entrevista, sino que se lo compone a lo largo del procedimiento de Reducción (ver Glosario: Texto/Preparación del Texto).

⁴ Tal como lo plantean Manning y Fabrega (1976:51) “...Los componentes de la enfermedad fueron los derivados del sistema de clasificación científica occidental, pero el dominio en cuyo interior estos temas fueron tratados se estableció en base al empleo de categorías construidas por los nativos.”.

⁵ GRUPO: Conjunto de los relatantes.

⁶ Esto permitiría, al mismo tiempo, evaluar la *confiabilidad* del informante mediante el análisis del grado de correspondencia entre la información que provee y la resultante del acuerdo del grupo (Garro;1986).

⁷ Para la realización de este trabajo se contó con el apoyo de un subsidio otorgado por el CONICET (Legajo Número 10151/81) y de la Secretaría de Estado de Municipalidades de la provincia de Salta que, a través de la Municipalidad de Molinos, nos brindó alojamiento en el pueblo y nos facilitó el traslado a otras localidades del área.

⁸ “...lo probable es que distintos métodos produzcan distintos datos...” (McEwen, 1975:256)

⁹ “En el trabajo de campo etnográfico no está muy difundido el uso de cuestionarios; no obstante, en investigaciones...que emplean un enfoque de grupo, es posible utilizar cuestionarios como parte de un intento por uniformar los procedimientos que se siguen para entrevistar, a fin de poder comparar mejor los datos...” (Bock, 1977:489). (El subrayado es nuestro).

¹⁰ Este procedimiento se relaciona con la triangulación de fuentes de información como método de validación reconocido en la reciente literatura metodológica: “la triangulación de las fuentes de información conlleva la comparación de la información referente a un mismo fenómeno...comparando los relatos de diferentes participantes...Esta práctica, además de proporcionar una comprobación de la validez, también permite profundizar más en la descripción de los significados sociales existentes en el lugar.”(Hammersley y Atkinson, 1994:216).

¹¹ La posibilidad de implementar los recursos del Análisis de Redes Sociales (ARS) sobre los esquemas de secuencia abre un amplio espectro de alternativas analíticas que en esta presentación restringimos a aquellas que nos permiten representar los resultados obtenidos por nuestro análisis.

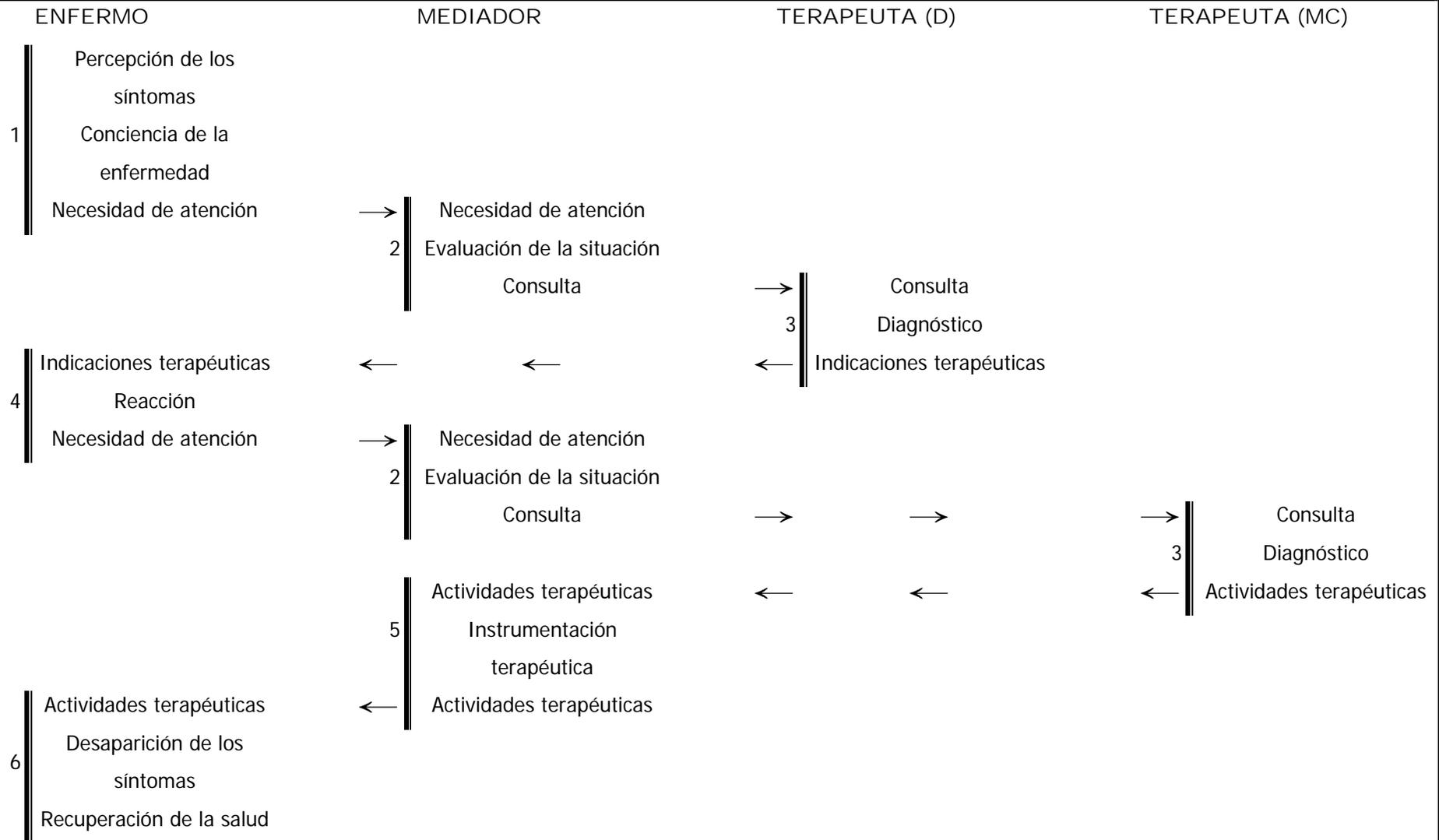
¹² Del amplio rango de programas de computación hoy disponibles para el análisis de datos cualitativos, los NUD*IST QSRN Vivo (cf. <http://www.scolari.com>) hacen particular referencia a las premisas básicas de la grounded theory (ver Capítulo 2). Además de asistir al analista en el proceso de codificación, estos programas permiten realizar mediciones cuantitativas simples. Por ejemplo, es posible calcular la proporción de texto destinada a cada categoría (Titscher et al., 2000:84-85).

¹³ Las tareas vinculadas al procesamiento en NUD*IST y EXCEL estuvieron a cargo de Ana Lamarche y Lorena Pasarin, alumnas avanzadas de la carrera de Antropología de la Facultad de Ciencias Naturales y Museo de la Universidad Nacional de La Plata.

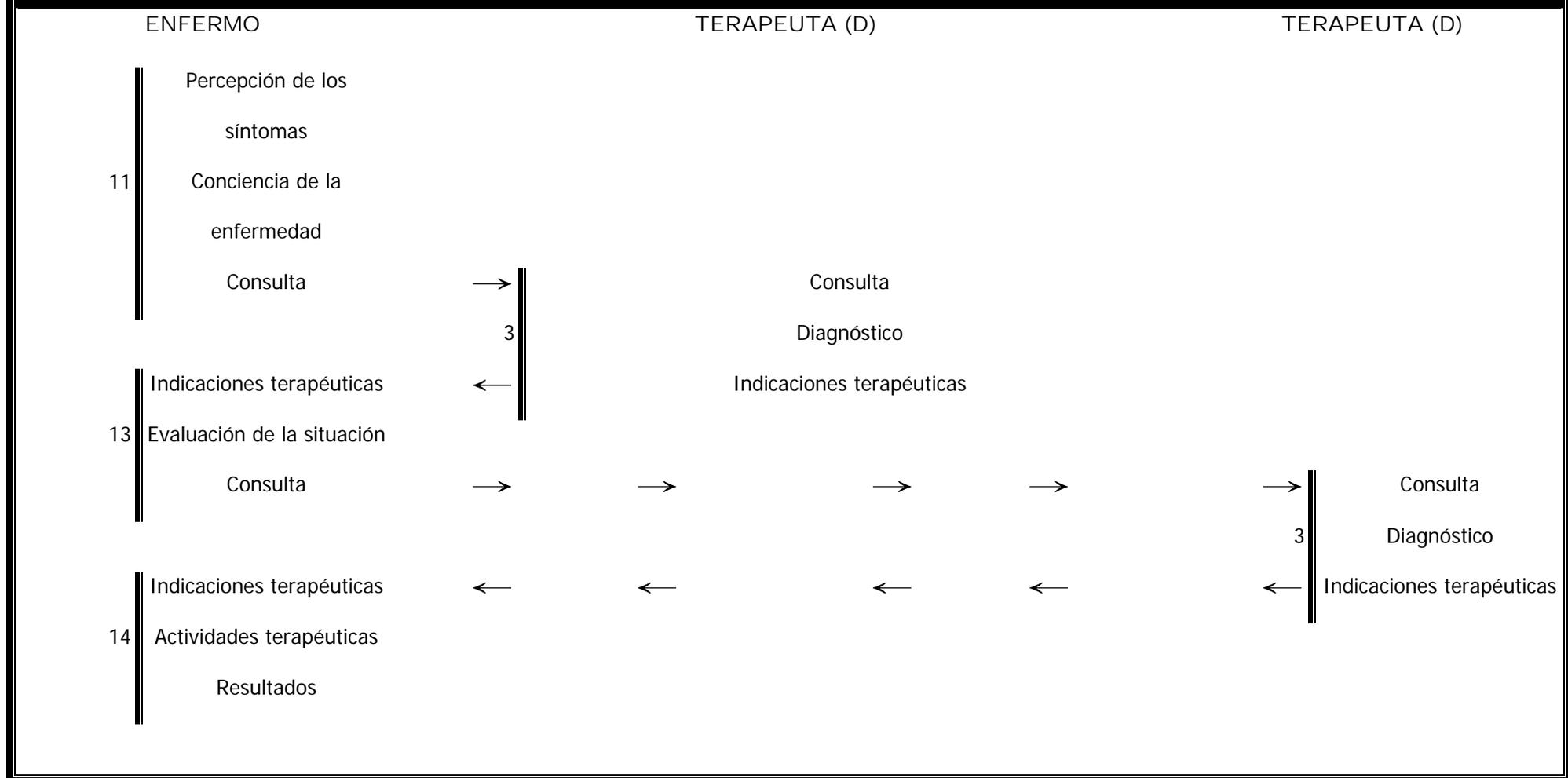
¹⁴ Recientemente algunos investigadores han sugerido el uso de técnicas de toma de decisiones para modelar mejor la relación entre las creencias y comportamiento que resulta de la información etnográfica (Mathews y Hill, 1990; Pelto y Pelto, 1990)

¹⁵ DEX (Decision Expert) es un programa interactivo para el desarrollo de modelos de decisión cualitativos de atributos múltiples desarrollado por Marko Bohanec en el Jozef Stefan Institute, Ljubljana, Slovenia, a quien agradecemos su solícita y generosa disposición al asistirnos en cada etapa de la aplicación de este recurso a nuestros datos.

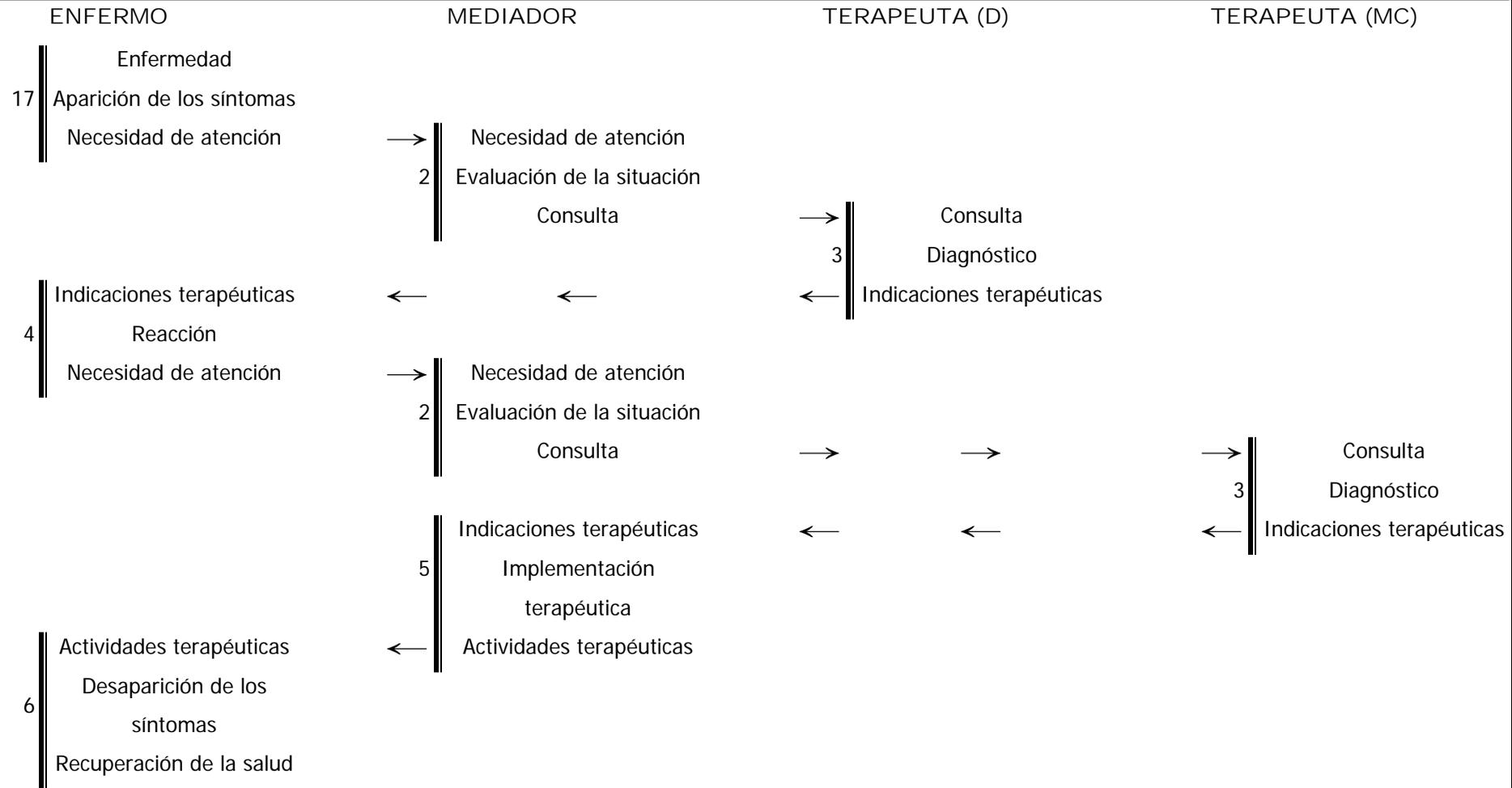
MODELO PROVISORIO CORRESPONDIENTE AL GRUPO I



MODELO PROVISORIO CORRESPONDIENTE AL GRUPO II



MODELO PROVISORIO CORRESPONDIENTE AL GRUPO III



4. LA ENFERMEDAD COMO CATEGORÍA SIMBÓLICA O DE QUÉ SE ENFERMA LA GENTE?

El objetivo inicial de recomponer una secuencia fáctica a través del discurso deriva en la consideración del corpus de casos como un conjunto de enunciados acerca de "hechos posibles" a cuya "lógica de ocurrencia" deben adecuarse ("secuencia verosímil"). Es así que nuestro análisis del corpus en la primera etapa se halla restringido a la recuperación de información pertinente a la reconstrucción del recorrido terapéutico¹. De este modo las referencias a los acontecimientos en torno a la enfermedad sólo adquieren valor con relación a la toma de decisiones terapéuticas y, en consecuencia, gran parte de ellas son descartadas. En esta etapa se tratará de explorar en forma exhaustiva el mismo corpus como expresivo de los modos de representación de la enfermedad que derivan de la referencia al proceso de su ocurrencia real².

Si bien la narrativa de casos puede ser reducida a una secuencia cronológica, incluye pasajes descriptivos y explicativos, referencias biográficas, imágenes, memorias y argumentos implicados por los componentes centrales del relato no necesariamente presentados en función de un orden cronológico. En este sentido es posible reconocer una doble función de la narrativa: comunicativa y performativa. En la primera, la coherencia del relato es dada por la lógica (en términos de secuencia y causalidad). En la segunda, el discurso es visto como "un aparato para la producción de significado más que como un vehículo para la transmisión de información". En consecuencia, todas las narrativas establecen juicios e intentan persuadirnos de la agudeza, relevancia y coherencia de una visión particular (Pluciennik, 1999).

En la configuración narrativa de los casos considerados, elementos y eventos temporal y espacialmente distantes se articulan en términos de un proceso común: el de la enfermedad de un sujeto. La trama, en tanto funciona para sintetizar lo heterogéneo, puede ser la manera de integrar variedad de componentes en una explicación del proceso “... en una totalidad inteligible que incluye circunstancias, objetivos, interacciones y resultados imprevistos” (Pluciennik, 1999).

En nuestro análisis, abordamos estos componentes del relato de casos asumiendo que ellos conducían a explorar otros niveles de significación de la enfermedad como evento relacionado a otros eventos en la vida de los pobladores del valle.

La opción por realizar este análisis sobre los casos de *susto* y no sobre los de *gripe* se fundamenta en diversas razones. En primer lugar, por tratarse de la enfermedad más mencionada a lo largo de nuestra investigación en la región y por la que más frecuentemente se consulta a los “*médicos campesinos*” a lo largo de todo el ciclo anual. En segundo lugar porque la densidad de la descripción en los casos de *susto* permite contar con abundante y detallada información acerca de las circunstancias que rodean la emergencia, manifestación y resolución de este tipo de padecimiento. Finalmente, por el interés que presenta aplicar este abordaje a un síndrome culturalmente específico (*culture-bound syndrome*) ampliamente extendido y vigente en la cultura y medicina popular de América Latina, particularmente del área andina (Rubel et al., 1995; Palma, 1973; Palma y Torres Vildoza, 1974; Bolton, 1981).

El concepto de *susto* en la narrativa de casos

El objetivo específico de esta etapa es, entonces, indagar en las representaciones de la enfermedad del *susto* – entidad nosológica de amplia difusión en la zona en estudio - a través del análisis del discurso de los

informantes acerca de acontecimientos que señalan su emergencia y eventual desaparición en los casos referidos.

El estudio del sistema de representaciones de un grupo acerca de una serie acotada de hechos (acontecimientos en torno a la emergencia de la enfermedad y la búsqueda de la salud de un individuo) resulta una posibilidad de acceso al universo simbólico de la población estudiada, a la determinación de la forma y valor que adquieren los hechos a través de su representación – mediante la actualización de un código específico – en el discurso de los informantes. Este código está compuesto de aspectos formales y de contenido que constituyen su sistema de significantes y sistema semántico, respectivamente³.

Este objetivo específico se encuadra en un objetivo general que propone dar cuenta del sistema de reglas – código específico – utilizado por un grupo en la representación de un cierto tipo de fenómenos. Desde esta perspectiva, la "descripción de los mensajes como manifestaciones de un código", tal como lo señala Ch.O. Frake, se plantea como contribución a "la construcción de una teoría de los códigos, una teoría de la cultura"(Frake, 1964:132).

En esta etapa asisto a un Seminario sobre Aplicación de Métodos y Técnicas de la Teoría Semiótica en la Investigación Antropológica, a cargo del Profesor Juan Angel Magariños de Morentín con el objeto de iniciar, con el apoyo de un especialista, el análisis del material desde esta nueva perspectiva.

Se consideran, en principio, válidas las restricciones operadas al corpus constituido en la anterior etapa (cuatro casos de *gripe* y cuatro casos de *susto*), tendientes a lograr una mayor homogeneidad y representatividad del mismo⁴. Se establece que, dado que en el momento de la enunciación los hechos referidos ya han ocurrido, los enunciados en torno a ellos deberán ser ordenados de acuerdo a criterios y variables pertinentes al sistema – sincrónico – de representación y no al proceso – diacrónico – de ocurrencia.

Suponiendo entonces la producción del concepto enfermedad como efecto del discurso, se agrupan los enunciados según constituyan niveles de manifestación homogéneos de ese concepto. En síntesis, la agrupación y categorización de los enunciados se realiza a dos niveles: a nivel de la enunciación, atendiendo a la producción del concepto enfermedad, y a nivel del enunciado, atendiendo a la representación de los acontecimientos en torno a ella.

El camino propuesto para la investigación de este nuevo objeto se inicia en la consideración de los rasgos léxico-sintácticos a través de los cuales la entidad conceptual en estudio, el *susto*, se expresa en la enunciación y a partir de ellos plantea el acceso a su delimitación conceptual en el enunciado.

Dado que el objeto de este estudio no es un objeto lingüístico sino un objeto antropológico (en su expresión a través de una sustancia lingüística), el análisis de la enunciación, si bien implementando aspectos de la metodología lingüística, está orientado a recuperar, a través del registro discursivo, la delimitación del objeto conceptual al que refiere la enunciación y la posición que respecto a ella asume el informante.

Se propone el estudio del fenómeno enfermedad no a nivel de los acontecimientos sino a nivel de la forma en que es enunciado, de la expresión lingüística de los acontecimientos a él vinculados. Nuestro objeto es la representación que la comunidad produce respecto de tales acontecimientos. Es a las posibilidades de transformación simbólica de los acontecimientos a las que accedemos a partir de la identificación y definición de los conceptos en su interrelación en el discurso. Desde una perspectiva antropológica el acontecimiento sin tal transformación no existe, el acontecimiento se constituye como hecho cultural en la medida en que es reconocido por el grupo a través de su representación simbólica.

Las tareas en esta etapa tuvieron como objetivo la descripción del sistema de representaciones del *susto* en el contexto del discurso producido por los informantes al ser entrevistados para referir a los cuatro casos considerados.

En adelante se utilizará el término enunciado para referir a los aspectos semánticos de la enunciación, a aquello acerca de lo cual el informante está hablando, y el término enunciación para referir al conjunto de rasgos léxico-gramaticales que es posible identificar en la forma que el informante elige para hacerlo⁵.

Dada la naturaleza del corpus – relatos de casos de *susto* – y sobre la base de una secuencia que aproxima los conjuntos de enunciados a partir de un hipotético orden de ocurrencia de los acontecimientos referidos, se constituyeron doce grupos de enunciados identificados como:

- I. Situación inicial (contexto)
- II. Condiciones iniciales
- III. Acción de la causa
- IV. Reacción a la causa
- V. Derivación al terapeuta
- VI. Síntomas
- VII. Traslado al terapeuta
- VIII. Contacto con el terapeuta
- IX. Designación de la enfermedad (Diagnóstico)
- X. Recomendación terapéutica
- XI. Acción terapéutica
- XII. Condiciones finales

Se inicia el análisis de los enunciados correspondientes a la designación de la enfermedad⁶ (Grupo IX) El corpus a analizar consiste en ciento veinte enunciaciones (Anexo XXX) que incluyen lexemas de designación de la enfermedad extraídas de las entrevistas consideradas.

Para el ordenamiento del material se acude a algunas estructuras de identificación lingüística de aspectos de la enunciación consideradas de utilidad para el reconocimiento de componentes y relaciones sobre las cuales iniciar la descripción del sistema de representaciones de esa enfermedad a partir de las formas en que es designada (Anexo XXXI). En esta etapa se ha tratado, en la

medida de lo posible, de prescindir de la consideración de los aspectos semánticos, incluyendo sólo aquellas categorías que se vieran debidamente justificadas por la recurrencia de formas léxicas indudablemente asociadas a un determinado dominio semántico.

La propuesta inicial fue ajustada a lo largo del análisis debido a la necesidad de dar cuenta de algunos rasgos de las enunciaciones que no habían sido contemplados, así como de eliminar otros totalmente ausentes en el corpus. De esta contrastación del esquema con el corpus de enunciaciones resulta la actual propuesta que incluye los siguientes ítems:

Item I. Formas de designación

I.1 Formas nominales y pronominales. La nominalización de la enfermedad puede, a su vez, localizarse con relación a la estructura sintáctica:

- En Frase Nominal
- En Frase Verbal
- En Frase Nominal y en Frase Verbal⁷

I.2. Formas verbales. Las formas verbales asociadas a cada una de estas alternativas de nominalización son también especificadas en el esquema. La designación de la enfermedad a través de formas verbales se señala especificando modo, verbo auxiliar, tiempo y uso de la forma reflexiva

I.3. Relaciones entre designaciones. En el caso de enunciaciones que incluyen dos o más designaciones, se señala la relación lógica⁸ que las vincula.

Item II. Modalización

Del análisis de las enunciaciones surge la modalización como cualificación del término utilizado para la designación de la enfermedad y de la estructura sintáctica de la enunciación. La presencia de formas léxicas modalizadoras se señala en este ítem mediante categorías que agrupan las alternativas que surgen del corpus considerado. De este modo se registran:

II.1 lexemas modalizadores de las formas nominales o verbales que designan la enfermedad. Se presentan formas modales de reiteración y/o

continuidad, ratificación, exclusión y cuantificación (en grado inferior, medio y superior).

II.2 formas léxicas modalizadoras de la enunciación (que expresan el valor que el sujeto atribuye a su propia enunciación). Estas formas fueron agrupadas como de aserción, evidencia, posibilidad y desconocimiento⁹.

Item III. Sujeto de la Enunciación

En este ítem las enunciaciones fueron agrupadas según se presenten en forma directa - del informante como sujeto de la enunciación - o indirecta - en las que el informante reproduce la enunciación de "otros" a través de lexemas tales como los verbos decir, pensar, hablar, notar, etc. que indican transitividad de información de un sujeto a otro - . En adelante se hará referencia a ellos como identificadores del discurso indirecto.

Las enunciaciones correspondientes a este último grupo fueron a su vez diferenciadas según presentaran rasgos que permitieran componer categorías gramaticales del sujeto del cual el informante reproduce el discurso. En principio estas categorías resultaron:

- sujeto particularizado. En las que el sujeto está identificado. Puede incluir tanto un sujeto singular como un sujeto plural (ejemplo: nosotros, ellos, siempre que la enunciación o su contexto contengan elementos que permitan identificar al menos a uno de los sujetos involucrados)
- sujeto generalizado. No hay identificación del sujeto. Puede tratarse de un sujeto explícito (como en E 59: "asustao dicen algunos"), implícito (como en E 25: "él asustao es (ellos) dicen") o de una forma reflexiva con sujeto explícito o implícito (como en E 61: "esi se llama asustao")

En ambos casos se señala – mediante la categoría de grado – la acumulación de enunciaciones incrustadas¹⁰ en el discurso del informante directo. El indicador de grado en cada enunciación lo constituye la cantidad de identificadores del discurso indirecto a través de los cuales el informante reproduce la enunciación de otro sujeto.

Ejemplo: Enunciación 113

(La comadre) dice que el Doctor le ha dicho que no le halla qué es lo que tiene

Enunciación Indirecta (2º grado)

Enunciación Indirecta (1º grado)

Enunciación Directa

Grado de enunciación indirecta: 2º¹¹.

En el caso de la enunciación indirecta se indica además si la reproducción del discurso del "otro" se presenta o no como textual.

Item IV. Enunciaciones Indiciales y Simbólicas

Dada la importancia que reviste para este trabajo, en el análisis se han diferenciado las enunciaciones referidas a una situación existencial específica de las que aluden a generalizaciones de mayor o menor grado de abstracción. Esto permite distinguir las enunciaciones que se presentan como coyunturales a una situación determinada de aquellas que expresarían, en forma más inmediata, la vigencia de ciertos estereotipos culturales en el discurso de los informantes¹². Siguiendo la terminología de Peirce¹³ se agrupa a las primeras bajo la categoría de indiciales, y a las segundas bajo la categoría de simbólicas.

En cuanto al establecimiento de indicadores que hagan posible la diferenciación en el plano sintáctico entre uno y otro tipo de enunciación, provisoriamente – dado que se carece de criterios rigurosamente establecidos al respecto y escapa al objetivo de este análisis abordar este problema de la teoría lingüística – se ha acudido a algunos criterios lógico-gramaticales que apoyen las distinciones que se han podido establecer en el corpus considerado. De ello resulta que surgen como criterios válidos, en principio, para establecer tal distinción:

- 1.- la presencia en la enunciación (o en su contexto) de lexemas que identifiquen, particularizándolo, al sujeto y al complemento o circunstancia de la acción del verbo

- 2.- la presencia en la enunciación (o en su contexto) de lexemas que identifiquen, particularizándolo, o bien al sujeto o bien al complemento o circunstancia de la acción del verbo.
- 3.- la ausencia en la enunciación (o en su contexto) de lexemas que identifiquen, particularizándolo, al sujeto y al complemento. o circunstancia de la acción del verbo.

En todos los casos se excluye al sujeto y/o complemento o circunstancia de la acción del verbo que sean indicadores del tipo de discurso: Identificadores del discurso directo o indirecto (ver Item III. Sujeto de la Enunciación).

Es así que su ajuste al criterio 1.- o al criterio 2.- señala el carácter indicial de la enunciación considerada, mientras que el criterio 3.- identificaría, en principio, a las enunciaciones de tipo simbólico¹⁴.

Item V. Expansión a otros tipos de enunciados

En este ítem se señala la presencia en cada enunciación de elementos identificados como pertenecientes a alguno/s de los doce grupos de enunciados aislados (ver pag. 91). Como resulta del análisis de este grupo de enunciaciones que en principio fueron agrupadas como enunciados de diagnóstico y que ha quedado configurado como tal sobre la base de la identificación de lexemas para la designación de la enfermedad (ya sea en forma nominal, pronominal o verbal)¹⁵, el análisis de cada uno de los demás grupos de enunciados permitiría establecer criterios para su identificación como dominio semántico diferente a través de un conjunto de lexemas y/o construcciones claramente especificados. De esta manera sería posible ratificar o rectificar la agrupación previa. Por el momento se mantiene la agrupación provisoria de los enunciados a los fines de identificar posibles relaciones entre elementos correspondientes a la designación de la enfermedad y elementos correspondientes a los demás grupos de enunciados. Al respecto se señalan las siguientes relaciones:

- orden en la enunciación: orden en que aparecen los elementos correspondientes a cada grupo de enunciados en cada enunciación

- orden en la relación lógica: relaciones lógicas que es posible identificar en cada enunciación entre tales elementos

Las recurrencias observadas como resultado de este ordenamiento del material – realizado fundamentalmente sobre la base de los componentes y relaciones sintácticas que se han podido identificar en cada una de las enunciaciones consideradas – permiten una primera caracterización del corpus desde el punto de vista de la enunciación. Dado que, como hemos dicho, el objeto de este estudio no es un objeto lingüístico sino un objeto antropológico, el análisis de la enunciación está orientado a recuperar, a través de rasgos registrables en el discurso, tal objeto, que en esta etapa se constituye como la delimitación del objeto conceptual al que refiere la enunciación, y la posición del sujeto del discurso¹⁶ en la enunciación.

Es así que en principio fueron considerados en el análisis aquellos elementos que resultan de interés más inmediato a los fines de la investigación propuesta (Anexo XXXI):

- 1.- Forma, modalización y localización del lexema que designa la enfermedad en la estructura sintáctica (en Anexo: Nominalización, Verbalización, Modalización de la designación)
- 2.- Enunciaciones Indiciales y Simbólicas (en Anexo: Enunciación)
- 3.- Enunciaciones Directas e Indirectas (en Anexo: Sujeto de la Enunciación)
- 4.- Distancia Sujeto del Discurso-Enunciación (en Anexo: Enunciación, Sujeto de la Enunciación, Presencia del Yo en la Enunciación, Modalización de la Enunciación)
- 5.-.Expansión de las enunciaciones de designación a otros grupos de enunciados (en Anexo: Expansión a otros grupos de enunciados)

1.- Forma, modalización y localización del lexema de designación en la estructura sintáctica

El lexema de designación se presenta en forma nominal en 83 enunciaciones, y en forma verbal en 38 enunciaciones. A continuación se indica la distribución de las formas nominales y el verbo que las afecta, según su localización en la estructura sintáctica:

<u>Forma nominal</u>	<u>Frase Nominal</u>	<u>Verbo</u>	<u>Frase Verbal</u>	<u>Verbo</u>	<u>FN/FV</u>	<u>Verbo</u>
SUSTO: 34	5	4 ser	21	6 tener 1 encontrar 1 ser	8	8 ser
ASUSTADO: 31	18	13 ser	9	1 tener	4	4 ser
<u>Otras designaciones:</u>						
Nada: 11			11	10 hallar 1 tener		
Quedado: 7	3	2 ser			4	4 ser
lo/l'/le: 6	1	1 aflige	5	5 hallar		
lo que tiene: 6			2	1 hallar 1 tener	4	4 ser
la enfermedad: 2	1	1 llegar	1	1 hacer		
eso: 2			2	1 encontrar 1 tener		
corazón: 2			2	1 encontrar 1 afligir		
pena: 2			2	1 ser		
(negación): 1			1	1 hallar		

La presencia de dos designaciones en una misma enunciación, unidas por el verbo copulativo SER, hace posible la localización de cada una de ellas tanto en Frase Nominal como en Frase Verbal (FN/FV en el cuadro). En un total de diez enunciaciones los lexemas así relacionados presentan la siguiente distribución:

Susto - lo que tiene: 4
Susto - asustado: 2
Susto - quedado: 2
Asustado - quedado: 2

En cuanto a la forma verbal, predomina el uso del participio de acuerdo a la siguiente distribución:

<u>Forma verbal</u>	<u>Presente</u>	<u>Pasado</u>	<u>Futuro</u>	<u>Total</u>
Participio (aux. ESTAR)	13	7		20
Participio (aux. HABER)		9		9
Infinitivo (aux. HABER, SABER)	2 (Continuo)	2		4
Indicativo	4			4
Gerundio (ESTAR ENFERMÁNDOSE)		1		1

El lexema de designación se presenta en 33 enunciaciones cualificado mediante formas modalizadoras que fueron agrupadas como de:

reiteración y/o continuidad: 10 enunciaciones (4,20,44,47,55,78,99,106,108,109)

ratificación: 5 enunciaciones (36,64,114,116,119)

exclusión: 13 enunciaciones (27,72,73,74,77,80,81,83,84,90,93,95,97)

cuantificación: en grado inferior: 1 enunciación (40)

en grado medio: 1 enunciación (120)

en grado superior: 3 enunciaciones (7, 8, 105)

No aparecen en el corpus considerado otras formas de cualificar la designación de la entidad, cuyas posibilidades de transformación quedan restringidas en el discurso a las alternativas arriba señaladas: puede reiterarse (ej.: "se vuelve a asustar", "se asustan siempre"), manifestarse como tal (ej.: "tiene un susto así", "cuando son asustaos así"), excluyendo otras posibles designaciones (ej.: "es asustado y nada más", "es susto nomás") y cuantificarse (ej.: "no es mucho el susto que tiene", "tiene bastante susto", "estaba asustadito un poco").

De esta primera aproximación a la forma, modalización y distribución que asume el lexema de designación en el corpus surge:

- el predominio de las formas nominales sobre las formas verbales de designación
- el predominio – en las formas nominales – de la localización del lexema de designación en Frase Verbal y el uso de determinados verbos afectando al lexema así localizado (hallar, tener, encontrar)
- el predominio del uso del participio "asustado" tanto en forma nominalizada como en forma verbal
- la cualificación del lexema de designación a través de formas modalizadoras que producen un efecto de ratificación, reiteración y/o continuidad, presencia excluyente y cuantificación

Estos primeros resultados sugieren algunas reflexiones respecto al predominio de la conceptualización de la entidad como objetivable, sustantivable, designable con un nombre, que es factible de ser identificada, hallada o poseída por alguien (consideración estática) frente a la conceptualización de la entidad como acontecer o estado transitorio del sujeto (consideración dinámica). Las posibles implicaciones del uso del participio como forma privilegiada de designación en el corpus (identificación de la entidad con el sujeto, asignación de la entidad como cualidad al sujeto) serán consideradas en el análisis de los enunciados simbólicos a través de la construcción de la definición contextual de los lexemas de designación (ver más adelante). De la relativamente escasa presencia de formas modalizadoras del lexema de designación y lo restringido de su espectro, resulta una entidad no cualificada, cuyas posibilidades de transformación se reconocen sólo en el ámbito de lo cuantitativo.

En el caso de las enunciaciones que incluyen más de una designación, se intentó aislar las relaciones (lógicas) que las vinculan, como un aporte a la identificación de la entidad conceptual en estudio en el contexto del sistema de designaciones de la enfermedad del grupo considerado. En un total de 22 enunciaciones que incluyen más de una designación se establecen las siguientes relaciones:

INCLUSIÓN:

Susto \subset Pronombre: 4 enunciaciones (5,72,79,90)

- Pronombre \subset Nada: 4 enunciaciones (19,20, 22, 92)

Asustado \subset Pronombre: 1 enunciación (67)

EQUIVALENCIA:

Susto \leftrightarrow Asustado: 2 enunciaciones (68,69)

Asustado \leftrightarrow Quedado: 1 enunciación (63)

DISYUNCIÓN NO EXCLUYENTE:

Asustado \vee Quedado: 2 enunciaciones (65, 66)

Pronombre \vee Susto: 1 enunciación (80)

DISYUNCIÓN:

Susto \wedge Quedado: 2 enunciaciones (74,83)

Asustado \wedge Quedado: 1 enunciación (95)

CONJUNCIÓN:

Pena \wedge Susto: 1 enunciación (110).

CONJUNCIÓN METONÍMICA:

Verbo \cdot (Susto \wedge Pena): 2 enunciaciones (103, 108)

IMPLICACIÓN:

Pronombre \rightarrow Corazón: 1 enunciación (87)

Del análisis de estas relaciones surge, en primer término, la inclusión de la entidad designada en una entidad ambigua, de gran amplitud conceptual. La forma pronominal ("lo que tiene", "lo") que presenta una mayor amplitud conceptual respecto al nombre (susto, "asustado") y se halla especificada por él, se incluye a su vez en "nada", que aparece como la más amplia entidad conceptual que es posible aislar en estas relaciones.

El ámbito de pertenencia de la entidad designada aparece así como indiferenciado, generalizado, y el nombre como la máxima concreción o especificación que es posible establecer de dicho ámbito.

La presencia de relaciones contradictorias – equivalencia, disyunción no excluyente, disyunción – entre las designaciones – susto, asustado, quedado –

, requiere una consideración previa a su interpretación. Como se verá en el análisis de los enunciados simbólicos, las designaciones pueden presentarse en el contexto de un enunciado metalingüístico (referido al nombre o a la forma de nombrar la entidad) o de un enunciado no metalingüístico (referido directamente a la entidad). Atendiendo a la distribución de las designaciones así relacionadas en tales contextos se verifica que cuando el enunciado es de tipo metalingüístico se plantean relaciones de equivalencia y disyunción no excluyente entre las designaciones *susto/asustado* y *asustado/quedado*; cuando se presentan en enunciados no metalingüísticos, estas designaciones se vinculan mediante la relación de disyunción. Esto sugiere la hipótesis de la presencia de distintas formas de relación lógica entre designaciones (en este caso contradictorias) según el contexto – referencial o metalingüístico – de su ocurrencia en el discurso. En este caso señalaría cierta tendencia de la población a diferenciar determinadas entidades (*susto-asustado/quedado*) al referir a ellas en su ocurrencia concreta y a no diferenciarlas al referir a ellas en tanto nombres. En los enunciados considerados se observaría que, a mayor abstracción conceptual (menor adherencia referencial a los hechos), menor posibilidad de diferenciar las entidades designadas. Al recuperar el contexto de tales enunciados en las entrevistas realizadas, se observa que las referencias metalingüísticas corresponden al discurso “teórico” de una “*médica campesina*”, mientras que las referencias a la entidad en su ocurrencia concreta corresponden al discurso de los padres de un niño enfermo que tratan de minimizar la gravedad de la enfermedad de su hijo designándola como *susto* en oposición al *quedado* (“*susto grave*”).

Se registra un único caso en que se utiliza la relación de conjunción como marca de la confluencia del *susto* y una entidad a la que designan *pena*. La transcripción de un párrafo de la entrevista de la que fue aislada esta forma de designación quizás resulte de interés para recuperar el sentido que la yuxtaposición de estas dos entidades reviste en el contexto en que fue establecida: “*El está (asustao) con las inyecciones que le han hecho, se moría en el Hospital, y dic’ que a lo último le ha notao la señora que el chico estaba enfermándose ya de susto y de pena ... El está acostumbrao en el campo...*”

Aquí ya si ve una casa bien, ya susto para él, ve gente extraña, peor! Ya él estaba enfermo ya!" (entrevista a NRG, "médica campesina" de Amaicha). La situación de contacto del sujeto de la enfermedad con un ámbito ajeno a la comunidad, que le es extraño (el Hospital) se plantea como causa de la ocurrencia de la entidad *susto* en conjunción con la *pena*.

Por último, la relación de implicación se establece entre una forma pronominalizada del *susto* (primer término) y el "corazón" (segundo término). A través de esta relación el *susto* se plantea como entidad en su posible expansión a otra (el "corazón") a la que afecta ("aflige").

De esta primera evaluación de los resultados obtenidos en el cuadro surgen algunos elementos para la caracterización de la entidad en estudio en el contexto de sus relaciones con otras entidades, que es posible sintetizar como sigue:

- el *susto* y el "asustado" se presentan como concreciones de un ámbito indiferenciado
- el *susto* es equivalente a "asustado" y a "quedado" (en cuanto nombres)
- el *susto* y el "asustado" se plantean en una relación de disyunción con el "quedado" (en cuanto entidades)
- el *susto* puede presentarse asociado a otra entidad (la "pena")
- el *susto* puede afectar a otra entidad (el "corazón")

2.- Enunciaciones indiciales y simbólicas

Como resultado de la agrupación – en base a los criterios ya expuestos – de las enunciaciones en indiciales y simbólicas, se obtuvo un total de 90 enunciaciones de tipo indicial y 30 enunciaciones de tipo simbólico. Su análisis desde el punto de vista de la enunciación fue realizado teniendo en cuenta su distribución en relación al resto de las variables consideradas (ver más adelante).

3.- Enunciaciones directas e indirectas

El corpus considerado incluye 72 enunciaciones directas y 48 enunciaciones indirectas. De éstas últimas 43 reproducen la enunciación de un sujeto particularizado (39 en primer grado y 4 en segundo grado)¹⁷ y 6 la de un sujeto generalizado (5 en primer grado y 1 en segundo grado). El sujeto particularizado corresponde en la mayoría de los casos a la tercera persona del singular (sólo 2 a la primera persona del plural) y el sujeto generalizado a la tercera persona del plural: implícita (3 enunciaciones), explícita (2 enunciaciones) y un caso, que marca la máxima generalización, de uso del reflexivo sin sujeto.

4.- Distancia sujeto del discurso-enunciación

A través de sus formas de manifestación en la enunciación, se intentó establecer el compromiso que asume el informante frente a su propio discurso. A partir del material obtenido surge la posibilidad de evaluar este compromiso mediante la interrelación de cuatro parámetros:

- 1.- Enunciaciones directas o indirectas
- 2.- Enunciaciones indiciales y simbólicas
- 3.- Modalización de la enunciación
- 4.- Presencia del Yo (primera persona del singular) en la enunciación

Los parámetros 1 y 2 ya han sido considerados a lo largo del análisis. En relación a 3, como ya se ha señalado, las formas modalizadoras a través de las cuales el sujeto de la enunciación atribuye determinado valor a su enunciación que se han podido identificar en el corpus (en 21 enunciaciones) fueron agrupadas como de:

aserción: el sujeto de la enunciación refuerza la validez de su enunciación

evidencia: el sujeto de la enunciación da por supuesta la validez de su enunciación

posibilidad: el sujeto de la enunciación cuestiona la validez de su enunciación
desconocimiento: el sujeto de la enunciación se abstiene de pronunciarse respecto a la validez de su enunciación.

La distribución de estas formas en el corpus es la siguiente:

aserción: 2 enunciaciones (82, 97)

evidencia: 2 enunciaciones (1, 2)

posibilidad: 12 enunciaciones (7, 8, 42, 43, 48, 49, 54, 57, 76, 89, 110, 117)

desconocimiento: 5 enunciaciones (19, 44, 67, 73, 116).

Respecto al parámetro 4.-, las enunciaciones fueron agrupadas según se registre la presencia del Yo (explícito, implícito o en forma indirecta) en cada una de ellas.

Como resultado se obtuvo un total de 2 enunciaciones con presencia del yo explícito (76 y 114), 5 enunciaciones con presencia del yo implícito y 19 enunciaciones con presencia del yo en forma indirecta (2, 3, 23, 39, 40, 41, 45, 52, 53, 54, 57, 71, 83, 84, 86, 87, 93, 94, 98). En el resto de las enunciaciones no se registra la presencia del yo.

Los parámetros considerados permiten establecer cierta gradación del compromiso del Sujeto del Discurso respecto a su enunciación. En el caso de la enunciación directa o indirecta, esta gradación estaría dada, en un extremo (máximo compromiso), por la enunciación directa del Sujeto del Discurso, y en el otro (mínimo compromiso) por la reproducción de la enunciación de "otro" sujeto (particularizado o generalizado). A los fines de este análisis las enunciaciones indirectas fueron agrupadas según la reproducción del "otro" se presente o no en forma textual. Se registran así 17 enunciaciones indirectas textualizadas y 31 no textualizadas. La reproducción textual del discurso del "otro" marcaría, a su vez, una mayor distancia (menor compromiso) del Sujeto del Discurso respecto a la enunciación.

Como se ha visto al establecer la distinción entre enunciaciones indiciales y simbólicas, mientras las primeras refieren a una situación existencial¹⁸ (máximo compromiso respecto a los hechos), las segundas reproducen, a través de una generalización, el saber convencional vigente en la población acerca de los hechos (mínimo compromiso respecto a los hechos).

La evaluación de las formas modalizadoras de la enunciación señala un máximo compromiso del sujeto respecto a su propia enunciación en el caso de las formas de aserción y evidencia, y un mínimo compromiso en el caso de las de posibilidad y desconocimiento.

Por último, la presencia del Yo (en todas sus formas) en la enunciación, plantea una cuarta posibilidad de registro de variaciones en el grado de compromiso del sujeto del discurso respecto a la enunciación: máximo compromiso en el caso del Yo explícito, mínimo en el caso de ausencia del Yo en la enunciación.

En los siguientes cuadros se señalan los resultados obtenidos en la interrelación de estos cuatro parámetros:

CUADRO 1¹⁹. Relación entre los parámetros 1.-, 2.- y 4.-:

	+ -				
Compromiso	Yo explícito	Yo implícito	Yo indirecto	Sin Yo	Total
A	2	3	-	29	34
B	-	1	3	12	16
C	-	-	-	22	22
D	-	-	13	15	28
E	-	1	2	9	12
F	-	-	-	3	3
G	-	-	1	4	5
Total	2	5	19	94	120

CUADRO 2. Relación entre los parámetros 3.- y 4.-:

+ → -

Compromiso	Yo explícito	Yo implícito	Yo indirecto	Sin Yo	Total
Aserción	-	-	-	2	2
Evidencia	-	-	1	1	2
Posibilidad	1	1	2	8	12
Desconoci Miento	-	4	-	1	5
Total	1	5	3	12	21

CUADRO 3. Relación entre los parámetros 1.-, 2.- y 3.-:

+ → -

Compromiso	A	B	C	D	E	F	G	Total
Aserción	-	-	-	1	1	-	-	2
Evidencia	1	-	-	1	-	-	-	2
Posibilidad	8	-	-	1	3	-	-	12
Desconoci Miento	3	1	-	-	1	-	-	5
Total	12	1	-	3	5	-	-	21

Los resultados obtenidos indican:

- el predominio de las enunciaciones en las que no se registra la presencia del Yo
- la presencia del Yo se registra sólo en las enunciaciones indiciales. Las enunciaciones simbólicas no requieren la presencia del Yo. El sujeto del discurso no se vincula al estereotipo o convención sino que simplemente lo reproduce. El único caso en que el Yo (en forma indirecta) se registra en una frase simbólica, ésta se presenta textualizada, reforzando la distancia conceptual entre lo dicho y el sujeto del discurso (E 83: *"-el susto es una cosa y el quedao es otra cosa, me ha dicho así"*)
- en las enunciaciones indiciales indirectas la distribución del Yo (en forma indirecta) y la ausencia del Yo manifiesta un relativo equilibrio. En el primer

caso, el sujeto del discurso marca su proximidad, se ubica como un elemento del contexto existencial al que refiere (la transmisión de información por parte de otro sujeto), mientras que en el segundo, el sujeto de discurso no se integra en dicho contexto existencial, establece una mayor distancia frente a la referencia

- se registra la presencia de formas modalizadoras de la enunciación sólo en las enunciaciones indiciales
- las formas modalizadoras de aserción se presentan sólo en las enunciaciones indirectas
- las formas modalizadoras de posibilidad se presentan como las de mayor distribución y frecuencia. Predomina su uso en las enunciaciones directas
- las formas modalizadoras de desconocimiento se presentan con mayor frecuencia en las enunciaciones directas

Como se ha visto, la presencia del Yo y la modalización de la enunciación constituyen los indicadores de la presencia del Sujeto del Discurso en la enunciación. La distribución de la modalización de la enunciación en relación a la presencia del Yo presenta las siguientes características:

- predominio de la presencia de formas modalizadoras en las enunciaciones en las que no se registra la presencia del Yo
- en las enunciaciones en las que se registra la presencia del Yo (en forma explícita, implícita o indirecta) predomina el uso de formas modalizadoras que implican un mínimo compromiso del sujeto del discurso respecto a su enunciación (posibilidad, desconocimiento)
- las formas modalizadoras de aserción se presentan sólo en enunciaciones indirectas sin presencia del Yo
- predominio de las formas modalizadoras de posibilidad en enunciaciones directas sin presencia del Yo
- las formas modalizadoras de desconocimiento se presentan con mayor frecuencia en enunciaciones directas vinculadas a la presencia del Yo implícito

Teniendo en cuenta que las entrevistas de las que fueron extraídas las enunciaciones consideradas fueron realizadas con el objeto de establecer la participación del informante en casos de ocurrencia concreta de enfermedad, resulta significativo que el grupo de enunciaciones directas indiciales represente sólo el 42% del total de las enunciaciones de designación. Si se excluyen las enunciaciones directas indiciales que refieren a la actividad de otros sujetos, el porcentaje se reduce a un 28%. Si de este grupo se eliminan las enunciaciones modalizadas a través de formas que plantean una mayor distancia del sujeto respecto a su enunciación (posibilidad y desconocimiento) resulta un total de 23 enunciaciones (19% del total de enunciaciones consideradas), en sólo 1 de las cuales se registra la presencia del Yo (en forma explícita).

De esto resultaría cierta tendencia del grupo de informantes a apoyar su discurso en lo que "otros" dicen, hacen o "se sabe" en el ámbito de la comunidad en general, evitando así la afirmación de la propia evidencia extraída de su experiencia inmediata.

5.- Expansión de las enunciaciones de designación a otros grupos de enunciados

En el Anexo XXXII se da cuenta de la presencia (o no) de expansión a otros grupos de enunciados en las enunciaciones de designación y la distribución resultante de nuestro análisis.

A excepción de las indirectas simbólicas (que no exceden el ámbito de la designación) en el resto de las enunciaciones de designación se registran expansiones a algunos de los grupos de enunciados provisoriamente establecidos. De una primera evaluación de su distribución resulta:

- 1.- predominio en las enunciaciones directas indiciales de las expansiones a la causa – grupo III – al que se vincula como segundo término de una relación de implicación.
- 2.- predominio en las enunciaciones directas simbólicas de expansiones a la terapia – grupo XI – y en una menor proporción a los síntomas – grupo VI – a los que se vincula como primer término en una relación de implicación.
- 3.- mayor frecuencia de expansiones a la causa y a la terapia – grupos III y IX – en las enunciaciones indirectas indiciales (no textualizadas) a los que se vincula, en el primer caso, como segundo término, y en el segundo, como primer término en una relación de implicación.
- 4.- las únicas expansiones que se registran en las enunciaciones indirectas indiciales (textualizadas), son al grupo VIII – contacto con el terapeuta – al que se vincula como segundo término en una relación de implicación.

Es posible observar, a partir de las expansiones que presentan una mayor frecuencia (1.- y 2.-), el carácter convencional que asume la relación entre la entidad designada y la terapia o los síntomas (formas de manifestarse en el sujeto), mientras que la relación con la causa se presenta como aleatoria en tanto vinculada a la experiencia existencial del sujeto que la enuncia.

Una vez planteadas algunas de las posibles relaciones entre los componentes señalados en el esquema, que han permitido aportar elementos para la caracterización de la designación de la entidad en el contexto de la enunciación, se intentó abordar el estudio de dicha entidad en el contexto del enunciado. Para ello, y como primer paso metodológico para la identificación y análisis de los componentes del enunciado en su relación con la entidad conceptual en estudio, se construyó la definición contextual del lexema que designa la enfermedad en cada una de las enunciaciones simbólicas²⁰. En principio fueron consideradas las enunciaciones simbólicas dado que, como se ha visto, se presentan como forma de acceso privilegiada a lo que constituye el objeto de esta investigación: el universo de representaciones compartido por el grupo acerca de la enfermedad.

Para la construcción de la definición contextual del lexema en estudio se opera una transformación de cada enunciación simbólica ubicando al lexema a definir como sujeto de una nueva enunciación seguido del verbo copulativo ser y de un pronombre (o la forma sintáctica que resulte adecuada a este propósito) a través del cual se recupere la posición que respecto a la estructura sintáctica ocupa el lexema en la enunciación original. La segunda parte de esta enunciación definicional se completa con el resto de componentes que constituyen la enunciación original y en la estructura sintáctica más próxima posible.²¹

Por ejemplo, a partir de la enunciación simbólica: "...hay que llamarlo de noche ... al asustado..." (E 14), resulta la siguiente definición contextual del lexema de designación: asustado ES AQUEL A QUIEN hay que llamarlo de noche.

De esta forma se recupera lo que el informante dice acerca de la entidad (plano del enunciado) designada en su enunciación, mediante la construcción de una especie de paráfrasis del texto utilizando exclusivamente los componentes de la frase original y el vínculo que entre ellos establece el informante.

A continuación se reproduce el listado de enunciaciones simbólicas (directas e indirectas) a partir de las cuales fueron construídas las definiciones contextuales del lexema de designación:

Enunciaciones simbólicas

Directas

Enunciación

10. Eso para asustado
11. Cuando es asustado el chico no duerme, de noche le fastidia una cosa
12. Se asusta el cuerpo, brinca así
13. Eso es cuando es asustado
14. Hay que llamarlo de noche al asustado
15. Cuando son asustados se les crían las pestañas
30. Esi es bien bueno pa'los asustaos

- 31. Eso pa'l asustadito
- 32. Pa'l asustao
- 35. Es'es para lo'asustadito
- 36. Usted le habla si se ha asustado así
- 47. Se asustan siempre, se asustan
- 55. Con cualquier cosa se asustan
- 56. Cuando está asustado hay que hacerle así
- 62. Pa'asustao
- 63. Asustao, el quedao, el mismo é
- 64. Cuando son asustaos, asustaos así
- 66. Cuando está brincando el pulso y está con fiebre...son asustaos y quedaos
- 68. Susto, asustao, igual es
- 69. Susto y asustao es lo mismo
- 70. Pa'l corazón, pa'asustao también
- 118. También pa'l susto

Indirectas

- 58. Es'es el asustao que le decimos
- 59. Asustao dic'algunos
- 60. Algunos le dicen el pulso asustao
- 61. Ese se llama asustado
- 65. Esi llaman asustaos, quedaos
- 74. Dice que el susto es una cosa y el quedao es otra
- 83. El susto es una cosa y el quedao es otra cosa, me ha dicho así.
- 95. El asustao dic'que é una cosa y el quedao que es otra

Siguen las definiciones contextuales del lexema de designación presente en enunciaciones simbólicas, agrupadas según la forma (pronombre o preposición modal) que sustituye al lexema de designación en la segunda enunciación:

Simbólicas directas

Asustado es...	AQUEL para (quien es) eso (10,31) AQUEL para (quien es) (eso) (32,62) AQUEL para (quien también es eso que es) para el corazón (70)
Asustados son...	AQUELLOS para (quienes) es bien bueno eso (30) AQUELLO para (quienes) es eso (35)
Asustado es...	AQUEL a (quien) hay que llamarlo de noche (14) AQUEL (que) es el mismo (que) el quedao (63) AQUEL (que) es igual (a) susto (68) AQUEL (que) es lo mismo (que) susto (69)
Susto es...	AQUELLO para (lo que es eso) también (118) AQUELLO (que) es igual (a) asustao (68) AQUELLO (que) es lo mismo (que) asustao (69)

Asustado es...	AQUELLO (que) cuando (él) es, el chico no duerme, de noche le fastidia una cosa (11)
	AQUELLO (que) cuando (él) es es eso (13)
Asustados son...	AQUELLO (que) cuando (ellos) son se les crían las pestañas (15)
	AQUELLO (que) cuando (ellos) son (son) así (64)
Asustados y quedados son	AQUELLO (que) (ellos) son cuando está brincando el pulso y está con fiebre (66)
Se asustan es...	LO QUE (les ocurre) siempre (47)
	LO QUE (les ocurre) con cualquier cosa, delicados son (55)
Se asusta es...	LO QUE (le ocurre) al cuerpo, brinca así (12)
Se ha asustado es...	LO QUE si (le ha ocurrido) así, Usted le habla (36)
Asustado es...	COMO está (alguien) cuando hay que hacerle así (56)
<u>Simbólicas indirectas</u>	
Asustado es...	AQUEL que le decimos (que) es ese (58)
	AQUEL (que alguien) dice que es una cosa y el quedao que es otra (95)
Asustado es...	AQUELLO (que) dicen algunos (59)
Susto es...	AQUELLO (que alguien) dice que es una cosa y que el quedado es otra (74)
	AQUELLO (que alguien) me ha dicho así: es una cosa y el quedado es otra cosa (83)
Asustado es...	COMO algunos le dicen (al) pulso (que es) (60)
	COMO se llama ese (61)
Asustados, quedaos es...	COMO llaman (a) ese (65)

Estas enunciaciones definicionales se distribuyen según el enunciado refiera a:

- 1.- formas de designar la entidad o la relación entre distintas formas de designación (la entidad como nombre): operaciones metalingüísticas
- 2.- la relación entre entidades conceptuales (la entidad como relación cosa-nombre): operaciones conceptuales I.
- 3.- la entidad en su ocurrencia concreta (la entidad como construcción del referente): operaciones conceptuales II.

Mientras en 3 se construye el mundo referencial, en 1 se señala qué nombres se utilizan para hacerlo, y en 2 qué relaciones se establecen entre el nombre y el mundo (conceptos).

En 1 se incluyen la mayoría de las enunciaciones simbólicas indirectas (58, 59, 60, 61, 65) y algunas de las directas (63, 66, 68, 69). En 2 se incluye el resto de las enunciaciones indirectas (74, 83, 95). En 3 se incluye el resto de las

enunciaciones directas (10, 11, 12, 13, 14, 15, 30, 31, 32, 35, 36, 47, 55, 62, 56, 64, 70, 118).

A través de las formas pronominales o modales que sustituyen al lexema de designación en las definiciones construídas, es posible identificar, en el grupo 3, las siguientes variantes en la conceptualización de la entidad por parte de los informantes:

- la entidad identificada con el sujeto: AQUEL (*asustado*)
- la entidad como cualidad asignada al sujeto: AQUELLO que el sujeto es (*asustado*) o CÓMO el sujeto está (*asustado*)
- la entidad como ocurrencia en el sujeto: LO QUE le ocurre al sujeto (*se asusta, se ha asustado*)
- la entidad independiente del sujeto: AQUELLO (*susto*)

Las relaciones que se establecen entre el lexema de designación y el resto del enunciado en las variantes consideradas son las siguientes:

Operaciones Metalingüísticas

Asustado/Quedado: Equivalencia (63)

Asustado/Quedado: Disyunción no excluyente (65, 66)

Susto/Asustado: Equivalencia (68, 69)

Acción de designar (decir, llamar)/ a ese pulso/Asustado: (58, 59, 60, 61)

En el plano de la enunciación el lexema de designación se encuentra, en todos los casos, nominalizado en frase nominal o en frase nominal/frase verbal (Anexo XXXI)

Operaciones Conceptuales I

Acción de designar (decir)/Susto-Quedado: disyunción (74, 83)

Acción de designar (decir)/Asustado-Quedado: disyunción (95)

En el plano de la enunciación el lexema de designación se encuentra, en todos los casos, nominalizado en frase nominal o en frase nominal/frase verbal (Anexo XXXI)

Operaciones conceptuales II

En este nivel, como se ha visto, cobra especial interés la consideración de las variantes en la conceptualización de la entidad que han resultado de la construcción de la definición contextual del lexema en estudio. Trataremos, entonces, de establecer las formas de relación que vinculan a dichas variantes con el resto del enunciado en los casos en que la entidad es referida en tanto acontecer:

- en los casos en que la entidad es identificada con el sujeto, se presenta como terminal del resto de operadores conceptuales del enunciado²²: como destinataria de "algo": enunciaciones 10, 31, 32, 62, 70, 30, 35; como destinatario de acción de "alguien": enunciación 14. En el plano de la enunciación el lexema de designación se encuentra, en todos los casos, nominalizado en frase verbal (Anexo XXXI)
- en los casos en que la entidad es asignada como cualidad al sujeto, se presenta en relación al resto de operadores conceptuales de enunciado como terminal: destinatario de acción de "alguien": E 56, o en sus formas de manifestación en el sujeto: enunciaciones 11,13,15,64,66. En el plano de la enunciación el lexema de designación se encuentra, en un caso (E 56) verbalizado y en el resto nominalizado en frase nominal (Anexo XXXI)
- en los casos en que la entidad ocurre en el sujeto, se presenta en relación al resto de operadores conceptuales del enunciado como terminal: destinatario de acción de "alguien": E 36; destinatario de acción de la "causa": E 55 ó especificada en su frecuencia: E 47 o localización: E 12. En el plano de la enunciación el lexema de designación se encuentra, en todos los casos, verbalizado (Anexo XXXI)
- la entidad se presenta independientemente del sujeto en un único caso como terminal del resto de operadores conceptuales del enunciado: destinatario de "algo": E 118. En el plano de la enunciación el lexema de designación se encuentra, en este caso, nominalizado en frase verbal²³ (Anexo XXXI)

En estos enunciados – que en su totalidad corresponden a las enunciaciones directas simbólicas –, se corrobora la expansión a otros grupos de enunciados

que provisoriamente se ha establecido en el análisis de la enunciación (ver Anexo XXXII). La caracterización de tales grupos deberá realizarse teniendo en cuenta estas primeras relaciones que los vinculan a la entidad designada en el enunciado. Se plantea definir el alcance de los operadores conceptuales que se vinculan a la entidad en el enunciado como forma de acceso al universo de relaciones conceptuales que el grupo establece en torno a la enfermedad y a partir de ello a las formas de representación simbólica de los acontecimientos que la definen desde la perspectiva de la población estudiada.

Como resultado de este análisis de los enunciados simbólicos se observa que la entidad – en todas sus variantes de conceptualización – siempre se presenta como receptora de la acción, o bien del contexto simbólico (es designada o conceptualizada: 12 enunciados), o natural (es destinatario de la acción de "algo", "alguien" o de la "causa": 12 enunciados) o bien se expresa a sí misma a través de su manifestación en el sujeto (7 enunciados).

Resumiendo, en una primera instancia se plantea el análisis de los rasgos sintácticos de la enunciación considerados de interés para la delimitación y caracterización de nuestro objeto de investigación en el contexto de su manifestación en el corpus. De ello resulta:

- el predominio de la consideración estática (nominalización) sobre la consideración dinámica (verbalización) de la entidad designada
- la modalización de la entidad designada como identificada, no cualificada, cuyas posibilidades de transformación se reconocen sólo en el ámbito de lo cuantitativo
- la presentación de la entidad designada en su relación con otras designaciones como:
 - concreción de un ámbito indiferenciado
 - equivalente a "*quedado*" (en tanto nombres)
 - diferente a "*quedado*" (en tanto entidades)
 - asociada a otra entidad (la "*pena*")
 - afectando a otra entidad (el "*corazón*")

Finalmente, de la evaluación de la distancia sujeto del discurso - enunciación a través de la identificación e interrelación de cuatro parámetros (enunciaciones directas e indirectas, enunciaciones indiciales y simbólicas, modalización de la enunciación, presencia del yo en la enunciación), resulta la tendencia del grupo de informantes a apoyar su discurso en lo que "otros" dicen, hacen o "se sabe" en el ámbito de la comunidad en general, evitando así la afirmación de la propia evidencia extraída de su experiencia inmediata.

En una segunda instancia se plantea el acceso al plano del contenido de la enunciación – el enunciado – a través de la construcción de la definición contextual del lexema de designación en las enunciaciones simbólicas.

La entidad conceptual en estudio es analizada en su relación con el resto de los componentes del enunciado. Como resultado de este análisis se observa que la entidad, en todas sus variantes de conceptualización, siempre se presenta como receptora de la acción del contexto simbólico (es designada o conceptualizada) o natural (es destinatario de la acción de "algo", "alguien" o de la "causa") o se expresa a sí misma a través de su manifestación en el sujeto. En ningún caso se presenta operando (como agente) sobre otra entidad del enunciado.

Los resultados obtenidos en la consideración de este grupo de enunciaciones señalan la factibilidad de este análisis, cuyas posibilidades recién comenzamos a explorar, como método de acceso a la construcción simbólica del *susto* en la narrativa de casos. A través del mismo se han podido establecer algunos indicadores para una caracterización del *susto* como entidad conceptual desde el punto de vista de los pobladores del Valle.

Caracterización del *susto* en la narrativa de casos

El *susto* se presenta, en el discurso de los informantes, como principio explicativo de un cambio de estado - no deseado²⁴ – en un sujeto. El impacto de fenómenos que la conciencia no explica es neutralizado por el grupo a través de un sistema explicativo que restituye, mediante una serie de operaciones inscriptas en una secuencia argumental²⁵, cierto "equilibrio original"²⁶.

Nuestra propuesta implica la delimitación y articulación de unidades significativas en torno a las formas lexemáticas con las que el grupo designa ese cambio de estado. Estas unidades son las que pretendemos elaborar, desde una perspectiva microanalítica y transformar en parámetros o indicadores que resulten expresivos de aquellos con los que los miembros de la comunidad identifican sus propias acciones, su con-vivencia y su percepción de los fenómenos naturales; a partir de ello nos introduciríamos en una perspectiva macroanalítica, es decir, aquella en la que se producen cambios por la escala en la que se incluyen los fenómenos hasta perder, transformar o adquirir una nueva significación. Si bien podríamos haber comenzado definiendo el poder de influencia de estos contextos – socio-económico, geográfico-ecológico, histórico, etc. – esto probablemente hubiera condicionado nuestro análisis de las expresiones con que los miembros de la comunidad describen ese cambio de estado.

El *susto* como estado no deseado moviliza, entonces, una serie de referencias a "hechos"²⁷ que adquieren determinados "valores" según produzcan, manifiesten o transformen ese estado. Nos es así posible predicar – como antropólogos – sobre el *susto* como abstracto, a través de lo que el *susto* predica sobre el grupo – los "hechos" en los que el grupo inscribe su existencia –. El *susto* se concreta en las experiencias del grupo y las experiencias se delimitan en relación al *susto*.

Procedimiento de análisis

A partir de las entrevistas consideramos, en principio, todas las referencias de los informantes al cambio de estado – no deseado – del sujeto en cada "caso" de *susto*. Para ello tomamos como primer indicador la presencia de la palabra que designa ese estado en todas sus formas lexemáticas²⁸. La palabra genera el contexto inicial a partir del cual comenzamos el análisis. Se recuperan entonces todas las secuencias – unidades mínimas sintáctico-semánticamente completas²⁹ – en las que aparece anclada la palabra (Anexo XXXIII³⁰). A fin de utilizar esta multiplicidad de anclajes cada uno según su sentido y significación en una distribución argumental, recuperamos el contexto inmediato a estas unidades a través de indicadores que: denominamos genéricamente conectores, en tanto remiten a otros segmentos de la entrevista – elementos puntuales fácilmente identificables o conjuntos de elementos – necesarios para su comprensión.

Los conectores son rasgos significantes utilizados como vínculo-puente entre tales unidades y el resto del texto³¹. A través de los conectores nos es posible establecer relaciones de interdependencia entre la palabra y sus contextos de articulación³², a partir de las cuales ambos términos de la relación - la unidad inicial de anclaje de la palabra y los sucesivos contextos a los que se articula - adquieren significación y valor. En nuestro análisis el término conector no se utiliza en un sentido lógico o gramatical³³ estricto, sino en un sentido amplio que nos permite incluir todas las formas de vínculo con el contexto exterior que se generan a partir de la unidad inicial. Es así que se incluyen ciertos conectores lógico-gramaticales como PARA, PORQUE, Y, ENTONCES, etc., y anáforas y catáforas – elementos que remiten a partes anteriores o posteriores del texto necesarias para la comprensión de la unidad inicial – (por ejemplo: pronombres como ESO, adverbios como DONDE, CUANDO, lexemas como REMEDIOS, LLAMADO, que designan incontables de los que en el resto del texto se identifican componentes, etc.). Esta posibilidad de remisión, a través de conectores considerados en sentido amplio, permitiría incluir prácticamente toda la entrevista: cada contexto a su vez remite a otros y

compondríamos una especie de secuencia de contextos sucesivos cuyos componentes se hallarían en determinada relación – distancia – conceptual³⁴ respecto a la unidad inicial. De esta forma, en vez de organizar la información de acuerdo a parámetros "a priori" del analista, tratamos de que vayan surgiendo del análisis de los componentes de los sucesivos contextos de articulación de las unidades inicialmente delimitadas.

A fin de ilustrar el potencial de este análisis detenemos esta recuperación del contexto en la primera marca – anterior y posterior a la unidad inicial – de cambio de tema³⁵ en el discurso de nuestros informantes. El tema en este caso estaría circunscripto a los contenidos necesarios para la comprensión de la unidad inicial. Reacomponemos así una serie de fragmentos de las entrevistas en los que cada unidad de las inicialmente delimitadas a partir de la ocurrencia del lexema de designación del *susto*, se articula en una distribución argumental concebida como un conjunto articulado de proposiciones a través del cual los informantes presentan sus vivencias y concepciones respecto a un cambio de estado – no deseado – de un miembro de la comunidad (Anexo XXXIII).

Iniciamos entonces el análisis del contenido proposicional de los fragmentos en tanto ideas de hechos. Estos hechos – representación cognoscitiva de los "hechos reales" – se definen, en base a los componentes aislados en la totalidad de los fragmentos, en términos de un esquema que incluye: los participantes (sujetos y entidades), actividades y/o estados que le son asignados, y la situación (tiempo, lugar, circunstancias) en que ocurre el evento, acción o estado.

En cada fragmento, los hechos se presentan relacionados en una secuencia argumental. El análisis de estas relaciones nos condujo a reconocer dos amplias categorías que expresan el tipo de vínculo entre cada par de unidades.

Relaciones asociativas (co-ocurrencia de los hechos). Relaciones simétricas: el sentido de la relación no se altera si se invierte el orden de las unidades.

Relaciones consecutivas (un hecho antecede o sigue a otro hecho). Relaciones asimétricas: el sentido de la relación se altera si se invierte el orden de las unidades.

En cada fragmento, el hecho que describe la unidad inicial – frase que incluye el lexema de designación del estado no deseado en todas sus formas – se denomina “hecho nuclear”. Se identifican cuatro tipos de “hecho nuclear” en que las formas de designación del *susto* se incluyen como:

- identificador del estado de un sujeto (alguien es o está *asustado*, alguien tiene *susto*)
- identificador de una actividad (alguien *se ha asustado*, algo o alguien *hace asustar* a alguien)
- componente del estado o atributo de un sujeto (a alguien *le gusta curar el susto*, alguien *sabe de susto*)
- componente de una actividad (*curar de susto*, encontrar o *hallar susto*, hablar o contar acerca del *susto*)

El análisis de los “hechos” que componen el contexto inmediato a cada tipo de “hecho nuclear” y de su distribución en el contexto argumental de los fragmentos hizo posible reconocer:

A - hechos que se presentan como equivalentes al estado no deseado (comportamientos y estados del sujeto al que se asigna tal estado, otras designaciones posibles del estado no deseado).³⁶

Los hechos que describen al *susto* como estado no deseado incluyen como componente principal la referencia a un cambio súbito en el comportamiento del sujeto, quien se “sobresalta” (síntoma patognomónico), irrumpe en llanto durante el sueño, está intranquilo (*suspira, quiere salirse, irse, esperar algo o que va a pasar algo; que él se va a hacer algo, ya se muere, algo le falta o algo espera*). A estos síntomas se suma la fiebre, y asociado a ella “*brinca el pulso*”, “*desvarían de noche*”, “*se asustan las manitos o el cuerpo*”. El enfermo se torna “*de cuidado*” y no informa – *no avisa* – acerca de las circunstancias

en que se asustó. Se alude a las formas de designación de este conjunto de síntomas – *susto, asustado, quedado* –, a su relación con otras enfermedades – el *susto aflige al corazón* – y a las distinciones que al respecto establecen los expertos.

B - hechos que se presentan como precediendo al estado no deseado:

B 1. causan o generan el estado no deseado³⁷

En correspondencia con el cambio súbito en el estado del enfermo como síntoma se presenta un cambio súbito en el medio como causa. Es así que los hechos a los que se atribuye la causa del *susto* remiten a distintas situaciones, todas ellas disruptivas, que provocan la “*pérdida del espíritu*” seguida de un estado de sobresalto e inquietud del asustado. Golpes, caídas, fenómenos meteorológicos como un viento fuerte, cambios bruscos de la temperatura del cuerpo, la visión de un cambio repentino en el comportamiento de personas o animales, sensaciones producidas por el accionar de espíritus o entidades sobrenaturales³⁸. A estos eventos inesperados se añaden fechas - *día de todos los santos* - o lugares - *antigales* o *cuestas* a los que se asocia la presencia de seres sobrenaturales, hospital -, como circunstancias propicias a la emergencia de este padecimiento.

B 2. hacen posible su identificación o diagnóstico³⁹

La identificación del *susto* en el enfermo se realiza tanto en el ámbito doméstico como a través de la consulta a expertos. En el primer caso, generalmente la madre, algún miembro femenino de la Unidad Doméstica del enfermo o allegada a ésta, observa los síntomas característicos del *susto*. Siguiendo a esta primera percepción en el ámbito doméstico del enfermo, se realiza un “*llamado*” a fin de corroborar o no el diagnóstico. En el segundo, un experto “*tantea en el pulso*” del enfermo o realiza un elaborado ritual de reconocimiento de la enfermedad que le permite visualizar la escena en que se produce el *susto* (un auténtico “*diagnóstico por imagen*”) en la llama de la vela o en las cenizas producto del rito propiciatorio en el lugar en que éste se asustó. También el exitoso “*llamado*” de un experto conduce a aceptar su opinión acerca de la causa y el diagnóstico. En este sentido puede discutirse que el llamado constituya una técnica exclusivamente terapéutica (Crivos,

1978; ref. a categoría *susto* en Coluccio, 1984), ya que la referencia al *llamado* como técnica que permite establecer la presencia o no de *susto* en el enfermo le asigna valor como técnica para el diagnóstico de esta enfermedad.

B 3. refieren a las estrategias consensuadas para su tratamiento⁴⁰.

Estas estrategias remiten a una serie de procedimientos y recetas para el "*llamado*" y las "*tomas*" destinados a la cura del *susto* en el ámbito doméstico. Se establece su adecuación y efectividad general para el tratamiento del *susto*.

C - hechos que se presentan como siguiendo al estado no deseado:

C 1. conducen a la restitución del estado deseado⁴¹

Se presentan las estrategias seguidas en cada caso. Las decisiones respecto al tratamiento del asustado son tomadas por los miembros femeninos del grupo familiar del enfermo. Estas incluyen el llamado "*en la coronita*", "*sahumado*" y "*tomas*" en el ámbito doméstico y la consulta y el "*llamado en el lugar en que se asustó*" a cargo de los expertos. Se señala a otras personas, mujeres en todos los casos, aconsejando la realización de estas prácticas, proveyendo los elementos necesarios, o instando a la consulta a expertos locales. En la cura se combinan rituales mágicos y tratamiento empírico. Las tres técnicas terapéuticas empleadas: el "*llamado*", el "*sahumado*" y las "*tomas*", incluyen, en diversas combinaciones, elementos de origen vegetal, animal y mineral, todos ellos recursos locales o que pueden adquirirse a través de circuitos conocidos por los protagonistas del caso

C 2. describen la ausencia, incompreensión o fracaso del diagnóstico⁴²

Se alude a la ineficacia del médico del hospital para reconocer – diagnosticar - la enfermedad y a sus fallidos intentos de proveer diagnósticos alternativos.

C 3. describen la ausencia o fracaso del tratamiento⁴³

Las referencias al fracaso terapéutico se distribuyen entre los “*médicos campesinos*” y el médico del hospital. Se destaca que, a pesar de ello, los “*médicos campesinos*” efectuaron el diagnóstico - conocen la enfermedad - , y que el médico del hospital puede curar cualquier otra enfermedad pero no el *susto*.

C 4. describen las consecuencias de la falta de diagnóstico o tratamiento temprano⁴⁴.

El no saber que se tiene *susto* y en consecuencia no curarlo a tiempo, puede acarrear graves consecuencias, entre ellas conducir al sujeto a la locura.

D - hechos que se presentan como opuestos al estado no deseado:

D 1. contrarrestan el estado no deseado⁴⁵

Retornar a la casa – al medio familiar – y tomar los remedios para el *susto*, *sahumar* al enfermo se presentan como hechos que contrarrestan el estado no deseado

D 2. caracterizan al estado deseado⁴⁶

No llorar, no suspirar, no pensar, no estar incómodo mirando, estar tranquilo, jugar, describen el estado deseado en contraposición a los que describen los síntomas del *asustado*.

D 3. refieren a otros estados⁴⁷

Se presenta al *quedado*, forma grave del *susto*, como diferente del *susto*.

E - hechos que se presentan como asociados al estado no deseado⁴⁸.

Un lugar, el hospital y las prácticas terapéuticas asociadas – inyecciones - y una fecha - el día de los santos - se presentan conectados a la emergencia del *susto*.

F - hechos que se presentan como alternantes en relación al estado no deseado⁴⁹

Se señala la alternancia del *susto* con el estado deseado

La identificación de variantes de tales “hechos” en el contenido de los fragmentos hizo posible, al tiempo que caracterizar al *susto* como estado no

deseado, caracterizar los hechos que el grupo presenta como traumáticos (generadores, condicionantes, etc.) o reparadores (identificadores, restitutivos del estado deseado, etc.) en relación a la emergencia de tal estado.

A partir de ello se plantea la posibilidad de considerar la secuencia argumental de presentación de tales "hechos" como representación cognoscitiva de un "programa" de comportamiento en una situación de cambio. Dada la "enfermedad del *susto*" – concebida como un cambio de estado no deseado experimentado por un miembro del grupo – y un objetivo definido en una jerarquía de valores – el restablecimiento de un estado deseado – se propone el análisis de los componentes y relaciones que configuran una secuencia de "hechos" articulados en torno a ese objetivo.

De este modo, el análisis de los componentes de tales hechos en su vinculación al estado no deseado permitiría extraer algunas consecuencias respecto al "valor" que el grupo asigna a ciertos aspectos de su entorno como eventuales indicadores de cambio – deseado o no deseado –.

A partir de este análisis se abre la posibilidad de explorar en otros aspectos de la vida comunitaria, cambios de estado no deseados y los hechos que les son asociados, lo cual nos permitiría abordar ciertas cuestiones, que creemos de importancia desde el punto de vista antropológico, acerca de los fenómenos de cambio cultural:

- hay ciertos componentes o aspectos de los hechos que presentan recurrencias en su vinculación a estados o acontecimientos no deseados en la comunidad?
- qué valor adquirirían tales hechos en su articulación con esos acontecimientos de la vida comunitaria?
- nos es posible, a partir de ello, reconocer cierto potencial transformador o conservador – en un sentido positivo o negativo – de determinados hechos o sus componentes desde la perspectiva del grupo estudiado?

De esta manera, la noción de cambio, categoría de gran amplitud conceptual y alcance descriptivo, sería operacionalizada por referencia a los modos de presentación discursivo-argumental de los procesos de transformación en distintos niveles de organización de la vida comunitaria. En ellos sería posible reconocer las variantes – conceptual/valorativas y operativas – mediante las cuales los miembros de la comunidad expresan sus concepciones y vivencias en torno al cambio.

El estudio de estas variantes desde una perspectiva microanalítica – a partir de la identificación inicial de una situación de cambio experimentada a pequeña escala – se plantea como una forma de obtener indicadores para la delimitación de nuevos niveles de organización y observación de la vida comunitaria en los que sea posible reconocer estrategias grupales frente al cambio.

La delimitación de la noción de cambio a través del análisis de las dimensiones cognitivas de los hechos que preceden, manifiestan y suceden las transformaciones de estado a escala individual y grupal desde la perspectiva de los pobladores de Molinos, permitiría reconocer parámetros relevantes a una caracterización del cambio a escala micro-sociocultural y, a partir de ello, evaluar su posible articulación con niveles de análisis macro-sociocultural del cambio en Molinos. Asimismo, la consideración de la jerarquía de valores en la que el grupo inscribe las transformaciones de estado – manifestaciones humanas deseables e indeseables –, permitiría lograr un más amplio margen de predictibilidad respecto de la aceptación o rechazo de las propuestas de transformación en tanto éstas consideren o no los marcos conceptual-valorativos en los que el grupo inscribe sus componentes.

Notas Capítulo 4

¹ Las categorías utilizadas en la construcción de los modelos de Secuencia Terapéutica –percepción de los síntomas, actividades terapéuticas, consulta, derivación, etc.- remiten al marco analítico-interpretativo de la ciencia médica occidental (adaptado por el antropólogo según sus modos de manifestación en la comunidad observada) y los hechos referidos por los informantes se configuran y jerarquizan según su adscripción a dicho marco.

² De la multiplicidad de parámetros que operan en toda relación intersubjetiva –psicológicos, sociológicos, ambientales, etc.- en el análisis sólo consideramos en principio aquellos relativos a la perspectiva -del entrevistador o del informante- respecto a los hechos a los que refiere la entrevista. En el contexto de interacción entrevistador/informante, surgen los contenidos del discurso a cuyo análisis nos aproximamos, en un primer momento, tratando de ajustar las respuestas del informante a los supuestos del investigador –secuencia terapéutica hipotética-, y en un segundo momento, tratando de descubrir en el discurso de los informantes nuevas propuestas de delimitación y articulación de los hechos que resultaran expresivas del sistema conceptual en el que el grupo inscribe sus vivencias. Si bien tales vivencias incluyen la situación de entrevista y el contacto con los supuestos del investigador - a través de la interpretación de las preguntas -, el centrar el análisis en la presentación de los hechos por parte de los informantes permite acercarnos a las formas en las que el grupo concibe tales hechos y, a partir de ello, reconducir la investigación hacia los aspectos “significativos” de la realidad que rodea a un episodio de enfermedad desde su perspectiva. Tanto en uno como en otro caso, la “palabra” es tomada en su valor referencial respecto al sistema conceptual del entrevistador o de los entrevistados.

³ La referencia al componente ideacional del sistema semántico tal como es definido por M.A.K. Halliday y el aporte de la teoría de este autor a la unificación de las hasta entonces dispersas contribuciones en esta área de la investigación antropológica, plantea sugerencias de utilidad en esta etapa de los trabajos (Colby et al., 1981).

⁴ Las restricciones operadas en la selección y relevamiento del material –realización de entrevistas semi-estructuradas a sujetos que han intervenido en casos de dos tipos de enfermedad: las de mayor frecuencia de consulta a los CAO y a los “*médicos campesinos*” respectivamente- especifican los discursos en el contexto de las condiciones impuestas por el investigador a su producción.

⁵ Esta diferenciación es tratada, entre otros trabajos, en la revista *Langages: Analyse de discours et linguistique générale*, sept. 1979, N° 55, como desarrollo y discusión del planteo inicial de E. Benveniste (1978:82)

⁶ “*La decisión de qué "nombre" aplicar a una instancia de estar enfermo es un paso cognitivo fundamental en la selección de respuestas culturalmente apropiadas para enfrentarla*” (Frake, 1961:131)

⁷ Cf. Chomsky, N. *Aspectos de la teoría de la sintaxis*. Madrid, Ed. Aguilar, 1970. Cap. 2: Categorías y relaciones en la teoría sintáctica.

⁸ El término “lógica” se utiliza en un sentido amplio. Se trata de relaciones que, tal como aparecen a nivel del “lenguaje natural”, se aproximan en mayor o menor grado a relaciones que la Lógica define en forma rigurosa y unívoca.

⁹ Las estructuras sintácticas que producen cada uno de estos efectos serán consideradas en el análisis de las enunciaciones correspondientes.

¹⁰ Se usa el término *incrustación* tal como lo utiliza Chomsky para cualquier forma de relativo (Chomsky, 1970:14-15)

¹¹ Para el establecimiento de esta secuencia de derivación en el seno de las enunciaciones indirectas se han tenido en cuenta las condiciones metodológicas para el “análisis continuo de un texto” que propone Hjelmslev (1971:47-48).

¹² La presencia de estereotipos culturales en el caso de las primeras subyace a su manifestación comprometida con la referencia a una situación concreta. Puede ayudar a establecer esta presencia distintiva del estereotipo cultural en las enunciaciones indiciales y simbólicas, recurrir a los conceptos de USO y MENCIÓN tal como han sido planteados por Frege (1973:3-27) y reelaborados en el campo de la Lógica por Quine (1962:77). En el caso de las enunciaciones simbólicas el estereotipo estaría mencionado como tal, como generalización aceptada y vigente en el grupo independientemente de su aplicación en la referencia a una situación concreta. En las enunciaciones indiciales el estereotipo se usaría como componente explicativo de una situación existencial. En principio es posible constatar la presencia de un estereotipo en una enunciación indicial sólo cuando se ha registrado su mención en el corpus considerado, esto es, cuando su estructura y componentes lexicales reproducen la estructura básica y componentes lexicales de otra enunciación en la que el estereotipo es mencionado como tal. Esto no impide que se plantee como hipótesis la presencia de estereotipos de mayor o menor alcance y vigencia en el grupo en el caso de todas las enunciaciones indiciales en tanto establecen cierta relación (pautada) entre sus componentes.

¹³ Magariños de Morentín, Juan A (1983. Segunda Parte: Charles Sanders Peirce: sus aportes a la problemática actual de la semiología). Esta diferenciación ha sido reconocida y elaborada desde la perspectiva de la Lógica, por el lingüista Yehoshua Bar-Hillel (1970).

¹⁴ El uso de determinadas estructuras verbales -caso condicional- que excluyen la referencia a una situación existencial, nos permite considerar también como simbólicas a algunas enunciaciones que incluyen lexemas que aparentemente identifican al sujeto y/o complemento o circunstancia de la acción del verbo. Por ejemplo en:

E 11: "...cuando es asustado el chico no duerme..."

E 36: "Usted le habla, si se ha asustado así, le habla"

E 64. "Cuando son asustaos, asustaos así"

el chico, así, Usted, no se proponen como identificadores de componentes de la referencia a una situación concreta, sino como ejemplares de un género de nombres, dado que al estar incluidos en una estructura de condicional carecen de tal valor referencial.

¹⁵ Cabe consignar que en el corpus considerado tal identificación incluye no sólo las formas (nominales y verbales) que integran el paradigma del lexema *Susto* (*susto*, asustado, se asustan, etc.) sino lexemas que en el contexto de la enunciación emergen en cierta relación sintáctica, lógica o retórica con dicho paradigma, al que aportan en su constitución conservando su eficacia designativa.

Ejemplo E 28: "¿el changuito? esi ya de gana le ha llegao la enfermedad..." Relación: Sustitución

E 84: "(me ha dicho Nicasia) que no es quedao, no es quedao" . Relación: Comparación

E 18: "...y el Doctor no ha hallao nada" .Relación: Eliminación

E 80: "ella también l'ha encontrao eso, *susto* nomás". Relación: Pronominalización

¹⁶ Al hablar de Sujeto del Discurso se hace referencia al hablante, en este caso al informante que produce cada una de las enunciaciones. No siempre el Sujeto del Discurso coincide con el Sujeto de la Enunciación (por ejemplo, en el caso de las enunciaciones indirectas). La identificación del Sujeto del Discurso en la enunciación se realiza, entonces, a través de la presencia del Yo (primera persona del singular) en todas sus formas y/o de expresiones modalizadoras de la enunciación que le son atribuidas. La única excepción la constituiría el caso de las enunciaciones indirectas textualizadas en las que la presencia del yo en la enunciación no identifica al Sujeto del Discurso sino al Sujeto de la Enunciación indirecta (ejemplo E 43: "y entonces una chica dice: -esta criatura está asustada, dice, -para mí está asustada la criatura").

¹⁷ En cuanto a la calidad de sujeto particularizado cuya enunciación es reproducida por los informantes, si bien no es motivo de consideración en esta etapa dado que excede las posibilidades del análisis propuesto, provisoriamente, y en base a referencias obtenidas en el contexto de las entrevistas realizadas, es posible establecer cierta correspondencia entre el tipo de sujeto de la enunciación indirecta y el tipo de informante. En los casos en que el informante es el enfermo o miembros de su grupo familiar (37 enunciaciones indirectas), el sujeto cuya enunciación se reproduce es un "*médico campesino*" (30 enunciaciones), un "*entendido*" en prácticas médicas tradicionales: amigo o vecino del informante (4 enunciaciones), un "*nosotros*"(1 enunciación) o un sujeto generalizado (1 enunciación). En los casos en que la enunciación

indirecta corresponde a un “*médico campesino*” (11 enunciaciones), el discurso reproducido se atribuye a la madre del enfermo (6 enunciaciones), a un sujeto generalizado (4 enunciaciones) o a un “*nosotros*”(1 enunciación).

¹⁸ Por razones operativas en esta instancia del análisis diferenciamos provisoriamente las enunciaciones directas indiciales según refieran o no a la acción de otros sujetos. En el contexto de tales enunciaciones la mera referencia a la acción de otros sujetos señalaría un menor grado de compromiso del sujeto del discurso respecto a su enunciación.

¹⁹ **Referencias Cuadro 1.**

A. Enunciaciones directas indiciales (sin referencia a acción de otros)

Sin YO: 1, 4, 7, 8, 9, 16, 17, 24, 28, 29, 33, 34, 37, 38, 42, 44, 48, 49, 50, 89, 90, 100, 102, 104, 105, 106,
107, 119, 120

YO implícito: 67, 116, 117

YO explícito: 76, 114

B. Enunciaciones directas indiciales (con referencia a acción de otros)

Sin YO: 6, 18, 20, 21, 22, 78, 80, 85, 92, 101, 111, 112

YO indirecto: 3, 23, 71

YO implícito: 19

C. Enunciaciones directas simbólicas

Sin YO: 10, 11, 12, 13, 14, 15, 30, 31, 32, 35, 36, 47, 55, 56, 62, 63, 64, 66, 68, 69, 70, 118

D. Enunciaciones indirectas indiciales (no textualizadas)

Sin YO: 59, 25, 27, 46, 51, 75, 77, 79, 96, 97, 99, 103, 108, 113, 115

YO indirecto: 2, 39, 40, 41, 52, 53, 57, 84, 86, 87, 93, 94, 98

E. Enunciaciones indirectas indiciales (textualizadas)

Sin YO: 26, 43, 72, 81, 82, 88, 91, 109, 110

YO indirecto: 45, 54

YO implícito: 73

F. Enunciaciones indirectas simbólicas (no textualizadas)

Sin YO: 58, 74, 95

G. Enunciaciones indirectas simbólicas (textualizadas)

Sin YO: 59, 60, 61, 65

Yo indirecto: 83

²⁰ La posibilidad de acceso al plano del enunciado mediante la construcción de la definición contextual de los lexemas cuyo alcance semántico en el discurso interesa establecer, se plantea en principio como hipótesis que deberá ser contrastada en el ámbito de estudios pertinentes a su tratamiento específico, de los que constituye un antecedente la propuesta de la escuela francesa de análisis del discurso de Michel Pecheux (1981). Mientras tanto, la técnica de la definición contextual resulta ser un instrumento de suma utilidad para establecer, operando una simple transformación de la enunciación original, el valor referencial que se atribuye a una determinada entidad conceptual en el contexto que le es pertinente: el enunciado.

²¹ Las posibles modificaciones que deban introducirse para mantener las relaciones entre los componentes de la enunciación original, dependen de las características de la enunciación en cada caso. Las reglas de transformación sintáctica de cuya implementación resulta la enunciación definicional no son motivo de este análisis y no se dispone hasta el presente de estudios al respecto. Por el momento interesa recuperar, en esta segunda parte de la enunciación definicional, todo lo que fue contexto del lexema de designación en la enunciación original, para establecer los rasgos específicos de significación que le son atribuidos a través de su uso en tal contexto.

²² El término operador conceptual se utiliza para señalar la dependencia que entre los componentes del enunciado se establece en la definición contextual. Designa a todo objeto conceptual que está en función de otro objeto conceptual en el enunciado. El término se utiliza en un sentido próximo al que Hjelmslev (op.cit.) atribuye a un functor en su análisis de las dependencias entre componentes en el plano sintáctico: "Una dependencia que cumple las condiciones de un análisis se denominará función. Así diremos que hay función entre una clase y sus componentes (entre una cadena y sus partes, entre un paradigma y sus miembros, tanto como existe función mutua entre los componentes, partes y miembros)... Se llamará functor de una función a los términos entre los cuales existe dicha dependencia, entendiendo por functor un objeto que tiene una función en relación con otros objetos".

²³ Se observa cierta correspondencia entre la posición del lexema en la estructura sintáctica de la enunciación y la posición que éste ocupa en el contexto del enunciado. Esto señalaría la posibilidad de acceder ya a través de la estructura sintáctica a aspectos semánticos de la relación entre los componentes del enunciado.

²⁴ Provisoriamente, dado que la asignación de atributos valorativos a los hechos descriptos por nuestros informantes debe resultar del análisis, la atribución de un carácter "no deseado" al cambio de estado experimentado por un miembro de la comunidad surge de una primera evaluación de la consulta a los CAO y a los "médicos campesinos" –de la que extrajimos las referencias a los "casos" considerados– como un reconocimiento explícito o implícito por parte del grupo de que este cambio experimentado por el sujeto requiere determinadas actividades reparatorias o restitutivas de un estado supuestamente deseado. Iniciamos el análisis teniendo en cuenta que esta supuesta correspondencia entre "enfermedad" y "estado no deseado" por una parte, y "salud" y "estado deseado" por otra, constituye un "a priori" de nuestro análisis que facilita una primera ordenación de los hechos. Consideramos, sin embargo, la posibilidad de que, como resultado del mismo, surjan nuevos parámetros de evaluación de los hechos que cuestionen esta valoración inicial de la "enfermedad". En otro nivel de análisis la "enfermedad", no ya como fenómeno experimentado por un sujeto sino como situación que involucra al grupo permitiría, por ejemplo, la actualización y revalorización de ciertos vínculos potenciales entre sus miembros, la posibilidad de validar los recursos explicativos e instrumentales del grupo frente a determinados eventos, etc. En éste y otros sentidos posibles que pudiera asignársele, la "enfermedad" no constituiría ya un cambio de estado "no deseado" sino una posibilidad de expresión de los recursos potenciales del grupo ante situaciones de cambio.

²⁵ Argumento: forma de presentación del razonamiento en que el grupo inscribe sus vivencias en torno a ese cambio de estado. Las proposiciones que lo constituyen refieren a los hechos en que se manifiesta ese cambio de estado y sus transformaciones.

²⁶ Este "equilibrio" se manifiesta a dos niveles que se hallan articulados en la secuencia argumental: 1.- el del sujeto respecto a su medio -nivel operativo/instrumental-, y 2.- el de la asignación de una "explicación" a lo "inexplicable" –nivel conceptual/cognitivo. El primero constituye el plano del contenido argumental, mientras el segundo asignaría un sentido al argumento.

²⁷ concebidos como representación cognoscitiva de los “hechos reales” (Van Dijk, 1983a:81)

²⁸ En la anterior etapa del análisis consideramos sólo las enunciaciones que referían al acto de designación del *susto*, eliminando aquellas en las que el lexema era utilizado en la referencia a otras actividades que provisoriamente agrupamos como: condiciones iniciales, acción de la causa, reacción a la causa, síntomas, traslado al terapeuta, etc. En esta etapa las incorporamos al corpus, en tanto incluyan al lexema de designación del *susto* en cualquiera de sus formas.

²⁹ El criterio de recorte implica, además, que lo que queda fuera de la frase sea relativamente autónomo respecto a la misma. Asimismo se eliminan expresiones modalizadoras de la enunciación que no resultan significativas en este nivel de análisis y fueron consideradas en etapas anteriores. Ejemplos: "A. dice parece es *susto* lo que tiene", "N. Dice es cierto que es *susto*", "a lo mejor es *susto*", etc.

³⁰ En la anterior etapa del análisis diferenciábamos estas unidades según refirieran “a una situación existencial específica o a generalizaciones de mayor o menor grado de abstracción” como INDICIALES ó SIMBÓLICAS . En esta etapa las hemos agrupado nuevamente tratando de recuperar su valor en la secuencia argumental en que se inscriben, independientemente de toda categorización “a priori” que entonces basamos en la consideración exclusiva de rasgos lexemáticos. Del análisis de los componentes de los "hechos" y de sus relaciones posibles surgirá el valor conceptual que su articulación en el discurso de nuestros informantes permita asignarles.

³¹ Para un análisis exhaustivo de la función de tales elementos en la constitución de las “macroestructuras semánticas” del discurso, cf. Van Dijk, 1980, 1983a.

³² Consideramos contexto al “hecho” que se articula en forma inmediata a la unidad de referencia.

³³ En nuestro trabajo el valor asignado a los conectores surge del contexto de su aplicación, a diferencia del análisis lingüístico en el que el conector pertenece a una categoría gramatical con determinado valor de articulación (por ejemplo: PARA: preposición que indica finalidad)

³⁴ Esta “espacialidad conceptual” dada por la disposición de los elementos de cada contexto y su “orientación” respecto a la unidad inicial, constituiría un nivel de manifestación de la estructura cognitiva que ordena y jerarquiza las relaciones entre ésta y el resto del texto.

³⁵ “contenido global de un discurso...esta coherencia global se da en cuanto se pueda asignarle un tema o asunto...si queremos especificar el sentido global de un discurso, tal sentido debe derivarse de los sentidos de las oraciones del discurso, esto es, de la secuencia proposicional que subyace en el discurso” (Van Dijk, 1983a:45).

³⁶ El chico no duerme, de noche le fastidia una cosa y de noche se asusta el cuerpo, brinca así. (Fragmento 18/21)

Se les crían las pestañas, más largas se le hacen, no quieren que les miremos. Algunos se hacen locos, se empiezan a atrasar, no quieren comer, nada. (F 24)

Tirito el cuerpo y después me caigo descompuesto, no muy grave. Cuando me levanto de golpe me hace así, cuando duermo un poco y me levanto me hace eso (F 28)

Lloran, se despiertan, saben llorar de noche (F 33/8)

Se asustan, siempre, se asustan. (F 62/3)

Lloraba mucho de noche, de día (F 64/5)

Lloran de noche, están durmiendo y se despiertan llorando, se levantan para arriba así llorando (F 76/80)

(P:-qué es el susto?) Ese es el asustao que le decimos, pues...asustao dic' algunos... la abuela (Isidora) llama de eso, yo no. (F 82/3)

El mismo es, asustao, el quedao, el mismo é. (F 87)

Les agarra una fiebre, ya no pueden dormir de noche con la fiebre desvariando, no duermen de noche, lloran (F 88/90)

Esta brincando el pulso y está con fiebre son asustaos y quedaos. (P: - las dos cosas?) Las dos cosas...claro, el mismo en realidad. (F 91)

Se asustan así de alguna cosa que ven, los golpes... ocasiones se asustan así cuando (...) (F 94/5)

Èl así dice (el hijo) que es un susto que él ha...pero él no explica así qué ha visto, él nada más dice que...de atrás lo ha alcanzao, pero él no sabe si quié es, que es como si fuese una calor, un fluido y ya le ha quitao los ánimo de correr...ya no ha podío correr y ha venido aquí así y así es pué se...suspira, ve? y está así. (F 103)

Èl tando bien así, le agarraba como susto y ya corría a agarrarlo', ya se prendía de nosotros. (F 108)

Ese momento nomás, ese rato que él se ha asustado, ese momento ya se ha puesto que él se va a hacer algo, que él ya se muere. (F 114)

(...Se ponía incómodo, intranquilo...(...) se ha puesto que él se va a hacer algo, que él ya se muere (...) ha empezao a llorar y a ponerse incómodo, a salirse, a mirar a todas partes ya, y se ha puesto así, que nunca se había hecho él así, nunca (...) yo no sé si éste qué lo ha pasao, no explica bien ese, qué es lo ... de verle dic' que no ha visto, sino que era una cosa así un... de atrás, un fluido que...una calor, como si fuese un (bujido?) así de un... que le alcanzaba calor... pero él no ha visto nada.) ... así que claro, yo pienso que debe ser del susto nomás que lo tenía así (al hijo). (F 116)

A los dos o tres días recién ha dicho cómo era lo que él ha sentío: - No, dice, de ver no he visto sino que era un susto que l'ha alcanzao detrás...Y así nomás ha quedado así, con ese susto, y así andaba, embromado andaba, y de noche le teníamos que tener cuidado...a mí se me ocurría que se salía y no le sentíamos, y iba y no, se dormía ya tranquilo... ya hemos tenío que poner cuidao yo... le veía asustao, se me ocurría a mí que él se iba a salirse... como se ha hecho tan...así t'de ponerle cuidao, ya ninguno es claro que ... que todos son, digamos bien. Porque él de eso nomás, si él también era bien, era bien. Claro, enfermedad no tenía más que...gripe, después l'hepatitis también l'ha agarrao pero es' ya s'chico, y de ahí no, no si enfermaba no...(F 117/9)

Andaba embromado (F 117/9)

(Estaba) que algo le falta o algo esperaba (F 126)

Ella (Nicasia) ha dicho que no, (que) con esto se va a mejorar...nada más eso, porque el susto es una cosa y el quedao es otra cosa, me ha dicho así. (F 127)

La señora me lo compone me ha dicho que no es que (...) claro, que del mismo susto él se aflige, lo aflige a lo'corazón, me ha dicho. (F 128)

El susto es el asustado que le decimos, asustado dicen algunos (F 82/3)

Asustado, el quedado, el mismo es (F 87)

Asustados y quedados (son) el mismo en realidad (F 91)

Susto, asustado, igual es (F 93)

Susto y asustado es lo mismo (F 96)

(Maximino) dice que el susto es una cosa y que el quedao es otro. (109)

El padre y el chico a caballo han venío, y aquí le he visto yo, m'han visitao un buen rato y ese...yo l'he averiguao porque lo ... es çuando son así tienen susto de algo es'no avisan! no avisan! ni quitan'(...) a l'último recién me ha avisao a mí que así le ha pasao. Y entonc'el papá ha dicho: p'recién ahora me he enterao, sí él no quería avisar. (F 151)

(Normando) ese me ha pedío un'remedio'(...) así con susto, no sé qué é, parece que é un susto... por ahí cuando era chico a lo mejor también l'ha hecho burla el duende...(F 152)

³⁷ Ha venío el Nene de Colomé y...tenía una careta...una careta horrible tenía! Y se ve que eso... todo eso... l'ha asustado (F 1)

Me ha hecho asustar, porque yo no sabía qué es lo que tenía (F 2)

La chica que tenía me la había volteado de los brazos ahí en la calle, y de eso se ve que se ha asustado (F 3)

Me han avisado de que...de que me la había volteado la chica...así que ahí sí hemos pensado otra vez de que é susto lo que tiene (F 6/7)

Una chica le había volteado y se ha asustado (F 25/6)

Una vuelta me he asustao con...yo estaba juntando leña por ahí y m'he asustao una vuelta...sí, ese día mi abuelita me ha dicho que no vaya solo... No sé, he vísto un cosa, no sé qué sería, y mi abuelita (...) cosa mala, no sé qué habrá sío, era juera que veo un gente, así un (...) se desapareció. Con eso me he asustao. (F 29/31)

(El changuito) ha caído sobre la Santa, ha tiritado, caidito, y entonces la Santa ha gritado, se ha asustado. (F 41)

Esa chica la ha hecho asustar el viento, ha venío un remolino muy fuerte y ella estaba paradita en el patio, y ha venío el viento y la ha levanta y la ha tirao lejos... y con eso se ha asustado (F 47/8)

Ella (Leucaria) me ha dicho que l'había hecho asustar el viento, me ha dicho que le hiciera llamar. (F 49)

(Alberta) me ha dicho que está asustadito, parece que al nacer se ha asustado. (F 51/2)

Al nacer, ha dicho doña Alberta, a lo mejor al nacer éste se ha enfriado, no le han levantaio ligero y se ha enfriao, dic' que se ha asustado ahí. (F 61)

(Cualquier cosa los asusta) si se caen, si uno habla fuerte,...puede ser cuando este... las gallinas están andando por ahí, que pegan un voleo encima de ellos, se asustan... delicados son, con cualquier cosa se asustan. (F 67/8)

Como tardecito viene ya enloquecido de que se ha asustado allá en esas partes que dicen que hace asustar, pero él no sabe si qué ha visto!, nada más era una cosa que de atrás l'ha alcanzado y ya no sabía si caminar o quedarse ... y que él quería ir nomás, salirse, se quería salir! claro, él se ha asustado (...) un susto. (F 98/101)

Dicen los hablantes que esta parte (aquí en toda la cuesta esa alta), dic'que es mala, que hace asustar...siempre...y no sé. (F 111)

Y un tío dice: - A mí también me ha hecho asustar (esa parte), dice. He visto, me ha salío un amigo pero después ya no... ya ha desapareció, dice. (F 112)

yo no sé si éste qué lo ha pasao, no explica bien ese, qué es lo ... de verle dic' que no ha visto, sino que era una cosa así un... de atrás, un fluido que...una calor, como si fuese un (bujido?) así de un... que le alcanzaba calor... pero él no ha visto nada.) ... así que claro, yo pienso que debe ser del susto nomás que lo tenía así (al hijo). (F 116)

Cuando era chico, que fiero es aquí, le he mandado a ver las cabras y él dice que ha visto aquí arriba un perro, eso l'habrá hecho asustar, ha llegado disparando para aquí. Pero dic' que ande han estado no hay nada de perro, nada. Y digo, alguna cosa mala habrá sido ha llevado el espíritu, nosotros le decimos. (F 43)

De ver no ha visto, sino que era un susto que le ha alcanzado detrás (F 117/9)

(Guido Liendro, un amiguito) me ha dicho (que su mamita le ha conta) que ahí siempre hay ... dic'que se asusta siempre...que hay siempre gente esto indio'...que eso nomás, dic' que antes sabía ser peor. (F 132)

El está asustado con las inyecciones que le han hecho (F 142/3)

El está acostumbrao en el campo, aquí ya si ve una casa bien, ya susto para él, ve gente extraña, peor, ya él estaba enfermo ya (en el hospital)! (F 144)

Ella (la madre de Rogelio) dice que le ha notao al chico que ya estaba enfermo, era de pena y de susto (...) dice que ahí (en el hospital) así estaba. Ella, claro, ha dicho por favor que le dea, que le largue el Doctor, porque el chico ya está enfermo, será de pena y de susto, que le ha dicho. (F 146/7)

parece que le ha hecho burla así, pué, el espíritu maligno. (F 149).

³⁸ Si bien este aspecto no es central a nuestro análisis, en términos generales las referencias a la causa del *susto* pueden ser agrupadas, de acuerdo a la taxonomía establecida por Foster (1976), en etiologías personalísticas y naturalísticas. En las primeras la causa de la enfermedad es atribuida a la intervención intencional de un agente, humano no humano (ancestro, fantasma, etc) o sobrenatural (deidad). En las segundas es el resultado del azar o accidente, de fuerzas naturales o de una pérdida del equilibrio de los componentes corporales internos.

³⁹ De eso se ve que se ha asustado, porque eso me ha dicho él (Maximino), porque me l'ha curado y se ha compuesto. (F 3)

después se pone a ver en el agua bendita...y...en la vela. Y de ahí me avisa si ... dónde se ha asustado, cómo se ha asustado (F 8/9)

Ahí en el agujero...l'echa alcohol ahí, encima de la coca y todo...y después este...y prende fuego y él ahí ve... y él le ve a la persona esta ... cuando se ha asustado, todo, dice, pero él dice que ya ahí está pero yo, yo no veo, pero él dice que ve. Y ahí dice si es asustado o no...si haría falta dos llamadas o una...que le vuelva a llamar (F 14/5)

Cuando es asustado el chico no duerme, de noche le fastidia una cosa y de anoche se asusta, se asusta el cuerpo, brinca así, sí. Eso cuando es asustado, y cuando no, no es. (F 18/21)

Se le conoce en la vela...se le echa un poco de agua bendita, en una botellita así blanca, esas de octavo de alcohol y que sea bien limpiita bien blanquita la botellita, se le echa un poco de agua bendita así nomá, y de ahí se le echa uno' tres granos de sal, pero que sea sal así en grano, esa sal que siempre venden de aquí, vienen de allá de Santa Cruz, de Luracatao eso viene así...sal criolla se llama...De ahí se prende la vela bendita en una mesa y San Antonio se le pone en la cabecera del chico y un rosario se le pone...Ya sale ahí sale bien patente en el agua bendita y la sal, ahí está él, ya sale, está acostao o...se lo ve a él pué, ahí sale adonde se ha asustao, o si le han pegao, se ha caído o algo. (F 23)

Yo cuando quiero hacer eso y...tiritito el cuerpo, todo el cuerpo, y después...m'caigo pué, descompuesto, no muy...no muy grave. Yo cuando m'levanto de golpe me hace así, cuando duermo un poco y levanto me hace eso (...) Abuelita dice eso asustado puede ser. (F 28)

Eso la médica del campo le tantea en velita, pone la velita, le tantea (F 44/5)

Ella (Leucaria) me ha dicho que l'había hecho asustar el viento, me ha dicho que le hiciera llamar.(F 49)

...Lloran mucho y se asustan, y empiezan a...digamos, están durmiendo y pegan uno'saltos para arriba o pegan un grito, lloran de golpe.(F 59)

Sí empiezan a llorar, no duermen tranquilos, empiezan a...como si tuvieran...digamo'sobresalto' empiezan a (...) las manitos, empiezan a...asustarse así. (F 60)

Ella (la madre) me ha dicho que le llame para ver si está asustado. (F 66)

Ella cuando ha venido lo sentía llorar así (F 69)

Después (que le he curado) ya estaba mejor, ya no lloraba, nada, debe ser que tenía susto nomás, se ha asustado.(F 70/1)

Ella (Isidora) ese día no le ha visto, dice que estaba asustado, y yo le he llamado y ha de ser se ha compuesto...antes le he llamado yo, y yo cuando le he llevado me ha dicho de que estaba asustado el chiquito porque ...que ya, ya se le iba a componer.(F 72/5)

(P: - cómo te das cuenta que está asustado?) Porque lloran, lloran de noche, y lloran, de ahí porque están asustados...o están durmiendo y se despiertan llorando, se levantan para arriba así llorando, entonces es porque están asustados (P: - No puede ser otra cosa?) Bueno, hay veces que lloran también porque les duele alguna cosa, pero cuando están asustados ya es conocido, porque se...están dormiditos se despiertan llorando, o se levantan así para arriba y se...empiezan a llorar...entonces es porque están asustados. (F 76/80)

Ella ha visto que el chiquito lloraba (F 81)

(P: -qué siente la gente cuando se enferma de susto?) Da una fiebre y da (...) alzan fiebre (...) el pulso, algunas le dicen el pulso (...) pul' asustao dic' (...) están con la fiebre arribita nomá...esi se llama asustao...ah...(F 84/5)

L'agarra una fiebre... cuando son asustaos, asustaos así, ya no pueden dormir de noche, no duermen de noche con la fiebre desvariando, no duermen, esi llaman asustaos, quedaos, no duermen pué de noche...lloran.(F 88/90)

Se les conoce en el pulso, aquí, que toca así (F 91)

Y después l'mi he llevao aquí a la señorita Lidia Cardozo Chauqui, también dice, también lo ha visto, dice: - No, si es susto nomás que tiene, dice, susto nomás. Hacelo curar, tratalo de hacer curar pronto porque...del mismo susto se suspira mucho, d'eso nomá es. (F 105/7)

Un día que nos encontramos y que él estaba embromado, amarillo (F 125)

Ella (Lidia Cardozo Chauqui) también le ha tocao el pulsito y dice: - No, el corazoncito está afligido, dice, claro, es del mismo susto, dice. (F 131)

El chiquito está asustado cuando él no duerme. (F 141)

él tiene un susto, así pués yo le he hallao, le he tocao el pulso, le he visto (...) l'he tocao, parece que le ha hecho burla así, pué, el espíritu maligno. (F 149)

⁴⁰ Tiene que tomar la cuarta mitad de la vilca, porque adonde se puede conseguir, molida. Y luego nidito de picaflor, quemado, así chiquito nomá. Y pluma de cuervo también así quemada, un pedacito nomá. Y un chico de pluma de cuervo quemada, así un chico. Y tres gotas de agua bendita. Y este... tierra, un poquito de tierra de la casa, de tierra de la casa, tierrita, un poco nomá, de adonde se cae él no?, el chico. Eso para asustado, para asustado. (F 16/7)

Al asustado hay que llamarlo de noche (F 22)

Eso -sahumar con pluma de parina, pluma de cuervo y caña bendita y tiznar con un carboncito en la frente y el pechito- es para los asustados (F 33/8)

Y ahora l'última vuelta también (...) ese ha sío pa'l día de todos los santos, cómo ha llorao esa criatura! Y entonces una chica dice: esta criatura está asustada, dice, para mí está asustada la criatura, ¿porqué no le llaman?, dice, llamenlé. (F 53/4)

Hay que gritarlo, por ejemplo, si...éste se llama Alvaro: - Alvaro! vení hijito! no te asustés, vení! (en voz baja, gritando) así le llamamos nosotros.(F 55)

Que yo lo llame que a lo mejor está asustado (F 64/5)

Cuando está asustado hay que hacerle así (yo he puesto así bracitas, y le he. echao los remeditos, todos los que son para sahumar, para llamar -siete palitos de yerba, después dos cucharaditas de azúcar, la tierra de la virgen que le llaman, y después el romero (...) la palma bendita, la caña bendita que le dicen- y hay que

hacerle el humito ese. Y después le he llamado así en forma de cruz, y hay que ir rezando el credo, así, rezar el credo. Hay que ponerle así (al chiquito) con forma de cruz, y después hay que ponerle así (boca abajo sobre el brasero) para que el humito ese...se lo largue en la carita. Hay que llamarlo tres veces, los días martes, viernes y después el martes otra vez. Hay que llamarlo así, de su nombre: Alvaro Rodrigo Belazquez, y después hay que rezar el credo, hay que ir rezando el credo así y terminar en forma de cruz. Y después se le da la caña bendita que ya está quemadita? y ... los palitos de yerba esos que ya...no se quemem mucho, hay que darle ese remedio, hay que hacerle un tecito y darle. Usted le sahuma tres veces y le da tres veces el remedio. Cada vez que le sahuma hay que darle el remedio, al otro día, porque hay que sahumarle de noche, a la mañana se lo prepara el té y se la da.) ya se componen. (F 76/80)

Echar el remedio –albahaca, toronjil y moliendo la vilca en una cucharita con una piedrita que sea bien limpia, y colar- para asustado (F 86)

Para asustado vilca le echamos (F 97)

Esto es compañero pa'l susto, esta vilca, bien compañera. (F 140)

Dos remedios (...) era la mirra, el ciruayro amarillo y otro se llama sahumero Misterio, eso' que le hacen las monjitas en Bolivia, en el convento, eso' sahumeros Misterio (...) dicen que en Bolivia le hacen ahí en lo' conventos de monjas, son así como pancitos (...) cuadritos chiquititos, tienen todo dibujitos de gente, de ovejitas, de vaquitas, de todo! Así que eso que le hacen ahí ... pero eso hay que hacerse un humito en brasa', van con otro' remedio', son muchos los remedios que parec' ... (P: - Y para qué, es bueno?) También pa'l susto, también pa'l susto. Y es' también era con agua bendita (...) y (...) era el agua del mar. (F 154/5)

⁴¹ Me la han curado así del susto y se ha compuesto (F 4).

Hemos pensado otra vez de que é susto lo que tiene y l'hemos hecho curar del susto (F 6/7).

Cuando así vemos que parece que se asusta...ligero le damos agua bendita y la llamamos en la coronita (F 13) (La abuela) todo mi ha hecho, mi ha refregao aquí, no sé cómo va a hacer pa'componer, si han asustao primero (F 27)

Yo le he sahumado, he hecho yo ya aquí (...) cerro hay una pluma de parína (...) pluma de cuervo (...) en el cerro (...) salía pa'l cerro ahora ya no salgo ya...esí es bien bueno pa'los asustaos...parina, pluma de parina, el coloradito ese, de eso no hay, cuervo d'ese tengo, pero parina no tengo (...) trecitos tienen que ser...cómo é...ah! la caña bendita pué, caña bendita (...) sequita también (...) Usted le refreja así le hace (...) pa'que le sahume, eso pa'l asustadito, pa'l asustao. Usted le da una sahumadita y (...) un carboncito, ese tiene que hacerle así crucecita aquí y (...) pechito (...) sino lloran pué y se asustan (...) asustao (...) lloran, si despiertan saben llorar de noche. Bueno, ese es para lo'asustadito. Usted tiene que hacerle así y yo (...) sahumadita (...) le tizna aquí pué, la frentita y aqucito. (F 33/38)

En la coronita (sé llamar), en la coronita, hablar nombrecito y apellido, Usted le habla, si se ha asustado así, le habla y...sí, enseguida se compone. (F 39)

Y tarde ya l'he hecho levantar yo, también l'he sahumao (...) nada se compone ; Y yo le he gritao en la corona, he hecho que se componga ...ah (...) le he gritao yo, le he hablaao (...) asustao (...) que es pué... (F 40)

Yo le he llamado (F 64/5)

Ella (Isabel, una señora que vive allá arriba) me lo ha dado los remedios porque ella cuando ha venío lo sentía llorar así y me decía que a lo mejor está asustado, que ella había comprado los remedios también así para llamar a los chicos, ella siempre los llama a los chicos así. Y me ha dado para yo llamarle. Y yo le he llamado. (F 69)

Hay que hacerle así -...- (F 76/80)

Ella (Isabel) ha venido por aquí y como ha visto que el chiquito lloraba me dice: - a lo mejor está asustado, andá a traer los remedios yo te voy a conseguir... Y yo he ido a traerlos, ella me lo' ha dao. (F 81)

(Tío Maximino) lo ha llamado adonde él se ha asustado, ese lugar. (F 115)

Así me ha dicho ella (Lidia Cardozo Chauqui), que ya se va a componer, pero tratelo de hacerlo curar, dice, siempre tratá (...) ya casi no me ha dao así, porque como dice es susto que tiene, después ya si componga así nomá, dice. (F 122)

La señora Lidia nos ha dicho: Hacelo curar, pero con una persona que lo pueda, que sepa d'eso susto. (F 123)

El hombrecito ese (Maximino) curaba del ...aquí lo llaman de quedao como dic' pero, l'ha curao él, nosotros íbamos allá adonde se ha asustao, íbamos con el señor, y él lo llamaba así de su nombre, le gritaba, rameaba así un pantalón, lo que sea, una camisa, traía gritando por el camino, yo venía por tras con el rosario, digamos, con el cuchillo así en la mano ...Y no l'ha hallao nada él... digamos no l'ha compuesto. (F 133)

Ahí adonde se ha asustado, ahí nomás, l' mismo, las tres ocasiones que l'ha llamao hemos ido ahí. (F 137)

Me ha pedido un remedio (F 152/3)

Buscan, vienen, de Seclantás también vienen ... este chiquito (Rogelio) es del último que ahora está así también asustadito ... ya le he dao los remedios pa'qui le haga ella (la madre de Rogelio) allá (en su casa). (F 156)

⁴² Ella (la madre) le contaba al médico...le ha dicho que ese día me he asustado así, todo...no l'halló nada, pué, el Doctor, no me halló nada.(F 32)

Èl (Doctor) dice parece que le ha agarrao un a lo mejor un corriente de aire, dice él...caso él lo ha?...no sé cómo me dice él...cuerpo...y él me ha dicho que lo haga curar de susto, que lo haga curar. (F 104)

Tiene que ser que se habrá asustado, porque no...otra cosa más que... el Doctor él mal ha pensao, dice: - A lo mejor éste ha estao con muchachos mayores ahí metido, digo: - No, casi no...no se junta pué, no, le digo, porque no...no puede ser (...) - A lo mejor había un borracho por ahí, le digo: - No, no, porque él dice que no...(F 130)

⁴³ Pero ya (Nicasia) no lo ha podío curar al chico, dic' que é asustado y nada más, al chico, a éste (Florencio). (F 46)

Como el tío éste (Maximino) es curioso, le gusta curar el susto, y agarrando él me lo ha visto ... y se no ... no l'ha podío curarlo bien.(F 102)

El hombrecito ese (Maximino) curaba del ...aquí lo llaman de quedao como dic' pero, l'ha curao él, nosotros íbamos allá adonde se ha asustao, íbamos con el señor, y él lo llamaba así de su nombre, le gritaba, rameaba así un pantalón, lo que sea, una camisa, traía gritando por el camino, yo venía por tras con el rosario, digamos, con el cuchillo así en la mano ...Y no l'ha hallao nada él... digamos no l'ha compuesto. (F 133)

(Rogelio) está enfermito ... pobrecíto! Y ha estao muchos días en Cachi (en el hospital regional), pero el Doctor del susto no le cura, le cura de cualquier cosa, de todo, de lo que sea, pero del susto no. (F 138/9)

⁴⁴ Algunos no saben, así siguen, enferman, enferman, y cuando son asustaos se les crían las pestañas, más largas, más larga se le hace y ya no, no quieren que le miremo, uno mira...y algunos se hacen locos ya, ya se ponen...ya se empiezan a atrasar, así, no quieren comer, ya nada, nada. (F 24)

⁴⁵ Eso-sahumar con pluma de parina, pluma de cuervo y caña bendita y tiznar con un carboncito en la frente y el pechito- es para los asustados, sino lloran y se asustan, asustados (F 33/8)

En su casa llegando ya se va a componer, que le den los remedios pa'l susto ya l'va a tener tranquilidad. (F 145)

⁴⁶ Se ha mejorado, ya no suspira, ya no piensa, ya no está incómodo, ya no está mirando aquí, ya está tranquilo, a jugar, así, tranquilo (F 126)

Y ahora ya no llora, ya es rara la vez que llora así, de noche. (F 64/5)

En su casa llegando ya se va a componer, que le den los remedios pa'l susto ya l'va a tener tranquilidad. (F 145)

⁴⁷ El asustado es una cosa y el quedado es otra (F 134/5)

Ella (Nicasia) le ha dicho expresamente que no es quedao, que es un susto me ha dicho. (F 136)

⁴⁸ La ha tenido internada en el hospital y no se componía (F 4)

L'he llevado el médico y no se componía, me l'ha internado (F 6/7)

Y ahora l'última vuelta también (...) ese ha sío pa'l día de todos los santos, cómo ha llorao esa criatura! Y entonces una chica dice: esta criatura está asustada, dice, para mí está asustada la criatura, ¿porqué no le llaman?, dice, llamenlé. (F 53/4)

Ese ha sío pa'l día de todos los santos, cómo ha llorao esa criatura! ¿sabrà asustarse? ¿qué sabrà ser?.(F 57)

Èl está asustao con las inyecciones que le han hecho (...) se moría en el hospital! Y dic' que a lo último le ha notao la señora que...que el chico estaba enfermándose ya de susto y de pena.. (F 142/3)

⁴⁹ ella estaba bien, después se compone...se compone...anda lo más bien, hasta que después se vuelve a asustar así por alguna cosa (F 5)

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Enfermedad y sociedad en los Valles Calchaquíes

Nuestra consideración de las estrategias terapéuticas frente a la enfermedad en los valles Calchaquíes, nos conduce a plantear, en primer término, que estas estrategias no solo involucran al enfermo y los terapeutas cualesquiera sean ellos, "*médicos campesinos*" o médicos del hospital, sino a un espectro de actores que, de diversas maneras, intervienen en el proceso de búsqueda de la salud. El análisis de los casos de *gripe* y *susto* hizo posible contrastar y corroborar gran parte de los resultados obtenidos en la primera etapa de la investigación, lo cual nos conduce a una cierta caracterización del recorrido terapéutico de los miembros de la comunidad estudiada.

En primer lugar, la recurrencia simultánea a marcos referenciales terapéuticos provenientes de la medicina científica y tradicional. Así por ejemplo nos fue posible reconocer, por una parte, la importancia y vigencia de los expertos médicos tradicionales, incluyendo a los famosos médicos Kallawayá (Vellard, 1980) cuya visita es esperada en los valles donde se los reconoce como los principales proveedores de los recursos terapéuticos tradicionales y, por otra, la cada vez más frecuente utilización de los recursos de la "medicina científica" paulatinamente integrados a las estrategias locales frente a la enfermedad. La creciente plasticidad de los sistemas etnomédicos, definidos por Good como "el traslape de la biomedicina, las medicinas tradicionales y el autotratamiento" (en Idoyaga Molina, 1999:8) se pone en evidencia en los relatos de casos. Estos muestran cómo la población campesina convive con dobles diagnósticos y tratamientos, los de la biomedicina y los de las medicinas tradicionales. Complementariedad terapéutica que le permite atribuir la cura - si esta sucede - a una medicina particular, o justamente a la combinación (Idoyaga Molina,

1999:12). De este modo, nuestra metodología nos permite acceder a enfoques complementarios, profundizando y ampliando el campo de problemáticas involucradas en la consideración de las estrategias de búsqueda de la salud. En segundo lugar, la incompetencia asignada a la medicina científica en lo que respecta al diagnóstico y terapia de la enfermedad del *susto*. En tercer lugar, la referencia a cierta especialización de los terapeutas tradicionales, lo cual confiere particular prestigio a quienes han demostrado sus dotes y eficacia en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades específicas. En cuarto lugar, la existencia de intermediarios, en su mayoría miembros del grupo doméstico, que asumen un rol activo en lo que respecta a las decisiones terapéuticas.

En el contexto de las estrategias para el tratamiento de la enfermedad del *susto* distintos recursos intervienen con gran peso y valor: el *sahumado* como acto¹, la *limpieza* de las habitaciones, las oraciones, el silencio y el *llamado* son tan importantes en este complejo terapéutico como el valor intrínseco de los principios presentes en los elementos administrados mediante el *sahumado* como medio y las tomas. En general se atribuye mayor eficacia terapéutica a la combinación de estas prácticas. Se observa concordancia en los elementos utilizados y determinadas combinatorias específicas (Palma, 1978; Idoyaga Molina, 1999). El carácter fuertemente ritualizado de la cura del *susto* asigna importancia tanto a las técnicas y elementos utilizados y sus combinatorias como a las personas autorizadas para llevar a cabo su diagnóstico y tratamiento. Se establece una clara diferencia entre quienes son buenos para "*hallar*" (diagnosticar) el *susto*, y quienes son buenos para curarlo. Entre estos últimos también se marcan diferencias. Solo llaman en el lugar del *susto* aquellos expertos que han demostrado particular eficacia en el manejo de este tipo de técnica terapéutica. En la muestra considerada sólo un *médico campesino* en compañía del padre del enfermo, puede llevar a cabo este complicado ritual. Por su parte, las *médicas campesinas* se destacan por sus habilidades en la confección de recetas para el *sahumado* y las *tomas* y la eventual provisión de estos recursos en forma aislada o como "preparados". Asimismo, los miembros femeninos del grupo doméstico están habilitados a

efectuar el *"llamado en la coronita y en los pies"* del enfermo y a preparar y realizar el *sahumado* y las *tomas* que acompañan al *llamado*.

En general, tanto en los casos de *gripe* como en los de *susto* se asigna relevancia al rol de los miembros del grupo doméstico del enfermo, en particular las mujeres más estrechamente vinculadas al mismo – madre, esposa, abuela –, en la resolución del problema de la enfermedad. Al respecto hallamos una estrecha correspondencia entre los resultados obtenidos en nuestro estudio y los derivados de la investigación realizada por Laurie Price (1997) a fines de los 80 sobre las historias de enfermedad en el curso de la conversación en las tierras altas de Quito (Ecuador). Atribuyendo el fuerte simbolismo de la figura materna en las culturas latinoamericanas a la influencia del catolicismo hispano, la autora destaca: *"en la narrativa se marca el rol central de la madre en el cuidado de sus hijos enfermos. Las responsabilidades y actividades de la madre ocupan un espacio central y distintivo en el modelo de familia"*.

En los casos de *susto* en los Valles el grupo doméstico se amplía a otros personajes femeninos: amigas, vecinas, hermanas que viven en lugares distantes, las cuales coadyuvan a la tarea de reunir los recursos necesarios a las elaboradas terapias locales. Mientras tanto, los personajes masculinos – padre, abuelo – *"por ser más corajudos"* pueden afrontar las riesgosas instancias rituales del *"llamado"* del *espíritu* en el lugar en que se produjo el *susto*. Nuevamente en concordancia con lo observado por Price: *"el modelo cultural de familia revelado en estas historias de enfermedad, muestra una clara diferenciación de género en las expectativas acerca de la toma de decisiones, arreglos económicos, enfermería y otras esferas de actividad asociadas con los problemas de salud. Se espera que los miembros femeninos de la familia asuman el peso central en la enfermería en el hogar y que avancen hacia los sistemas de cuidado de la salud especializados en representación de sus familias. Aunque el rol prototípico de la mujer en la familia es el de madre, el modelo cultural prescribe que el peso del cuidado del enfermo recaiga colectivamente sobre los parientes femeninos de la unidad"*

doméstica (la observación etnográfica confirma esto como un patrón de comportamiento general). El modelo acuerda que los hombres...no están asociados con el sufrimiento y la pena. No están preparados ni psicológica ni socialmente para hacerse cargo de la angustia. Las narrativas también indican que los hombres poseen conocimiento cultural acerca de la búsqueda de la terapia y los tratamientos caseros, sin embargo nadie espera que se involucren en estas actividades siempre que las mujeres de la familia estén disponibles para asumirlas".

La red social involucrada en los casos de *susto* también incluye a personas que de uno u otro modo intervienen en las circunstancias en que el *susto* se genera. El dueño de una finca, una empleada doméstica y personal del hospital, resultan agentes involuntarios de la emergencia del *susto*. Una conducta desaprensiva (presentársele con una máscara, dejar caer al niño) o comportarse de acuerdo a lo pautado por instituciones ajenas a la comunidad (hacerle inyecciones en el Hospital de Salta) producen como efecto la irrupción de la enfermedad. De este modo, los agentes significativos en torno a la enfermedad del *susto* se distribuyen en un espectro que da cuenta de las diferencias sociales ubicando al grupo del enfermo y sus pares en el espacio de la reparación y la cura, y a quienes desempeñan otros roles en la jerarquía social - patrón de finca, personal de servicio - o en instituciones oficiales - personal del hospital - en espacios de riesgo de contraer la enfermedad. La sociabilidad entre pares coadyuva a la salud. La soledad, o el contacto con gente extraña o socialmente distante, hace a los vallistas vulnerables a la enfermedad. En este sentido, las estrategias frente a la enfermedad expresan y reafirman los modos de organización social en los valles, los contextos relevantes a las diferencias sociales: la finca como estructura económica, el hospital como institución sanitaria oficial, el servicio en el ámbito doméstico y los valores asociados al desempeño de roles en esos contextos. A la misma conclusión arriba Price cuando dice: *"Las historias de enfermedad de los ecuatorianos a menudo trascienden sus focos tópicos y expresan modelos generales de familia, relaciones de vecindad y amistad y de jerarquías sociales de la sociedad ecuatoriana."*

Por otra parte, nuestro estudio de la narrativa de casos nos permite reconocer tipos de roles relevantes al proceso de búsqueda de la salud. En el contexto del caso surgen las figuras del enfermo, mediador y terapeuta, como actores sociales significativos. Nuestro análisis hizo posible establecer algunos mecanismos mediante los cuales el relatante destaca su propio rol en el caso, eliminando algunos sujetos en su relato o ampliando su propia esfera de acción en detrimento de la de otros actantes. Análogamente, evaluando los resultados obtenidos en su investigación Price señala: *“Las historias de enfermedad, sin excepción, codifican conocimiento cultural significativo acerca del rol que tuvo el narrador en los eventos de una enfermedad. Así sea el marido, vecino, madre o hija, el que cuenta la historia siempre focaliza su atención en la acción de la que ella o él participó. El narrador frecuentemente sostiene implícitamente ‘hice lo correcto’ esta declaración pública constituye un modo de negociar el significado de los eventos de enfermedad y puede ser una fuente importante de validación social del narrador”*. Las esferas de acción atribuidas a los actantes, se corroboran y amplían al considerar la información que cada tipo de actante provee como relatante del caso. Así, nuestro análisis del volumen de discurso destinado a distintos ítems – causa, síntomas, técnicas terapéuticas, etc. – varía según el rol de quien relata como protagonista del caso: el enfermo se detiene en las circunstancias en que se produce la enfermedad y en los síntomas; el mediador en los circuitos recorridos para su cura; el terapeuta en las técnicas y recursos terapéuticos específicos. Cada relatante describe con peculiar detalle las instancias en las que le ha tocado actuar, introduciendo a su interlocutor en sus esferas de actividad específica y a través de ello al universo de expectativas respecto a su acción. El caso - como otros micro-contextos de actuación social - se presenta, en este sentido como un campo de interés para la exploración de roles y modos de organización social que resultan del manejo de situaciones problemáticas en la vida diaria. El dominio de acción de los actores y sus interrelaciones despliegan los recursos y alternativas disponibles y los modos de viabilizarlas. La percepción del riesgo, los modos de prevenirlo y de asumir las consecuencias de haberlo transitado se articulan de modo coherente,

resaltando la complementariedad de creencias y prácticas como patrimonio de sujetos que asumen roles específicos en el espectro social de los pobladores del valle. Así, las expectativas en torno al rol de una madre, un padre, un *médico campesino* o el doctor del hospital frente al problema de la enfermedad, se ven ilustradas y justificadas por referencia a los matices con que estos actores describen las alternativas de su accionar. En el mismo sentido, Price destaca que en la tarea de interpretar y hablar acerca de la enfermedad, se delinean modelos culturales de soporte social familiar y extrafamiliar, un modelo cultural de jerarquía social (con esquemas asociados de instituciones biomédicas) y un conjunto de nociones interrelacionadas acerca de la causación de la enfermedad. La comunicación de tal información a través de la conversación y narrativa aumenta y refuerza modelos cognitivos compartidos acerca de los roles sociales en la situación de enfermedad, incluyendo expectativas acerca de parientes femeninos y masculinos, vecinos y amigos y médicos y enfermeras. Estos modelos constituyen un subconjunto de modelos culturales de roles en las interacciones familiares cotidianas y de las relaciones sociales en general.

Así, los modos de participación en la acción terapéutica emergen como criterio para la delimitación y diferenciación de roles sociales. Esto implica un supuesto de alcance más general: la organización social es relativa al contexto, del cual se deriva la consideración de las actividades terapéuticas como contexto adecuado para la caracterización de tipos de roles y modos de articulación social en la comunidad estudiada.

La construcción simbólica de la enfermedad en los Valles Calchaquíes

Las historias de enfermedad contienen numerosas "trazas" de modelos cognitivos que conforman la interpretación de la enfermedad (Price, 1997). La exploración sistemática de estas trazas - a nivel de la enunciación y del enunciado - en nuestro corpus, hizo posible delimitar el *susto* como entidad

simbólica, como símbolo nuclear en torno al cual se agrupan referencias a distintos campos de experiencia.

En principio fue posible establecer el predominio de la conceptualización de la entidad como objetivable, sustantivable, factible de ser identificada, hallada o poseída por alguien (consideración estática) frente a la conceptualización de la entidad como acontecer o estado transitorio del sujeto (consideración dinámica). De la relativamente escasa presencia de formas modalizadoras del lexema de designación y lo restringido de su espectro, resultó que el *susto* se presenta como una entidad no cualificada, cuyas posibilidades de transformación se reconocen sólo en el ámbito de lo cuantitativo – “(se) tiene poco o mucho *susto*” –.

El análisis de las formas de designación de esta entidad en su anclaje en la enunciación permitió establecer distinciones relevantes a la caracterización del *susto* en relación a otras entidades como el *quedado*. Fue posible observar que la distinción entre *susto* y *quedado* emerge en la referencia a su ocurrencia concreta mientras se diluye o desaparece al aludir a ambas entidades en un contexto metalingüístico. En los enunciados considerados se observaría que, a mayor abstracción conceptual (menor adherencia referencial a los hechos), menor posibilidad de diferenciar las entidades designadas. Asimismo las relaciones identificadas en el discurso entre el *susto* y otras entidades a las que se asocia, como la “*pena*”, o afecta, como el “*corazón*”, asignan pertinencia a la inclusión del *susto* entre las enfermedades del espíritu.

De la evaluación de la distancia sujeto del discurso-enunciación resulta la tendencia del grupo de informantes a sostener su discurso en lo que “es sabido” en la comunidad u otros “dicen”, eludiendo apoyarlo en sus propias experiencias o convicciones.. Esta particular forma de expresión de la actividad simbólica del grupo estudiado revelada por nuestro análisis de las enunciaciones de designación de la enfermedad, es subrayada en un estudio reciente de Marisa Villagra (1995) acerca de la narratividad de los pobladores del Valle Calchaquí. En una edición comentada de relatos orales documentados

en Amaicha del Valle, la autora señala: *"Igualmente sobresalen por la abundancia de su uso las formas de citación de otro narrador o de la voz que corre (dice, dicen, diz que). Este procedimiento es un caso de intertextualidad según Reyes (1984:64). Para Ducrot (1984:139) esta posibilidad de hacer hablar al otro dentro del propio discurso guarda más bien relación con no querer asumir como propia la afirmación anterior, lo cual lleva a la aparición de una pluralidad de voces diferentes o "polifonía" sostenidas por la voz del narrador. García (1994) atribuye a la frecuente aparición de estas partículas narrativas el valor de subordinante focalizador del relato."* Nuevamente encontramos en el estudio de Price un correlato de nuestros resultados: *"Ellos dicen" es una frecuente ocurrencia lingüística implementada en estas historias: funciona para conducir al hablante a decir algo sin tomar partido acerca del valor de verdad del enunciado"*

El análisis de las expansiones de los enunciados de designación a otros grupos de enunciados reveló el carácter convencional que asume la relación entre la entidad designada y la terapia o los síntomas (formas de manifestarse en el sujeto), mientras que la relación con la causa se presenta como aleatoria en tanto vinculada a la experiencia existencial del sujeto que la enuncia.

La amplitud y variedad de situaciones pasibles de generar el *susto*, no impide reconocer que todas ellas refieren a circunstancias inesperadas o a contextos no familiares. La alusión a entornos y eventos no familiares o desconocidos como causa del estado no deseado pone el énfasis en problemas de adaptación ya contemplados por Rubel en su consideración del *susto* como síndrome culturalmente específico. Al respecto el autor destaca los componentes comunes a la etiología del *susto* y el stress, particularmente el Estado III de la descripción ya clásica dada por Seyle (citado por Rubel, 1984: 30) al Síndrome de Adaptación General. Como consecuencia de esta visión puede derivarse que el *susto* sólo aparecerá en situaciones que las víctimas consideren estresantes. Es de esperar que los estrés reflejados en el *susto* sean estados culturalmente condicionados de ansiedad e insatisfacción con las

situaciones existentes (Signorini, 1982), lo cual explicaría el uso exclusivo de recursos culturalmente específicos para resolverlos.

En nuestro análisis de los casos de *susto* es posible apreciar cómo la percepción del medio ambiente físico y social adquiere nuevas dimensiones al asociarse tanto a situaciones de riesgo o disruptivas – parajes habitados por espíritus y duendes, *antigales* – que conducen a la enfermedad, como a escenarios en que es posible hallar los recursos adecuados para su tratamiento. Propiciar a las deidades en los lugares de riesgo así como el retorno a los espacios familiares neutraliza su efecto deletéreo. Las rutinas de la vida diaria, los espacios domesticados y familiares, el estar acompañado describen las situaciones en que es poco factible se de la enfermedad. Los espacios extraños, la gente extraña, el transitar lugares de riesgo sin propiciar a las deidades, estar solo, describen situaciones de extrema vulnerabilidad. De este modo, distintos aspectos de la vida en los valles son revalorizados en relación a las estrategias de búsqueda de la salud.

En síntesis, la exploración comparativa de los casos de *gripe* y de *susto* permite reconocer diferencias significativas en la cantidad y calidad de referencias al medio natural y social de los vallistas en la consideración de episodios de una y otra enfermedad. El grado de articulación de estas referencias y la amplitud del espectro social involucrado en los casos de *susto* confirma la relevancia atribuida a este síndrome por los estudiosos de la medicina andina, señalando el interés que su presencia y vigencia en la comunidad en estudio reviste para el reconocimiento de aspectos de la vida del grupo ligados al bienestar o malestar de sus miembros. En contraste con los casos de *gripe*, se destaca la complejidad y variedad de recursos – tanto humanos como materiales – movilizados ante los episodios de *susto* y la profundidad temporal de prácticas que se actualizan de generación en generación, observando a los adultos con quienes se convive en la unidad doméstica - en general a las abuelas o abuelos - , atendiendo cómo obtienen, procesan y administran los recursos terapéuticos, colaborando con ellos y adquiriendo destreza en aquellas tareas por las que cada uno se siente

"naturalmente" más inclinado. "... puede ser una herencia, una sangre...pongamos que ha sido una herencia. Mi bisabuelo, después ha venido así mi abuelito propio, así, de los que son quedados, asustados, llamaba. Y así (yo) empezaba a practicar ..." (P.G., La Arcadia).

En este sentido, la exploración del *susto* como entidad nosológica abre un camino a la investigación de las condiciones consideradas traumáticas o indeseables en el seno de cada comunidad. Como resulta de nuestro análisis, existe variabilidad de las causas a las que se atribuye el *susto* en niños y adultos, y esta tiene que ver con las circunstancias que puede esperarse afecten a los individuos en diferentes estadios del ciclo vital. Los niños, debido a su conocimiento restringido e inexperiencia en relación al medio natural y socio-cultural son más vulnerables a que cualquier suceso que exceda sus rutinas los asuste. El percibir mayor cantidad de cambios y comportamientos incomprensibles en los componentes de su entorno los hace más "*delicados*". Los adultos se asustan ante lo desconocido – el cambio súbito de estado de sus hijos o el no poder controlarlo –, o manifiestan los síntomas de un *susto* adquirido en la infancia. El hospital o los cementerios indígenas se presentan como lugares extraños en que los sucesos están dirigidos por agentes cuyo comportamiento resulta impredecible – las inyecciones, la sensación de *ser agarrado* por algo o alguien –. Los espíritus que pueblan ciertos lugares a ciertas horas y ciertos días deben ser evitados o propiciados para neutralizar el efecto adverso de su conducta. Los espacios, agentes, y circunstancias en que ocurrirá el *susto* destacan el valor de lo familiar, lo rutinario, frente a lo desconocido y distinto, aquello que irrumpe en el escenario en que transcurre la apacible vida de los vallistos. En este sentido la presencia del espíritu se asocia a la estabilidad - "*estar tranquilo*", "*estar bien*" - y su ausencia o pérdida al estado de incertidumbre - "*no saber que es lo que va a ser*" - e inestabilidad frente al cambio².

Nuestro análisis del simbolismo del *susto* ofrece una estrategia para explorar los supuestos que orientan la conducta del grupo frente a una situación de cambio. Al respecto, en un interesante artículo de la década del 60, George

Foster (1965) trata de elucidar las tendencias conservadoras y resistencia al cambio en las sociedades campesinas apelando a la Imagen del Bien Limitado como un principio integrador de alto nivel que caracterizaría a estas comunidades. Ante distintas manifestaciones de la conducta económica, relaciones sociales, amistad, patrones de amor y celos, creencias acerca de la salud, conceptos de honor y masculinidad, manifestaciones del egoísmo en Tzintzuntzan y otras sociedades campesinas se pregunta de qué supuesto implícito podría ser esta conducta una función lógica. Llega entonces a la idea central de que los campesinos ven su universo como uno en el cual las cosas buenas de la vida - la salud entre ellas - se dan en cantidades limitadas, y por consiguiente la ganancia de uno debe serlo a expensas de la de otro. Las instituciones sociales, la conducta personal, valores y personalidad despliegan patrones que pueden ser vistos como funciones de esta orientación cognitiva. La conducta preferida es aquella que, para el campesino, maximiza su seguridad, que preserva su posición relativa en el tradicional orden de cosas. Los cambios en el balance de la sociedad campesina son desalentados y el desbalance ya adquirido - la enfermedad como desajuste temporal al medio - es neutralizado y el balance restaurado a nivel institucional.

La propuesta de Foster resulta una explicación plausible de las regularidades observadas en nuestro análisis de los enunciados acerca del *susto* en una población campesina de los Valles Calchaquíes. Las referencias a hechos vinculados a la salud - estado deseado - y a la enfermedad del *susto* - estado no deseado - corroboran su tesis acerca de la orientación cognitiva en sociedades campesinas. Las estrategias neutralizadoras y/o restauradoras frente a la enfermedad como cambio de estado consisten en todos los casos a restituir el equilibrio/balance apelando a lo conocido, lo familiar, lo tradicional, ámbito que involucra a parientes y expertos locales y los conduce a utilizar recursos y a propiciar a deidades y espíritus que habitan el mismo ambiente del afectado, negociando la restitución de su espíritu. De este modo el universo campesino se completa y se cierra conteniendo tanto los riesgos y amenazas como las formas de superarlas. La medicina oficial, los hospitales, la

gente extraña no son parte de ese universo, solo pueden ofrecer riesgos pero no formas de superarlos.

La narrativa de episodios de enfermedad o casos como fuente para el estudio antropológico de las costumbres médicas

El actual énfasis en la dimensión simbólica e interpretativa en el análisis cultural y en el discurso como soporte privilegiado de tales análisis, muestra la vigencia de una propuesta que, planteada en el marco de los abordajes teórico-metodológicos de la antropología cognitiva de los 70' y 80' asigna particular valor a la interpretación de los procesos de salud-enfermedad en el contexto de la narrativa de casos.

Es así que, a lo largo de nuestra investigación, exploramos este material como substrato en la consideración de la enfermedad como problema práctico y en su expresión simbólica. En el contexto del caso, la enfermedad es concebida como problema y moviliza una serie de recursos para su resolución. De este modo, el análisis de la presentación discursiva de casos se ofrece como acceso al espectro social y el cuerpo total de creencias y prácticas involucrados en la comprensión (identificación / delimitación / caracterización) y resolución del problema de la enfermedad. Por otra parte, en el contexto de la referencia a "casos", las categorías de enfermedad pueden ser entendidas como imágenes que condensan campos de experiencia: una red de palabras, situaciones, síntomas y sentimientos asociados de las que extraen su significado. Metodológicamente, trazar estas redes de símbolos y experiencias a partir de las referencias que aporta el relato de "casos", provee una *"visión de la estructuración del código cultural"*, conduciéndonos a un *"insight"* en el significado de los componentes más importantes en este dominio y sus niveles de integración en la vida comunitaria (Good; 1977:27, 39). En este sentido el "caso" provee el contexto para la identificación de componentes relevantes a la consideración de la enfermedad como categoría simbólica.

Las narrativas de casos no sólo reportan y evocan experiencias o eventos describiéndolos desde una limitada y posicionada perspectiva del presente. También proyectan actividades y experiencias al pasado y al futuro, organizando deseos y estrategias teleológicamente, dirigiéndolos hacia fines imaginados o formas de experiencia que la vida o actividades particulares de la gente intentan alcanzar. Investigaciones realizadas en el campo de la memoria y de la Inteligencia Artificial (Schank; 1980, Schank y Abelson; 1977, Minsky; 1975) dan apoyo teórico a este supuesto. Según estos trabajos, la información considerada en la conceptualización y la toma de decisiones frente a problemas prácticos (la enfermedad en el contexto del caso) resulta de la memoria de experiencias anteriores. Esta información se agrupa según patrones que pueden ser considerados derivados de las situaciones realmente experimentadas a lo largo de la vida personal. Si la memoria está organizada en torno a experiencias personales, entonces uno de los principales componentes de la memoria debe ser un procedimiento para reconocer secuencias repetidas o análogas. El almacenamiento y la selección de información apropiada para la resolución del problema se agrupa en escenas que remiten a series de eventos similares. Algunos episodios son reminiscencias de otros. Al mismo tiempo, toda representación narrativa mental enriquecida por un modelo de la situación facilita considerablemente su evocación posterior.

Como resulta de nuestro análisis, frente a un episodio actual de enfermedad, las rutinas de relación entre síntomas y remedios - combinaciones y recetas - , el recurso a episodios pasados de enfermedad con síntomas semejantes o asociados de alguna otra manera con la actual ocurrencia – analogías –, constituyen algunas de las estructuras de conocimiento involucradas en la elección de alternativas para su resolución. Dicho proceso significa, además, relacionar conceptualmente cada nueva proposición del relato con una o más de las proposiciones ya procesadas, mediante traslajos argumentales, la explicitación de las conexiones causales y de las metas de los protagonistas de las historias, que explican la razón de sus acciones y los sucesos que les ocurren. La manera en que las historias son contadas, los sucesos e imágenes

elegidos, los modos de combinarlos y los temas sobre los que se guarda silencio, constituyen indicadores de que lo evocado no son sólo recuerdos fragmentarios de un pasado experimentado y real sino una forma del pasado todavía activa en el presente (Thompson, 1993). Aquella que da sentido y fundamento a estrategias recurrentes y compartidas frente a la enfermedad en los Valles.

La utilización de relatos o el uso de secuencias narrativas – base de nuestra propuesta para el acceso al universo de creencias y prácticas médicas –, es considerada un recurso particularmente fructífero y legítimo para la comprensión e inteligibilidad de los eventos humanos en la reciente discusión en torno a la epistemología etnográfica. Para autores como Carrithers (1990) *"Existe una capacidad humana general para comprender un flujo de eventos. Podría ser la llamada el "modo de comprensión narrativo" o narratividad. El argumento básico es el siguiente: Los humanos comprenden CARACTERES, lo que involucra la comprensión de derechos, obligaciones, expectativas, propensiones e intenciones en uno mismo y en otros diferentes, y TRAMAS, que muestran las consecuencias y evaluaciones de una corriente múltiple de acciones entre caracteres. La narratividad, de eso se trata, consiste no meramente en contar historias, sino en comprender redes complejas de actos y actitudes cambiantes ... los seres humanos perciben cada acción que ocurre actualmente en el marco de una amplia envoltura temporal, y en ella perciben cada acción no sólo como respuesta a circunstancias inmediatas o a los actuales estados mentales del interlocutor o de uno mismo, sino también como parte del desarrollo de una historia" (pg. 269) "... La narratividad presupone ... una minuciosa consideración intersubjetiva de emociones, intenciones, actitudes y motivos (pg. 270) ... tal conocimiento no es ni completo ni abstracto pero tiene al menos una característica deseable: surge de la corriente de eventos que puede hacer los detalles inteligibles" (pg. 272)" ... La comprensión narrativa tiene tres características fundamentales. Primero, muestra cómo las intenciones y sentimientos resultan en acciones. Segundo, muestra cómo las acciones y sucesos resultan de intenciones y sentimientos o el cambio de intenciones y sentimientos. Y tercero, puede establecer*

conexiones causales en patrones más amplios, tales que, las personas son comprendidas como teniendo disposiciones, los eventos son comprendidos como partes de un curso de eventos causalmente ligados, y las relaciones son comprendidas como vínculos entre disposiciones y eventos...el núcleo de la narratividad yace en la relación entre nuestra vida mental y lo que nos sucede" (pg. 279). Para Carrithers es esta disposición compartida a comprender a la gente y los eventos de un modo narrativo, la que hace posible la conexión fructífera entre informante y etnógrafo y entre éste y sus lectores (pg. 280).

La comprensión de la narrativa entraña construir lo que el psicólogo cognitivo Jerome Bruner (1986:14) denomina "paisaje dual del relato": un "paisaje de la acción" - en que se describen las acciones y sucesos que configuran su trama - y un "paisaje de la conciencia" - en que se atribuye a sus protagonistas ciertas motivaciones y metas -.

En nuestra consideración de la narrativa de casos acerca de episodios de enfermedad en Molinos transitamos ambos paisajes - el de los caminos recorridos en el proceso de búsqueda de la salud y el que despliega el sentido que la experiencia de la enfermedad adquiere en el contexto de la vida en los valles -. Narrar un episodio de enfermedad consiste en relatar las interacciones dinámicas - reales o imaginarias - que se producen entre determinados sujetos - actores sociales relevantes -, los sucesos que los implican o en los cuales participan - campos de acción -, los estados mentales que manifiestan o que es dable derivar de las acciones y los entornos físicos en que los hechos ocurren, todo lo cual se presenta en una secuencia temporal, causal y motivacionalmente estructurada (Good, 1994). En este sentido, el rol estructurador de la narrativa favorece la evocación de los aspectos relevantes a la comunicación social de los procesos de salud/enfermedad experimentados.

Con fuente en esta narrativa, el episodio de enfermedad admite un análisis - a la vez secuencial y situacional - del antes y del después, de los intereses y

posiciones involucrados, de las distintas versiones en torno al mismo, de los procedimientos para enfrentarlo y resolverlo. De este modo, el estudio de la narrativa de casos en el contexto etnográfico se ofrece como una privilegiada guía metodológica para indagar y describir aspectos inherentes a lo que podría llamarse una costumbre médica.

Notas Capítulo 5

¹ Así también en la práctica de la "sahumada" se pretende neutralizar el efecto patogénico del "aire", utilizando un elemento con sus mismas propiedades -el humo producido al sahumar- que, a diferencia del fenómeno natural, el hombre puede controlar (Kearney, 1969).

² "'Susto' is therefore an adaptive response to normative ambiguity and uncertainty about future outcomes" (1989, *Cult Med Psychiatry* Mar;13(1):25-50).

BIBLIOGRAFIA

- ACKERNECHT, E. 1942. **Primitive medicine and culture pattern**. En: *Bulletin of History of Medicine*, 12.
- ADAMS, Richard N. 1953. **Notes on the Application of Anthropology**. En: *Human Organization*, 12 (2):10-14.
- 1962. **The Formal Analysis of Behavioral Segments: A Progress Report**. Comunicación inédita a la American Anthropological Association, Chicago, November 16.
- ADAMS, R.N. y A.J. RUBEL, 1967. **Sickness and Social Relations**. En: M. Nash (Comp.). *Social Anthropology*. Vol. 6. Handbook of Middle American Indians. Austin: University of Texas Press, pp. 333-357.
- AGUIRRE BELTRAN, Gonzalo. 1955. **Programa de salud en la situación intercultural**. México, Ed. del Instituto Indigenista Americano.
- 1986. **La medicina indígena en el siglo XIX**. En: *México Indígena*, mar-abril, pp. 6-7.
- ALLAND, A. 1966. **Medical Anthropology and the Study of Biological and Cultural Adaptation**. En: *American Anthropologist*, 68, 1966.
- ALTERMAN, Richard. 1981. **Seven Relations for Representing Conceptual Coherence of Events**. Computer Sciences Department, Austin, Texas.
- AMBROSETTI, Juan B. 1896 a 1899. **Notas de arqueología calchaquí**. En: *Boletín del Instituto Geográfico Argentino*, T. 17 a 20.
- 1897. **Por el Valle Calchaquí**. Bs. As., Ed. Coni
- 1901. **Rastros etnográficos comunes en Calchaquí y México**. En: *Anales de la Sociedad Científica Argentina*. T. 51, pp. 5-14.
- 1903. **La Hacienda de Molinos (Valles Calchaquíes, Prov. de Salta)**. En: *Rev. Estudios*, Bs. As., Ed. Coni
- 1907. **Exploraciones arqueológicas en la ciudad prehistórica de La Paya (Valle Calchaquí, Prov. de Salta)**. Publicación N° 3; Sección Antropológica; Facultad de Filosofía y Letras, UBA.
- 1947. **Supersticiones y Leyendas: región misionera, valles calchaquíes, las pampas**. Bs. As., Ed. Lautaro.
- ANTOCHIW, Michel. 1986. **La medicina indígena**. En: *México Indígena*, marzo-abril, pp. 8-9.
- ANZARES y BOLAÑOS, María del Carmen. 1989. **La medicina tradicional en México. Proceso histórico, sincretismos y conflictos**. Universidad Autónoma de México, pp. 214.
- ARDISSONE, Romualdo. 1940. **La instalación indígena en el Valle Calchaquí**. En: *Anales del Instituto de Etnografía Americana*, Universidad Nacional de Cuyo, T. I, pp. 169-189.
- 1949. **Un ejemplo de instalación humana en el Valle Calchaquí (el pueblo de Cachi)**. *Instituto de Estudios Geográficos, Monografías I*, Universidad Nacional de Tucumán, Segunda Edición.
- ANZALAS, Femil A. 1961. **Folklore de los Valles Calchaquíes**. Santa Fé, Ed. Colmegna.
- APARICIO, F. de. 1947. **Las ruinas de Tolombón**. En: *Actas del XVIII Congreso Internacional de Americanistas*, París.
- AURELIO, Julio y otros. 1964. **Investigación sociológica de los Valles Calchaquíes**. En: *Estudios de Sociología*. Bs. As.
- BAKER, G & HACKER, P.M. 1984 **An Analytical Commentary on Wittgenstein's Philosophical Investigations**. Oxford. Basil Blackwell.
- BALAN, Jorge y otros. 1974. **Las historias de vida en ciencias sociales. Teoría y Técnica**. Buenos Aires, Nueva Visión.
- BAR-HILLEL, Yehoshua. 1970. **Indexical Expressions**. En: *Aspects of Language. Essays and Lectures on Philosophy of Language, Linguistic Philosophy and Methodology of Linguistics*. Jerusalem, The Magnes Press. The Hebrew University.
- BARRETT, S. 1976. **El uso de modelos en el trabajo de campo antropológico**. En: *Journal of Anthropological Research*, 32.
- BARTHES, Roland. 1970a. **Elementos de Semiología**. En: *Comunicaciones. La Semiología*. Buenos Aires, Editorial Tiempo Contemporáneo.
- 1970b. **Introducción al análisis estructural de los relatos**. En: *Comunicaciones. Análisis Estructural del Relato*. Buenos Aires, Editorial Tiempo Contemporáneo.

- BENVENISTE, E. 1978. **El aparato formal de la enunciación**. En: *Problemas de Lingüística General II*, México, Ed. Siglo XXI. Cap. II.
- BERLIN, Brent. 1992. **Ethnobiological Classification. Principles of Categorization of Plants and Animals in Traditional Societies**. Princeton University Press, Princeton, New Jersey.
- BERNARD, H. Russell. 1988. **Research Methods in Cultural Anthropology**. Sage Publications. London.
- BERNARD, H. Russell, Pertti J. PELTO, Oswald WERNER, James BOSTER, A Kimball ROMNEY, Allen JOHNSON, Carol R. EMBER and Alice KASAKOFF. 1986. **The Construction of Primary Data in Cultural Anthropology**. En: *Current Anthropology*, vol. 27, N° 4, August-October.
- BERREMAN, G. et al. 1978. **Desvendando Mascaras Sociais**. Rio de Janeiro, Ed. Zahar.
- BERTAUX, Daniel. 1980. **El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades**. En: *Historia Oral e Historias de Vida*. Cuadernos de Ciencias Sociales 18. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)
- Los relatos de vida en el análisis social. En: *Historia y Fuente Oral. N° 1 ¿Historia Oral?*. Publicacions Universitat de Barcelona.
- BERTONIO, P. Ludovico. 1937. **Vocabulario de la lengua aymará**. Leipzig.
- BIANCHETTI, M. C. 1996. **Cosmovisión sobrenatural de la locura. Pautas populares de salud mental en la Puna Argentina**. CONICET, Salta, Editor V.M. Hanne.
- BLACHE, Martha. 1963. **El curanderismo folklórico enfocado a través de los procesos legales**. En: *Publicaciones de la Universidad Nacional del Litoral*, Nro. 57, pps. 199-233
- BLOOR, D. 1983. **Wittgenstein: A social Theory of Knowledge**. Hong Kong. Macmillan Company.
- BOCK, Philip K. 1977. **Introducción a la moderna antropología cultural**. México, Fondo de Cultura Económica.
- BOLTANSKI, Luc. 1976. **Descubrimiento de la enfermedad (Medicina Popular y Medicina Científica. Relación médico-paciente y distancia social)**. Bs. As., Ed. Ciencia Nueva.
- BOLTON, R. 1981. **Susto, Hostility, and Hypoglycemia**. En: *Ethnology* Vol. 20, Nr 4, pp. 261-276.
- BOMAN, Eric. 1908. **Antiquités de la region andine et du désert d'Atacama**. París, Imp. Nacional. 2 vol.
- 1923. **Ensayos para establecer una cronología prehistórica en la región diaguita**. Quito, Imp. Municipal.
- BOSTER, James S. y Jeffrey C. JOHNSON. 1989. **Form or Function: A Comparison of Expert and Novice Judgments of Similarity among Fish**. En: *American Anthropologist*, 91(4), pp. 866-889.
- BOURDIEU, Pierre. 1977. **Outline of a Theory of Practice**. Cambridge University Press.
- BREMONT, Claude. 1970a. **El mensaje narrativo**. En: *Comunicaciones. La Semiología*. Buenos Aires, Editorial Tiempo Contemporáneo.
- 1970b. **La lógica de los posibles narrativos**. En: *Comunicaciones. Análisis Estructural del Relato*. Buenos Aires, Editorial Tiempo Contemporáneo.
- BRUNER, Jerome. 1986. **Actual Minds, Possible Worlds**. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts y London, England.
- BRUNNER, E. 1986. **Ethnography as Narrative**. En: Turner, V. E. Brunner (eds.). *The Anthropology of Experience*. The University of Chicago Press, Urbana, pp. 139-155.
- BUNGE, Mario. 1981. **La investigación científica**. Barcelona, Ed. Ariel.
- 1981. **Teoría y Realidad**. Barcelona, Ed. Ariel.
- 1983. **Lingüística y Filosofía**. Barcelona, Ed. Ariel.
- BURLING, Robbins. 1969. **Lingüistics and Ethnographic Description**. En: *American Anthropologist*, vol. 71, n° 5.
- CABRERA, A. L. 1976. **Regiones fitogeográficas de Argentina**. En: Kugler, W., de. *Enciclopedia Argentina de Agricultura y Jardinería*. 2da. de. 2 (1). Buenos Aires, Acme.
- CAMPOS-NAVARRO, Roberto. 1989. **Causas de consulta del curanderismo urbano. Estudio de caso en la ciudad de México**. En: *América Indígena*, XLIX, n° 4, pp. 703-726.
- CANALS FRAU, Salvador. 1940. **La distribución geográfica de los aborígenes del noroeste argentino en el siglo XVI**. En: *Anales del Instituto de Etnografía Americana*, Tomo I, Universidad Nacional de Cuyo
- 1943. **Los aborígenes del Valle de Salta en el siglo XVI**. En: *Anales del Instituto Etnográfico Americano*, T. 4, pp. 207-248. Bs. As.
- 1951. **División y unidad en las poblaciones prehispanicas del noroeste argentino**. En: *Anales del Instituto Etnico Nacional*, T. IV, pp. 67-88. Bs. As.

- CARRITHERS, Michael. 1990. **Is Anthropology Art or Science?** En: *Current Anthropology*, vol. 31, Number 3, June, pp. 263-282.
- CARRIZO, Jesús María. 1942. **Supersticiones medicinales en La Rioja, Chilecito y Valle de Catamarca.** En: *Folklore*, N° 7 y 8, Bs. As.
- 1960. **Algunas supersticiones medicinales del norte argentino.** En: *Cuadernos del Instituto Nacional de Investigaciones Folklóricas*, N° 1, pp. 169-175. Bs. As.
- CAWS, Peter. 1974. **Operational, Representational and Explanatory Models.** En: *American Anthropologist*, vol. 76.
- CHAYANOV, A. 1966. **The Theory of Peasant Economy.** Homewood (Illinois): Richard Irwin for the American Economic Association.
- CHENAUT, Victoria y SIERRA María Teresa. 1992. **El campo de investigación de la Antropología Jurídica.** En: *Nueva Antropología*, vol. 32, Nro. 43. México.
- CHOMSKY, N. 1970. **Aspectos de la teoría de la sintaxis.** Madrid, Ed. Aguilar.
- CHRISMAN, N. J. 1977. **The Health Seeking Process: An Approach to the Natural History of Illness.** En: *Medicine and Psychiatry*, 1, pp. 351-377.
- CIGLIANO, E. M. **Investigaciones arqueológicas en el valle de Santa María.** Instituto Antropológico; Universidad Nacional Litoral, 4, Rosario.
- CLEMENTS, F. 1932. **Primitives Concepts of Disease.** En: *University of California, Publications in American Archeology and Ethnology*, 32.
- COLBY, Benjamin N., James W. FERNANDEZ y David B. KRONENFELD. 1981. **Toward a Convergence of Cognitive and Symbolic Anthropology.** En: *American Ethnologist* 8 (3). Special Issue: Symbolism and Cognition, pp. 422-450.
- COLUCCIO, Felix y Marta Isabel COLUCCIO. 1984. **Diccionario de Creencias y Supersticiones (Argentinas y Americanas).** 2da. Edición corregida y ampliada. Buenos Aires. Editorial Corregidor.
- COMELLS, J. M. 1997. **De la ayuda mutua y de la asistencia como categorías antropológicas. Una revisión conceptual.** III Jornadas Aragonesas de Educación para la Salud. Teruel, Septiembre.
- CONKLIN, Harold. 1962. **Lexicographical Treatment of Folk Taxonomies.** En: *International Journal of American Linguistics*, vol. 29, N° 2, part 4, pp. 119-141.
- CORTAZAR, Augusto Raúl. 1944a. **Hacia una investigación folklórica integral. Una tentativa en el Valle Calchaquí de Salta.** En: *Revista de la UNBA*, 3° época, año II, N° 2.
- 1944b. **La fiesta patronal de Nuestra Señora de la Candelaria en Molinos (Salta).** En: *Relaciones de la Sociedad Argentina de Antropología*, t. IV, Bs. As., pp. 271-286.
- 1949. **El carnaval en el folklore calchaquí.** Bs. As., Ed. Sudamericana.
- 1949/50. **La vida tradicional de las viejas fincas calchaquíes.** En: *Universidad*, publicación de la Universidad Nacional del Litoral, Santa Fé, n° 22.
- COURTÉS, J. 1980. **Introducción a la semiótica narrativa y discursiva. Metodología y Aplicación.** Buenos Aires, Hachette.
- CRESSWELL, R. y M. GODELIER. 1981. **Útiles de encuesta y de análisis antropológicos.** Madrid, Fundamentos.
- CRIVOS, Marta. 1977. **Descripción de la secuencia en que se desarrolla la práctica terapéutica tradicional – de los elementos que la integran y su articulación – en el pueblo de Molinos y zona de influencia (provincia de Salta).** Informe Inédito. Beca de Iniciación. CONICET.
- 1978. **Algunos aspectos de la medicina tradicional en Molinos (provincia de Salta).** En: *Sapiens*. Publicación del Museo Arqueológico Doctor Osvaldo F. A. Menghin, Casa de la Cultura, Municipalidad de Chivilcoy, Chivilcoy, N° 2, pp. 15 a 27, Argentina.
- 1980. **Alternativas culturales de acción terapéutica.** Informe Inédito. Beca de Perfeccionamiento. CONICET.
- 1988. **Estudio antropológico de una sala de hospital.** En: *Medicina y Sociedad*, volumen 11, números 5-6, septiembre-diciembre de 1988, pp. 127 a 137.
- 1995a. **Metodología etnográfica y Juegos de lenguaje.** En *Revista del Museo de La Plata (NS)*, Tomo IX, Antropología N° 75, pp. 239 a 263.
- 1995b. **Wittgenstein y la etnografía funcionalista.** Ponencia presentada al I Congreso Latino-Americano de Filosofía da Universidade Federal de Ouro Preto. 4 al 12 de diciembre de 1995, Minas Gerais, Brasil.

- 1996. **Translating Experience: the Involvement of Verbal Reports about Illness Episodes**. Ponencia presentada en IX International Oral History Conference. Communicating Experience. Göteborg, Suecia, junio. Publicado en Actas. Pp 779-785.
- 1999. **La enfermedad como problema práctico. La metodología de casos en la investigación etnográfica de las actividades médicas**. En: *Kallaway*. Nueva Serie, N° 5,. Instituto Antropológico de Investigaciones en Medicina Tradicional. Salta - La Plata. Argentina. Octubre 1998. Editado en 1999. pp. 59-61
- 2002. **Narrative and Experience: "Illness in the Context of an Ethnographic Interview"**. En: *Oral History Review* 29/2 (Summer/Fall 2002):13-15. University of California Press (ISSN: 0094-0798; online ISSN: 1533-8592)
- CRIVOS, Marta y Amalia EGUÍA. 1980. **Un aspecto de la medicina tradicional de los Valles Calchaquíes**. En: *La Semana Médica*, Año LXXXVII, N° 5.130, Tomo 157, N° 5, Agosto.
- 1981. **Dos estudios antropológicos sobre medicina tradicional de los Valles Calchaquíes, Argentina**. En: *Folklore Americano*. Publicación del Instituto Panamericano de Geografía e Historia, OEA, N° 31.
- CRIVOS, Marta, Amalia EGUÍA y Gustavo PIS DIEZ. 1982. **Tendencias en las investigaciones sobre Antropología y Medicina**. En: *Revista Quirón*, Fundación Dr. José María Mainetti para el progreso de la medicina, vol. 13, N° 1, Enero/ Marzo.
- CRIVOS, Marta y María Rosa MARTINEZ. 1989. **El enfoque antropológico: consolidación o ruptura de la dicotomía rural-urbano**. Comunicación al II Congreso Argentino y Latinoamericano de Antropología Rural. Salta, Argentina. Agosto.
- 1990. **Estrategias metodológicas y ampliación del dominio de información en la investigación antropológica**. Comunicación al III Congreso Argentino de Antropología Social, Rosario, Argentina.
- 1995. **La enfermedad al servicio de la salud: una mirada etnográfica**. En: *Presencia Médica*, Año 1, Número 3, julio.
- 1996a. **Las estrategias frente a la enfermedad en Molinos (Salta, Argentina). Una propuesta para el relevamiento de información empírica en el dominio de la etnobiología**. Publicado en: *Contribuciones a la Antropología Física Latinoamericana (Memoria del IV Simposio de Antropología Física "Luis Montané")*. Instituto de Investigaciones Antropológicas - UNAM/Museo Antropológico Montané, Universidad de La Habana, pp. 99 a 104. Con referato. Internacional
- 1996b. **La narrativa oral de los "médicos campesinos" como fuente para el estudio del cambio y continuidad en las concepciones y vivencias acerca de la enfermedad en Molinos (Salta, Argentina)**. Ponencia presentada en IX International Oral History Conference. Communicating Experience. Göteborg, Suecia, junio. Publicado en Actas. Pp 764-773.
- 1997. **Aspectos de la percepción de algunos fenómenos meteorológicos y naturales entre los pobladores de Molinos (Salta, Argentina)**. En: Goloubinoff, M., E. Katz, A. Lammel (Eds.). *"Antropología del Clima en el mundo hispanoamericano"*. Quito, Ediciones. Abya-Yala. Quito, Ecuador. Con referato. Internacional. ISBN: 9978-04-309-8
- 1998a. **La aproximación etnográfica al estudio de la medicina tradicional. Una experiencia en los Valles Calchaquíes Salteños (Argentina)**. Ponencia al 49 Congreso Internacional de Americanistas, Quito, Ecuador, julio 1997. Publicado en: <www.naya.org.ar/articulos/indice27.htm.año3.nro27.agostode1998.especial:antropologia medica/biológica>
- 1998b. **Anthropological Characterization of Lifestyles: Theoretical- Empirical Implications of the Strategies of Ethnographic Research**. Ponencia presentada al 14th International Congress of Anthropological and Ethnological Sciences. Commission on Ethnographic Methodology: New Trends on the Record and Description of Lifestyles. Williamsbourg, USA. 26 de julio al 1 de agosto. Publicado en Proceedings Vol. 1, pp 99.
- 2000a. **Categorización de las enfermedades en una población de los Valles Calchaquíes, Salta, República Argentina**. En: Antonio Guerci (Coord.). *Etnofarmacología*. Biblioteca di Etnomedicina. Erga Edizioni, Genova, Italia. 2000. pp. 116-123. ISBN 88-8163-155-5. Con referato. Internacional.
- 2000b. **Way of Life and Environment. Ethnographic Researches in Three Rural Settlements in Argentina**. En: John R. Stepp (Editor). *Human Environments*, Vol. 2, No. 1. <http://csf.colorado.edu/envtecsoc/2000/nsq00155.html>. University of Georgia, USA. Con referato Internacional.

- 2000c. **Anthropological Characterization of Lifestyles: Theoretical- Empirical Implications of the Strategies of Ethnographic Research.** En: *Theoretical Anthropology Electronic Journal*. ISSN-1024-5804. Con referato. Internacional.
- CRIVOS, M., M. R. MARTÍNEZ y M.L. POCHETTINO. 2000. **An interdisciplinary approach to study medicinal plants in two rural populations in Argentina.** Proceedings I.I International Symposium of Ethnobotany (Medicinal plants: folk tradition, history and pharmacology). Publicacion en CD. Con referato Internacional.
- CRIVOS, M; y L. TEVES. 1997. **Experiencias de un médico rural en los Valles Calchaquíes. Entrevista al Dr. Guillermo Lozano.** Revista *Kallawayá*. Organó del Instituto Antropológico de Investigaciones en Medicina Tradicional. Salta - La Plata. Argentina. Nueva Serie Nº 4, pp 75-81. Octubre. Con referato. Nacional
- CURRIER, Richard L. 1966. **El síndrome frío-calor y el equilibrio simbólico en la medicina folk mexicana e hispanoamericana.** En: *Ethnology*, vol. V, pp. 251-263.
- DAVALOS, J.C. 1937. **Los valles de Cachi y Molinos.** Bs. As., Ed. La Facultad.
- DELGADO SUMAR, Hugo E. 1989. **La medicina tradicional y casera en Ayacucho.** En: *América Indígena*, XLIX, nº 4, pp. 683-702.
- DIFRIERI, Horacio A. 1961. **Población indígena y colonial.** En : *La Argentina , Suma de Geografía* , 7:33-88. Buenos Aires, Ediciones Peuser.
- DI LULLO, Orestes. 1929. **La medicina popular de Santiago del Estero.** Santiago del Estero, Talleres Gráficos El Liberal, pp.116.
- DOLGIN, Janet y otros (De). 1977. **Symbolic Anthropology. A Reader in the Study of Symbols and Meanings.** NY, Columbia University Press.
- DUCROT, Oswald y Tzvetan TODOROV. **Diccionario enciclopédico de las ciencias del lenguaje.** Buenos Aires, Siglo XXI.
- ECO, Umberto. 1982. **Cómo se hace una tesis. Técnicas y procedimientos de investigación, estudio y escritura.** Barcelona, Editorial Gedisa.
- ERASMUS, John Charles. 1952. **Changing Folk Beliefs and the Relativity of Empirical Knowledge.** En: *Southwestern Journal of Anthropology*. 8:411-428
- FABREGA, Horacio Jr. 1973. **Toward a Model of Illness Behavior.** En: *Medical Care*, November-December, XI, Nº 6, pp. 470 y ss.
- 1977a. **Disease Viewed as a Symbolic Category.** En: *Mental Health: Philosophical Perspectives*. D. Reidel Publishing Company, Dordrecht - Holland, pp. 79-106
- 1977b. **Group Differences in the Structure of Illness.** En: *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, pp. 379-394
- 1977c. **The Scope of Ethnomedical Science.** En: *Culture, Medicine and Psychiatry*, pp. 201-228.
- 1979. **Beliefs About the Behavioral Effects of Disease: a Mathematical Analysis.** En: *Ethnology*, vol. 18, nº 3, pp. 271-290.
- FERRAROTTI, Franco. 1983. **Biografía y Ciencias sociales.** En: *Historia Oral e Historias de Vida*. Cuadernos de Ciencias Sociales 18. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)
- 1990. **La historia y lo cotidiano.** Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, pp. 172.
- FORTUNY, Pablo. 1965. **Supersticiones Calchaquíes (Ensayo e Interpretación).** Bs. As.- Santa Fé, Ed. Huemul.
- FOSTER, George. 1952. **Relationships between Theoretical and Applied Anthropology: A Public Health Program Analysis.** En: *Human Organization*, 11 (3):5-16.
- 1953. **Relationships Between Spanish and Spanish-American Folk Medicine.** En: *Journal of American Folklore*, 66, pp. 201-217.
- 1965. **La sociedad campesina y la imagen del bien limitado.** En *American Anthropologist*. Vol 67. Pag 293- 315.
- 1974a. **Antropología Aplicada.** México, FCE, Breviarios 232.
- 1974b. **Las culturas tradicionales y los cambios técnicos.** México, FCE.
- 1976. **Disease Etiologies in Non- Western Medical Systems.** En: *American Anthropologist*. Vol. 78 Nro. 4. Dec. Pp. 773-782
- 1978a. **Medical Anthropology.** New York, Ed. John Wiley and sons.
- 1978b. **Hippocrates' Latin American Legacy: "Hot" and "Cold" in Contemporary Folk Medicine.** En: *Colloquia in Anthropology*. R. K. Wetherington (ed.), Dallas, Texas.
- 1979. **Methodological Problems in the Study of Intracultural Variation: The Hot/Cold Dichotomy in Tzintzuntzan.** En: *Human Organization*, vol. 38, Nº 2, pp. 179-183.

- FOUCAULT, Michel. 1966. **El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica.** México, Ed. Siglo XXI.
- FRAKE, Charles. 1961. **The Diagnosis of Disease among the Subanum of Mindanao.** En: *American Anthropologist*, vol. 63, pp. 113-132.
- 1962. **The Ethnographic Study of Cognitive Systems.** En: *Anthropology and Human Behavior*, Gladwin and Stutervant Editors, Washington D.C.
- 1964. **Notes on Queries in Ethnography.** En: *American Anthropologist. Special Publication: Transcultural Studies in Cognition.* Vol.66, N° 3, pp. 132-145.
- FREGE, Gottlob. 1973. **Sobre el sentido y la denotación.** En: *Semántica Filosófica: problemas y discusiones.* Comp. Por T. Moro Simpson, Madrid, Ed. Siglo XXI
- FRENGUELLI, Joaquín. 1944. **Influencia del ambiente físico en la distribución de las culturas (Valle Calchaquí).** En: *Relaciones de la Sociedad Argentina de Antropología*, T. IV, pp. 151-156. Bs. As.
- FURBEE, L. y otros. 1983. **Cognitive and Geographic Maps: Study of Individual Variations Among Tojolabal Mayans.** En: *American Anthropologist*, vol. 85, N° 2.
- GARRO, Linda. 1986. **Variación intracultural en el conocimiento médico folk: una comparación entre curanderos y no curanderos.** En: *American Anthropologist*, 88 (2), pp. 351-370.
- 1992. **Chronic Illness and the Construction of Narrative.** En: Mary Jo Del Vecchio Good, Paul E. Brodwin, Byron J. Good and Arthur Kleinman (Eds.). *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*, pps. 100-137
- GARRETA, Mariano J y María F. SOLA. 1992-93. **Fincas rurales en el norte del Valle Calchaquí. Procesos de conformación, cambios y relaciones sociales.** En: *Cuadernos del Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano*, N°14:41-58.
- GEERTZ, C. 1989a. **El antropólogo como autor.** Paidós.
- 1989b. **From the Native's Point of View: On the Nature of Anthropological Understanding.**
- GLASER, Barney y Anselm STRAUSS 1967: **The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research.** Aldine Publishing Company, N.Y
- GONZALEZ, A.R. **Contextos culturales y cronología relativa en el área central del noroeste argentino.** En: *Anales de Arqueología y Etnología*, Tomo XI, Universidad Nacional de Cuyo.Facultad de Filosofía y Letras, Mendoza.
- GOOD, Byron J. 1977. **The Heart of What's the Matter. The Semantics of Illness in Iran.** En: *Culture, Medicine and Psychiatry* 1, pp. 25-58.
- 1994. **Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective.** Cambridge University Press, Cambridge, UK.
- GOODENOUGH, Ward H. **Componential Analysis and the Study of Meaning.** En: *Language*, vol. 32, N° 1, pp. 195-216.
- GREIMAS, A. J. 1971. **Semántica Estructural. Investigación metodológica.** Madrid, Editorial Gredos.
- 1973. **En torno al sentido. Ensayos semióticos.** Madrid, Editorial Fragua.
- GREIMAS, A. J. y J. COURTÉS. 1982. **Semiótica. Diccionario razonado de la teoría del lenguaje.** Madrid, Gredos.
- GRIAULE, Marcel.1957. **El método de la etnografía.** Bs. As., Ed. Nova.
- HALLIDAY, M.A.K. 1982. **El lenguaje como semiótica social. La interpretación social del lenguaje y del significado.** México, FCE.
- HAMEL, Jacques. 1993. **Case Study Methods.** London, Sage.Qualitative Research Method Series 32.
- HAMMERSLEY, Martyn y Paul ATKINSON. 1994. **Etnografía. Métodos de Investigación.** Barcelona, Ediciones Paidós Ibérica.
- HAMMY, E.T. 1905. **Deux pierres d'eclair (pedras de corisco) de l'Etat de Minas Geraes, Brésil.** En: *Journal de la Societé des Americanistes de Paris.* Paris. Nouvelle Serie. 2:323-325.
- HANSON, Norwood R. 1985. **Patrones de descubrimiento. Observación y Explicación.** Madrid, Ed. Alianza.
- HARDESTY, Donald L. 1979. **Antropología Ecológica.** Barcelona, Ed. Bellaterra.
- HARRIS, Olivia. 1985. **Complementariedad y conflicto. Una vision andina del hombre y la mujer.** En: *Allpanchis* N° 25, Año XV, Vol XXI, Cuzco. Perú
- HIERRO PESCADOR, J. 1982. **Principios de Filosofía del Lenguaje.** Madrid, Alianza.
- HILL, James N. 1966. **A Prehistoric Community in Eastern Arizona.** En: *Southwestern Journal of Anthropology.* Vol.22 N°1: 9-30.
- HJELMSLEV, Louis. 1971. **Prolégomenes a une théorie du langage.** Paris, Minuit

- HOWARD, Alan. 1963. **Land, activity systems, and Decision-Making models in Rotuma.** En: *Ethnology*. vol.II, N° 4.
- HOYOS, María de. 1999. **Los indios de calchaqui y los recursos vegetales.** En: *Etnohistoria*, Equipo Naya, Noticias de Antropología y Arqueología. <<http://www.naya.org.ar/etnohistoria/>>
- HUGHES, Charles C. 1968. **Ethnomedicine.** En: *International Encyclopedia of the Social Sciences*, 10: 87-93, New York: Free Press/Macmillan.
- HUNTER, J. 1971. **"Forms of Life" in Wittgenstein's Philosophical Investigations.** En: Klemke, E. (ed.). *Essays on Wittgenstein*. Chicago, University of Illinois Press, pp. 273-97.
- HURTADO, Juan José y Julia GLAVIS. **Calor-Frío: una categoría cognitiva. Un estudio de las creencias y prácticas médicas populares en el Municipio de San Luis Sacatepequez, Guatemala.** Centro Mesoamericano de Estudios sobre Tecnología Apropiaada (CEMAT), Guatemala.
- HYMES, Dell. 1964. **Directions in (Ethno) Linguistic Theory.** En: *American Anthropologist*, vol. 66, N° 3, pp. 6-55.
- IDOYAGA MOLINA, A. 1999. **La selección y combinación de medicinas entre la población campesina de San Juan (Argentina)** En: *Scripta Etniológica*, Vol. XXI, Bs. As., pp. 7-33.
- JARVIE, I. C. 1974. **Comprensión y Explicación en Sociología y Antropología Social.** En: Chomsky, N. y otros. *La explicación en las ciencias de la conducta*. Madrid, Ed. Alianza.
- JELIN, Elizabeth. 1984. **Familia y unidad doméstica: mundo público y vida privada.** Buenos Aires, CEDES pp. 41.
- JENNEY, E. Ross y Ozzie G. SIMMONS. 1954. **Human Relations and Technical Assistance in Public Health.** En: *The Scientific Monthly*, 78: 365-371
- JOHNSON, Allen. **Cuantificación in Cultural Anthropology. An Introduction to Research Design.** California. Stanford University Press.
- JOHNSON, Grace and Douglas SHARON (Eds.). 1994. **Cloth & Curing. Continuity and Change in Oaxaca.** San Diego Museum Papers Nro32.
- KATZ, Esther. 1991. **De los mixtecos: medio ambiente y grupos sociales.** En: *Trace* N°20: 51-54.
- KEARNEY, Michael. 1969. **Los conceptos de aire y susto: representaciones simbólicas del ambiente geográfico y social percibido.** En: *América Indígena*, 29:2, pp. 432-452, México.
- KELLY, Isabel. 1956. **An Anthropological Approach to Midwifery Training in Mexico.** En: *Journal of Tropical Pediatrics*, 1: 200-205.
- KENNY, Michael y Jesús M. de MIGUEL (Comp.). 1980. **La antropología médica en España.** Barcelona, Editorial Anagrama.
- KLIMOVSKY, Gregorio. 1981. **Tipos de base empírica.** *Análisis Filosófico* 1, Instituto de Investigaciones Filosóficas (SADAF).
- LAFONE QUEVEDO, Samuel. 1927. **Tesoro de Catamarqueñismos: nombres de lugares y apellidos indios con etimologías y eslabones de la lengua cacana.** Completada con palabras y modismos usuales de Catamarca de Felix Avellaneda. Bs. As., Coni, 3° Edición.
- LANDY, David (Ed). 1977. **Culture, Disease and Healing: Studies in Medical Anthropology.** New York, Macmillan.
- LAPLANTINE, François. 1989. **Medicinas tradicionales y medicina oficial en Brasil.** En: *América Indígena*, XLIX, n° 4, pp. 665-674.
- LAVE, Jean. 1995 **Cognition in Practice.** Cambridge University Press, , pp.190
- LEAF, Murray. 1979. **Una Historia de la Antropología.** Editora de la Universidad de San Pablo, Brasil. Original en Inglés, University of Columbia.
- LENNEBERG, Eric H. 1953. **Cognition in Ethnolinguistics.** En: *Language*, 29, pp. 463-471.
- LEVI-STRAUSS, Claude. 1964. **El pensamiento salvaje.** México, FCE, Breviarios N° 173.
-1968. **Antropología Estructural.** Buenos Aires, EUDEBA.
- LIN, Tsung-Yi y otros. 1978. **Ethnicity and Patterns of Help-seeking.** En: *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 2, n° 1, pp. 3-13.
- LINDSAY, Peter H. y Donald A. NORMAN. 1983. **Introducción a la Psicología Cognitiva.** Editorial Tecnos, Madrid.
- LOPEZ AUSTIN, Alfredo. 1975. **Textos de Medicina Nuaatl.** Instituto de Investigaciones Históricas. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- LORANDI, A. M. 1988. **El servicio personal como agente de desestructuración en el Tucumán colonial.** En: *Revista Andina*, 6(1):135-173, Cuzco, CBLC.
-2002. **Introducción.** En: Judith Farberman, Raquel Gil Montero (Comp.). *Los pueblos de indios del Tucumán colonial: pervivencia y desestructuración.* EdiUnju y Universidad Nacional de Quilmes.
- LYONS, John. 1983. **Lenguaje, significado y contexto.** Barcelona, Ed. Paidós.

- MAGARIÑOS DE MORENTÍN, Juan A. 1983. **El signo. Las fuentes teóricas de la semiología: Saussure, Peirce, Morris**. Buenos Aires, Ed. Hachette.
- MAINGUENEAU, Dominique. 1980. **Introducción a los métodos de análisis del discurso**. Bs. As., Hachette.
- MANNING, Peter y Horacio FABREGA Jr. 1976. **Fieldwork and the "New Ethnography"**. En: *Man* (N.S.) II, pp. 39-52.
- MARTIN, Eusebia H. 1964. **Notas sobre el cacan y la toponimia del noroeste argentino**. *Cuadernos de Lingüística Indígena* N° 2, Centro de Estudios Lingüísticos, Facultad de Filosofía y Letras, UBA.
- MARTINEZ M R. y A. EGUIA. 1986. **Elementos de uso terapéutico en el pueblo de Molinos y su zona de influencia (Provincia de Salta, Argentina)**. *Cuadernos del Instituto Nacional de Antropología* 10, Buenos Aires, Argentina.
- MARTINEZ, M R y M.L. POCHETTINO. 1992. **The "farmacia casera": a Source Ethnopharmacobotanical Information**. *Fitoterapia* LXIII (3), Milano, Italia.
- MARTINEZ, M.R., M.L POCHETTINO y A. CORTELLA. 1992. **Elementos terapéuticos relacionados con el ciclo sexual en una población del valle calchaquí, Salta, Argentina**. En: *Actas del Congreso de Etnobotánica* 92, Córdoba, España.
-1996. **Unidad Doméstica y Medicina: recursos vegetales empleados en la terapia de diferentes enfermedades por los pobladores de Molinos (Salta, noroeste de Argentina)**. En: *Actas del III Coloquio Europeo de Etnofarmacología*. I Conferencia Internacional de Antropología e Historia de la Salud y la Enfermedad. (En prensa)
- MATHEWS, Hally F. 1983. **Context Specific Variation in Humoral Classification**. En: *American Anthropologist*, vol. 85., n°4, pp. 826-843.
- MATHEWS, Hally F. y Carole HILL. 1990. **Applying Cognitive Decision Theory to the Study of Regional Patterns of Illness Treatment Choice**. En: *American Anthropologist*, vol. 91, pp. 155-170.
- MAUSS, Marcel. 1967. **Introducción a la etnografía**. Madrid, Istmo.
- MAY, Jacques M. 1958. **Ecología de las enfermedades humanas**. En: *Estudios sobre Ecología Humana*. Estudios Monográficos III, Washington, Unión Panamericana, pp. 91-112.
- MC CULLOUGH, John. 1973. **Human Ecology, Heat Adaptation, and Belief Systems: the hot-cold syndrome of Yucatán**. En: *Journal of Anthropological Research*.
- MC EWEN, William J. 1975. **Formas y problemas de validación de la antropología social**. En: Llobera, José R. (Comp.). *La Antropología como Ciencia*. Barcelona, Editorial Anagrama.
- MEISTER, Albert y otros. 1963. **Tradicionalismo y cambio social**. Publicación 1. Serie: *Estudio de área en el Valle de Santa María*. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional Litoral, Rosario.
- MENDIORIZ, Julio. 1931/4. **Patología y terapéutica populares del norte argentino y folklore médico del norte argentino**. En: Sexta y Octava Reunión de Patología Regional del Norte, Bs. As.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. 1985. **Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina**. En: *Nueva Antropología*. Vol. VII, Nro. 23, México.
- METZ, C. 1970. **Lo verosímil**. En: *Comunicaciones*, Bs. As., Ed. Tiempo Contemporáneo.
- MINSKY, Marvin. 1975. **A Framework for Representing Knowledge**. En: Winston, P. (ed) *The Psychology of Computer Vision*, New York, McGraw-Hill, pp. 211-277.
- MONTES, Aníbal. 1961-1964. **Encomiendas de indios diaguitas documentadas en el Archivo Histórico de Córdoba**. En: *Revista del Instituto de Antropología*. N° II, III, pp.7-29.
- MOUNIN, Georges. 1974. **Claves para la semántica**. Barcelona, Anagrama.
- NADEL, S. F. 1955. **Fundamentos de Antropología Social**. México, Fondo de Cultura Económica.
- NARDI, B. A. 1983. **Goals in Reproductive Decision Making**. En: *American Ethnologist*, vol. 10, Number 4, November, pp. 697-714.
- NARDI, Ricardo L. J. 1979. **El kakan, lengua de los diaguitas**. En: *Sapiens* N° 3, Museo Arqueológico Osvaldo F.A. Menghin, Chivilcoy, pcia. de Bs.As., pp. 1-33.
- NETHOL, A.M., D. ARBIDE y M. CRIVOS. 1973. **El libro de lectura de la escuela primaria en Argentina**. En: *Comunicación y Cultura*, Tomo I, Editorial Galerna, Buenos Aires.
-1977. **El libro de texto de escuela primaria en Argentina**. En: *"Los libros de texto en América Latina"*, Editorial Nueva Imagen, México. Primera y Segunda Edición.

- OBLITAS POBLETE, Enrique. 1969. **Plantas medicinales de Bolivia**. La Paz, Los amigos del libro, pp. 529.
- OHNUKI-TIERNEY, Emiko. 1981. **Phases in human perception/conception/ symbolization processes: cognitive anthropology and symbolic classification**. En: *American Ethnologist*, vol.8, N° 3, august 1981. Special Issue: Symbolism and Cognition, pp. 457.
- OLESEN, Virginia L. 1974. **Convergences and Divergences: Anthropology and Sociology in Health Care**. En: *Medical Anthropology Newsletter*, vol. 6, N° 1.
- O'NELL, Carl and Henry SELBY. 1968. **Sex Differences in the Incidence of Susto in Two Zapotec Pueblos**. En: *Ethnology*, vol. VII, N° , pp. 98-105.
- PAGES LARRAYA, Fernando. 1967. **Los arquetipos culturales de la psicoterapia**. En: *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, V, XIII.
- PALAVECINO, Sergio. 1999. **Wittgenstein y los Juegos de Lenguaje**. Belo Horizonte, FUMARC: CEFETMINAS, pp.201.
- PALMA, Nestor H. 1973. **Estudio antropológico de la medicina popular en la Puna argentina**. Bs. As., Ed. Cabargón.
- PALMA, N. H. y G. TORRES VILDOZA. 1974. **Propuesta de criterio antropológico para una sistematización de las componentes "teóricas" de la medicina popular, a propósito de la enfermedad del susto**. En: *Relaciones de la Sociedad Argentina de Antropología* Vol. 8, pp. 161-171.
- PARDAL, Ramón.1935. **Historia de la medicina aborígen americana. La medicina guaraní**. En: *Actualidad Médica Mundial*, 417, IX.
-1937. **Medicina Aborígen Americana**. Buenos Aires, Humanior.
- PAUL, Benjamin D. 1955. **Health, Culture and Community: Case Studies of Public Reactions to Health Programs**. New York: Russell Sage Foundation.
-1963. **Anthropological Perspectives on Medicine and Public Health**. En: J. A. Clausen y R. Straus (Eds.) .*Medicine and Society*. The Annals of the American Academy of Political and Social Science 346, pp 34-43.
- PECHEUX, Michel. **Hacia el análisis automático del discurso**. Madrid, Gredos.
-1981. **La langue introuvable**. Paris, Maspero.
- PELTO, Pertti y Gretel H. PELTO. 1990. **Field Methods in Medical Anthropology**. En: *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*. Westport, CT: Greenwood Press.
- PIKE, Kenneth L. 1954. **Language in Relation to a Unified Theory of the Structure of Human Behavior**. Part 1, Glendale, Summer Institute of Linguistics.
-1972. **Puntos de vista éticos y émicos para la descripción de la conducta**. En: *Comunicación y Cultura. La teoría de la comunicación humana*. Bs. As., Ed. Nueva Visión.
- PITT-RIVERS, Julián. 1973. **El análisis del contexto y el "locus" del modelo**. En: *Tres Ensayos de Antropología Estructural*. Barcelona, Ed. Anagrama, Cuadernos 50, pp. 13-48.
- PLUCIENNIK, Mark. 1999. **Archaeological Narratives and Other Ways of Telling**. En: *Current Anthropology*, Volume 40, Number 5, December.
- POLGAR, Steven. **Health and Human Behavior: Areas of Interest Common to the Social and Medical Sciences**. En: *Current Anthropology*, vol. 3, n° 2, April, pp. 159-205.
- PREISSELE GOETZ, Judith y Margaret LE COMPTE. 1981. **Ethnographic Research and the Problem of Data Reduction**. En: *Anthropology and Education*, vol. XII, n° 1, Spring, pp. 51-70.
- PRICE, Laurie. **Ecuadorian Illness Stories**. 1997. En: *Cultural Models in Language and Thought*. Dorothy Holland and Naomi Quinn (Editors). Cambridge University Press.
- PROPP, Vladimir. 1971. **Morfología del Cuento**. Madrid, Editorial Fundamentos.
- PUIG, Luisa. 1978. **La estructura del relato y los conceptos de actante y función**. México, Universidad Nacional Autónoma de México.
- QUINE, Willard Van Orman. 1962. **Los métodos de la lógica**. Barcelona, Ed. Ariel.
- QUIROGA, A. . 1897. **Calchaquí**. Tucumán
-1899. **El simbolismo de la cruz y el falo en Calchaquí**. En: *Boletín del Instituto Geográfico Argentino*, Bs. As., T XIX, Cuadernos 7 a 12, Imp. La Buenos Aires, 41 pp.
-1929a. **Como vestían los calchaquíes (sus prendas y adornos, tocado y peinado, vestido y tejido)**. En: *Revista de la Universidad Nacional de Buenos Aires*, Vol. 5, Sección IV, pp. 280-312.
-1929b. **Folklore Calchaquí**. En: *Revista de la Universidad Nacional de Buenos Aires*, V. 5, Sección IV.
-1977. **La cruz en América**. Bs. As., Ed. Castañeda.
- RAFFINO, Rodolfo A. 1981. **Los Inkas del Kollasuyu**. La Plata, Ed. Ramos Americana.

- 1983. **Arqueología y Etnohistoria de la región Calchaquí. Presencia Hispánica en la arqueología de Argentina.** Vol. 2. Univ. Nac. del Nordeste, Fac. de Humanidades. Resistencia.
- 1984. **Excavaciones en El Churcal. Valle Calchaquí. Argentina.** En: *Revista del Museo de La Plata*; Secc. Antropología; (NS); Tomo VIII; N° 59. La Plata.
- 1988. **Poblaciones indígenas en Argentina. Urbanismo y proceso social precolombino.** Bs. As., TEA, De.
- RAFFINO, R.A., Eduardo Cigliano y María E. Mansur 1976. **El Churcal: Un Modelo de Urbanización tardía en el valle Calchaquí.** En: Actas y Memorias. IV Congreso Nacional de Arqueología Argentina (Primera Parte) *Revista del Museo de Historia Natural.* San Rafael (Mendoza).
- RESCHER, Nicholas. 1981. **Sistematización Cognoscitiva.** México, Siglo XXI
- REYES GAJARDO, Carlos. 1938. **Apuntes históricos sobre San Carlos del Valle Calchaquí de Salta.** Bs. As., Ed. Peuser.
 - 1958. **Poblaciones indígenas del Valle Calchaquí.** En: *Revista del Instituto de Antropología*, Instituto de Etnología, Universidad Nacional de Tucumán, vol. VIII.
- RIVERS, W. 1924. **Medicine, Magic and Religion.** NewYork.
- ROSCHE, Eleanor, MERVIS, Carolyn B., GRAY, Wayne D., JOHNSON, David y Penny BOYES-BRAEM. 1976. **Basic Objects in Natural Categories.** En: *Cognitive Psychology*, 8.
- ROSEMBERG, Tobías. 1939. **Curiosos aspectos de la terapéutica calchaquí.** Tucumán, Talleres Gráficos G. Impresora.
- ROTH, Paul A. 1989. **Ethnography without Tears.** En: *Current Anthropology*, vol. 30, N° 5, December, pp. 555-569.
- ROSENBLAT, A. 1954. **La población indígena y el mestizaje en América.** Buenos Aires, Nova.
- ROISING, Ina. 1991. **Las almas nuevas del mundo Callawaya.** En: *Estudios Callawayas 2*, La Paz, Los amigos del libro, pp. 267.
 - 1992. **La Mesa Blanca Callawaya.** En: *Estudios Callawayas 3.* La Paz, Los amigos del libro, pp. 292.
- RUBEL, Arthur J., Carl W. O'NEILL y Rolando COLLADO ARDON. 1989. **Susto. Una enfermedad popular.** México, FCE. Colección popular 405
- RYAN G. W. and H. MARTÍNEZ. 1996. **Can We Predict What Mothers Do? Modeling Childhood Diarrhea in Rural Mexico.** En: *Human Organization.* vol 55. nro 1. Spring, pp. 47-57.
- RYN, Zdzislaw Jan. 2000. **El Susto. Perspectiva antropo-psiquiátrica.** Universidad Jaguelona, Collegium Medicum, Cracovia, Polonia. Comunicación personal.
- SABINO, Carlos. 1979. **El proceso de investigación.** Bs. As., El Cid Editor.
- SAHLINS, Marshall. 1974. **Economía de la Edad de Piedra.** Madrid, Akal Editor.
- SARANA, Gopala. 1975. **The methodology of Anthropological Comparisons. An Analysis of Comparative Methods in Social and Cultural Anthropology.** Arizona. Viking Fund. Publications in Anth.
- SAUNDERS, Lyle. 1954. **Cultural Difference and Medical Care. The Case of the Spanish-Speaking People of the Southwest.** New York, Russell Sage Foundation.
- SCHANK, Roger. 1980. **Language and Memory.** En: *Cognitive Science*, Number 4, pp. 243-284.
- SCHANK, Roger y Robert ABELSON. 1977. **Scripts, Plans, Goals and Understanding.** Hillsdale, N.J., Erlbaum.
 - 1995. **Knowledge and Memory: The Real Story.** En Wyer, Robert S. (Editor). *Knowledge and Memory: The Real Story.* Advances in Social Cognition, Volume VIII. New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates Publishers
- SCHWANDT, Thomas A. 1997. **Qualitative Inquiry. A Dictionary of Terms.** Sage, London
- SCOTT, R. y A. HOWARD. 1970. **Models of Stress.** En: S. Levine y N. A. Scotch, (Comp.) *Social Stress.* Chicago, Aldine Publishing Company, pp.259-278
- SEIJAS, H. 1972. **El Susto como categoría etiológica.** En: *Científica Venezolana*, 23. Supl. 3: 176-178.
- SEYLE, H. 1956. **The Stress of Life.** New York: McGraw-Hill Book Company, Inc.
- SHANIN, T. 1972. **The Awkward Class.** Oxford, Clarendon Press.
- SHAPER, Dudley. 1979. **Las teorías científicas y sus dominios.** En: Suppe, F.(ed.) *La estructura de las teorías científicas.* Madrid, Editora Nacional.
- SIGNORINI, Italo. 1982. **Patterns of Fright: Multiple Concepts of Susto in a Nahua-Ladino Community of the Sierra de Puebla (México).** En: *Ethnology*, vol. XXI, n° 4, October, pp. 313-323.

- SIMMONS, Ozzie. 1955. **Popular and Modern Medicine in Mestizo Communities of Coastal Peru and Chile**. En: *Journal of American Folklore* 68, pp. 57-71.
- SOLA, Vicente José. 1975. **Diccionario de regionalismos de Salta**. Bs. As., Editorial Plus Ultra.
- SOPRANO, Pedro. 1896. **Historia de las guerras con los terribles Calchaquies, Chiriguano y Quilmes (Completa conquista del Antiguo Tucumán a la defensa de Buenos Aires)**. Bs. As., Amokes.
- SPRADLEY, James. 1979. **The Ethnographic Interview**. Hort, Rinehart and Winston.
- STAKE, Robert. 1995. **The Art of Case Study Research**. Sage
- STOCKING, George W. Jr. 1990. **Tradiciones paradigmáticas en la historia de la Antropología**. En: Olby, R. C., G. N. Cantor, J. R. Christie and M.J.S. Hodge, Eds. *Companion to the History of Modern Science*, London, Routledge.
- STURZENEGGER, O. 1989. **Maladies et environnement culturel: a propos des "culture-bound syndromes"**. En: *Ecol.Hum.*, vol. VII. N° 2, pp. 53-61
- 1992. **Penser la maladie au Chaco**. These pour le Doctorat Nouveau Régime en Anthropologie. Université de Droit, D'économie et des Sciences. D'Aix-En-Provence. Faculté de Droit et Sciences Politiques D'Aix-Marseille.
- TARRAGÓ, Myriam. 1984. **El contacto hispano-indígena en la provincia de chicoana**. En: *Runa* Vol 14:143-185. Buenos Aires. Facultad de Filosofía y Letras.
- TAYLOR, S. J. y R. BOGDAN. 1986. **Introducción a los métodos cualitativos de investigación**. Barcelona, Ed. Paidós.
- TEN KATE, Hernán. 1894. **Anthropologie des anciens habitants de la région calchaquie**. En: *Anales del Museo de La Plata*, Sección Antropología, La Plata, V. I, pp. 1-62.
- TEVES, Laura. 2002. **Trazas de paisajes en Molinos, un pueblo del Valle Calchaquí, Salta, Argentina**. Ponencia a la XII Conferencia Internacional de Historia Oral. Pietremaritzburg, Universidad de Natal. Versión digital e impresa. Univ. Natal- International Oral History Association, South Africa. Volumen 1, Pág. 1-7.
- THEODORSON. George A. y Achilles G. THEODORSON. 1978. **Diccionario de Sociología**. Buenos Aires, Paidós.
- THOMPSON, Paul. 1993. **La transmisión entre generaciones**. Trabajo basado en: Bertaux, Daniel y Paul Thompson "Introduction", y Thompson, Paul "Family myth, models and denials in the shaping of individual life paths". En: Bertaux, Daniel and Paul Thompson (eds.). *Between Generations: Family Models, Myths and Memories: International Yearbook of Oral History and Life Stories*. 2, Oxford University Press.
- TITSCHER, Stefan, Michael MEYER, Ruth WODAK y Eva VETTER. 2000. **Methods of Text and Discourse Analysis**. London, Sage Publications
- TODOROV, Tzvetan. 1978. **Investigaciones semánticas**. Bs. As., Ed. Nueva Visión.
- TORRES, Graciela Felisa y Sandra RODRIGUEZ. 1994. **Antropología y salud en la Argentina. A propósito de las campañas sanitarias de lucha contra el cólera**. En: Revista *Kallawayá*. Nueva Serie. La Plata- Salta N°1 Abril.
- TOSCANO, Julián. 1898. **La región calchaquina (Página de historia pre y post-colombina y de arqueología calchaquina)**. Bs. As., Imp. "La voz de la Iglesia".
- TOULMIN, Stephen. 1977. **La comprensión humana. El uso colectivo y la evolución de los conceptos**. Madrid, Alianza Editorial.
- TULVING, E. y W. DONALDSON (Comp.). 1972. **Organization of Memory**. New York, Academic Press.
- TYLER, S. 1969. **Cognitive Anthropology**. NY.
- UZZEL, D. 1974. **Susto Revisited: Illness as Strategic Role**. En: *American Ethnologist*, 1: 369-378.
- VALENCIA, Rafael et al. 1970. **Levantamiento de suelos de los valles calchaquíes**. Primera parte-Estudios de Campo. Universidad Nacional de La Plata y Gobierno de la Provincia de Salta: 5-14.
- VAN DIJK, Teun A. 1980. **Texto y Contexto**. Madrid, Ed. Cátedra.
- 1983a. **Estructuras y funciones del discurso**. México, Ed. Siglo XXI.
- 1983b. **La ciencia del texto**. Barcelona, Ed. Paidós.
- VELLARD, J. 1980. **Une ethnie de guerisseurs andins: les Kallawayá de Bolivie**. En: *Terra Ameriga*, N° 4, Diciembre, pp. 25-37.
- VERÓN, Eliseo. 1984. **Semiosis de lo ideológico y del poder**. En: *Espacios de crítica y producción*, N° 1, diciembre, Fac. de Filosofía y Letras, UBA, pps. 48-51.
- VIESCA, Carlos. 1986. **De la medicina indígena a la medicina tradicional**. En: *México Indígena* 9, mar-abril.

- VILLAGRA, Marisa. 1995. **Ronda de Voces. Edición comentada de relatos orales documentados en Amaicha del Valle, Noroeste argentino.** Licentiatavhandling. Institutionen för spanska och portugisiska. Stockholms Universitet.
- VILLAGRAN, Rafael. 1948. **Tifus exantemático en Molinos. Año 1918.** En: *Revista del Círculo Médico de Salta*. N° 1. Salta, Argentina.
- VIÑOALES, G. y R. GUTIERREZ. 1971. **Arquitectura de los Valles Calchaquíes.** UNNE. Departamento de Historia de la Arquitectura, Resistencia, Chaco.
- VIVANTE, Armando. 1959. **Medicina Folklorica.** En: *Folklore Argentino*, Bs. As., Editorial Nova.
- 1973. **Aporte de la antropología a la medicina sanitaria.** En: *Revista de Salud Pública del Ministerio de Salud Pública de la provincia de Buenos Aires*, n° 8, enero-diciembre, pp. 13-47.
- VIVANTE, Armando y Nestor H. PALMA. 1970. **Antropología, medicina puneña y planes sanitarios.** En: *Cuadernos de Salud Pública*. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Buenos Aires, Nros. 4 y 5, pps. 97-100
- 1973. **Paisaje y niveles de análisis ecológico desde el punto de vista antropológico.** En: *Relaciones de la Sociedad Argentina de Antropología*. Tomo VII, N.S., Bs. As.
- VON WRIGHT, George H. 1979. **Explicación y Comprensión.** Madrid, Alianza
- WALLACE, Anthony F. C. 1962. **Culture and Cognition.** En: *Science*, vol. 135, n° 3501, pp. 351-357.
- 1963. **Cultura y personalidad.** Bs. As., Ed. Paidós.
- WEISS, Robert. 1966. **Alternative Approaches in the Study of Complex Situations.** En: *Human Organization*, vol. 25, n° 3, 1966.
- WELLER, Susan. 1984a. **Consistency and Consensus among Informants: Disease Concepts in a Rural Mexican Village.** En: *American Anthropologist*, 86, pp. 966-975.
- 1984b **Cross-Cultural Concepts of Illness: Variation and Validation.** En: *American Anthropologist*, 86 (2), pp. 341-351.
- WELLIN, E. 1977. **Theoretical Orientations in Medical Anthropology.** En: *Culture, Disease and Healing*. Landy ed., New York, London.
- WITTGENSTEIN, Ludwig. 1981. **Tractatus Logico-Philosophicus.** Madrid, Alianza Editorial.
- 1988a. **Investigaciones Filosóficas.** Barcelona, Ed. Crítica. (IF)
- 1988b. **Sobre la Certeza.** Barcelona, Gedisa. (SC)
- WOLF, Eric. 1971. **Los campesinos.** Barcelona, Labor
- WOLF, Mauro. 1982. **Sociologías de la vida cotidiana.** Madrid, Cátedra.
- WOODS, Clyde M. 1977. **Alternative Curing Strategies in a Changing Medical Situation.** En: *Medical Anthropology*, Vol. 1, Issue 3, Summer, pp. 25-54.
- YIN, Robert K. 1989. **Case Study Research. Design and Methods** (2nd.Ed). Newbury Park, CA, Sage.
- 1993. **Applications of Case Study Research.** London, Sage Publications. Applied Social Research Methods Series. Volume 34
- YOUNG, Allan. 1976. **Some Implications of Medical Beliefs and Practices for Social Anthropology.** En: *American Anthropologist*, 78, pp. 5-24.
- YOUNG, Allan y otros (Ed.). 1988. **Medical Anthropology.** En: *American Ethnologist*, Special Issue, vol. 15, N° 1.
- YOUNG, James C. 1980. **A Model of Illness Treatment Decisions in a Tarascan Town.** En: *American Ethnologist*, vol. 7, 1980, pp. 106-131.

GLOSARIO

ACCIÓN: *“Conducta que tiene sentido para el individuo, es decir, que este orienta hacia un fin determinado”* (Theodorson y Theodorson, 1978)

“... Bremond afirma que las acciones sólo pueden ser concebidas como *“acciones narradas... las acciones en sí mismas son tan inaccesibles como las cosas en sí mismas definidas por la metafísica antigua; por consiguiente, para volverlas inteligibles es necesario analizarlas a través del relato...”* (Bremond citado por Puig, 1978: 101)

ACTANTES: *“... clases de actores... Los actantes poseen ... un estatuto metalingüístico por relación a los actores; presuponen acabado, por otra parte, el análisis funcional, es decir, la constitución de las esferas de acción.”* (Greimas, 1971: 267)

ACTOR: *“... el actor ... es un individuo que integra y asume uno o varios roles.”* (Greimas, 1973. Citado por Courtés, 1980: 90)

CASO: En la literatura sociológica y antropológica, un caso es típicamente visto como una instancia específica y limitada (en tiempo y espacio) de un fenómeno seleccionado para su estudio. El fenómeno de interés puede ser una persona, proceso, evento, grupo, organización, etc. (Schwandt, 1997). En el contexto de esta investigación refiere a la unidad de referencia empírico-analítica utilizada para el abordaje de la secuencia de conductas orientadas hacia la recuperación de la salud de un individuo enfermo.

CONDUCTA: *“Cualquier respuesta o reacción de un individuo, que no incluye solamente las reacciones y movimientos corporales sino también las declaraciones verbales y las experiencias subjetivas ... conducta es un término ... que se refiere a todo lo que un individuo haga, diga, piense o sienta, sin perjuicio de que sea intencionada y significativa desde su punto de vista.”* (Theodorson, 1978)

“... La conducta es sociológicamente importante sólo cuando es controlada y dirigida a un fin o forma parte de tipos de acción controlados y dirigidos a un fin...” (Nadel, 1955: 42)

CORPUS: *“Colección finita de materiales, previamente determinada por el analista según una cierta arbitrariedad (inevitable), y sobre la cual va a trabajar ...”* (Barthes, 1970a: 66)

ENFERMEDAD: *“Estado de desajuste temporal al medio”* (May, 1958: 97), estado que supone el reconocimiento de un origen, formas específicas de manifestación y el intento de su superación. (Crivos y Eguía, 1981: 11)

ESTRUCTURACIÓN: *“... procedimiento de descripción complementario del de reducción ... “puesta en estructura”, aplicado a los elementos de significación obtenidos por la reducción ... La reducción de un inventario, tomado aisladamente, a un semema construido es siempre posible ... Pero tal reducción no será necesariamente pertinente, si no se opera en el cuadro de un corpus dado y con vistas a una descripción isótropa ... la reducción, en este caso, presupone la representación, aunque sea hipotética, de las estructuras que se han de describir, pero a su vez la estructuración, para ser llevada a cabo adecuadamente, presupone las reducciones acabadas... la investigación descriptiva implica la captación simultánea de los procedimientos que la constituyen...”* (Greimas, 1971: 256-7)

FUNCIÓN: *“Acción de un personaje definida desde el punto de vista de su significación en el desarrollo de la intriga”* (Propp, 1971: 33)

ISOTOPÍA: Plano de significación homogéneo (Greimás, 1971) *“Conjunto redundante de categorías semánticas que hace posible la lectura uniforme del relato”* (Greimás, 1970: 48) *“... la homogeneidad ... obtenida (por la suspensión parcial de las particularidades y el establecimiento de un denominador común permanente) determina un nivel de lectura, un plano isótropa ... El concepto de isotopía, al asegurar la homogeneidad del mensaje, no es ajeno a la comunicación, uno de cuyos fines es precisamente la eliminación de las ambigüedades ...”* (Courtés, 1980: 49)

MÉDICO CAMPESINO: Designación local de los individuos reconocidos por el resto de los pobladores como “entendidos” o expertos en conocimientos y prácticas médico-tradicionales (Crivos y Eguía, 1981:11).

MEMORIA SEMÁNTICA/MEMORIA EPISÓDICA: *“El término memoria semántica se ha empleado para referirse a la clase de información caracterizada por las definiciones que tienen en sus memorias las personas. El término memoria episódica se ha usado para referirse a un segundo tipo de información: la información sobre acontecimientos particulares que se han experimentado. La distinción entre ambas clases de información la hizo Tulving (1972) y se ha manifestado útil en el estudio de la memoria humana. Ambas, memoria semántica y episódica, están relacionadas; ambas están contenidas en la base de datos de conocimiento. La memoria semántica generalmente se desarrolla a partir de la información almacenada en la memoria episódica”* (Lindsay y Norman, 1983:455)

MODO DE VIDA: El uso que hacemos de esta noción en nuestro trabajo es cercano a las consideraciones del filósofo L. Wittgenstein en torno a las “formas de vida”. Si bien Wittgenstein es lo suficientemente explícito acerca del carácter último e inanalizable de las “formas de vida” como tales, creemos que su descripción las asimila al objeto tradicional de la etnografía como disciplina antropológica (Crivos, 1995). La antropología requiere de una instancia descriptiva de “lo dado”, del “modo de vida” como emergente de la historia natural del hombre (Bloor, 1983). Esta instancia, asumida por la etnografía, integra en un mismo conjunto regularidades comportamentales que distinguen a un grupo humano de otros. En este sentido no existiría únicamente una forma de vida humana, como algo uniforme, característico de la especie, sino múltiples formas de vida características de diferentes culturas y épocas. Estas formas de vida incluyen -e integran- los componentes biológicos y culturales de la vida humana. Restrictos por la naturaleza física del mundo que habitan y su propia naturaleza biológica, los hombres en diferentes épocas y lugares, poseen diferentes modos de vida. (Palavecino, 1999). A partir de ello y a los fines de nuestra aproximación etnográfica proponemos la siguiente definición operativa de la noción de modo de vida -sustituyendo forma por su sinónimo modo a fin de distinguirla y al mismo tiempo marcar la cercanía con la noción wittgensteiniana-: conjunto integrado de regularidades culturales y biológicas que caracterizan a un grupo humano y lo distinguen en relación a otros. Acordamos con Baker y Hacker (1984) en que tales distinciones se encuentran en relación al propósito y contexto de los distintos tipos de investigación. A partir de abordar un problema particular y un contexto específico determinamos lo que cuenta como la misma, o como una diferente, forma de vida.

Sobre el proceso mediante el cual se adquiere y reproduce una forma –modo- de vida particular, Wittgenstein nos dice: *“El niño aprende a creer muchas cosas...aprende a actuar de acuerdo con esas creencias, poco a poco se forma un sistema con las cosas que cree y en tal sistema algunos elementos se mantienen inmutables y firmes, mientras que otros son más o menos móviles. Lo que se mantiene firme lo hace no porque sea intrínsecamente obvio o convincente, sino porque se sostiene en lo que le rodea”*

PREPARACIÓN DEL TEXTO: Eliminación de los elementos no pertinentes (o extracción de los elementos pertinentes) del corpus con vistas al establecimiento del texto. (Greimas, 1971:224) *“... comprende no sólo la eliminación de una dimensión o manifestación en provecho de la otra, sino también la de todas las demás isotopías de la misma dimensión consideradas como no pertinentes para la descripción encarada ...”* (Greimas, 1971:223)

REDUCCIÓN: *“La reducción consiste ... en reconocer la equivalencia entre varios sememas o varios mensajes y en registrarla con la ayuda de una denominación común a toda la clase de ocurrencias juzgadas equivalentes”* (Greimas, 1971:244)

RELATANTE: Persona que relata (sujeto del relato/narración)

RELATO: Modalidad discursiva que refiere al desarrollo de acontecimientos inscriptos en una secuencia temporal. *“Todo relato consiste en un discurso que integra una sucesión de acontecimientos de interés humano en la unidad de una misma acción. Donde no hay sucesión no hay relatos ... donde no hay integración en la unidad de acción tampoco hay relato, sino sólo cronología. Donde no hay implicación de interés humano tampoco ...porque es sólo en relación con un proyecto humano que los acontecimientos adquieren sentido y se organizan en una serie temporal estructurada.”* (Bremond, 1970b:90)

ROL NARRATIVO: *“denominación que subsume un campo de funciones (es decir de comportamientos realmente evidente en el relato, o simplemente sobreentendidos).”* (Greimas, 1973. Citado por Courtés, 1980: 90) *“... Bremond considera dos roles (narrativos) principales: el PACIENTE, sobre quien recaen procesos de modificación o conservación, y el AGENTE o iniciador de dichos procesos...”* (Bremond citado por Puig, 1978: 27)

SECUENCIA: *“...sucesión lógica de núcleos unidos entre sí por una relación de solidaridad: la secuencia se inicia cuando uno de sus términos no tiene antecedente solidario y se cierra cuando otro de sus términos ya no tiene consecuente ...”* (Barthes, 1970b: 25)

SECUENCIA ELEMENTAL: Las condiciones mínimas para que un segmento temporal cualquiera (acontecimiento, relación, comportamiento, etc.) pueda aparecer “in extenso” en un relato es que estén dadas las modalidades de su origen, las de su desarrollo, las de su culminación. La secuencia elemental que reproduce este proceso se articulará, típicamente, en tres momentos principales, cada uno de los cuales da lugar a una alternativa:

Una situación que “abre” la posibilidad de un comportamiento o de un acontecimiento.

El paso de la virtualidad

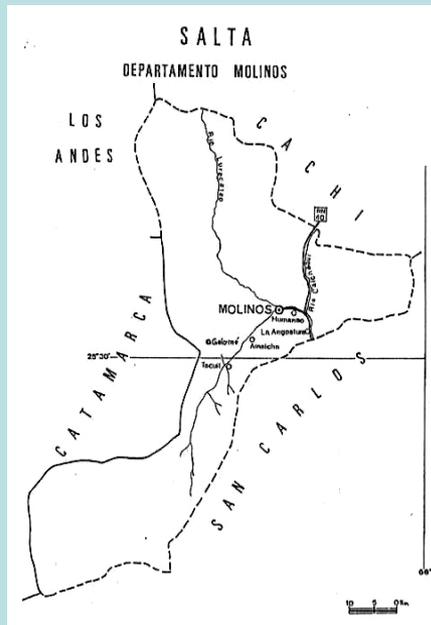
El resultado de esta acción (Bremond, 1970a: 90)

Determinación de las unidades constitutivas de la secuencia: Referencias a acciones que realizan determinados individuos, significativas desde el punto de vista del desarrollo de la secuencia. Cada acción participa de un universo restringido de variantes intercambiables en el contexto de la secuencia. Su función en la secuencia es introducir otra acción, que asumirá la misma función con respecto a otra acción. (Propp, 1971)

SEMEMAS: *“ ... en el plano del discurso ... efectos de sentido ...”* (Greimas, 1971: 68)

SITUACIÓN DE DISCURSO: *“Se llama SITUACIÓN DE DISCURSO el conjunto de las circunstancias en medio de las cuales se desarrolla un acto de enunciación (escrito u oral). Tales circunstancias comprenden el entorno físico y social en que se realiza ese acto, la imagen que tienen de él los interlocutores, la identidad de estos últimos, la idea que cada uno se hace del otro (e inclusive la representación que cada uno posee de lo que el otro piensa de él), los acontecimientos que han precedido el acto de enunciación (sobre todo las relaciones que han tenido hasta entonces los interlocutores y los intercambios de palabras donde se inserta la enunciación).”* (Ducrot y Todorov, 1975: 375)

TEXTO: *“Conjunto de elementos de significación que se hallan situados sobre la isotopía elegida y están encerrados en los límites del corpus”* (Greimas, 1971: 222)



FOTOS

1.- Panorámica de Molinos (entorno físico y trazado del pueblo) obtenida desde la cima del cerro Overo el día de la Cruz (3 de mayo). Se observan las cumbres del Nevado de Cachi y el camino nuevo a Seclantás.

Mo.3.3 Foto 9. Mayo 1977.

2.- Mo.3.3. Foto 10. 8/5/77

3.- Tomuco. Parcelas de cultivo. Confluencia de ríos Luracatao y Amaicha y nacimiento del río Molinos.

Mo.3.3. Foto 6. Mayo 1977.

4.- Vista del pueblo y serranía desde el lecho del río Molinos.

MC/M.3.1. Foto 30. Abril 1980.

5.- Tormenta sobre el lecho del río Molinos.

MC/M.3.1. Foto 1. Marzo 1980.

6.- Vegetación xerófila característica de la región.

MC/M.3.1. Foto 32. Abril 1980.

7.- El pueblo de Molinos.

MM/M.3.7. Foto 4. Febrero 1982.

8.- El pueblo de Molinos.

MM/M.3.7. Foto 12. Febrero 1982.

9.- Vista lateral de la Iglesia San Pedro Nolasco. Frente a ella, la nueva Hostería, reconstrucción de la antigua Hacienda de Molinos.

MM/M.3.7. Foto 6. Febrero 1982.

10.- Foto junto a las autoridades del pueblo de Molinos en la Festividad de la Virgen del Valle.

Mo.3.2. Foto 17. 24 de abril de 1977.

11.- Procesión en la fiesta de la Virgen del Valle.

Mo.3.2. Foto 2. 24 de abril de 1977.

12.- Misa en el cerro Overo el día de la Cruz (3 de mayo)

Mo.3.3. Foto 15. Mayo 1977.

13.- Misachico en la fiesta de la Virgen del Valle.

Mo.3.2. Foto 5. 24 de abril de 1977.

14.- Panorámica de la procesión por las calles del pueblo de Molinos en la fiesta de la Virgen del Valle. Salida de la iglesia.

Mo.3.2. Foto 2. 24 de abril de 1977.

15.- Casa Parroquial. Concurrencia de los pobladores al novenario de la Virgen del Valle. Bazar.

Mo.3.1. Foto 31. 23 de abril de 1977.

16.- Angarilla utilizada en un "Misachico" el día de la Virgen del Valle. Culto en el ámbito doméstico en días posteriores a la festividad, al que concurren vecinos a rezar y cantar.

Mo.3.2. Foto 30. 25 de abril de 1977.

17.- Galería de vivienda típica de la región. Detalle.

MM/M.3.6. Foto 9. Febrero 1982.

18.- Vivienda típica de la región.

MM/M.3.6. Foto 6. Febrero 1982.

19.- Puesto Sanitario Amaicha.

MC/M.3.1. Foto 6. Abril 1980.

20.- Doña Nicasia y sus nietos en la galería de su vivienda. Amaicha.

MC/M.3.1. Foto 15. Abril 1980.

21.- Doña Nicasia hilando lana de llama durante una entrevista. Amaicha.

M.3.5. Foto 36. Abril 1976.

22.- Doña Lastenia en su cuarto. Molinos.

Mo.3.2. Foto 31. Abril 1977.

23.- Doña Alberta durante una entrevista. Tomuco.

Mo.3.1. Foto 3. Abril 1977.

24.- Domesiana y su nieta. Molinos

Mo.3.2. Foto 33. Abril 1977.

25.- Don Leonardo en su telar. Humanao.

MC/M.3.2. Foto 8. Abril 1980.

26.- Llegando del cerro a una consulta con doña Nicasia por un caso de *susto*. Amaicha.

Mo.3.1. Foto 10. Abril 1977.

27.- Despedida en lo de Kika. Molinos.

Mo.3.3. Foto 32. Mayo 1977.

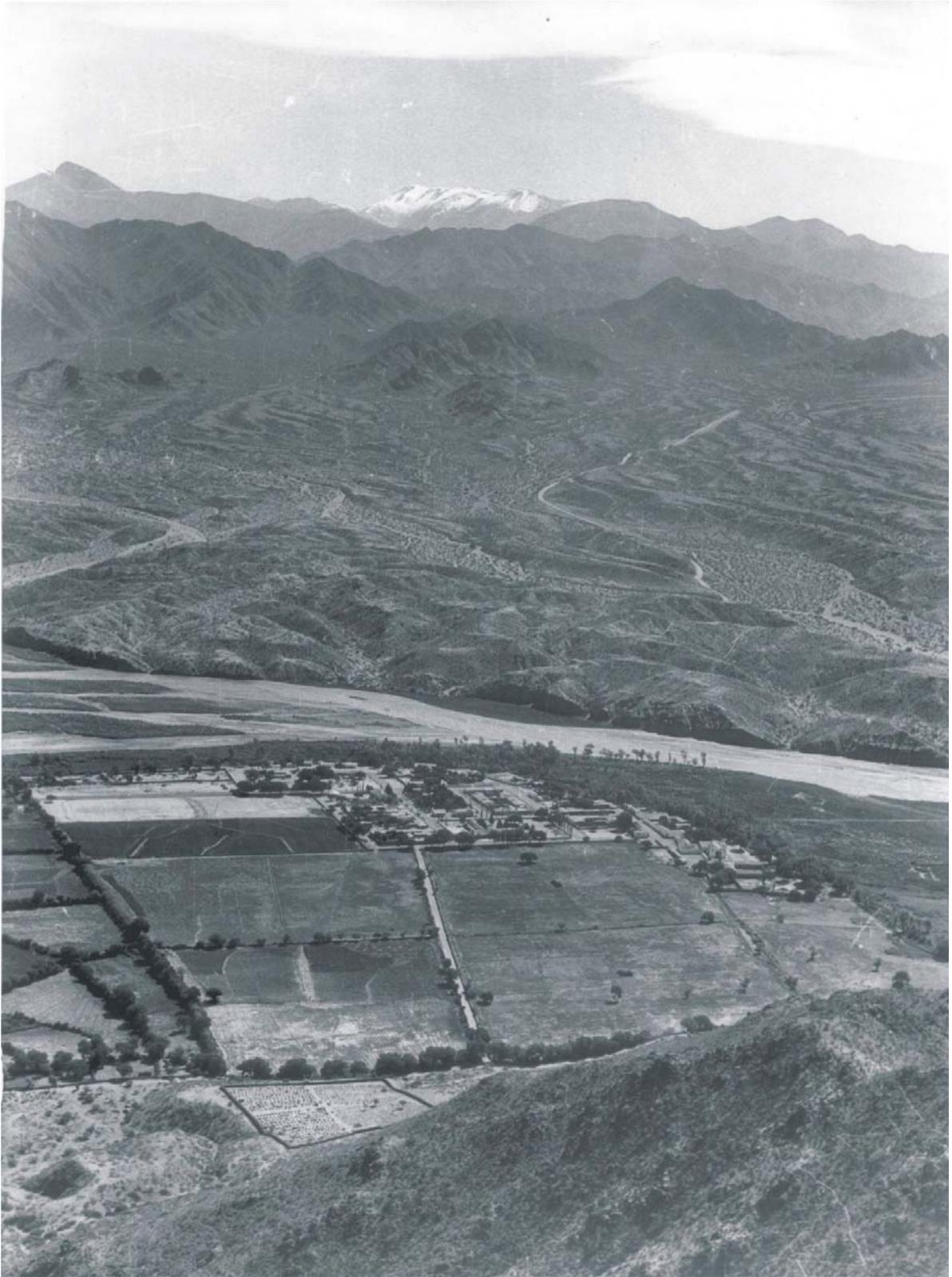


FOTO 1.- Panorámica de Molinos (entorno físico y trazado del pueblo) obtenida desde la cima del cerro Overo el día de la Cruz (3 de mayo). Se observan las cumbres del Nevado de Cachi y el camino nuevo a Seclantás.
Mo.3.3 Foto 9. Mayo 1977.



FOTO 3.- Tomuco. Parcelas de cultivo. Confluencia de ríos Luracatao y Amaicha y nacimiento del río Molinos. Mo.3.3. Foto 6. Mayo 1977.



FOTO 4.- Vista del pueblo y serranía desde el lecho del río Molinos. MC/M.3.1. Foto 30. Abril 1980.



FOTO 5.- Tormenta sobre el lecho del río Molinos. MC/M.3.1. Foto 1. Marzo 1980.



FOTO 6.- Vegetación xerófila característica de la región. MC/M.3.1. Foto 32. Abril 1980.



FOTO 7.- El pueblo de Molinos. MM/M.3.7. Foto . Febrero 1982.



FOTO 8.- El pueblo de Molinos. MM/M.3.7. Foto 12. Febrero 1982.



FOTO 9.- Vista lateral de la Iglesia San Pedro Nolasco. Frente a ella, la nueva Hostería, reconstrucción de la antigua Hacienda de Molinos. MM/M.3.7. Foto 6. Febrero 1982.

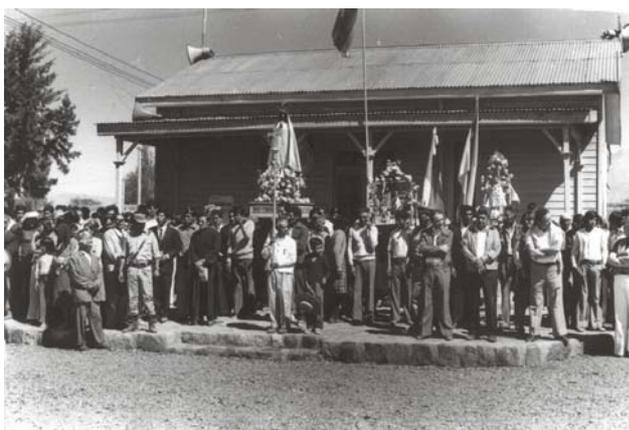


FOTO 10.- Foto junto a las autoridades del pueblo de Molinos en la Festividad de la Virgen del Valle.
Mo.3.2. Foto 17. 24 de abril de 1977.



FOTO 11.- Procepción en la fiesta de la Virgen del Valle. Mo.3.2. Foto 2. 24 de abril de 1977.



FOTO 12.- Misa en el cerro Overo el día de la Cruz (3 de mayo). Mo.3.3. Foto 15. Mayo
1977.



FOTO 13.- Misachico en la fiesta de la Virgen del Valle. Mo.3.2. Foto 5. 24 de abril de 1977.

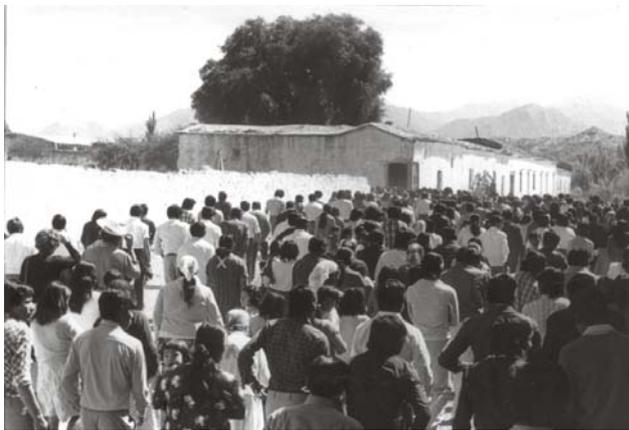


FOTO 14.- Panorámica de la procesión por las calles del pueblo de Molinos en la fiesta de la Virgen del Valle. Salida de la iglesia. Mo.3.2. Foto 2. 24 de abril de 1977.



FOTO 15.- Casa Parroquial. Concurrencia de los pobladores al novenario de la Virgen del Valle. Bazar. Mo.3.1. Foto 31. 23 de abril de 1977.



FOTO 16.- Angarilla utilizada en un "Misachico" el día de la Virgen del Valle. Culto en el ámbito doméstico en días posteriores a la festividad, al que concurren vecinos a rezar y cantar. Mo.3.2. Foto 30. 25 de abril de 1977.



FOTO 17.- Galería de vivienda típica de la región. Detalle. MM/M.3.6. Foto 9. Febrero 1982.



FOTO 18.- Vivienda típica de la región. MM/M.3.6. Foto 6. Febrero 1982.



FOTO 19.- Puesto Sanitario Amaicha. MC/M.3.1. Foto 6. Abril 1980.



FOTO 20.- Doña Nicasia y sus nietos en la galería de su vivienda. Amaicha. MC/M.3.1. Foto 15. Abril 1980.



FOTO 21.- Doña Nicasia hilando lana de llama durante una entrevista. Amaicha. M.3.5. Foto 36. Abril 1976.



FOTO 22.- Doña Lastenia en su cuarto. Molinos. Mo.3.2. Foto 31. Abril 1977.



FOTO 23.- Doña Alberta durante una entrevista. Tomuco. Mo.3.1. Foto 3. Abril 1977.



FOTO 24.- Domesiana y su nieta. Molinos. Mo.3.2. Foto 33. Abril 1977.



FOTO 25.- Don Leonardo en su telar. Humanao. MC/M.3.2. Foto 8. Abril 1980.



FOTO 26.- Llegando del cerro a una consulta con doña Nicasia por un caso de *susto*. Amaicha. Mo.3.1. Foto 10. Abril 1977.



FOTO 27.- Despedida en lo de Kika. Molinos. Mo.3.3. Foto 32. Mayo 1977.

ANEXO III.- NARRATIVA DE CASOS EN DISCURSO NATURAL

REGISTRO DE CONVERSACIÓN ESPONTÁNEA EN EL CONTEXTO DE UNA ENTREVISTA.

INFORMANTE: IT

ENTREVISTADOR: Marta Crivos

LUGAR: Molinos

SITUACION: En el interior de la vivienda de IT, con la presencia de esta última, un nieto y el entrevistador. La informante dialoga con su amiga DRL, quien la había ido a visitar mientras se efectuaba la entrevista.

REGISTRO: MC/Mo.2.7. A v187 a v279.

DESGRABACION: Marta Crivos

II: -...todavía me ha dicho que falta un litro pa'tomar pa'los nervios...si yo he estao peor D., no me podía ni parar! ...

ID: - Mirá, mi hijo mío que vive en Salta? se ha enfermao le ha dao la Neumonía, y sobre de eso le ha venío l'ataque a los nervios...

II: - Ah! Virgencita!...

ID: - Casi se ha ido! Y yo m'he ido, me han hecho llamar? me he ido y he estao dieciocho días ahí en Salta, cuidandolé...

II: - Mire!

ID: - Y no quería estar en el hospital, ya había estao dos meses en el hospital!

II: - Pobrecito!

ID: - Y no m'ha hecho avisar. Y qué, en el hospital dice que le han puesto suero, le han puesto Penicilina, mira vos

II: - Mmmm!

ID: - Cincuenta Penicilina...

II: - Virgencita!

ID: - Se ha venía abajo con eso...porque...

II: - Ay! la cola uno ya lo tiene harnero che ya veo...

ID: - No, a él le ponían aquí, ahí le ponían el suero y por el suero le ponían las inyecciones

II: - Por Dios!

ID: - El ya se ha caído los brazos, las piernas, todo se le ha caído ya, ya dice que taba la sangre volviéndose blanca

II: - Ay! Santa Virgen por Dios!

ID: - por tanta Penicilina. y ya pué cuando ya he ido yo, lo que dice –saquemé de aquí mamá, dice, saquemé,... y ha venido había el Doctor y la Doctora que l'atendían, pero la Doctora era una gran cosa, el Doctor era malo, dice - No, Usted se quiere llevar, sacar el hijo, le lleva pero su hijo está bien delicaio y otra cosa, si llega a pasar algo no la atiendo, no le vuelvo a recibir, no le doy el certificaio, nada, me dijo... será si se moría

II: - Ah!

ID: - Enton' le digo -Mire, Doctor, le digo, será lo que Dios diga, yo lo voy a sacar a mi hijo, le voy a llevar a donde vivo, porque yo hei venío de lejos y para estar haciendo viaje a cada rato no tengo plata, taban caro' los pasajes...

II: - Eso ¿no?

ID: - Por eso yo le voy a llevar, sea lo que Dios diga, total soy madre, soy responsable de mi hijo, l'dicho al Doctor... y entonc' la Doctora me ha dicho, saliendo afuerita me ha dicho la Doctora, -Vea, dice, este...Usted es dueña del hijo, dice, si le pasa algo también es dueña, pero si algo le pasa al hijo porque está delicao, si le pasa algo, Usted me busca a mí, ha dicho, la Doctora, cómo sab'ser tan buenita!, claro, sabía querer decir si mi hijo se muere, entonces ella me iba a dar el certificado!

II: - Mire Usted ¿no?

ID: - Y el Doctor me ha botao lejos nomás!...- y si vuelve Usted aquí l'he hecho firmar aquí un escrito en máquina y ya ahí ... bah! Como enton'hei estao la cabeza da vueltas ¿no? de la aflicción

II: - Ay Dios! Claro!...

ID: - El bien flaquito ... era así de gordo!

II: - Y ahora pobrecito ...

ID: - Catorce kilos debe haber bajao!

II: - Madrecita del Valle!

ID: - Era semejante de gordo él!

II: - Pobrecito!

ID: - Ha quedao de flaquito m'hijo por Dios! Y bueno, y ahí l'hei leído un poco y ahí l'hei firmao el papel que me ha hecho firmar el Doctor y l'hemos sacao, con el otro hijo que está en Salta, le hemos llevao pa'la casa de él...

II: - Eso!

ID: - Y ahí he tenío que estar, mirá he estao dos semanas cuidandolé, y claro, allá había una señora también que entiende así como dice de ella no? doña A.? (dirigiéndose al entrevistador) que entiende...para ahí le he llevao yo este... he ido a preguntar, y ella ha venío a vermélo y me l'ha dicho que si li dejaba tres días más su hijo se moría, me ha dicho la mujer...

II: - Ay! Virgencita del Valle!

ID: - Porque ya le iban a cor ... y los doctores no le hallaban, unos doctores jovencitos, digo yo!

II: - Así é!

ID: - Aprendices, tal vez ni sabrán! ha dicho que ya no le hallan si qué tiene, que tanta Penicilina, y las pastillas, cinco pastillas por día

II: - Ah!

ID: - qué también serán ... él ha salío machao limpo borracho ha salío de ahí

II: - Pobrecito, por Dios!

ID: - Bien drogao por las pastillas ... y de ahí me ha dicho ella que...me ha dao unos remedios así de litro para que tome

II: - Ella?

ID: - Y hasta que yo he querido venir, ya caminando, andando estaba

II: - Ay, mire Usted! No, yo por eso ya he disparao del Doctor (superpuesto) me ha querido llevar pa'Cachi y...

ID: - ya andando mi hijo ya, ya comía, pero él si andaba así...dice que se mareaba, era...

II: - Claro...

ID: - por tanta Penicilina y tanto que le han puesta, estaba los brazos que le dolían, se le caían las piernas...

II: - Pobrecito!

ID: - Y bueno, ahí le he dejao dos semanas he estado cuidandolé, y me he venío y ahora me han escrito ya dic' que está bien, dic' que está recuperando bien ligero...

II: - Mire Usted! Ha hecho bien de ir D.!

ID: - Ay! Cómo l'he clamao al Señor! Así como digo, que Dios diga, Él que disponga porque El es dueño de nosotros no? de nuestra salud, si es para que sane o sea lo que El diga...y...l'he sacao, l'he sacao y velay se ha compuesto...ah...ya está biencito, antes...

E: - Y qué era lo que tenía él?...qué le ha dicho la mediquita?

ID: - La mediquita me ha dicho que era el riñon, los riñones, y que el hígado también, la vesícula fiebre de la, del ... de la neumonia interna tenía él no?

II: - Madre mía!

ID: - Y tenía mucha fiebre, así que por eso dice que le ha inflamao a l'hígado. Y el hígado dice que está bien, ya no tiene, un poco tiene el riñon, -pero con estos yuyitos se le va a pasar, ha dicho. Y ese tomaba por, le daba de litro haciendo ella, y tomaba y mire ahora ya está componiendosé ya...antiayer me han escrito, dice que está bien ya, que está recuperando bien ligero..

E: - Y los yuyitos...no se acuerda qué yuyitos eran?

ID: - No, no me acuerdo yo qué yuyitos serían, porque unas veces ella le daba l'agüita hecha, y unas veces daba ya los yuyitos ya este ... envueltitos cuántos yuyitos pa'cuánto va a hacer, así me daba. Pero yo no sé qué sabrá ser, qué yuyitos serán...

E: - Pero bien buenos...

ID: - Buenos! mire cómo tan buenos! tan buenos para que ya le ha dao ganas de comer, si él no comía, le traían la comida del hospital él porfiao no comía, venía l'hermanita, le quería hacer comer a la fuerza, él comía pero parece que no podía ni tragar lo, lo que comía, y no comía...

E: - Cuántos años tiene su hijito?

ID: - Mi hijo tiene este... treinta y siete, treinta y siete años tiene...pero era de gordo digo yo, casi m'he caído viendolé a mi hijo de gordo semejante, cuando lo veo chiquitito asinita, flaquito, bien flaquito...pobre hijo, cómo se ha enfermao tan fiero!

II: - Ay Dios! así es doña D....

ID: - Bien fiero se ha enfermao...

II: - Y yo para todo el tiempo que ya he andao bien, ve ahora ya... más me ha atacaos los nervios...

ID: - Ah! los nervios ... y él l'ha atacaos los nervios, ha pensao de verse cómo estaba, y no podía sanar...

II: - Pobrecito!

ID: - ha pensao y l'ha atacao los nervios! pa qué, de noche! Ay, parece que se iba a morir ya! que eran los nervios nomás!

II: - Claro! Sabe cómo saben ser de fiero' los nervios!

ID: - Y todo eso l'ha estao curando la señora esa, pa'los nervios también, ha dicho después que le, que le cure, le refresque los riñones?, dic'que ya le va a dar remedios pa'los nervios

II: - Mire Usted! A mi me dijo doña A. también, hoy, ayer era para ir y, no! ayer he ido y no estaba, se había ido para Colomé, ya ayer no hei ido pué, y tenía visitas también aquí, han venío ay! Ya no se podía salir, ya no hei ido! Pero m'hei compuesto de eso bien rápido, fijate, un litro nomás me ha dao...m'hei compuesto bien lindo...

ANEXO IV.- FICHAS DE ENTREVISTA

ENCUADRE DE ENTREVISTA

1.-Lugar..Molinos (El Puente).....

2.-Fecha...16/11/82.....

3.-Situación... Sentados en un tronco (entrevistador e informante) al lado de la acequia donde éste último lavaba, antes de la entrevista, moldes de ladrillos de adobe como parte de su trabajo en las obras de reconstrucción de la Hacienda de Molinos encaradas por la Municipalidad.....

4.-Registro

MC/Mo.1.1., pps. 25-26.....

MC/Mo.2.9 A v 405 hasta MC/Mo.2.10 A v 333.....

REFERENCIAS DEL INFORMANTE

1.-Nombre...AG.....

2.-Edad. 62 años.....

3.-Estado civil...Viudo (Esposa: JCh, fallecida hace 21 años).....

4.-Hijos...Siete.....

5.-Nacido en...Tacuil.....

6.-Residente en ..Molinos.....

7.-Con quien/es vive. Con su hija ACh y cuatro nietos (tres varones y una mujer) de esa hija.....

8.-Tipo de actividad (del jefe de familia y del entrevistado). Trabajó en las fincas del Sr. R. (Humanao y pueblo de Molinos) como "permanente" hasta 1972. Luego trabajó haciendo "changas". Este año comenzó a trabajar en la Municipalidad de Molinos (obra de reconstrucción de la Hacienda de Molinos). Es componedor ("médico campesino") desde que vivía en Tacuil.....

8.1-Permanente:

8.2-Temporaria:

9.-Escolaridad.....

10.-Viajes o estadías en otras zonas. Vivió en Tacuil hasta el año 1960 fecha en que se traslada a Molinos donde reside hasta la actualidad.....

10.1-Frecuencia y duración

11.-Genealogía familiar.. Alude a sus padres: MF y EG. Abuelos maternos: JG y LR; abuelos paternos: FF y MS y a cinco hermanos (tres mujeres y dos varones).....

11.1-Lugar de nacimiento y residencia. Padre: Nacido en Tomuco y residente en Tacuil y San Lorenzo (ciudad de Salta); madre: Tacuil; abuelos maternos: Tacuil; abuelos paternos: Tomuco. Dos hermanas mayores residen en Salta, la hermana menor en Colomé y un hermano menor en Tacuil.....

11.2-Ocupación.

12.-Enfermedades que refiere. Quebradura, Zafado, Recalcado, Pulso, Mal ubicada la criatura (embarazo), Despalado, Desigualado de la espalda, Molido.....

12.1. Caso:.....

12.2.- Relación con el enfermo:.....

13.-Fuentes de su conocimiento. Aprendió de personas de "más cuánto", gente anciana como NR, prima hermana de su madre (Tacuil), AF (Hualfín) y NVS (Tacuil). "De ver cómo curaban, como hacían y le decían cómo curar". Actualmente tiene una aprendiz, su nieta MACH, de 11 años, quien se interesa "por ver cómo hace" su trabajo. Cura en su vivienda o en la de los enfermos. "Lo buscan" de Molinos, Tacuil y Colomé.....

ANEXO V.- CORPUS ORIGINAL DE 15 RELATOS

RELATO 1

relatante: terapeuta (médica campesina)

patología: chavalón

registro: Mo.2.8.- A 44

...Yo hace mucho había curado a una señora que estaba bien loca en Molinos, se llama Margarita. He dicho que yo ya se lo hagan, porque ella ya el doctor que le ha dicho que tiene nervios nomás. Y bueno, y tenía ella un ruido a la cabeza y que dice que se l'había querido salirse disparando la señora esa. Y bueno, l'he dicho que le pongan así ese hay que hacer un polvo molido y después (...) hallar cuchillo de cordero, hay una parte...donde tiene lo esa menudencia, hay un cosito así que se llama el cuchillito de cordero, y eso hay que hacerlo así un charquicito y polvorear bien esos remedios que están todos molidos juntos y ponerlo en la cabeza, en las sienas, aquí uno, otro ahí, otro ahí, y si desaparece ese perdimiento, esa dolencia de cabeza, con eso. Eso es bien remedio, y si tiene ese ruido, igual. Sí, señorita...

- Y esa señora, qué es lo que hizo al sentirse mal? Y qué hizo primero, no se acuerda?

- Pero, ella no sé si hubiera lavao la cabeza, que dice que ella tenía un desgusto primero; y bueno, ese desgusto le ha calzaos cosa seria. Después de ese desgusto, ella ha quedao con dolor de cabeza. Y no sé, parece que toda esa sangre, que una está saliendo y bajando ¿no es cierto? de nuestro cuerpo, parec' que se quiere paralizar ¿no? en la cabeza, y eso parec' que es por el chavalón que le dicen, decimo así. Y así, con eso que le acabo de decir parec' que marcha bien por'eso le quita enseguida.

- Y el disgusto había sido muy grande?

- Sí, muy que había sido un novio y que se habían peleao por cosas injustas qui ella se quería morir de pena y de todo porque no era verdad. Y bueno de eso dic' que le ha quedao así, despue' estaba así que si iba ella al doctor. Entonc' no eran estos eran otros, hace mucho eso, y dice que le han dicho que no tenía nada, que son nervios nada más y ella no, ps'si no dormía, ni nada, qui estaba así como si estuviera loca. Y bueno así con eso dos veces, le han puesto...

- Y la ha ido a ver a Usted?

- Sí, entonces yo l'hei dicho que le hagan así. Y bué, con eso dic'...

- Pero ella fue o ha ido un pariente a verla a Usted?

- Ha venío un pariente de ella a verme aquí. Y bueno, con eso...

- Quién era, la mamá o...?

- Es la madre...qué se llamaría? No me acuerdo. El padre sí se llamaba Benjamín, el padre, y la madre no me acuerdo fijesé, ya hace ratito del padre de ella...porque esa señora ya es una señora grande...

- Ella vivía con los padres?

- Sí, vivía con los padres. Pero cuando ella estaba, tenía ese desgusto, ya vivía sola, con su hijo ¿no? ya vivía sola, no es muy cuanto, no es cuantito, recién serán tres años...

- Hace poco.

- Poco, sí señorita. Y con eso dic' que se le ha quitao del todo.

- Ella vivía solita con su hijo...

- Sí, con su hijo...

- Y entonces quién ha sido el que la ha venido a ver a Usted?

- Cómo se llamaba?...ah, una compañera, amiga de ella, se llamaba Ema.

- Ah, una amiga...

- Amiga d'ella, se llama Ema. Cuánto es la Ema, a ver?. Le conozco mucho pero el apellido no le sé decir...

- No importa. Ha venido una amiga a verla. Y porqué no vino ella?

- Estaba, no podía porque estaba enferma, no podía más con la cabeza, que le dolía, se quería caer, y quería irse por ahí disparando porque estaba así, con eso un poco de chavalón a la cabeza. Eso debe ser que le dicen el ataque cerebral, no sé qué cosa, eso, y bueno poniendo eso dic' que...

- Y Usted le dijo a la amiga qué era lo que tenía que hacer o ya le dió el preparado?

- Yo le he dicho qué tenía que hacer. Haganlé así, y había que frisionarle mucho ésto (frotando la cabeza y las sienas) así...

- Y ella consiguió todo eso?

- Sí, sí, sí, que le ha conseguido todo y le ha puesto y al rato ya dic' que le ha pasao ya, que ha quedao como fuera que se ha alivianao la cabeza, se ha puesto livianito...

- Y quién se lo hizo, quién se lo puso?

- Ella, doña Ema, ella, porque yo le había explicao así como estoy diciéndole a Usted, y le ha puesto y con eso le ha pasao, sí, señorita (...) Y después ya se ha compuesto se ha quedao bien hasta la fecha, que no se ha enfermao más...
- Y resolvió el problema?
- Sí, señorita, sí, sí, si ha quedao bien. (...)
- Y ella primero atinaba a ir al hospital o primero...?
- Primero al hospital, al hospital, dic'que el doctor que le ha dicho: - No, nervios nomás debe ser, ya le'i pasar, no tiene nada.

RELATO 2

relatante: terapeuta (médica campesina)

patología: susto/puna/nervios

registro: Mo.2.16.- A 21

- Ahora, no hace muchito que ha venío un señor, de allá, se llama Tres Pozos la parte, lejos. Ha venío y dice que: - Hei venío a molestar, y llegando nomá (...)
- Quié será?, le digo yo. - Tá enferma una chica, dice, ha venío una chica de Tres Pozos y stá...ahi ha llegao en la casa y s'ha cáido muerta, dice. - Eh! cómo?!, le digo yo, (risas) y qué l'ha pasao?. - Pero no sé, qué le habrá pasao, dice. Y qué...de ahí después le digo: - qui esa chica tiene que ser susto, le digo, es susto y un poco que le han dao mal tratamiento en la casa, as'que le ha agarrao un desmayo. Bueno, yo he agarrao, le he dao de aquí así unas yerbitas qui le lleve y le dea, y después tenía unas pastillitas pa'l corazón, que eran esas pastillitas que a lo mejor Uste ha sentío decir: las Micorena.
- No, no las conozco.
- Y bueno, li'dao, le han dao el tecito de las yerbas y le han dao...
- Y qué yerbas le dió?
- Esí era uno, era el clavo torino, era otro, ese que le dicen toronjel (toronjil) de áhi era otro, la yerba e'la golondrina. Y bueno, esos trecitos que ha tomao y las pastillitas y se le ha quitao demasiado, todo, todo...
- Y esas yerbitas...en té?
- Sí, un té, para tomar un tecito y depués al rato la pastillita, perlititas eran. Y con eso qu'se le ha quitao y se ha venío bien asustado el hombrecito!: - Y la chica se ha cáio, llegando ha cáí...claro, pué' que ha sío que un poco que le han dao mal tratamiento en la casa, un poco que...
- Ella era de ahí, de Tres Pozos?
- De áhi de Tre Pozos...y un poco que ésta ha corrió le ha hecho mal todo ese viento, eso nom' me parece que habrá sío
- Hace poco de eso?
- Sí, no hace diítas eso...
- Y ella porqué había ido a esa casa?
- Ella había venío a avisar que...no!, dice que de la casa de ella, de la casa propia de ella se ha perdió sin avisar!. Y despué claro, ésta parec' que ha tenío hambre y sed y se arrimó áhi en otra casita de un vecino lejos y ahí stá llegando dic' que se ha puesto a llorar - ay, no es que le ha agarrao un desmayo!. Bueno, ese era un poco de susto, puna y nervios nomá, si (...) claro, la han retao (en la casa) o quizá la habrán castigao también, y era eso.
- Jovencita era?
- Chica joven (...) diez y sei años...bien joven...
- Y el señor que vino a verla a Usted era el de la casa esa?...
- De áhi de la casa, sí. Ese era de los vecinos, así que ya casi no era ni familia, nada, nada. Dic': - Qué vamo a hacer, así, que la chica se vuelve a descomponer o se vuelve a desmayar, a lo mejor se muere. Se han asustao, se han venío, ha alzao un susto y se ha venío
- Y ya ha tenido noticias de cómo está?
- Ya, ps sí, ahora yo hei preguntao (...) que está guapa, dice', esa vez nomás que se ha hecho así, no se ha vuelto a hacer más.
- Lo ha vuelto a ver al señor? El vino a verla o pasó por acá?
- Ha venío en búsqueda de un burro que había perdido. Y ha llegao y dice...le he preguntao pué' yo cómo está la chica. - Ya se ha compuesto, dice. - No se ha vuelto a hacer más?. - No, se ha compuesto.

RELATO 3

relatante: terapeuta (médica campesina)
patología: tullida
registro: Mo.2.8.- B 39

- Cuando una vez el doctor...ya le habré contao el año pasao, de una chica tullida que había...
- No. No me contó.
- ...en Tacuil, si llama María cuánto? R. debe ser. Y entonces esa chica la han curao porque l'ha agarrao será una epilepsia, que de un rato a otro una queda tullida, y la han llevao en Molinos, no la han podido cortar eso, la han llevao en Cachi, tampoco, en Salta siete meses. Y bueno, y bueno, eso sí es un milagro señorita, ese yo no digo que, que le he sanado yo, ese es un milagro. Y bueno, y entonces la han traído ya de siete meses de Salta y bueno, el doctor este era V. l'apellido que se ha afligido porque era una, una chica joven, recién casada y tenía mucho, mucho' hijitos, y de familia pobre. El doctor le he dicho bueno, te vuá' hacer la trasmisión pa' que te venga la pensión por invalidez, porque ella claro, ya no caminaba; y bueno, el doctor mismo le ha hecho todos los posibles, y esa chica después que ya la han llevao a Tacuil ya haciendo el trámite pa' que tenga esa pensión de invalidez. Y después han venío aquí la madre de la chica esa, y ha venío, y me dice: - así está mi hija qué li puedo hacer?, dice. Bué, yo le digo le va a hacer unos masajes, ya le he dicho qué remedio y todo, y bueno yo le vuá a hacer así, como se dice, una promesa al padre Pío. Y bueno, le he dicho, yo soy bien devota del padre Pío. Y bueno, y así le he hecho, pué, y fijese señorita que a los dos meses...sanita, sana y buena. Ahora ella anda corriendo, dice: yo no sé como acabar de agradecer a usted, dice...
- Pero usted le hizo algún masajecito aparte?
- Si, si, muchos señorita, muchos.
- De qué los masajes?
- Han sío unos masajes, a ver eso le va a tomar atención señorita. Ha sío uno, primero le he hecho comprar un bote de alcohol de esos de medio, y en ese alcohol ha echao, por ejemplo tres granitos, tres dienteitos de ajo, del ajo de diente de cocina, tres, y un gajito así de ruda, y un poco de alcanfor y otro poquito de esa nuez moscada, así porque yo decía a lo mejor la aire como dicen la ha agarrao la dehe...la dehe...claro, se queda como desnudada, todos estos nuditos que tenemos quedan como si fuese libres, y bueno, así que le han hecho, le han hecho seis veces los masajes esos, y pero dicen cuando hacían esos masajes señorita, que salía del cuerpo como si fuera un vapor, un vapor como si fuera qui faltaba qui hume la (...) esa. Y bueno, y así le han hecho, y ve? se ha compuesto, pero ella estaba así, promesada del padre...y hoy día, sana y buena anda corriendo ella, pero ella tiene su pensión de invalidez. Y así que después me ha dicho a mí el doctor si qué es lo que... - nada, le he dicho, ella se ha compuesto por un milagro y nada más. No le he querío decir más nada al doctor que había, porque era malo, si llamaba, era V. el apellido, el doctor V., el nombre ya no mi acuerdo. Después era bueno conmigo, ya se ha convencío, mi conversaba, si,...

RELATO 4

relatante: terapeuta (médica campesina)
patología: falseado
registro: Mo.2.8.- B 46

- ...Y otra vez un chico, un chico mío, que se ha caído e'la camioneta de los R., también, tá aquí, es grande mi hijito, tiene trece años ya, y ese ese esto estaba falseado y mi hija estaba tan mal ella, también enferma, no le podíamos llevar ni a Cachi, ni a Molinos al chico. Bué, le digo, dejál'hijita, le encarguemos un remedio de Salta, yo le voy a encargar un remedio, y los vuá a hacer los masajes, que el chico se va a componer, parece que estaba zafadito, y bueno,...y el doc...ella primero l'ha hecho un lugar l'ha llevao al doctor ese V., y bueno lo que le ha dicho el doctor que le lleve a Cachi. Y ella, m'hija, nosotros no teníamos plata, ni un cinco, señorita, con qué lo vamos a llevar a Cachi (...) Digo: - Qué le va a llevar hija a Cachi!, le digo, le hagamos los masajes aquí nomás, yo le voy a curar. Y qué después el doctor que ha preguntao si le han llevao el chico a Cachi, que le ha dicho a la Directora de aquí era la señora de uno de estos R., de don Pepe. Y dice: - Yo creo que no lo ha llevao...y se ha enojao el doctor y ha dicho: - Ahora va a ver la (...) si ella no le sana al chico, al cargo va a ser. Y era mi nieto, que ha dicho: - Ese chico va a perder el brazo por culpa de ella, y yo decía: - Dios no ha'i querer porque Dios es grande, se va a componer. Yo le he hecho los masajes y he encargao una pomada a Salta, y aquí nomás le he hecho un coso que se llama emplasto; ese...hay que moler ese garbanzo se llama pa'zafaduras, bueno yo l'he frisionado este le he visto que esté bien ya; porque estaba zafao, bien dicho, entonces yo le he hecho unas frisiones, y de ahí he agarrao hei molío el garbanzo, esos porotos blancos hay por acá...bien molidito, es trabajoso para moler, pero se

muele, y un poco de sal de compa, de ahí he echao un poco de ¿cómo es? papa también, porque estaba negro, morao si ha hecho esa parte y él es medio blanquito, taba morao, todo. Y bueno, le digo, l'hei curao li he'cho con miel de abeja l'he hecho un emplasto...mucho l'hei puesto! a la vuelta hei gastao como...lienzos blancos...y ya se ha desinchao y se ha desapareció el moretón, ya...

- Y la pomada que encargó a Salta?

- Esa ha sío ese para despué ha sío, ese ha sío la pomada

Contumac, Contumac se llama la pomada esa, esa l'hei encargao despues cuando ya le ha desapareció el moretón...

- Y en dónde la venden?

- En la farmacia señorita.

(...)

...El chico se había caído en la Escuela abajo, en la Escuela. Y la señora Directora se ha asustao me l'ha tráido entregao en la casa, y que ha dicho que le lleve pa'Molinos ya nomás Dionisia, que le lleve, que el chico lloraba desconsoladamente, y cuando él ha llegao con otro chico grande y escuelero entonces yo le he visto y me he asustao yo de verlo así, taba chueco el brazo, he agarrao y enderezao, susto y todo, si yo también una vez m'hei curao lo mismo. Yo estaba accidentada, mi ha volteao un caballo y este hombro se ha salío, taba abajo. Yo ya he agarrao y puesto una correa así, hecho un masaje y un solo dolor ha reventao. Bien fuerte se ha puesto en su lugar! Y d'áhi m'he curao despué m'ido a Salta yo...

- ...el chiquito que curó era su nieto?

- Mi nieto, y ahora es sano y bueno ese, por eso ya el doctor ha dicho: -ese chico tienen que llevarle a Cachi, y nosotros no teníamos plata pué con qué lo íbamo a llevar? porque des' que uno sale de aquí ya se necesita pagar hasta...con qué lo íbamo a llevar? mi hija estaba enferma, estaba tan mal ella y...bueno no le hemos llevado yo l'hei curao aqui hace rato, l'hei hecho un emplasto, después del emplasto le veía que no está chueco el brazo, le hacía maniobrar cuando ya él no se quiere que le toquen, yo le hacía qui maniobre, le hacía así unas frisiones y maniobraba el brazo, y el chico a los quince días ya ha estao sano sano del brazo, después ya que se ha enterao el doctor que: -Ya l'han llevao el chico a Cachi? - No, que no le han llevao. - Bueno, si el chico ha perdió ese brazo, ella va a ser, que le vuá echar acá que ya...Y nada, y después le había preguntao a mi hija, le ha hecho llamar pa'verle, si con qué la curó. Y m'hija, qui le ha dicho: - Así l'ha curao ella, mi mama, l'ha curao así, después le ha encargao una pomada. -Quí pomada? le ha dicho Midalgan, le encar...no, este...Contumac y otro este...Opodolor, cuando él tenga muchos dolores para hacerle una frisión. Y con todo eso si ha quedao sano, pué él e'sanito ahora, grande ya, escuelero, stá en sexto grado. Así que enton' el doctor, ya sabía no, ya parece que siempre me si observaba qui ésta está dándosé di qui cura y qué se yo, y después ya me quería, no me ha dicho nada, no me ha echao el cargo el nieto, nada...

RELATO 5¹

relatante: tercero

referido a: hijo

registro: Mo.2.9.- A 49

...Yo tengo este chango enfermo, no mira, sabe Usted?, yo le habrei curao, no si deja. Y ha perdió nomás la vista, no mira claro, nada. Ay! siquiera pa'poner cualquier remedito y untarle así pa que se dehinfeste de enfermedad y no se deja pué.

- Y qué puede ser bueno para eso?

Para eso puede ser este, por ejemplo: rositas, airampo, (salcito), quimpi, pero eso (frescar?) y mojar con leche de gente y untarlo por ahi siquiera para que...

- Ajá...es bueno...

- Eso es bueno para un golpe. Hasta el quimpi sólo es pué bueno, para un golpe...eh?. Y éste no se deja po'es le ha avanzao así, éste sabía mirar clarito, sabía andar señorita, y después bueno, se ha golpeao con un palo y Dios me guarde! Y me lo han curao ahí pue usted ¿no? (a la maestra) con (...) y de ahí le ha pasao a otro lado pué, yo creía que no le iba a pasar, empezaba a (tapa tando?) oscuro, oscuro. Y bueno, y después sabía bajarlo al hospital, sabían echar esas gotas negras, esas gotas negras le ha empañao.

Maestra: - No, capaz que tuvo cataratas.

- Sí ¿no?

¹Este relato y el siguiente (Relato 6) fueron obtenidos en el transcurso de dos entrevistas realizadas en presencia de una de las maestras de Colomé.

Maestra: - Eso cubre, la nube ahí...Eso é. Se ha lastimao el ojo y entonces se hace así.
 - Sí, el miraba claro, y después, después sabía curarse con eso...y bué, y después ya más pué.
 - Y qué le pasó?
 - Eh? Estaba hachando y se ha golpeao con un palo, ha brincao así y ha dao así (...) Tiene una mancha negra, tiene, golpeao. Pero primero ha quedao sanito, me lo ha curao esi...esi...señorcito que era el...quí ha venío una vez, quién, cómo se llama?
 Maestra: - El boliviano?
 - No, taba en la Escuela, máestro de la Escuela. Y...le ha curao Usted (a la maestra) y la señorita Mecha y el señorcito qui era (...)
 Maestra: - Mae'S..
 - Eh, ve! (...) ustedes han hecho qué vuá decir que se le va a tapar (...)
 Maestra: - Es que después se ha formao...después con el tiempo...
 - Así, después yo le sabía llevar pa l'hospital, después, después ya no se ha dejao nada, ni a curarse, nada. El doctor me dice que el cerebro stá apretado (cede?) mucho pué, la presión, a la cabeza. Y ahí está pué no lo pué' llevar, no hay en qué pué. A veces le llevo, toy áhi, traigo, si compuene y vuelta y después vuelta no puedo ir pué ya, a hacer control. Tiene que estar demorando el pobrecito ahí, sufriendo, y ahora mismo stá así. No puede mirar nada...se puene ya a llorar (...) me dice: - mamita, no pué' mirar; y qué vuá hacer pué yo?, no puedo hacer nada. Apenas agarro ese y hei puesto ni deja, no se deja pué curar! (...) y ahora está con eso (señalando ampollas en la cara, sobre todo en la boca) que no lo pué'sacar eso, le ha salío, porqué le puede salir? por la debilidad o por un estómago sucio? (a la maestra)
 Maestra: - No, ya le hubiera salido eso, no, eso es ya de la sangre...
 - De eso ha de ser, pero ve toda la cara tiene esta cara (...) eh?, y todo esto tiene que no le puedo curar que a lo mejor pa' dentro e'enfermo, sucio nomá'el estómago...
 Maestra: - Y bueno, que vaya a la escuela, le vamo a poner las pomadas y...en la cara así, eso. Eso é que se lastiman y después la misma suciedad se...se hacen esos granos también.
 -Así sabrá ser pué señorita, y aquí está pué el pobrecito. Ahora le iba a llevar pa' la señora a la Sala y (la maestra se levanta y va a revisarlo)...aquí esta el hijito, aquí está con la vista hinchada, también (...)

RELATO 6

relatante: tercero
 referido a: hija
 patología: mal dar
 registro: Mo.2.9.- B 29

-...Mi hija estaba curar y curar, medicas no le hacían nada, iba al Hospital, no le hacía nada, y venía l'mismo y sacaban médicas campesinas. Va...igual nomá venía después mi hija, hasta ha ido aquí en doña Virginia, esa sí, esa señora...áhi me la ha sujetao a mi hija...pero stá a medio curar, cae en la cama (...) mi Tomasa...
 Maestra: - Ahora está en la cama?
 - No, la señora doña Virginia...
 Maestra: - Ahora está ahí?
 - En la cama hai d'estar. Stá a meío curá pué mi Tomasa. Qui eso no era por enfermedad que (...) curar y curar igual, mas grave, mas grave, qui se ha enfermao fiero m'hija! señorita. Aunque ahora está trajinando. Qui sabe star montón al lado de ella llorando...y...áhi stá. Aquí dicen en El Pozo, aquí en Cuchiyacu, dicen que curaban de esas cosas (...) y le ha dao pa la inflamación del corazón y de la matrí y pa'l mal también, pero no lo han matao pué al mal, y seguía y seguía y seguía. Y enton' yo le digo: - No sigas, así nomás l'agarramo y llevemo allá a La Paya l'hemos llevao. Y de áhi ha vuelto y lo mismo seguía porque hacían de encima y no le daban pa dentro. Un fuerzudo é quien saca el mal...eh? y que pué! los bichos no se hacían nada pué! hasta le digo no (...) vo' no vuá hacer curar, yo me voy pa'Salta, le digo, entonces...salí pué, s'ido aquí en...yo ya le'i buscao los remedios a doña Virginia...yo hei sanao ahí, ahí he sanao porque yo estaba 'mbiénd de esas cosas, pués he dicho: - Ahí está la señora, entonc' ha agarrao y la ha llevao para ahí
 - Y qué era lo que sentía su hija?
 - Pero ella sentía unos dolores, como fuera un áuja la sentía de atrás...
 - En donde?
 - Atrás (señalándose el último tramo de la columna vertebral)

aquí...en lugar de ahí, como si fuera aquí todo...tiene como si fuera un áuja porque es que (...) los dos cuchillos así hincados ahí...los que saben allá. Y bueno, dicen que ha sido una travesura pué...una travesura a m'hijita

- Una travesura, y no han sabido quién?

- No, pero después le han hecho las limpiezas pare' y ha salío pué ya todo, la persona, todo, ese había sido un mal y bueno, le asentaban para adentro, pué. Y enton' ya l'agarrao le'i dicho que le lleve ahí en doña Virginia, y me le ha hecho (...) una limpiecita y después le ha dao las bebidas, con eso l'ha sujetao. Esa q'traen de La Quiaca los de antes traían, esos polvos, esos son para el mal, esos lo componen bien...y perdemos doña Virginia y ahí quedamos pué, ya, tenemos que morir todos allá. Y ésta ya estaba medio arriesgao pué también la enfermedad, por eso ya no la podía hacer nada esta señora de El Pozo cura ese también mal dar, toda enfermedad...(...)

- Y qué le ha dado allá en El Pozo?

- Y ahí le han dao también así pa'que se unte, por ejemplo pomadas, qué pomada sería? cuál se ha untao? cuál se compró?. Ah, le ha hecho comprar de los bolivianos. Cómo se llamaba esa pomadita? Este...así...reuma dicen...del corazón, corazón también cura esa señora...también cura, para inflamación, todo...

- Y como se dió cuenta que tenía el mal aire...su hija?

- Esa señora pué...ella le ha sacao clarito como las adivinas...

- Y ella cómo adivina?

- En la vela. Tiene una iglesia bien bonita que y hay que decir a ella que la prenda una vela y ya lo ha sacao pué. De ahí que le ha dicho, no sé como vaya que le ha dicho dispuesta hemo agarrado tenem' que llevar a La Paya comentan que hay un hombre que saca, también la ha sacao pué a la persona, pero igual hemo' venío aquí, hemos venio aquí, mismo seguía porque dicen que es que le hacian de encima y asentaba pa'dentro el mal dar, pué, no tomaba fuerzudos para adentro. Y he agarrao y he llevao para ahí, pué...Seclantás...esa senora...y justamente que le está curando, l'está curando, va y cae en la cama. Se ha tenío que venir m'hija para acá, medio curada. Y así ha estao pué, pero ahora algo hace (...) primero no hacía nada, pobrecita, estaba una lástima, qué mire usted qué travesura hincarle los cuchillos (...) porqué será la gente, muchas veces (...)

registro: Mo.2.11.- A 2

Maestra: - Y dónde era que estaba la Tomasa?

- Ahora?...acá...eh...aquí está señorita.

- Ya volvió?

- Eh...sí. Aquí estaba, ha ido a despachar el almuerzo el marío ha venío...(...) yo creo que ha vuelto ya...

- Y cómo se siente ahora?

- Pero, ella (...) le agarran mareos pué, dice que ahí en tras la espalda ahí siempre, siempre le ocupa acero y le empieza a jugar adentro, en la carne. Y eso todavía no lo han sacao...

- No se lo pudo sacar?

- Y no, porque sí...sabe qui faltan los remedios para eso.

- Y ha estado mucho tiempo allá en lo de doña Virginia?

- No...ella...su enfermedad ya son cinco meses

- Y cómo empezó?

Ella sabía andar (...) andaba así por ahí pa'la comida, así corriendo, y tan tan ya le ha empezao como tuviera adentrando una áuja pa'bien dicho...

- En la espalda?

- No, aquí, en toda la banda aquí atrás acá pa'bien dicho, las caderas, por ahí, y siente, siente y siente y un día le digo: - Qué vamo a hacer?, mejor, le digo, que vaya al doctor, andate al doctor y no sai poder ir se ha hecho pasar tiempo. Un día le digo: - No voy a star mas, andate, y un tiempo se ha ido y ahí cuando ha ido al doctor no l'halla nada pué.

- Adonde ha ido?

- Aquí a Molinos. No le encontraba nada y no le curaba nada, no le daba ni tratamiento ni nada, el doctor...la doctora pa'bien dicho. Y último sabía andar, ahí estao mas de quince días en Molinos, sin qui le curen ni nada pué, y después ha venío; dic' cuando andaba ahí ella se ha caío descompuesta pué ya, una descompuestura le ha venío...recién que le ha creío la doctora y bueno, muchas veces, como ellos no conocen de esa enfermedad, claro, no le encontraban nada, apenas le hallaban la debilidad y...

- Y dónde se quedaba ella allá en Molinos?

- En casa de su hermana, tengo yo una hija allí en...usted la conoce (dirigiéndose a la maestra)

Maestra: - Marta

- Ella para ahora ahí en...primero era en El Reparó, ahora vive más abajo, allá se ha cambiao...a la llegada (...) en esas piecitas, ahí vive m'hija, e ahí que estaba descompuesta y decía que tengo que venir pa'l'hospital y la ha llevao la ambulancia y recién bien le ha créio la doctora...

- Y Usted antes no trató de curarla, antes de ir allá?

- No, no, porque sabe que sabemos andar por, mejor dicho, por aquí, por d'doña Nicasia y ella ya le ha dicho que no pué tomar los remedios porque ella estaba de embarazo, ah...y para esa enfermedad no podía tomar. Y después hemos ido ¿adonde era? pa'l doctor, y bueno...

- Y a lo de doña Nicasia fueron al principio, cuando recién empezó la enfermedad? - Sí, ella...para eso hemos ido nosotros, como ella estaba de embarazo...sabemos ir para eso siempre y ella no nos quería dar nada...(...) antes nos daba unas pastillitas y nada mas (...) Y así y así, hasta mientras se ha enfermao y ha ido pa'l doctor pué y el doctor le ha dicho: - Te falta un mes todavía pa'que ti enfermes. - No, mas de ocho días no paso, le ha dicho. - Bueno, andate pa'tu casa y después volvé y vení enfermame aquí porque vos necesitás el tratamiento ese para hacer los análisis de sangre...stás muy débil, bueno, mejor que vos te enfermes...

- Qué tenía? En la sangre?

- Débil, debilidad, le dijo la doctora. Y entonces ella ha venío, entonc' cuando ya la han despachao de descompostura enton' ya la han despachao pué la pobrecita para acá...apenas un día que l'han tenío y - Vos no tenis nada, nada, y la han despachao pués. Ella ha venío aquí y ha seguido igual nomás, igual, y hasta que se ha enfermao, ve ese día le digo (...) tratamiento, y digo: - Andate hija andate pa'la Sala ahí qui te curen (...). Y Usted un día se acuerda señorita? (dirigiéndose a la maestra) le digo: - Andate hija andate, le digo, y se ha ido y ella ya no ha estao su cuerpo ya conocida pué qui se va a enfermar y ha venío aquí (...) señorita

Maestra: - Tenía que ir a ponerse otra inyección...una nomás ha puesto.

- Sí, sí, unita y bueno, esa ya seguido, seguido, seguido hasta que ha (...) y aquí nomás yo tenía miedo, como esta...como esto mal parto. Yo le decía aquí: - Te has venío de Molinos ahí nomás la doctora t'iba a atender, claro, ahí están los tubos de suero y todo y mirá que vo aquí me hacés asustar ¿qué hago? (...) y solita mi alma yo...l'esposo ha salío corriendo, voy a ir a qui vengan a ayudarme a atender a (...) otra partera...nada pué yo solita (...)

- Y cómo fue que hizo?

- Biencito nomás, gracias a Dios, sabe venir descompostura, y decía ella estaba acobardada ella, y enferma peor, pué, y yo daba...llamaba para los chicos y nada mas, decía: - Vengan no se vayan lejos, y no venía el hombre (...) y después que ha estao ella acostada en la cama, recién ha dentrao el esposo

Maestra: - Ya cuando ya había tenío el chico?

- Ya lo ha tenío...

Maestra: - Con quién ha tenío?

- Con la mujer de don...tío Hilario, esa es baqueana. También ya estaba lista pué ella...

- Ha llegado tarde

- Eh...gracias a Dios biencito nomás. Y después taba así no se ha guardao nada, pué, apenas taría con dos, tres días y ya ha empezao ella a salir para afuera (...), no se cuida nada pué, y yo le decía no hagas así Tomasa, cuidate (...) tan, tan ya le ha empezao a aparecer atrás pué ya vuelta los dolores, ya mas gravedad después ya. Y así, y así hasta que...qué vamo a hacer? y el hombre se iba para Amaicha pué pa'doña Nicasia y traía unas pastillas, qué sabrán ser pué las pastillas? y eso tomaba y bueno, con eso seguía nada, vuelta li venía, así como pa'descomponers...usted viera se desfiguraba fiero, y bueno así sabíamo andar hasta que...como era...la ha llevado (...) pa'l doctor, pa'la doctora, pero después que ha tenío el chico, ha ido y ha vuelto. Ha venío lo mismo, pué, seguía, y seguía y seguía, hasta el último digo: - No, esto está fiero. Y se ha ido pué de esa señora, de la médica ésta que...y ella lo ha sacao clarito, como yo le decía, estos no son que le van a conocer los doctores, si estos son gente que Dios no l'ha...pa'l'enfermedad. Y así mismo le ha sacao eso. Recién ha créido el esposo...(...) cuando ha ido a esa médica le ha dicho clarito, pué, de ahí ha tráido, pero ha tráido un líquido. Eso no hace nada pué, apenas pa'l'inflamación del corazón, y pa'l'inflamación de la matriz, y él había tráido así un líquido para que le tome (...) y lo que le ha dicho es que: - Cosa sería esta gravedad de tu senora y la vela qui se hacía oscuro y qui se apagaba y...ay! qui estaba fiero! Yo estaba ya limpo ya...llorando por mi hija, qué mas pué!...

- Doña Virginia le ha leído en la vela?

- No, aquí en El Pozo, ésta se llama...aquí en Cuchiyacu, se llama la médica...qué se llamará? Ahi ha ido, en primero, y ha venío y bueno, pa'l'inflamacion se ha compuesto, se ha compuesto un poco le ha dicho que le hagan las limpiezas, y bué pero no ha tomao nada pué, no le hacía nada para adentro, y seguía nomás con los dolores aquí atrás, seguía y seguía nomás, digo: - Qué vamo a hacer? a ver si un poquito avivaba (...) dice: - Esta chica no vamo a poder componerla, mejor cambiamos medica, ocasiones ha ido a traer (...) nada, igual seguía, y cambiemos mejor. Hemos tenío que ir por allá pa'La Paya, ahí l'hemos llevao, ahi hay un hombrecito que comentan que es bueno, es medico

y...pa'ahí la han llevao, y ahí también le ha hecho unas limpiezas, ha estao como cuatro días, ya se ha venío, ha llegao aquí (...) seguía lo mismo.

- Qué limpiezas le ha hecho?

- Esas se llaman unas limpiezas, que hacen con...bien dicho...limpian todo el cuerpo. Eso es para esas cosas serias ¿no?...limpian todo el cuerpo, todo, todo

- Con qué?...(...) qué es lo que le pasan? agua?

- Es un remedio (...) mas bien dicho dos alumbres, y el otro si llama...alcanfor. Yo quisiera usted qui aprenda de esas cosas curar (...) yo eso li voy a enseñar, señorita, qui aprenda esas cosas...

- Dos alumbres y qué más era?

- Sí. Dos alumbres, de ahí era viene...alcanfor, de ahí otra...no sé qué sabrán echar mas (...) ese tienen que moler y mojar en ruda, mojar en alcohol y hacerse unas limpiezas...pasarle así (desliza sus manos desde su cabeza hasta sus pies)...y después eso quemarle, ahí se forma pué ya nomá el dar. Según ya si li saca. Y bueno, ahí se forma la persona pué señorita. Maestra: - Se forma?

- Se forma la persona pero (...) pa'traerle y presentarle porqué

hace así ¿eh? (...) eso hacen porque gusto tienen de verse a tata Dios...y bueno y despues l'ha sacao y no le ha dao para adentro pué el fuerzudito y ha quedao, ha venío aquí, lo mismo seguía (...) ya le digo: - No, mejor este...cambiemos médica, le digo. Y vuelta hemos tenío que ir a preguntar pué si está esa señora. Y...gracias a Dios ahí había estao. Así que le hemos tráido unas bebidas en dos ocasiones y después ya la hemos tenío que mandar (...)

...l'hemos tenío que llevar ahí pué. Y ahí cuando ha llegao, le ha hecho una limpieza la doña Virginia, y lo mismo ha dicho pué, le dicen unos, le dicen otros, que ese nomá es el mal dar, y también ha salío la persona...todo.

- Ha salido? Cómo sale la persona?

- Sale ahí en el alumbre cuando quema...sale así como bien dicho...como foto (...) así se forma

Maestra: - La que le hace el mal?

- Esa sale...en el alumbre si forma ya, bien clarito, todo, como es el vestimiento, cómo está, cuando ella está jodiendo así trabajando, esas cosas, todo sale, clarito, sale así como foto cuando uno le quema la...y bueno ha venío aquí seguía lo mismo y después...

- Perdona señora, eso es después que le hacen la limpieza?

- Sí, sí, sí.

- Primero le hacen la limpieza y después...

- Desboronar en el suelo, así, en algo tenemos que recibir. Y bueno ahí cae pué todo la limpia y se desborona ahí, y entonc' uno hay que agarrar eso ligerito nomá a quemar...pa' que no nos pase a nosotros, pa'bien dicho (...) fulero esas cosas pué. Y entonces ya sale por foto allá se forma ¿eh?, ya le conocemos la persona...

- Y después qué se hace una vez que se sabe quién es?

- Uno ya se interesa (...) por eso es que hicieron coraje pué, y pa'bien dicho uno va ir un débil y va a hacer...y pasa pué al cristiano, eso es fúlera señorita, cosa serias son esas. Y si uno no le saca ligerito ya estamos listos pué señorita. Llegando al corazón, chau pué ya, y bueno ya viene la tata Dios pué señorita (...) fiero es.

RELATO 7

relatante: enfermo

patología: sordera

registro: Mo.2.18 - B 11

- Anda con tos?

- No, sabe que yo me ahogo ¿qué será? Stoy tomando unas pastillas y parec' que las pastillas me hacen peor (...) tengo un ruido en la cabeza, que no me duele nada, no me duele ninguna cosa, nada, pero (expira profundamente simulando el ruido) y sorda a veces, bien sorda. Amanezco sorda, sorda; tengo un ruido aquí en la cabeza (simula el ruido). La doctora me ha dicho que es la vejez, que es la vejez, que ya no tengo remedio...y el doctor en Cachi me ha dicho que hei tomao muchas pastillas, estaba débil, se m'iba a la cabeza las pastillas porqui es que tomaba como siete pastillas por día. Tomaba antes del desayuno, después del desayuno, a las doce, en la tarde y...ya no tenía ganas de comer ya cualquier co' (simula un eructo) me salía una gas ya de un olor a la pastilla y así...después -

Hace mucho?

- Hace mucho. Despué he vuelto a ir para la doctora y me ha dicho que no, que, que esos ruidos ya no m'va quitar, que esa es la vejez. Tengo setenta y dos años, lo vuá cumplir en agosto, setenta y dos. Y el doctor me ha dicho en Cachi que no, que sí, que me alimente nomás y que que puedo criarlos, todavía puedo criar a los bisnietos también, que no afloje, que estoy guapa, que no esté flojeando,

que me alimente, que coma mucho jugo de carne, de papa, de zanoria de todo, verduras, mazamorra (se rie), que tome leche. Bah! la leche no hay pué! Solamente comprándose la leche Nido, leche de vaca no hay, hay lejos, en Humanao para ahí atrás y cara! ¿si uno no tiene plata?

- Así que hace mucho que está así?

- Sí. No sé qui será ese ruido a la...?

- Qué podrá ser?

- Me han dicho que soy débil al cerebro y que es de lo que las pastillas que tomo, vaya a saber! - Se hizo tratar por alguna "médica campesina"?

- No! No, si! ahí en Cachi, el año pasado, ya va a hacer un año, me ha dicho la señora que porq'he tenía tantos hijos chicos (...) mucho arrebató acá en la cabeza, que me lave (la cabeza) con los remedios para atrás y me peine pa'tras y me quede recostada siquiera un día (...) un día, ese día, al otro día, qui me peinen pa'tras. No mi he'cho (...) los remedios, yuyos del campo, no mi he'cho

- No se los hizo?

- No, no mi he'cho; quién me va a lavar!

RELATO 8

Relatante: tercero

referido a: hija

registro: Mo.2.13.- B 55

-...Y qué ha pasado con la nenita? Le han dicho algo o...?

- La nenita está un poco mejor, está recuperando bien, más o meno, ya dicen que duerme tranquilo...

- Qué era lo que le pasó?

- Pero esta chiquita ha venío, le ha dao un vómito y una diarrea, y al tiempo le ha venío la fiebre, y la fiebre dicen que no le pueden quitar, no le pueden cortar la fiebre, dice que le vuelve al día o a la noche, siempre le vuelve, le vuelve...

- La han tratado allá, con la señora...con la prima...con la médica campesina?

- Ah, no, nada

- Por si estaba asustada...

- Nada, nada, no la hemos...de eso quería hablarle yo ahora por verle al doctor si me podía dar l'alta entonces yo la quería llevar pa verle por otro lao, vamo a ver qué (...) porque no pueden quitar la fiebre y los vómitos, ya pueden quitar ellos aquí. Ya los vómitos los pueden quitar...cuanto antes, y no le quitan pué, siempre tiene, pero ya está un poquito mejor, pero la cara no está desfigurada, está componiendo la cara ya...

- Porqué? Qué tenía?

- Desfigurada estaba. Estaba media pálida, así que no sé, porqué será esta chica que no está pudiendo recuperar

-Y fué de repente o...?

- De repente, tando bien ha sentío, tando bien. Ahí han venío otras dos chicas han venío de allí de Tacuil también han venío en el camión ayer tarde y también dicen que le ha agarrao así a una chica, esa creo que es más grandecita, la ha agarrao también de vómitos el sábado a la tarde le ha agarrao vómitos y diarrea. De golpe, de golpe, tando bien, dicen; pero dicen que le ha dao geniolicito infantil esos chiquitos y que se ha compuesto y le ha quitao la fiebre, pero que tiene fiebre. A lo mejor será una peste muy (...) capaz, puede ser,...

- Claro, si le ha dado a otros chicos...

- Sí, le ha dao a otros chicos ya. Si le dan...porque le ha dicho el doctor que le va a dar rem...no sé al final lo'hará quedar o los despachará (...) tiene fiebre todavía y...no sé si lo'hará quedar o cómo será pué (...) ha quedao hasta el sabado...internada...

- Cuándo la trajo?

- El viernes

- Y estaba enfermita desde hacía cuánto?

- Allá se ha sentío el miércoles por la tarde, y el jueves le hemos tardao por'no hemos podío venir, le hemos tardao ese día, y creíamos que se va a suspender, se va a componer o algo y...nada pué. Y el viernes a la madrugada la hemos traído, a la mañana...Así que hasta el viernes va a estar ocho días(...)

- Qué sabrá ser ¿no?

- Pero no sé que será que ha pasao con esta criatura, que le ha pasao tan...taba tan lindita la chica, juiciosa, tiene siete meses. Chica juiciosa, juiciosa, bien juiciosa ella...brincoteadora, yo l'he enseñao a caminar ya pué ya caminadorita é. Le he enseñao yo a mis hijitos todos le'he enseñao...

- Qué tiempo tiene?

- Siete meses tiene.
- Uh! qué chiquitita!
- Chiquitita é. Bien chiquita. Cara chiquita, delgadita, media larguchita sí, pero chiquitita. pero, manos chiquitas y...lindita la chiquita, y bien juiciosa, juiciosa. Apenas me vé a mí, ya -papi, papi...me conoce a mí. Y cuando salgo yo -buah...llora...(risa) No son así las guaguas, no sé porqué esta critatura tan viva. Ya se me ha enfermao dos ocasiones ya (...) pero el patrón nomá la ha curao y no se ha enfermao tan grave, unos días nomás ha estao...
- Qué le pasó?
- También le ha dao este...un dolor de barriga, parece que tenía la chica. Un dolor de barriga y empezaba, qué le llamamos a erotar, a erotar. Bueno, a lo mejor le habrá agarrao una leche, puede ser, o en la comida. La doctora nos dijo que de tres meses le demos la comida. Le damos la comida, le damos el jugo del arroz, ya cocinao, con carne pero sin grasa, desgrasada. Y no'han dicho que le hagamo el puré de la...del zapallo, de la zanoria, puré de papa, hacerle así nomá, a las once, teníamos hora pa'darle de comer. Y ella es comedora, comedora, come bien lindo, bien lindo. Come y se queda tranquila jugando...
- Y le dió el dolorcito de barriga después...
- Despué ya cuando le ha pasao le ha pasao, ya no ha tenío más...guapita, guapita. Majaderita ¿no?, porqui la quieren todito en la casa. Ya están unos, ya están otros, ya está el uno, así que ella está acostumbrada, la hacen echar un ratito y ella ya no quiere estar...
- Malcriada!
- Malcriada en forma! (risas) malcriada en forma
- Me imagino
- Qué malcriada é!...Si nosotros hemos criado las guaguas apenas solamente la señora venía a hacerlos mamar y dejarlos, nada más, darles la leche y hacerlos mamar la hora que tocaba hacer mamar y la guagua hasta ocho meses, siete meses, ocho meses, vivía casi en cama y esta no!, pué esta no sé porqué...si estaría tres meses en la cama, ya mismo empezó a cargarle ya. Esta no (...) ya se ha acostumbrao qué! los chicos ya se acostumbran, se acostumbran, no quieren quedar...
- Y esa vez la han llevado al patrón para que la cure?
- El patrón es curioso, el patrón ha estao estudiando a médico, este hombre. Dice que ya sabía todo más o meno y cuando le han dao (...) cuando l'han hecho pasar al último cuando le han dao ya un cadaver abierto dice, ahí se ha (...) pué el patrón, áhi no ha querío saber nada. Ahí ha tenío miedo dice que le dan un cadaver abierto pa que lo estudie, abierto ya, un cadaver de dos, cuatro, cinco días. Bueno, áhi es que casi ha muerto, casi un mes que ha estao enfermo el patrón, le ha agarrao un...que agarra un gas que agarra (...) del muerto y casi (...) casi un mes que ha estao un mes y más me ha dicho. No podía comer la carne, quería comer la carne, ya le representaba (risas). Bueno, ha dejao de joder, no ha querío saber nada...(risas)
- Y ahora la curó a la nenita?
- Sí, de ahí ha aprendio porque este sabe, tiene remedios él de allá pa todo, para fiebre para, en fin, y pastillas en fin, gotas, todo, para el dolor de muelas, para el dolor de oídos, para cabeza para, todo tiene, lleva comprando. Y me ha dao gotas y se ha compuesto la chica...
- Y ya se le ha pasado...
- Y se le ha pasao eso, ve ahora l'ha vuelto a pillar. No sé que es lo que pasa con esta chica...
- Pero hace mucho fué lo del dolor de barriga?
- Ya hace casi veinte días ha hecho ya hasta que le ha vuelto a pillar, poco más, no es muy cuanto, no me acuerdo cuánto ha sío...Así es
- Qué habrá sido? Comió algo?
- Pero no debe...comer allá, fruta no tenemo. La fruta e jodido también, también es jodido pa la criatura pa darle fruta, por ahí le dan algo mal la fruta o...pero no hay fruta ahora allá, no ha habío este año. También se me han enfermao la'guagua a mí con fruta porque le dan la uva que esté picada o algo como ahí vino una enfermera y le dió una mala, y si no la escogimos la guagua la come y le hace mal le viene diarrea y vómitos también y pasa con querer darle la fruta verde, la embroma, eso es veneno para la criatura, pero ahora no hay fruta, nada no, no sé...El queso también es malo para la criatura...
- Qué es lo que produce?
- Y lo...lo recarga el estómago, parece que lo agarra vómito...

RELATO 9

relatante: tercero
referido a: hijo
registro: Mo.2.15. - A 6

...Así le ha pasao a mi Clemente, cuando vivíamos en Amaicha lo ha agarrao el sarampión, y entonce...ha tenío hemorragia. Qué había que hacerlo? Sólo venía la sangre y la sangre. Y qué? no había médico, donde vivíamos e'lejo...

- Hubo muchos casos de sarampión en esa época en Amaicha ¿no?

- Uh!...eso'año! Se ha muerto la gente...así chiquitos ¿no? Pero de los míos no se ha muerto ninguno, para qué voy a decir. Sufría Silvia y Agustín y éste con el sarampión y no había qué hacerle, y...cómo uno va a salvar si uno no sabe qué, apenas verlo. Y cuando les dé el viento, cuando se abre la puerta (...) se asienta el sarampión para adentro, y eso es peligroso...Y eso entonce hay también una cosita, la bosta de la paloma ¿no? (...) por ahí se le junta, con eso se le sahuma abajo de...poniéndole en la cama mismo, el humito ese que le agarre a la persona (...) enseguidita (...) el sarampión...

- Sale para afuera?

- Sale para afuera. Y la leche de oveja negra o que sea de cabra negra, mire usted, de no creer! o sea vaca negra. Tiene que tomar la leche con borraja y enseguidita lo saca...

- Y porqué tendrá que ser negra?

- Porqué sabrá ser? Eso es (...)

- Tendrá alguna sustancia diferente...

- Y así...Y entonces yo...y entonces a mí me ha recetao otra, otra señora entonce...Dice: -Agarre usted...la hoja de la higuera hágale oler cuando está la sangre así. No había qué hacer (...) sacabamo por la escupidera, ya estaban blancos, decía yo. Y ya mi hijo mismo éste ahí decía...

- Después de que salió el sarampión?

- Sí. Decía: -Mamita, Ay! mamita, decía (...) en la cama, se miraba para arriba, parece que ya, bueno, se despedía, empezaba a temblar así...y todavía salía la sangre...blanca la sangre palidita ya, como agüita casi pero así. Y entonces me han dicho que le agarre la hoja de la higuera y le sáhume poniendo una pala de...de trabajar ¿no? esa pala de palear, que ponga las bracitas en esa y l'eche las hojitas de la higuera y le sáhume. Y con eso se le ha sujetao. Pero eso ha sufrío como dos meses para poder recuperarse!...Si han quedao...papelitos!...

- Y todos los hijitos tenían hemorragia o uno solo?

- Uno solo, éste y la otra chica, pero no tanto ella, éste era más. Así que los he tenío que tener en tratamiento dos meses, fallándole a la escuela.

Así andaba, y después como si fuera así (...) Cómo é la viejita esa que está diciendo usted de Seclantás?

- Con doña Virginia?

- No, con otra señora (...) con doña Leucaria, con ella. Ella me lo ha salvao.

- Ella qué?...le curó?...el...

- De eso, porque estaba muy embromao de la cabeza...

- Ah sí? Y ella que le ha...?

- La viejita? La viejita le ha curao (...) en secreto...

- Y cuando cura en secreto no se dice?

- No. Este...sabe qué? Ella usted por ejemplo l'he llevao yo la velita que...apromesándole así con...entonce le he llevao la velita y ella la velita le curaba con la persona allá, pero él estaba curándose aquí. Ella lo hacía, a la velita le curaba y él estaba curándose aquí. Así era ella...

RELATO 10

relatante: tercero

referido a: hijo

registro: Mo.2.15. - A 13

...Y ahí está mi hijo el otro. Ese está en Salta, también trabaja policía. Este ha nació con hernia. Tenía una hernia aquí (bajo vientre a la derecha), era ahicito la hernia ¿no?. Y cuando lloraba mucho esa criatura le salía así una cosita como si fuera una manzanita ¿no?. Y yo le agarraba sabía hacerlo así (frotando) y se perdía sonando para adentro como si fuera una tripa y ahí tenía comoí fuera un agujerito. Le he traído al médico, y el médico me ha dicho que le ten'que llevar para hacer operar. Pero ahí está que esos año' no había cómo hacerlo operar!. Y bueno, l'hei ido hacer curar. Lloraba esta criatura! y l'hei llevao pa' doña (...). Me dice: - Hija, curale en secreto tu hijo va a sanar. Bueno, me dice: - Llevale a la higuera, hacelo pisar en la higuera dice, hacelo pisar en la higuera, pero nadie que ti vea, temprano tiene que ser, a las seis de la mañana, vos tenís que estar ahí en la higuera. Hacelo pisar en la higuera así y hacele firulete en la higuera y sacale así un...como ojetita de la higuera, de la cáscara de la higuera de ahí, la medida. Y eso ponele, sacá dos, y eso ponele en él mismo y envolvelo así con faja ahí, ponelo así (...) en las ojetitas de los pies (...) de cáscara de la higuera...

- Dos? (...) Dos juntitos ahí?
- Dos juntitas que yo las he hecho, que ya por ejemplo ésta sería la higuera ¿no?. Ahí l'he hecho poner el pié uno ahí y el otro más abajo y ahí he sacao el cáscara así con...le he puesto así en cruz (...) y así envolver. Se ha perdío sin decir nada!...
- Y no había que decir nada cuando se hacía eso? o había que rezar o...?
- Sí, rezar un credo, rezar un credo. Y se ha sanao m'hijo, con dos o tres curas vale. Y es sano, sin ir a hacerle operar ni nada, así ha sanao. Y ha hecho el servicio militar, usted sabe que uno tiene que ser sano para que...
- Claro! y no le han hallado nada...
- Nada, nada, eran perfectos. Todos mis hijos han hecho el servicio militar, han sío perfectos...

RELATO 11

relatante: enfermo
 patología: tisis
 registro: Mo.2.15. - A 18

...Y aquí ocasiones mi daba uno'remedios con el doctor...V., mi culpaba que yo tenía este...a los pulmones. Y ya la gente parece que han creído todos que nosotros eramos pulmones. M'ído a Salta yo, m'ído a Salta, l'he dicho a especialistas ¿no? me han hecho análisis, me han hecho...

- A usted?

- Claro. Y sabe qué? Tenía una tos, una tos que siempre me sabía dejar, y he salío perfecta de ahí, entonces un médico ahí en el hospital: - Mirá -me dice- Cuántos hijos tenís? Le digo: - Seis. - Todos viven? -Todos viven, uno si me ha muerto, el mayor. -Y bueno -dice- (...) si era verdá como me ha dicho (...) falto de médico, como vivía ahí en Tacuil, pué. Ahí en Tacuil é'cerro (...). Y bueno...l'único.

- Y bueno -me dice- y todos han hecho el servicio militar?. Le digo que todos. -Bueno, dice, el crestiano cuando la madre sea enferma de algo o al menos al pulmón, ningún hijo le sale sano, ningún hijo le sale sano. Todos tienen que ser enfermos...Porqué lo ha dicho eso a usted? Usted es perfecta de sana y de todo es perfecta sana, dice. Si usted habrá sío una señora enferma usted ya no está, dice. Usted cree que el pulmón es así nomás como usted está creyendo? qui nada más (...) sólo de tos?, dice. No! usted es una señora fuerte, dice. Eso es este falta de calcio, me ha dicho el médico. Y ve? con calcio yo mi'he compuesto sin tener ninguna cosa, ninguna cosa...

- Se le fué la tos?

- Se mi fué todo.

- Y tanto que se había asustado...

-Y claro. Y eso me ha dicho así, entonc' me ha dicho así: - Qui usted si algo habrá tenío una especie de pulmón o tisi como dice, ningún hijo le salía sano. Ni usted. Alguna familia ha sío así? - No, (...) mi familia ninguna -le digo- ninguna ninguna ha sío así.

- Así que mire usted...

- Claro, ese ha sío un...digamo un aspamento ya, como, como que me ha dicho la, me ha dicho la espistita (espiritista). Así ¿ve? así justo ha dicho así. Ah...

- Que dijo ella?

- Ella me ha dicho que, van a decir que es...di enfermedad, que quí va a saber o quí é esto? Uh! muchas cosas van a decir. -Usted deje (...), me ha dicho, usted no haga ni cuenta, ni cuenta. Digan a cual digan usted estese tranquila, viva tranquila usted. Total usted no los molesta a ellos. Esos son ya...que se le, a ellos se les puene y son cosas que ellos piensan eso y piensan otro, pué, hay varias personas que son así también, dice. Que quieren estudiar con alguna cosa, con una...digamos como dicen con alguna magia, alguna cosa ¿no? con libros como dicen qui ven, estudian, quieren aprender algo, estudian para (...). Yo no tengo ninguna idea qui voy a estudiar de algo voy a aprender de algo. Solamente de mi (...) de lo que he visto, de lo que he visto que curaban, así, de eso, nada más. Eso es todo.

RELATO 12

relatante: terapeuta (médica campesina)
 patología: dolor de estómago
 registro: Mo.2.14. - A 55

-...la señora de L., la señora Graciela, en ocasiones dice que andaba con dolor de estómago ella ¿no?, andaba con dolor de estómago y dice que ha venío ella y había tenido el mate frío, el te frío, y entonc' ella ha tomao, y eso nomá' ha sío ¡un dolor de barriga que era insoportable!, dice. Ha venío el médico (...) otro médico, no éste, había otro (...), y dice que le ha dicho qui se vaya a Cachi, porque es grave, que la lleve. Y ella no aguantaba que li mueva siquiera!, ni que le mueva!, era una cosa (...). Ha ido (...) noche, dice: - Por favor, doña María!. Qué iba a hacer?, digo: - ¡Ay, Dios santo!, digo, ¿qué voy a hacer? (...). Y hay un remedio, la ceniza, también, (...) ¡sin creer nada es buena la ceniza!, en todo caso

- Es ceniza común?...se hace quemar...?

- Sí, sí, del mismo fuego que ha encendido y entonce'he llevao yo la ceniza, he llevao así, así un montonazo de ceniza, le digo, le pongo en plantas de los pies (frotando), l'he calentao, le pongo en boca del estómago, (...). - Bueno, dice, yo permito todo lo que usted quiera, dice, todo lo que usted quiera, pero que mi lleven, que me muevan, no aguanto!, dice, cómo voy a ir, con tanto frío!. Li he puesto ahí, li he puesto trapos calientes, calentan'con la plancha (...) l'ha calmao el dolor de estómago (...) y estaba poniéndose duro ésto (señalando la boca del estómago).

- De frío?

- De frío. Mire usted, eso le ha hecho el mate (...) frío. Y decía que era una cosa como si le estuviera inflando, inflando, duro, una cosa como si le estuviera arrancando, y se l'iba helando los pies, las manos, estaba transpirando pero frío, frío...

- Y le ha calentado acá (señalando la boca del estómago), en los pies, ¿y nada más?

- Y nada más, y le digo: - A ver, ahora usted mi va a dar (...) vuá hacer un secreto (...) también hay un secreto en la' pastilla', la' pastilla', más bien yo le tengo fe a la cafiaspirina; he agarrao la mitá de una cafiaspirina l'echao en agüita cocida, pero tibia, calientecito, más o menos (...), l'echao una cucharita de esas de té con azúcar, bien batidito, con dos gotitas de limón, he batido y l'he hecho tomar y con eso...y yuyitos...

RELATO 13

relatante: tercero

referido a: hija

registro: Mo.2.15 - B

- Y porqué desesperación?

- No sé; qué sabrá ser...

- Tenía algún problema?

- A lo mejor

- Pero qué le da?

- Tecitos de yuyitos, así le dan ahí dond'stá este...(...) Isidora la estaba curando.

- Ah...acá?

- Ah (asintiendo)

- Se vino de Colomé?

- Sí. Ya ahora...y se ha ido ya. Ahora ya no stá curá...

- Pero no. Yo le preguntaba qué le pasaba, qué tenía...

- Tenía este...una desesperación...una...era blanda de aquí de los huesos, que se hacen blanditos esos huesos limpo ya han subío a la cabeza ya como mareo' así...

- Epa! Y dónde le daba eso, cuándo?

- Adonde quiera! en la casa...

- Sí?

- Ah (asintiendo)... y despué doña Isidora l'ha estao curando, l'he ha dicho que é'l corazón y que é debilidad al cerebro que dicen...

- Mm...y qué le está dando?

- Qué remeditos le dará? Porque ella hace...ella hecho pa' que tome (...). Toma ya hecho, ya preparaao así el remedio en un litrito.

- Y ahora ha venido a curarse o hace mucho?

- Ya hace mucho eso. Ahora no, ahora ya está, no está pué curando nadie...

- Pero se sigue sintiendo mal...

- Sí, está un poco mejor ella de lo que estaba...

- Sí?

- Ah (asintiendo)

- (...) y cómo es que se le ablandan los huesos? Cómo se da cuenta ella?

- Ella así dice pué ya cuando ya le iba a vení así empieza la desesperación, le agarra la suspiración...vienen suspiro' bien grandes. Y áhi dice que le va a agarrar eso, pué ya le agarra así al empezar a ablandar cuerpo, ya, ya (...)
- Se cae o...?
- No se cae. Dice que no se caía, sentándose ahí stá hasta qui le pase y despué ya le pasa pué ya queda de vuelta tránquila...Así que no sé (...) ya el doctor l'ha visto. El mí ha dicho qui es por la edad (...) por la edad que ella tiene, los años que ella tiene, me ha dicho...
- (...) Qué edad tiene?
- Ella tiene (...) ya va pa quince ya, recién. (...) L'año pasao sal' de la escuela...
- Ah! es chica!
- L'año pasao sal' de la escuela...
- Y cuándo la ha llevado al hospital?
- Ahora, todos estos tiempos...en este mes que pasó...
- Pero ya la estaba curando Isidora o no?
- No. Primero la curó el doctor. Y no sentía nada viendo así y así y así, después recién la curó doña Isidora. Cuando l'ha curao doña Isidora se ha sentío más mejor. Y ahora está un poco mejor ella...
- Ella nunca había tenido eso?
- No! ella nunca (...) de escolera ella era sana...
- Qué será ¿no?
- Qué será quié?
- Esos suspiros, porque suspira así...
- Eso digo yo. Eso no me gusta a mí, esos suspiros que ella tiene. Pero...
- Parece de susto ¿no?
- Ah...parece com...debe ser así pué yo digo, entre mí digo yo tal vez será, recién tará apareciendo cuando ella era chiquitita, como qui chica aquí?...no hay guaguas chiquitas. Recién taba aprendiendo a caminar. Y yo hei tado, como nosotros vivíamos pa'l cerro teníamos' pa' ver a esos chivitos esos he andao viendo unos corderos. Y ha venío un viento de juerte!. Pero era un viento pero de no acordarse ese...un ratito ha sío ese. Y (...) el viento me ha quitao a la guagua...li llevaba el remolino así largo l'ha llevao, recién l'he alcanzao yo. Y yo digo a lo mejor ese será que tiene ahora ella stará apareciendo recién?...Pero ese viento yo no mi olvido ese viento! Eso han dicho (...) qui ha cáido un volcán de viento qui ha llegao áhi en la casa y se pasó, un momentito pasó. Si era como de pasada así...pero era un viento de no acordarse! Venía destrozando árboles eso!...De eso me acuerdo, ahora me acuerdo, no me olvido ese!
- Y a la nena la agarró?
- A ella me la agarró yo no la podía alcanzar, no si veía nada en el polvo que li llevaba. De aquí largo recién l'ha llevao ahí le ha dejao este...encajando así en un árbol, áhi l'agarrao yo recién.
- Pero se golpeó o...?
- Yo digo a lo mejor ahora recién stará apareciendo...
- Ese mismo viento?
- Ese mismo viento qui tenía ella...Yo no l'hecho curar ni ande ni ande, yo he dicho qui se va a asustar eso va a ser...se va a asustar, y como ella era chiquita no se ha asustao nada, claro que este viento me l'ha alzao el espíritu. Quién dice que alza el viento?! Yo así tengo entre mí ahora recién digo así que por eso ella é así, si ella era sana...
- Que le haya alzado el espíritu?
- Mm (asintiendo)
- Y no la ha hecho curar?
- No l'ha hecho curar ni ande ni ande...en ningún lao l'ha hecho curar. Ahora recién se me ha enfermao.
- Claro, porque en ese momento a ella no le pasó nada.
- Nada, nada, nada. Nada no l'ha pasao y yo creía...
- Y puede tardar tanto el espíritu, después de tanto tiempo?
- Si no así dicen qui grandes recién aparece? (...)
- Pero si el viento ese día le alzó el espíritu...
- Porque dicen chicos nomás que hay que hacerles curar así, fresquitos nomás, cuando ya (...) le levanta el viento ya hay que hacerles curar. Yo no pué, yo l'he'il dejao, il dejao, il dejao, seguía criándose la enfermedad, como ella va criándose así...así pienso yo, entre mí...
- Pero el espíritu estaba en ella o ya se lo había llevado el viento?
- Pero el viento que lo ha llevao me han dicho (...) medicas...

relatante: terapeuta (médica campesina)
patología: susto
registro: Mo.2.3. - A 32

- Hace pocos días estaba enfermo el chiquito de mi hija (...). También era que él se iba atrás de ellos, tras de mi yerno, el nene del medio (...) es aplicado y si ha enfermao. Este no se quería quedar (...) iba a la playa porque ha sido una creciente muy grande (...) ha dejao mucha leña, todos los vecinos han sacao mucha leña. Y él no se quedaba pué, se iba y eso le ha hecho mal pué; él quería alzar los palos gruesos como un grande (...) Y qué!...le van a curar en l'hospital!...
- Qué le pasó?
- Eso nomá pué, la mala fuerza que hacía él, él se iba y se helaba los pies todo eso le hizo mal...le daba fiebre y no tenía ganas de comer (...)
- Y qué ha hecho?
- Ella le llevaba pa'l hospital, li llevaba y...no sé qué le haría el doctor, pero yo l'he dicho primeramente l'he dicho - No! está más de asustao, está, le digo, claro, lo que anda en el vapor del suelo eso le ha hecho mal, (...) a ver si quien sabe se sabría caer también o sabrían bañarse cuando no los ve su papá. Eso l'he dicho, y así, cuando lo ha empezao a curar (...) se ha compuesto (...) hoy día dice que ha ido a decirle al doctor si va a ir mañana a la escuela y dic'que le ha dicho que sí (...) ya está mejor ya, (...) no desvaría de noche, porque dic'que hablaba de noche, y era la fiebre que tenía, le hacía desvariar, lloraba, y era que es asustao, el río hondo...
- Pero él se ha caído en el río?
- (...) Se espantan (...) Claro, sabría hundirse y quién le va a ver pué, como su papá andaba lejos de él (...) ahí se ha asustao, por eso venía de noche a llorar, quería dormir, no podía (...)
- Y cuánto le ha durado la enfermedad a Sergio?
- Casi dos semanas, asustado estaba...es que ya no me creía a mí.
- No le cree?
- No. Pero así le ha ido, la duración que ha tenío (...)
- Porqué? Usted lo curó recién al final?
- Sí, al final recién se ha convenció ella. - Pero hacele, le digo, refregale el pecho, si es asustao o quedao llamalo, sahumalo, y hace...componele, dale teces pa' la tos, por ejemplo, l'inca yerba de eso hay unos yuyitos pa' las lomas (...)

RELATO 15

relatante: terapeuta (médica campesina)
patología: "desnucao"
registro: Mo.2.15.- B 58

- Y esa vez que se cayó del caballo?
- Esa vez (Patrocinio L. , un paciente) sabe qué le ha pasao? Taba desnucao, de aquí, del cuello, taba chueco, decía que no admite la almohada. Y yo le había compuesto el cuello y l'he dao este (...) sahumadas...tomas, para que transpire...
- De qué eran las "tomas"?
- Alcohol, café con alcohol. Tenía que tomar por la noche y sahumarse para levantarse porque él si él quería levantar tenía que estar...digamos, calentito el cuerpo...porque él tenía...de frío estaba encogío
- Y porqué doña Leucaria lo había curado? quién lo mandó a...?
- Ella l'ha curao mal, ella l'ha curao mal, le ha dao unos sebos que le unten y ese sebo le ha hecho helar todo el cuerpo, y eso ha quedao peor y...
- Y quién lo mandó a doña Leucaria?
- Tía Julia (su esposa) le ha mandao los orines, ella no le ha mandao a él sino que le ha mandao los orines y pa'que vea ella y le mande recetas (...) y se ha amaneció (...) que no podía ni sentarse ni darse vuelta, taba (...) con un dolor que no se podía en el espinazo (...)
- Y don Patrocinio le tenía fé a Usted?
- Sí, era pío: - Ay hija!, me decía, si vos no venís, nadie me va a sacar los males. La Julia manda por médicas que no saben. - Cómo va a decir eso si esa es la médica mas mentad...!, le decía yo, pa' joder (risas)
- Era famosa doña Leucaria?

- Esa era la adivina que había en Seclantás (...)

ANEXO VI. EJEMPLOS DE PROCESAMIENTO ANALITICO DE LOS RELATOS

RELATO 8

informante: FCh
residente en: Tacuil
categoría: tercero
referido a: hija
patología: diarrea
registro: Mo.2.13.- B 55

-...Y qué ha pasado con la nenita? Le han dicho algo o...?

- La nenita está un poco mejor, está recuperando bien, más o meno, ya dicen que duerme tranquilo...

- Qué era lo que le pasó?

- Pero esta chiquita ha venío, le ha dao un vómito y una diarrea, y al tiempo le ha venío la fiebre, y la fiebre dicen que no le pueden quitar, no le pueden cortar la fiebre, dice que le vuelve al día o a la noche, siempre le vuelve, le vuelve...

- La han tratado allá, con la señora...con la prima...con la médica campesina?

- Ah, no, nada

- Por si estaba asustada...

- Nada, nada, no la hemos...de eso quería hablarle yo ahora por verle al doctor si me podía dar l'alta entonces yo la quería llevar pa verle por otro lao, vamo a ver qué (...) porque no pueden quitar la fiebre y los vómitos, ya pueden quitar ellos aquí. Ya los vómitos los pueden quitar...cuanto antes, y no le quitan pué, siempre tiene, pero ya está un poquito mejor, pero la cara no está desfigurada, está componiendo la cara ya...

- Porqué? Qué tenía?

- Desfigurada estaba. Estaba media pálida, así que no sé, porqué será esta chica que no está pudiendo recuperar

-Y fué de repente o...?

- De repente, tando bien ha sentío, tando bien. Ahí han venío otras dos chicas han venío de allí de Tacuil también han venío en el camión ayer tarde y también dicen que le ha agarrao así a una chica, esa creo que es más grandecita, la ha agarrao también de vómitos el sábado a la tarde le ha agarrao vómitos y diarrea. De golpe, de golpe, tando bien, dicen; pero dicen que le ha dao geniolicito infantil esos chiquitos y que se ha compuesto y le ha quitao la fiebre, pero que tiene fiebre. A lo mejor será una peste muy (...) capaz, puede ser,...

- Claro, si le ha dado a otros chicos...

- Sí, le ha dao a otros chicos ya. Si le dan...porque le ha dicho el doctor que le va a dar rem...no sé al final lo'hará quedar o los despachará (...) tiene fiebre todavía y...no sé si lo'hará quedar o cómo será pué (...) ha quedao hasta el sabado...internada...

- Cuándo la trajo?

- El viernes

- Y estaba enfermita desde hacía cuánto?

- Allá se ha sentío el miércoles por la tarde, y el jueves le hemos tardao por'no hemos podío venir, le hemos tardao ese día, y creíamos que se va a suspender, se va a componer o algo y...nada pué. Y el viernes a la madrugada la hemos traído, a la mañana...Así que hasta el viernes va a estar ocho días(...)

- Qué sabrá ser ¿no?

- Pero no sé que será que ha pasao con esta criatura, que le ha pasao tan...taba tan lindita la chica, juiciosa, tiene siete meses. Chica juiciosa, juiciosa, bien juiciosa ella...brincoteadora, yo l'he enseñao a caminar ya pué ya caminadorita é. Le he enseñao yo a mis hijitos todos le'he enseñao...

- Qué tiempo tiene?

- Siete meses tiene.

- Uh! qué chiquitita!

- Chiquitita é. Bien chiquita. Cara chiquita, delgadita, media larguchita sí, pero chiquitita. pero, manos chiquitas y...lindita la chiquita, y bien juiciosa, juiciosa. Apenas me vé a mí, ya -papi, papi...me conoce a mí. Y cuando salgo yo -buah...llora...(risa) No son así las guaguas, no sé porqué esta criatura tan viva. Ya se me ha enfermao dos ocasiones ya (...) pero el patrón nomá la ha curao y no se ha enfermao tan grave, unos días nomás ha estao...

- Qué le pasó?

- También le ha dao este...un dolor de barriga, parece que tenía la chica. Un dolor de barriga y empezaba, qué le llamamos a erotar, a erotar. Bueno, a lo mejor le habrá agarrao una leche, puede ser, o en la comida. La doctora nos dijo que de tres meses le demos la comida. Le damos la comida, le damos el jugo del arroz, ya cocinao, con carne pero sin grasa, desgrasada. Y no'han dicho que le hagamo el puré

de la...del zapallo, de la zanoria, puré de papa, hacerle así nomá, a las once, teníamos hora pa'darle de comer. Y ella es comedora, comedora, come bien lindo, bien lindo. Come y se queda tranquila jugando...

- Y le dió el dolorcito de barriga después...

- Despué ya cuando le ha pasao le ha pasao, ya no ha tenío más...guapita, guapita. Majaderita ¿no?, porqui la quieren todito en la casa. Ya están unos, ya están otros, ya está el uno, así que ella está acostumbrada, la hacen echar un ratito y ella ya no quiere estar...

- Malcriada!

- Malcriada en forma! (risas) malcriada en forma

- Me imagino

- Qué malcriada é!...Si nosotros hemos criado las guaguas apenas solamente la señora venía a hacerlos mamar y dejarlos, nada más, darles la leche y hacerlos mamar la hora que tocaba hacer mamar y la guagua hasta ocho meses, siete meses, ocho meses, vivía casi en cama y esta no!, pué esta no sé porqué...si estaría tres meses en la cama, ya mismo empezó a cargarle ya. Esta no (...) ya se ha acostumbrao qué! los chicos ya se acostumbran, se acostumbran, no quieren quedar...

- Y esa vez la han llevado al patrón para que la cure?

- El patrón es curioso, el patrón ha estao estudiando a médico, este hombre. Dice que ya sabía todo más o meno y cuando le han dao (...) cuando l'han hecho pasar al último cuando le han dao ya un calaver abierto dice, ahí se ha (...) pué el patrón, ahí no ha querío saber nada. Ahí ha tenio miedo dice que le dan un cadaver abierto pa que lo estudie, abierto ya, un cadaver de dos, cuatro, cinco días. Bueno, ahí es que casi ha muerto, casi un mes que ha estao enfermo el patrón, le ha agarrao un...que agarra un gas que agarra (...) del muerto y casi (...) casi un mes que ha estao un mes y más me ha dicho. No podía comer la carne, quería comer la carne, ya le representaba (risas). Bueno, ha dejao de joder, no ha querío saber nada...(risas)

- Y ahora la curó a la nenita?

- Sí, de ahí ha aprendío porque este sabe, tiene remedios él de allá pa todo, para fiebre para, en fin, y pastillas en fin, gotas, todo, para el dolor de muelas, para el dolor de oídos, para cabeza para, todo tiene, lleva comprando. Y me ha dao gotas y se ha compuesto la chica...

- Y ya se le ha pasado...

- Y se le ha pasao eso, ve ahora l'ha vuelto a pillar. No sé que es lo que pasa con esta chica...

- Pero hace mucho fué lo del dolor de barriga?

- Ya hace casi veinte días ha hecho ya hasta que le ha vuelto a pillar, poco más, no es muy cuanto, no me acuerdo cuánto ha sío...Así es

- Qué habrá sido? Comió algo?

- Pero no debe...comer allá, fruta no tenemo. La fruta e jodido también, también es jodido pa la criatura pa darle fruta, por ahí le dan algo mal la fruta o...pero no hay fruta ahora allá, no ha habío este año. También se me han enfermao la'guagua a mí con fruta porque le dan la uva que esté picada o algo como ahí vino una enfermera y le dió una mala, y si no la escogimos la guagua la come y le hace mal le viene diarrea y vómitos también y pasa con querer darle la fruta verde, la embroma, eso es veneno para la criatura, pero ahora no hay fruta, nada no, no sé...El queso también es malo para la criatura...

- Qué es lo que produce?

- Y lo...lo recarga el estómago, parece que lo agarra vómito...

RELATO 8.- Primera reducción: se eliminan elementos fácticos (redundancias y procedimientos lingüísticos al servicio de la comunicación) e intervención del entrevistador. Transcripción al lenguaje del investigador.

La nenita está un poco mejor, se está recuperando bien. Ya dicen que duerme tranquila. A esta chiquita le ha dado un vómito y una diarrea y al tiempo le ha venido la fiebre. Dicen que no le pueden (quitar/cortar) la fiebre. Le vuelve de día o de noche. Yo quiero hablarle al doctor a ver si me puede dar el alta, entonces yo la llevo para que la vean por otro lado. Vamos a ver porqué no le pueden quitar la fiebre y los vómitos. Ellos le pueden quitar la fiebre y los vómitos cuanto antes y no se los quitan. Pero ya está un poquito mejor, la cara no está desfigurada. Estaba pálida. No sé porqué será que esta chica no se puede recuperar. Estando bien ha sentido. Ayer a la tarde han venido dos chicas de Tacuil en el camión y dicen que a otra chiquita más grandecita también le ha agarrado vómitos y diarrea el sábado a la tarde. De golpe, estando bien. Le ha dado geniolo infantil y se le ha quitado la fiebre, pero tiene fiebre. A lo mejor será una peste. Le ha dicho el doctor que le va a dar remedios. No sé si los hará quedar o los despachará. Tiene fiebre todavía.

Ella allá se ha sentido el miércoles por la tarde.
El jueves le hemos tardado porque no hemos podido venir. Creíamos que se le iba a (suspender/componer). El viernes a la madrugada la hemos traído.
Hasta el viernes va a estar ocho días.
No sé qué será que ha pasado con esta criatura. Estaba tan linda! y juiciosa!
Tiene siete meses. Es brincoteadora. Yo le he enseñado a caminar. Yo a todos mis hijitos les he enseñado.
Tiene la cara chiquita, delgadita, algo larguilucha pero chiquitita. Tiene manos chiquitas. Es linda y juiciosa. Apenas me ve me llama, me conoce. Cuando salgo, llora.
No son así las guaguas, no sé porqué esta criatura es tan viva.
Ya se me ha enfermado en dos ocasiones. Pero el patrón nomás la ha curado y no se ha enfermado tan grave, unos días nomás ha estado enferma.
También le ha dado un dolor de barriga. Eructaba. A lo mejor le habrá agarrado por la leche o la comida.
La doctora nos dijo que a los tres meses le demos la comida.
Le damos la comida, el jugo de arroz ya cocinado con carne desgrasada. Nos han dicho que le hagamos puré de zapallo, de zanahoria, de papa. A las once tenemos que darle de comer. Ella come bien lindo.
Come y se queda tranquila jugando.
Después se le ha pasado. Es majaderita. La quieren todos en casa. Ella está acostumbrada a estar con uno o con otro. Cuando la dejan echada un ratito ella no quiere estar.
Nosotros hemos criado las guaguas y la señora solamente venía a hacerlos mamar a la hora que les tocaba y los dejaba. La guagua hasta los siete u ocho meses vivía casi en cama. Esta no, habrá estado tres meses en la cama y ya empezó a cargarla. Ella se ha acostumbrado, los chicos se acostumbran.
El patrón es curioso. Ha estado estudiando para médico. Dice que ya sabía todo más o menos y le han dado un cadaver abierto de dos, cuatro, cinco días para que lo estudie. Ahí no ha querido saber nada el patrón. Ha tenido miedo. Le ha agarrado un gas del muerto y casi ha muerto, casi un mes ha estado enfermo, un mes y más me ha dicho. No podía comer carne porque se le representaba el muerto. No ha querido saber nada.
De ahí ha aprendido, sabe, tiene remedios él de allá para todo. Para fiebre, pastillas, gotas, para el dolor de muelas, para el dolor de oídos, para la cabeza, para todo tiene. Compra y lleva.
Me ha dado gotas y se ha compuesto la chica. Se le ha pasado pero ahora le ha vuelto a pillar. No sé qué es lo que pasa con esta chica.
Pasaron casi veinte días hasta que le ha vuelto a pillar.
No debe haber comido nada malo allá. Fruta no hubo este año. La fruta es jodida para las criaturas.
También se ha enfermado mi guagua con fruta porque le dan la uva picada. Vino una enfermera y le dió una mala, si no la escogemos la guagua se la come y le hace mal, le viene diarrea y vómitos. La fruta verde también embroma, es veneno para la criatura. Pero ahora no hay fruta.
El queso también es malo para la criatura, le recarga el estómago y le agarra vómitos.

RELATO 8.- Segunda reducción: se extraen acciones pertinentes a la isotopía elegida.

La nenita esté un poco mejor, se está recuperando bien.

Le ha dado un vómito y una diarrea.

Al tiempo le ha venido la fiebre.

(En el hospital) no le pueden quitar la fiebre, siempre le vuelve.

Yo quiero hablarle al doctor a ver si me puede dar el alta, entonces la llevo para que la vean por otro lado. Vamos a ver porqué no le pueden quitar la fiebre y los vómitos.

Ellos le pueden quitar la fiebre y los vómitos y no se los quitan.

Pero ya está un poquito mejor, la cara no está desfigurada.

(Antes) estaba pálida.

No sé porqué será que esta chica no se puede recuperar.

Estando bien ha sentido.

Ayer a la tarde han venido dos chicas de Tacuil en el camión y dicen que a otra chiquita más grandecita el sábado a la tarde también le ha agarrado vómitos y diarrea, de golpe, estando bien.

Le ha dado geniolicito infantil y se le ha quitado la fiebre, pero tiene fiebre.

A lo mejor será una peste.

Le ha dicho el doctor que le va a dar remedios.

No sé si los hará quedar o los despachará.

Tiene fiebre todavía.

Allá se ha sentido el miércoles por la tarde.

Creíamos que se le iba a suspender.

El viernes a la madrugada la hemos traído.

Hasta el viernes va a estar ocho días.

No sé que será que ha pasado con esta criatura.

Ya se me ha enfermado en dos ocasiones.

(La primera) el patrón nomás la ha curado.

No se ha enfermado tan grave, unos días nomás ha estado enferma.

También le ha dado un dolor de barriga.

Eructaba.

A lo mejor le habrá agarrado por la leche o la comida.

La doctora nos dijo que a los tres meses le demos la comida.

Después se le ha pasado.

El patrón es curioso. Ha estado estudiando para médico. de ahí ha aprendido.

Tiene remedios él allá para todo.

Me ha dado gotas y se ha compuesto la chica.

Se le ha pasado pero ahora le ha vuelto a pillar.

No sé qué es lo que pasa con esta chica.

Pasaron casi veinte días hasta que le ha vuelto a pillar.

También se ha enfermado mi guagua con fruta porque le dan la uva picada.

Vino una enfermera y le dió una (uva) mala, si no la escogemos la guagua se la come y le hace mal, le viene diarrea y vómitos.

RELATO 8.- Reconstrucción del orden de sucesión temporal de las acciones

A lo mejor le habrá agarrado por la leche o la comida. La doctora nos dijo que a los tres meses le demos la comida.

Le ha dado un dolor de barriga. Eructaba.

No se ha enfermado tan grave, unos días nomás ha estado enferma.

El patrón nomás la ha curado. Me ha dado unas gotas y se ha compuesto la chica.
Después se le ha pasado
Pasaron casi veinte días hasta que le ha vuelto a pillar.

Estando bien ha sentido, el miércoles por la tarde.
El jueves le hemos tardado porque no hemos podido venir. Creíamos que se le iba a suspender.
El viernes a la madrugada la hemos traído.
Le ha dado un vómito y una diarrea. Al tiempo le ha venido la fiebre. Estaba pálida.

Dicen (chicas de Tacuil) que a otra chiquita más grandecita el sábado a la tarde también le ha agarrado vómitos y diarrea, de golpe, estando bien.
Le ha dado geniolo infantil y se le ha quitado la fiebre, pero tiene fiebre.
A lo mejor será una peste.

La nenita está un poquito mejor, se está recuperando, la cara no está desfigurada.
Ellos (hospital) le pueden quitar la fiebre y los vómitos y no se los quitan. No le pueden quitar la fiebre, siempre le vuelve.

También se ha enfermado con fruta porque le dan la uva picada.
Una enfermera le dió una (uva) mala, si no la escogemos la guagua se la come y le hace mal, le viene diarrea y vómitos.

Tiene fiebre todavía.
Le ha dicho el doctor que le va a dar remedios.
No sé si los hará quedar o los despachará. Hasta el viernes va a estar ocho días.
Yo quiero hablarle al doctor a ver si me puede dar el alta, entonces la llevo para que la vean por otro lado: Vamos a ver porqué no le pueden quitar la fiebre y los vómitos.

RELATO 1

informante: NRG
residente en: Amaicha
categoría: terapeuta (médica campesina)
referido a: paciente
patología: chavalón
registro: Mo.2.8.- A 44

...Yo hace mucho había curado a una señora que estaba bien loca en Molinos, se llama Margarita. He dicho que yo ya se lo hagan, porque ella ya el doctor que le ha dicho que tiene nervios nomás. Y bueno, y tenía ella un ruido a la cabeza y que dice que se l'había querido salirse disparando la señora esa. Y bueno, l'he dicho que le pongan así ese hay que hacer un polvo molido y después (...) hallar cuchillo de cordero, hay una parte...donde tiene lo esa menudencia, hay un cosito así que se llama el cuchillito de cordero, y eso hay que hacerlo así un charquicito y polvorear bien esos remedios que están todos molidos juntos y ponerlo en la cabeza, en las sienes, aquí uno, otro ahí, otro ahí, y si desaparece ese perdimiento, esa dolencia de cabeza, con eso. Eso es bien remedio, y si tiene ese ruido, igual. Sí, señorita...

- Y esa señora, qué es lo que hizo al sentirse mal? Y qué hizo primero, no se acuerda?
- Pero, ella no sé si hubiera lavao la cabeza, que dice que ella tenía un desgusto primero; y bueno, ese desgusto le ha calzaos cosa seria. Después de ese desgusto, ella ha quedao con dolor de cabeza. Y no sé, parece que toda esa sangre, que una está saliendo y bajando ¿no es cierto? de nuestro cuerpo, parec' que se quiere paralizar ¿no? en la cabeza, y eso parec' que es por el chavalón que le dicen, decimo así. Y así, con eso que le acabo de decir parec' que marcha bien por'eso le quita enseguida.
- Y el disgusto había sido muy grande?
- Sí, muy que había sido un novio y que se habían peleao por cosas injustas qui ella se quería morir de pena y de todo porque no era verdad. Y bueno de eso dic' que le ha quedao así, despue'estaba así que si iba ella al doctor. Entonc' no eran estos eran otros, hace mucho eso, y dice que le han dicho que no tenía nada, que son nervios nada más y ella no, ps'sí no dormía, ni nada, qui estaba así como si estuviera loca. Y bueno así con eso dos veces, le han puesto...
- Y la ha ido a ver a Usted?
- Sí, entonces yo l'hei dicho que le hagan así. Y bué, con eso dic'...
- Pero ella fue o ha ido un pariente a verla a Usted?
- Ha venío un pariente de ella a verme aquí. Y bueno, con eso...
- Quién era, la mamá o...?
- Es la madre...qué se llamaría? No me acuerdo. El padre sí se llamaba Benjamín, el padre, y la madre no me acuerdo fijesé, ya hace ratito del padre de ella...porque esa señora ya es una señora grande...
- Ella vivía con los padres?
- Sí, vivía con los padres. Pero cuando ella estaba, tenía ese desgusto, ya vivía sola, con su hijo ¿no? ya vivía sola, no es muy cuanto, no es cuantito, recién serán tres años...
- Hace poco.
- Poco, sí señorita. Y con eso dic' que se le ha quitao del todo.
- Ella vivía solita con su hijo...
- Sí, con su hijo...
- Y entonces quién ha sido el que la ha venido a ver a Usted?
- Cómo se llamaba?...ah, una compañera, amiga de ella, se llamaba Ema.
- Ah, una amiga...
- Amiga d'ella, se llama Ema. Cuánto es la Ema, a ver?. Le conozco mucho pero el apellido no le sé decir...
- No importa. Ha venido una amiga a verla. Y porqué no vino ella?
- Estaba, no podía porque estaba enferma, no podía más con la cabeza, que le dolía, se quería caer, y quería irse por ahí disparando porque estaba así, con eso un poco de chavalón a la cabeza. Eso debe ser que le dicen el ataque cerebral, no sé qué cosa, eso, y bueno poniendo eso dic' que...
- Y Usted le dijo a la amiga qué era lo que tenía que hacer o ya le dió el preparado?
- Yo le he dicho qué tenía que hacer. Haganlé así, y había que frisionarle mucho ésto (frotando la cabeza y las sienes) así...
- Y ella consiguió todo eso?
- Sí, sí, sí, que le ha conseguido todo y le ha puesto y al rato ya dic' que le ha pasao ya, que ha quedao como fuera que se ha aliviánao la cabeza, se ha puesto livianito...
- Y quién se lo hizo, quién se lo puso?
- Ella, doña Ema, ella, porque yo le había explicao así como estoy diciéndole a Usted, y le ha puesto y con eso le ha pasao, sí, señorita (...) Y después ya se ha compuesto se ha quedao bien hasta la fecha, que no se ha enfermao más...
- Y resolvió el problema?

- Sí, señorita, sí, sí, si ha quedao bien. (...)
- Y ella primero atinaba a ir al hospital o primero...?
- Primero al hospital, al hospital, dic'que el doctor que le ha dicho: - No, nervios nomás debe ser, ya le'i pasar, no tiene nada.

RELATO 1.- Primera Reducción

Hace mucho he curado a una señora que estaba loca en Molinos, se llama Margarita.

He dicho que la curen porque el doctor ya le había dicho que tenía nervios nomás.

Ella tenía un ruido a la cabeza y se le había querido salir disparando.

Le he dicho que le pongan un polvo molido que hay que hacer. Y después hallar cuchillo de cordero y hacerlo un charquicito y espolvorearlo bien con esos remedios que están todos molidos juntos y ponerlo en su cabeza, en las sienes.

Y desaparece ese perdimiento, esa dolencia de cabeza.

Ese es buen remedio y para ese ruido, también.

No sé si ella se lavó la cabeza.

Dice que ella tuvo un disgusto primero.

Después de ese disgusto ha quedado con dolor de cabeza.

Parece que toda esa sangre que está saliendo y bajando de nuestro cuerpo se quiere paralizar en la cabeza y eso parece que es por el chavalón, como le decimos.

Eso que le acabo de decir parece que marcha bien porque lo quita enseguida.

Se habían peleado, con el novio, por cosas injustas.

Ella se quería morir de pena porque no era verdad.

De eso dicen que ha quedado así.

Y después ella ha ido al doctor. Entonces no eran éstos, eran otros.

Hace mucho de esto.

Dice que le han dicho que no tenía nada, que eran nervios, nada más.

Y ella opinaba que no, pues no dormía ni nada, estaba como loca.

Le han puesto eso dos veces.

Han ido a verme y entonces yo les he dicho que le hagan así.

Ha venido un pariente de ella a verme aquí.

La madre no me acuerdo como se llamaba.

El padre se llamaba Benjamín. Vivió hace bastante tiempo, porque ella ya es una señora grande.

Ella vivía con los padres.

Cuando ella tuvo ese disgusto ya vivía sola con su hijo.

No hace mucho de eso, hará tres años.

Vino a verme una compañera, una amiga de ella, se llamaba Ema.

Ella estaba enferma, no podía más con la cabeza, le dolía, se quería caer y quería irse por ahí disparando porque estaba con un poco de chavalón a la cabeza.

Eso debe ser lo que le dicen el ataque cerebral.

Yo le he dicho a Ema qué tenía que hacer: - Háganle así, y había que friccionarle mucho ésto así (frotando la cabeza y las sienes).

Ella ha conseguido todo y se lo ha puesto y dice que al rato se le ha pasado, ha quedado aliviada la cabeza.

Se lo puso doña Ema, porque yo le había explicado como le explico a Usted.

Se lo ha puesto y con eso se le ha pasado.

Después se ha compuesto y ha quedado bien hasta la fecha, no se ha enfermado más.

Primero fué al hospital. Dice que el doctor le ha dicho: - No, nervios nomás debe ser, ya se le va a pasar, no tiene nada.

RELATO 1.- Segunda Reducción

Hará tres años ella tuvo un disgusto. Vivía sola con su hijo.

Se habían peleado con el novio, por cosas injustas. Ella se quería morir de pena porque no era verdad. Después de ese disgusto ella ha quedado con dolor de cabeza. De eso dicen que ha quedado así.

Primero fue al hospital. Ella ha ido al doctor.

Dice que el doctor le ha dicho: - No, nervios nomás debe ser, ya se le va a pasar, no tiene nada.

Y ella opinaba que no, pues no dormía ni nada, estaba como loca.

Vino a verme aquí una compañera, una amiga de ella, se llamaba Ema.

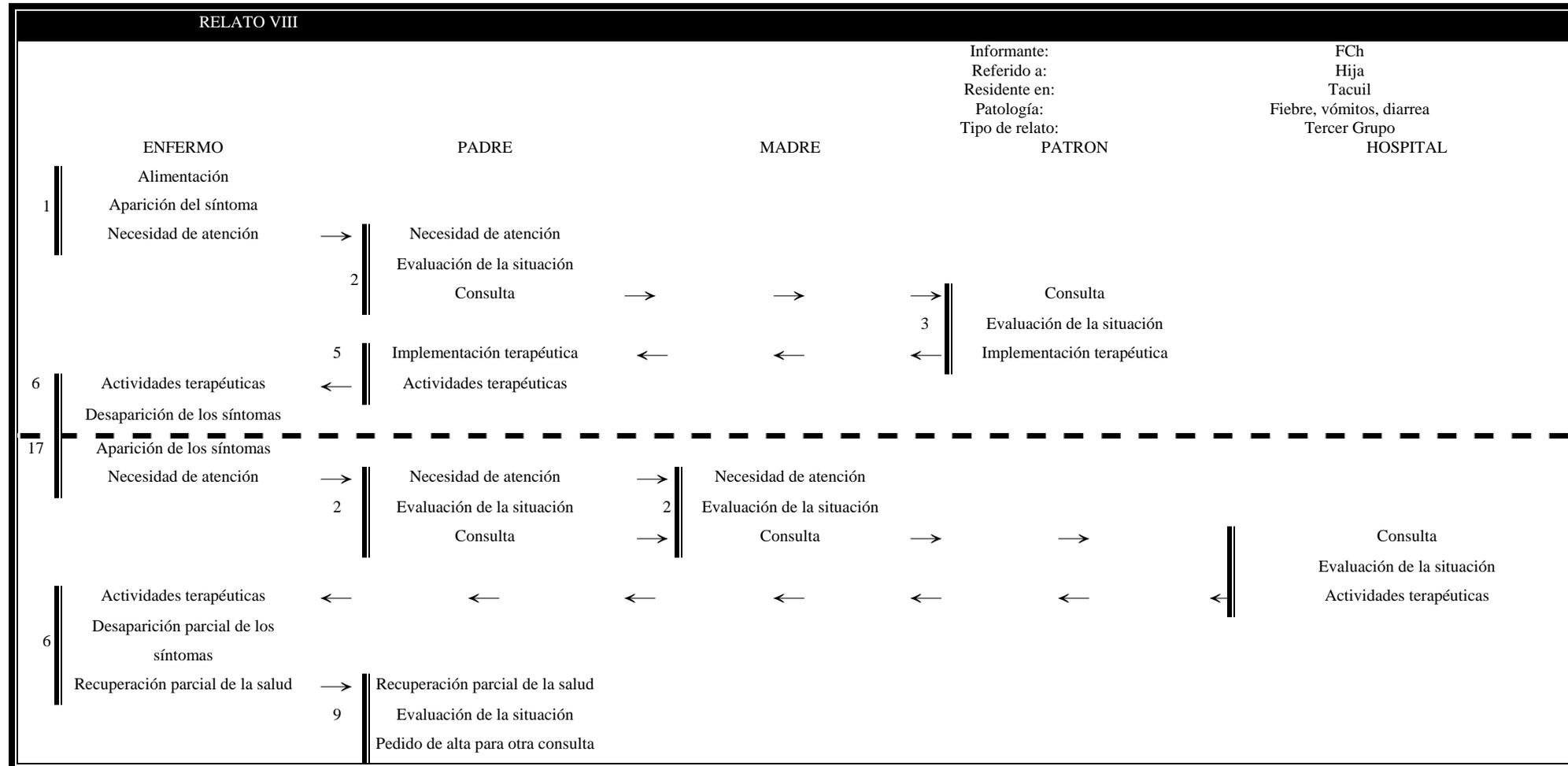
Ella tenía un ruido en la cabeza. Ella estaba enferma, no podía más con la cabeza, le dolía, se quería caer y quería irse por ahí disparando porque estaba con un poco de chavalón a la cabeza. Parece que toda esa sangre que está saliendo y bajando de nuestro cuerpo se quiere paralizar en la cabeza y eso parece que es por el chavalón, como le decimos. Eso debe ser lo que le dicen el ataque cerebral.

He dicho que la curen porque el doctor ya le había dicho que tenía sólo nervios. Le he dicho que le pongan un polvo molido que hay que hacer. Y después hallar cuchillo de cordero y hacerlo un charquicito y espolvorearlo bien con esos remedios que están molidos todos juntos y ponerlo en su cabeza, en las sienes. Yo le he dicho a Ema qué tenía que hacer, había que friccionarle mucho ésto así (frotando la cabeza y las sienes). Yo le expliqué a ella como le explico a Usted.

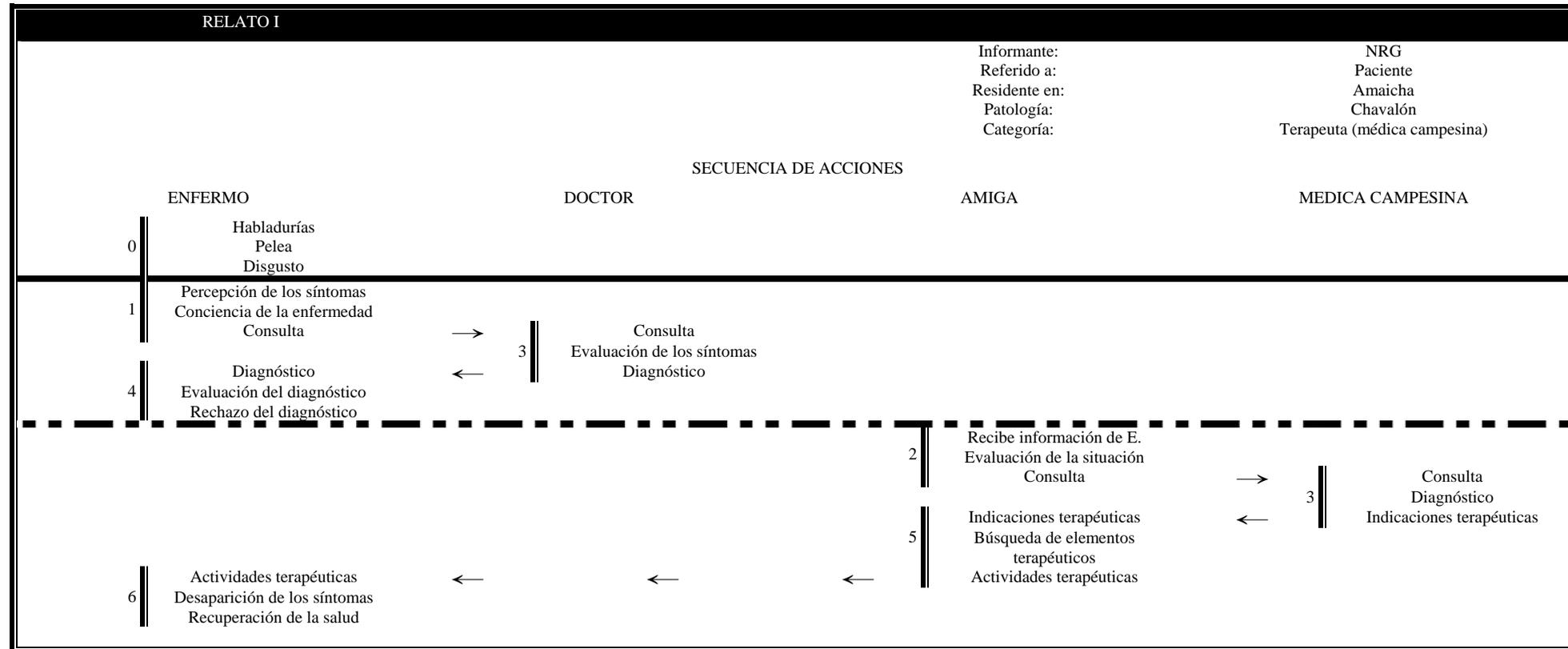
Ella ha conseguido todo y se lo ha puesto. Se lo han puesto dos veces. Con eso, al rato se le ha pasado. Ha quedado aliviada la cabeza. Ese es buen remedio, para ese ruido también porque lo quita enseguida. Desaparece ese perdimiento, esa dolencia de cabeza.

Después se ha compuesto y ha quedado bien hasta la fecha. No se ha enfermado más.

ESQUEMA DE SECUENCIA - ACTANTES Y ACCIONES INVOLUCRADOS



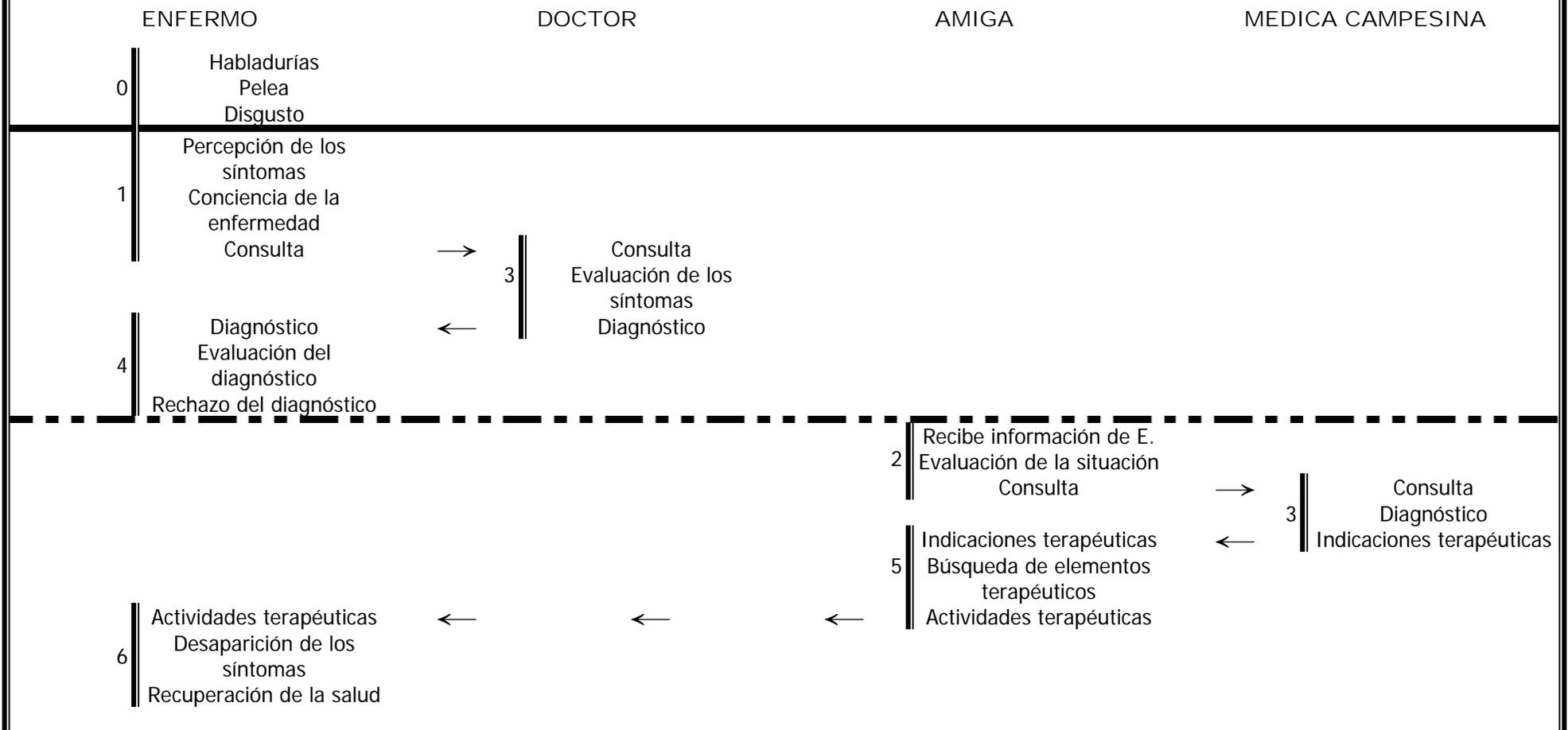
ESQUEMA DE SECUENCIA -ACTANTES Y ACCIONES INVOLUCRADOS- EN UN CASO DE CHAVALÓN.



.RELATO I

Informante: Nicasia
 Referido a: Paciente
 Residente en: Amaicha
 Patología: Chavalón
 Categoría: Terapeuta (médica campesina)

SECUENCIA DE ACCIONES



RELATO II

Informante: Nicasia
 Referido a: Paciente
 Residente en: Amaicha
 Patología: Chavalón
 Categoría: Terapeuta (médica campesina)

SECUENCIA DE ACCIONES

ENFERMO

VECINO

MEDICA CAMPESINA

0 || Mal trato
Huida
Disgusto

2 || Percepción de los síntomas
Evaluación de la situación
Consulta

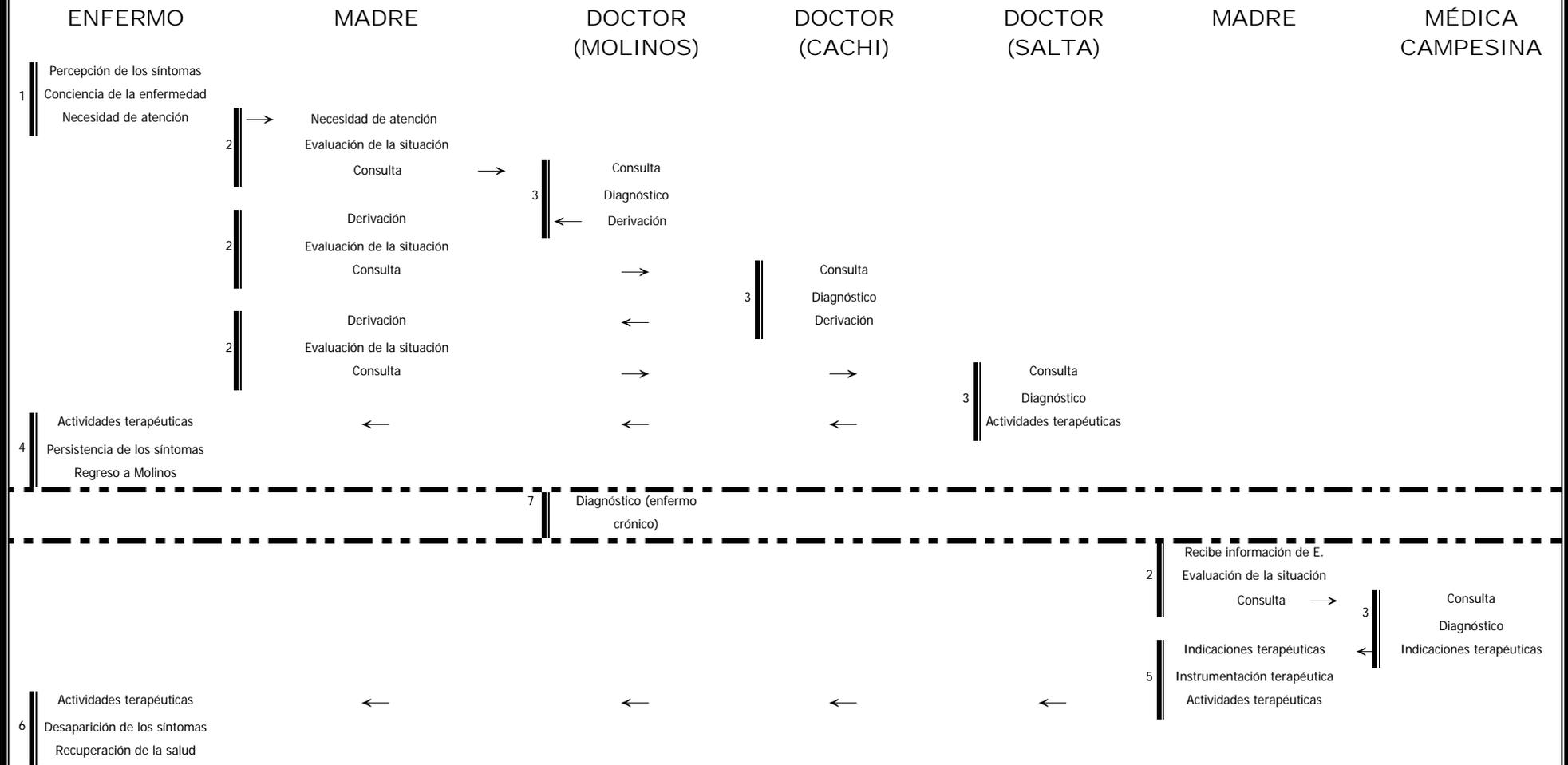
→ 3 || Consulta
Diagnóstico
← Indicaciones terapéuticas

6 || Actividades terapéuticas ← 5 || Instrumentación de la terapia
Desaparición de los síntomas
Recuperación de la salud

RELATO III

Informante: Nicasia
 Referido a: Paciente
 Residente en: Amaicha
 Patología: Tullida
 Categoría: Terapeuta (médica campesina)

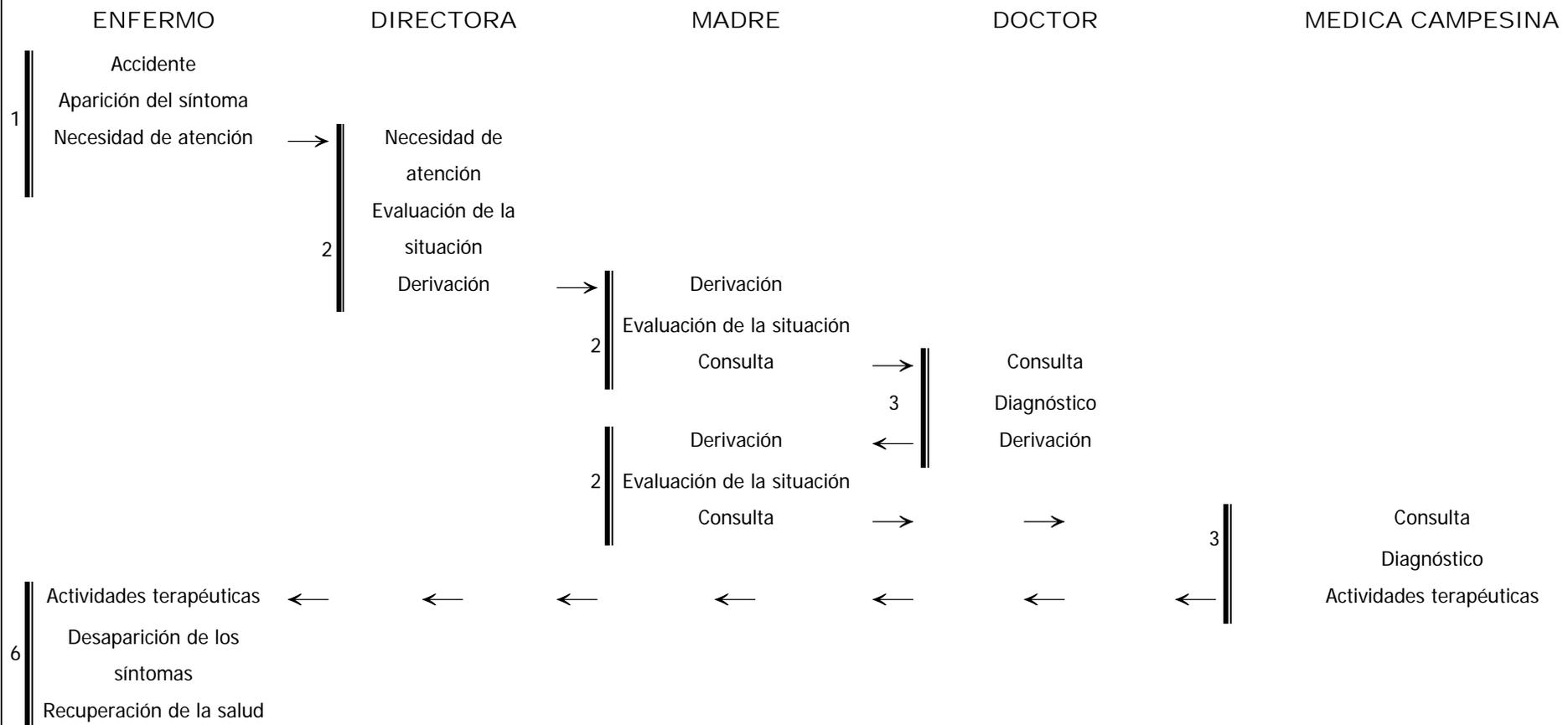
SECUENCIA DE ACCIONES



RELATO IV

Informante: Nicasia
 Referido a: Paciente (nieta)
 Residente en: Amaicha
 Patología: Falseado
 Categoría: Terapeuta (médica campesina)

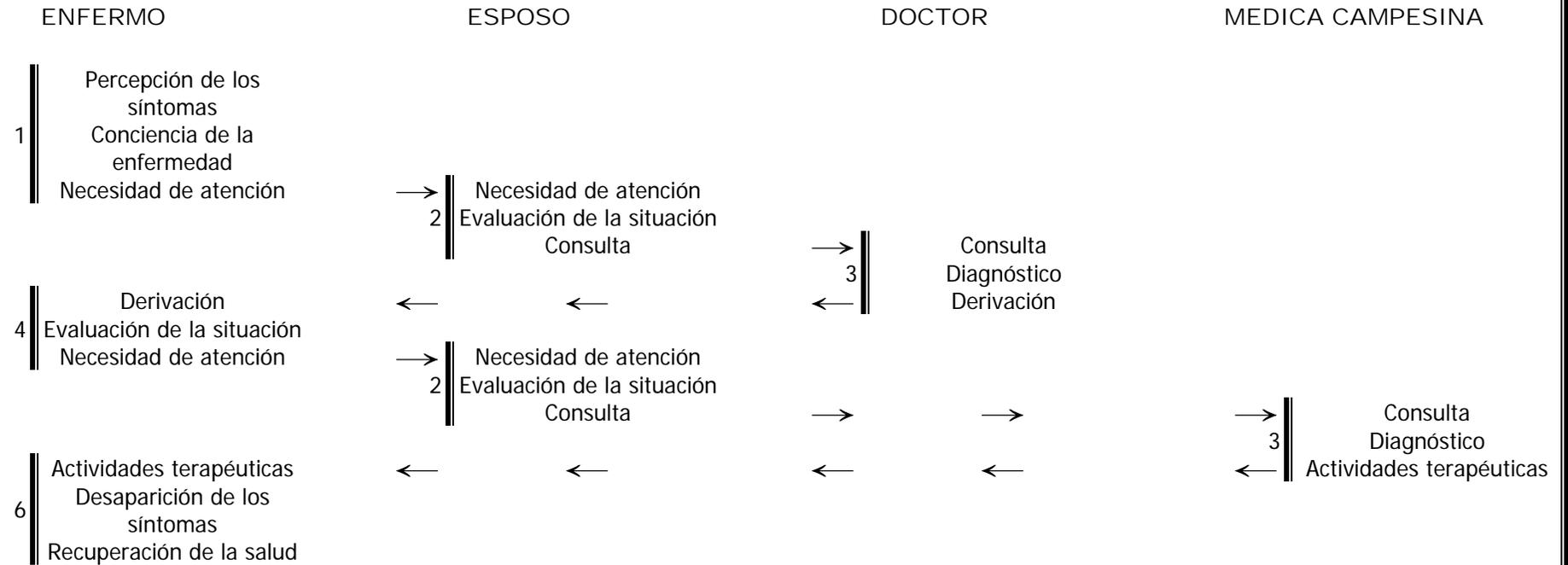
SECUENCIA DE ACCIONES



RELATO XII

Informante: Nicasia
 Referido a: Paciente
 Residente en: Molinos
 Patología: Dolor de estómago
 Categoría: Terapeuta (médica campesina)

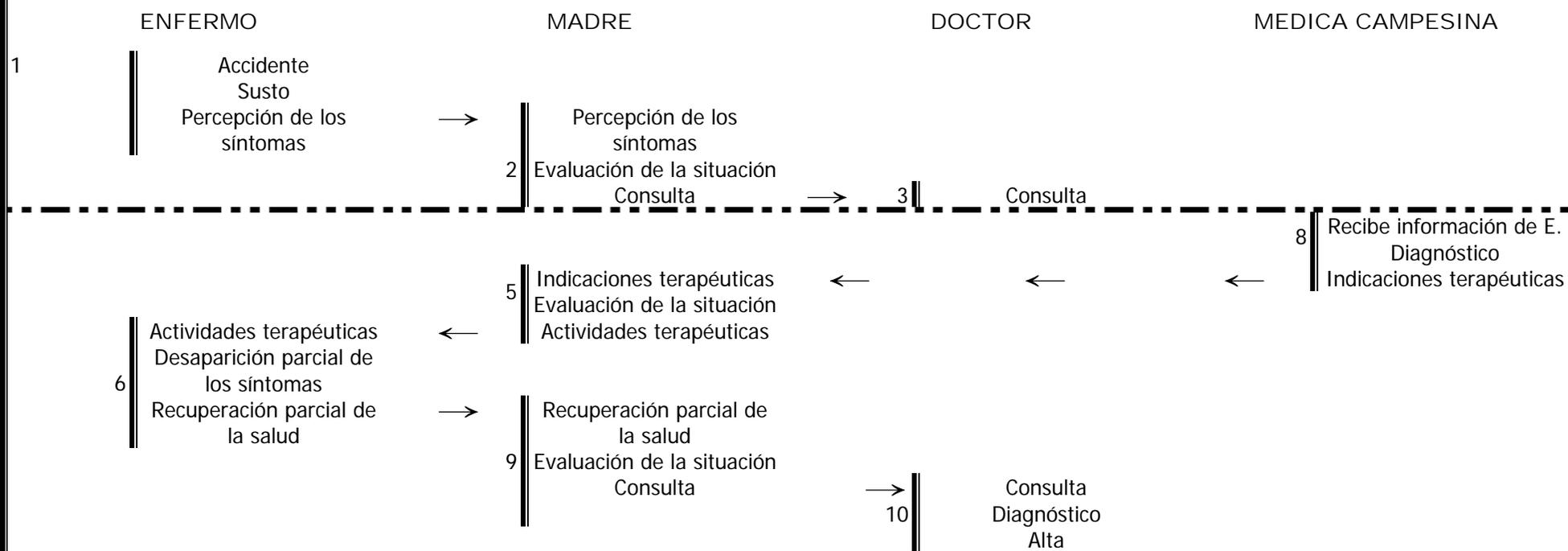
SECUENCIA DE ACCIONES



RELATO XIV

Informante: Lastenia
 Referido a: Paciente (nieta)
 Residente en: Molinos
 Patología: Susto
 Categoría: Terapeuta (médica campesina)

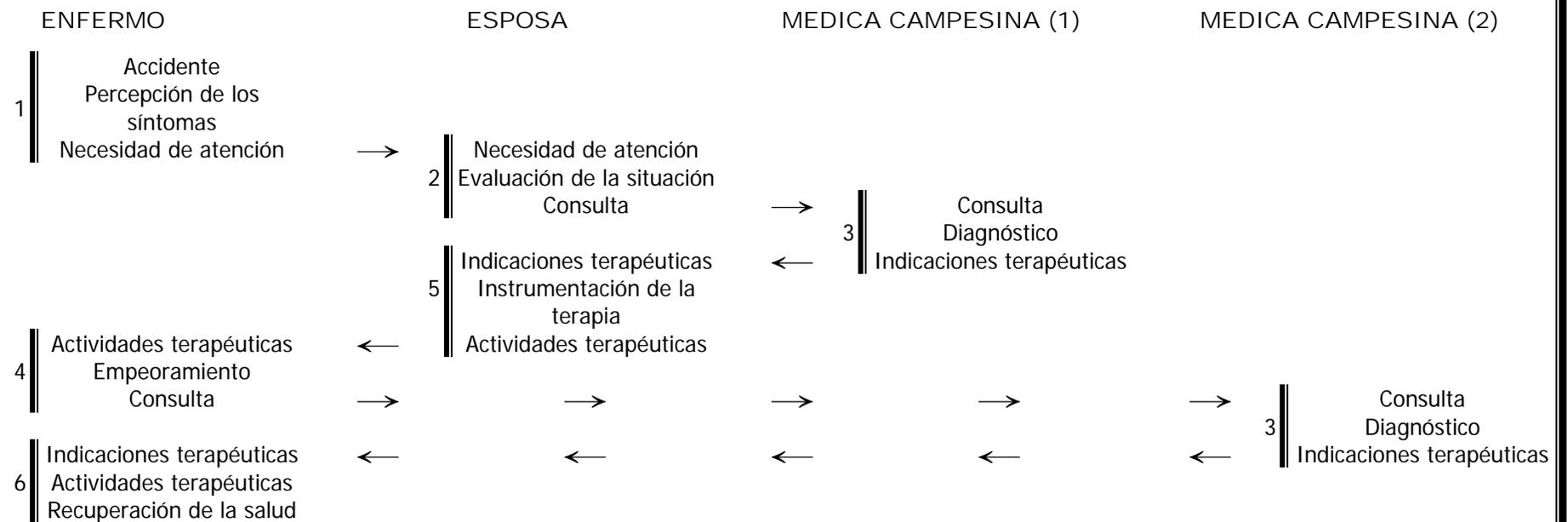
SECUENCIA DE ACCIONES



RELATO XV

Informante: Lastenia
 Referido a: Paciente
 Residente en: Molinos
 Patología: Desnucado
 Categoría: Terapeuta (médica campesina)

SECUENCIA DE ACCIONES



RELATO VII

Informante:

Encarnación

Residente en:

Molinos

Patología:

Sordera

Tipo de relato:

Segundo Grupo

ENFERMO	DOCTOR (Molinos)	DOCTOR (Cachi)	MEDICA CAMPESINA (Cachi)
<p>11</p> <p>Percepción de los síntomas</p> <p>Conciencia de la enfermedad</p> <p>Consulta</p>	<p>→</p> <p>3</p> <p>Consulta</p> <p>Diagnóstico (-)</p>		
<p>12</p> <p>Indicaciones terapéuticas</p> <p>Actividades terapéuticas</p> <p>Consulta</p>	<p>←</p> <p>Indicaciones terapéuticas</p>	<p>→</p> <p>3</p> <p>Consulta</p> <p>Diagnóstico</p>	<p>3</p> <p>Consulta</p> <p>Diagnóstico</p>
<p>13</p> <p>Indicaciones terapéuticas</p> <p>Evaluación de la situación</p> <p>Consulta</p>	<p>←</p> <p>←</p>	<p>←</p> <p>Indicaciones terapéuticas</p>	<p>←</p> <p>Indicaciones terapéuticas</p>
<p>14</p> <p>Indicaciones terapéuticas</p> <p>Actividades terapéuticas</p> <p>Empeoramiento</p>	<p>→</p> <p>3</p> <p>Consulta</p> <p>Diagnóstico</p> <p>←</p> <p>Indicaciones terapéuticas</p>		

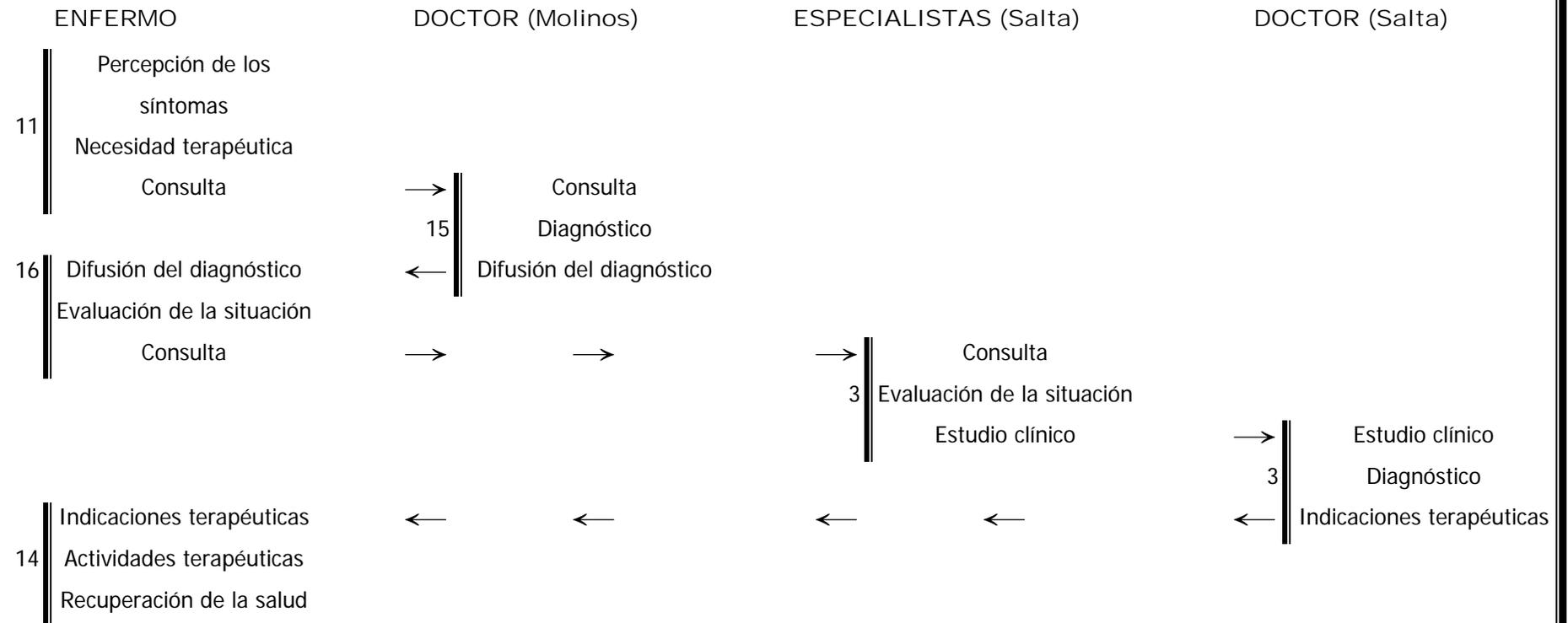
RELATO XI

Informante: María

Residente en: Molinos

Patología: Tos

Tipo de relato: Segundo Grupo



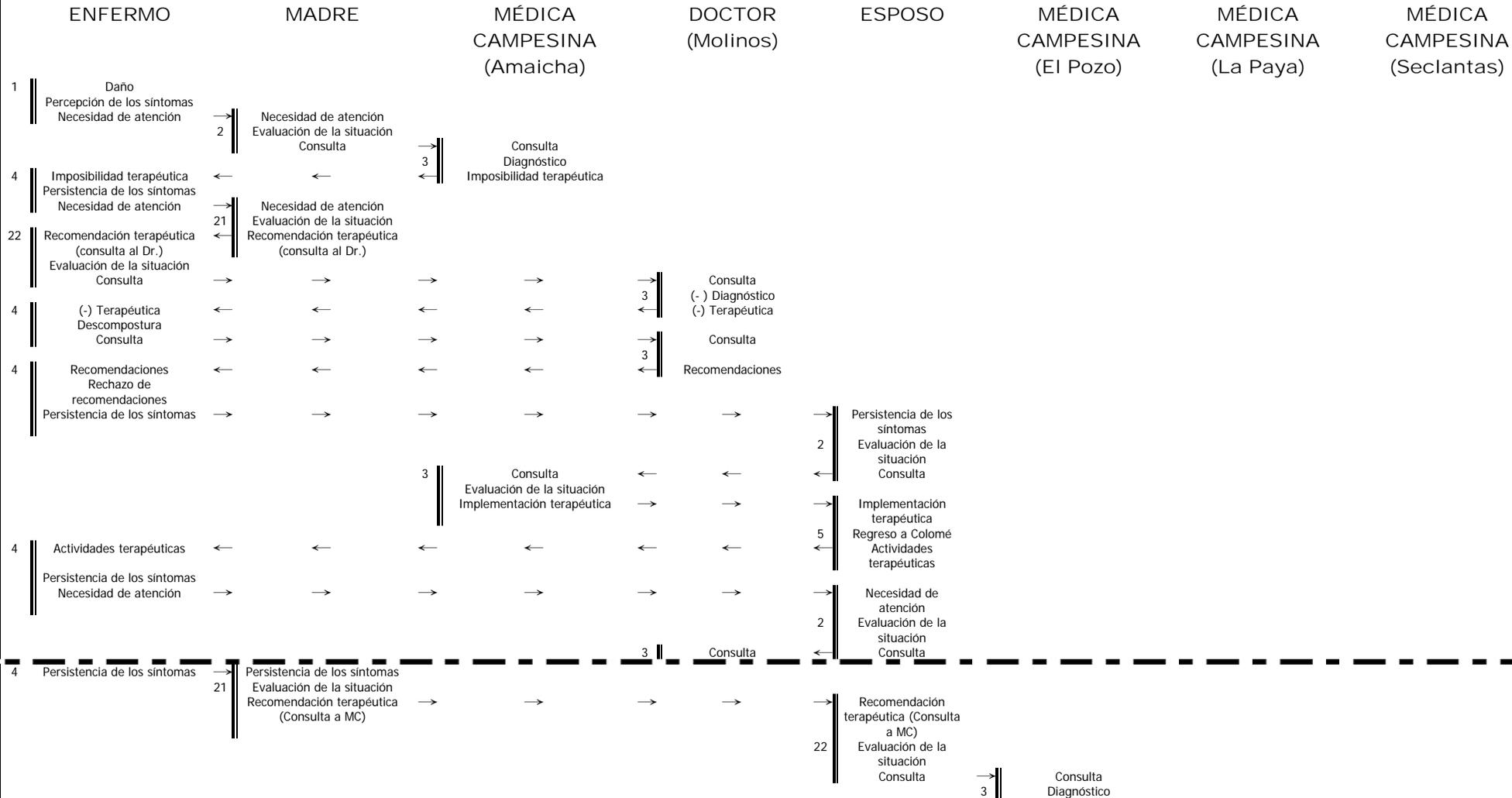
RELATO V

Informante: Severa
 Referido a: Hijo
 Residente en: Colomé
 Patología: Golpe en un ojo
 Tipo de relato: Tercer Grupo
 HOSPITAL (Molinos) DOCTOR (Molinos)

	ENFERMO	MADRE	MAESTROS (Colomé)	HOSPITAL (Molinos)	DOCTOR (Molinos)
17	Accidente Enfermedad Necesidad de atención	→ 18 Necesidad de atención Evaluación de la situación			
19	Intento terapéutico Rechazo Consulta	← 18 Intento terapéutico			
4	Actividades terapéuticas Empeoramiento Necesidad de atención	← 2 Necesidad de atención Evaluación de la situación Consulta	→ 3 Evaluación de la situación Actividades terapéuticas		
4	Actividades terapéuticas Empeoramiento Necesidad de atención	← 18 Necesidad de atención Evaluación de la situación Consulta	→ 3 Evaluación de la situación Actividades terapéuticas		
20	Intento terapéutico Rechazo Necesidad de atención	← 2 Intento terapéutico Necesidad de atención Evaluación de la situación Consulta			
6	Actividades terapéuticas Recuperación parcial Necesidad de control	← 2 Necesidad de control Evaluación de la situación Control	→ 3 Evaluación de la situación Actividades terapéuticas		3 Consulta Diagnóstico Actividades terapéuticas
6	Actividades terapéuticas Recuperación parcial Necesidad de control	← 18 Necesidad de control Evaluación de la situación Intento terapéutico	→ 3 Evaluación de la situación Actividades terapéuticas		3 Control Evaluación de la situación Actividades terapéuticas
20	Intento terapéutico Rechazo Persistencia de los síntomas	← 18 Intento terapéutico			

RELATO VI

Informante: Severa
 Referido a: Hija
 Residente en: Colomé
 Patología: Mal dar
 Tipo de relato: Tercer grupo



RELATO VI

Informante:
 Referido a:
 Residente en:
 Patología:
 Tipo de relato

Severa
 Hija
 Colomé
 Mal dar
 Tercer grupo

ENFERMO	MADRE	MÉDICA CAMPESINA (Amaicha)	DOCTOR (Molinos)	ESPOSO	MÉDICA CAMPESINA (El Pozo)	MÉDICA CAMPESINA (La Paya)	MÉDICA CAMPESINA (Seclantas)
4	Actividades terapéuticas Persistencia de los síntomas Necesidad de atención	←	←	←	←	←	←
	→	→	→	→	→	→	→
4	Actividades terapéuticas Persistencia de los síntomas Necesidad de atención	←	←	←	←	←	←
	→	→	→	→	→	→	→
4	Actividades terapéuticas Persistencia de los síntomas Consulta	←	←	←	←	←	←
	→	→	→	→	→	→	→
6	Actividades terapéuticas Desaparición parcial de los síntomas Recuperación parcial de la salud	←	←	←	←	←	←

5 || Implementación terapéutica
Regreso a Colomé
Actividades terapéuticas

← || Implementación terapéutica

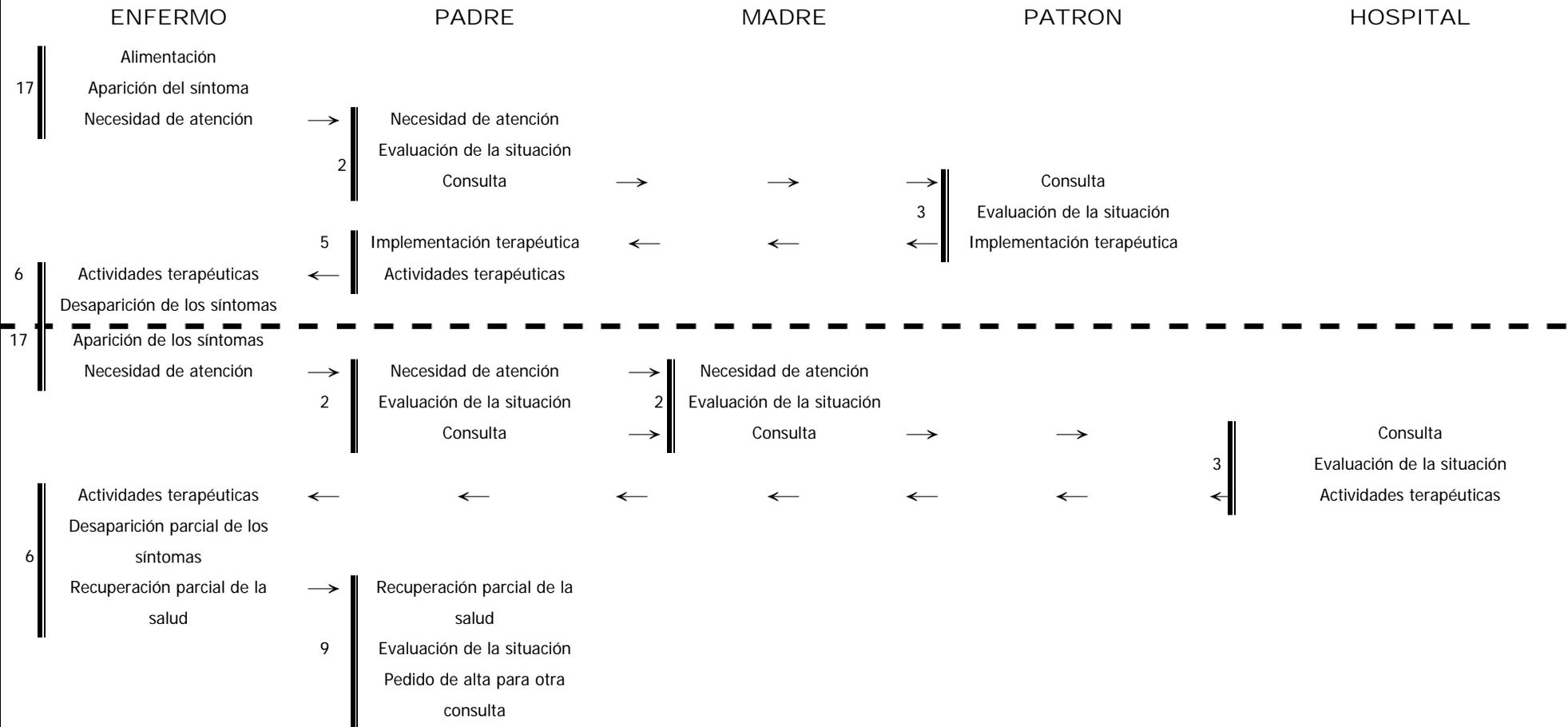
3 || Consulta Diagnóstico
Actividades terapéuticas

3 || Consulta
Evaluación de la situación
Implementación terapéutica

3 || Consulta Diagnóstico
Actividades terapéuticas

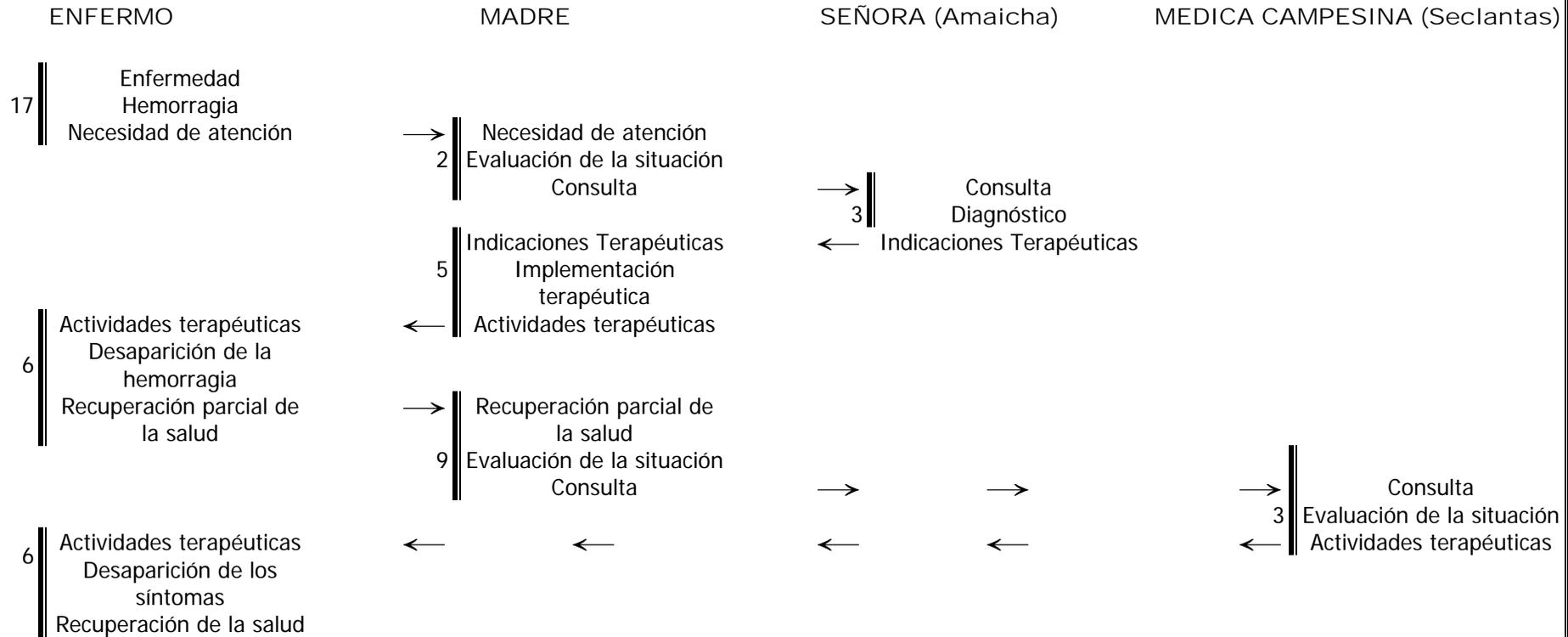
RELATO VIII

Informante: Felix
 Referido a: Hija
 Residente en: Tacuil
 Patología: Fiebre, vómitos, diarrea
 Tipo de relato: Tercer Grupo
 PATRON HOSPITAL



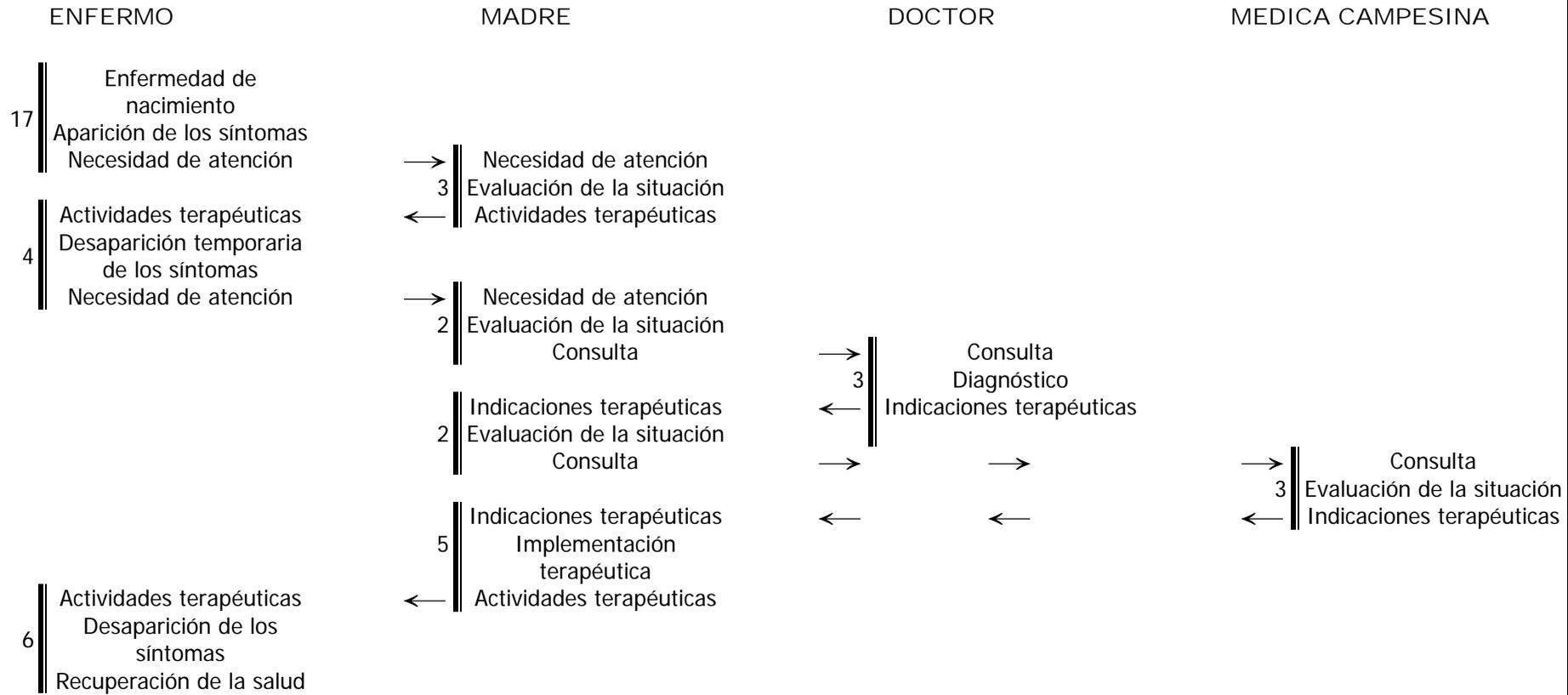
RELATO IX

Informante: María
 Referido a: Hijo
 Residente en: Molinos
 Patología: Hemorragia (sarampión)
 Tipo de relato: Tercer Grupo
 SEÑORA (Amaicha) MEDICA CAMPESINA (Seclantas)



RELATO X

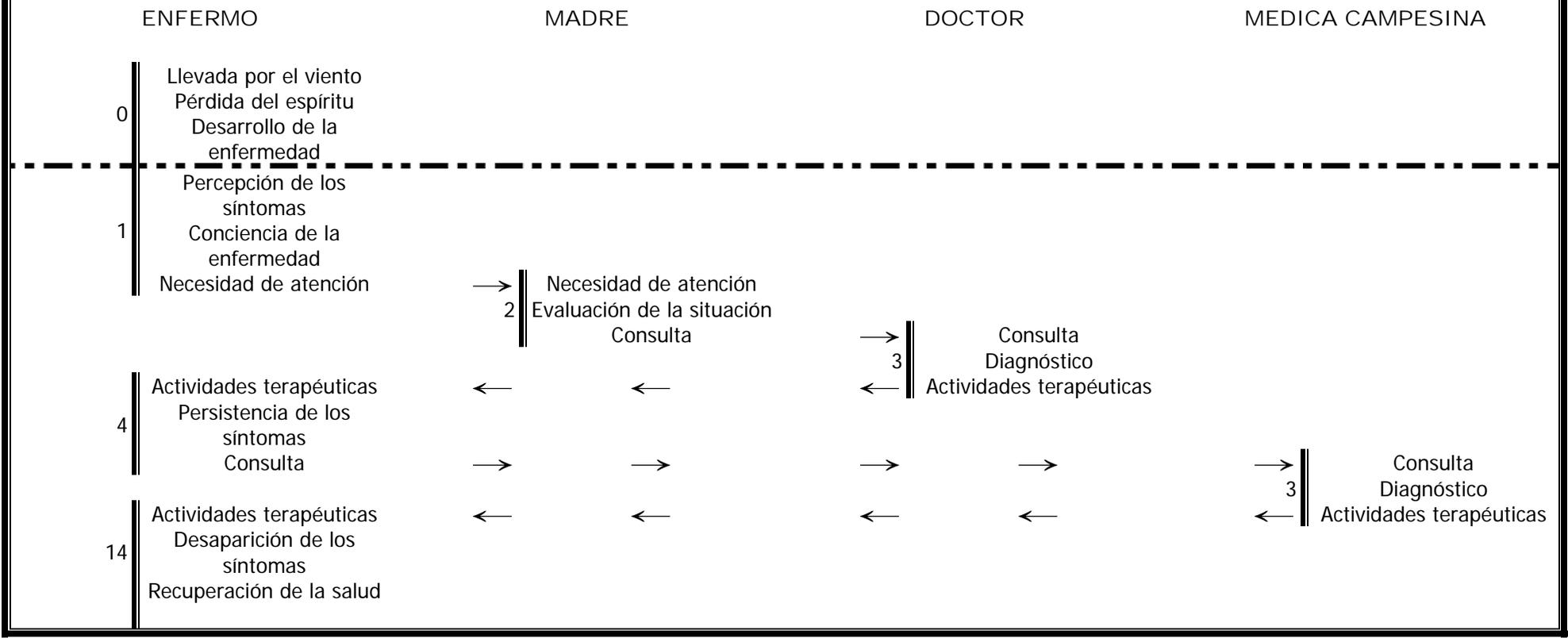
Informante: María
 Referido a: Hijo
 Residente en: Molinos
 Patología: Hernia
 Tipo de relato: Tercer Grupo
 DOCTOR: MEDICA CAMPESINA



RELATO XIII

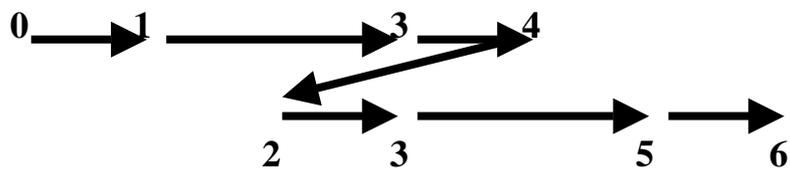
Informante: Domesiana
 Referido a: Hija
 Residente en: Molinos
 Patología: "Alzao de viento"
 Tipo de relato: Tercer Grupo

SECUENCIA DE ACCIONES



Anexo X. Esquemas sucesión de instancias Primer Grupo

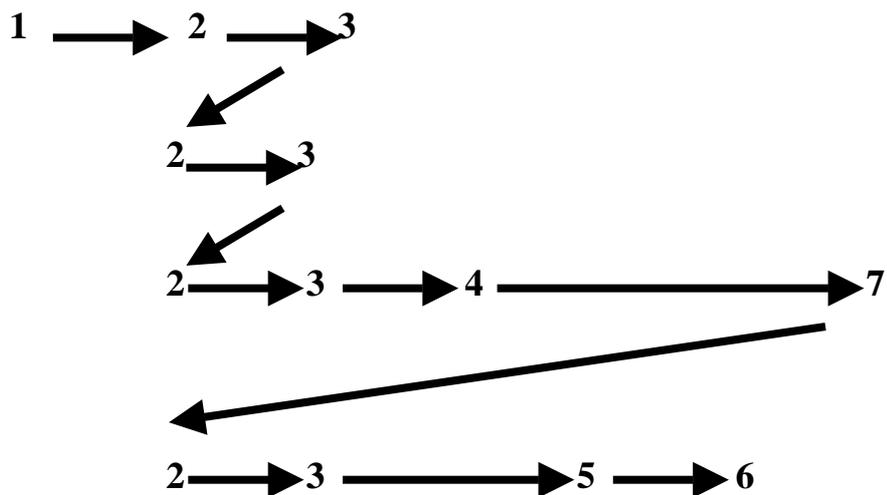
Relato 1



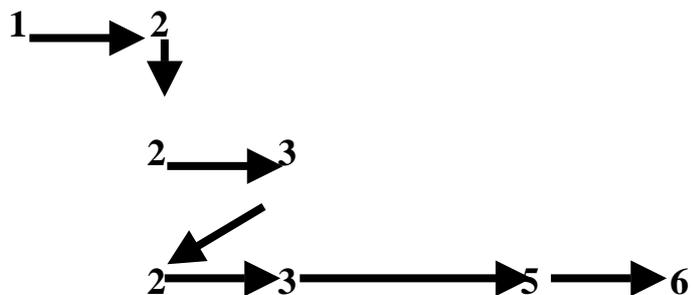
Relato 2



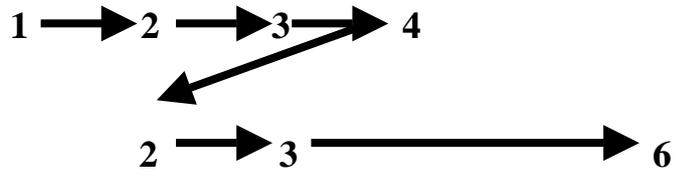
Relato 3



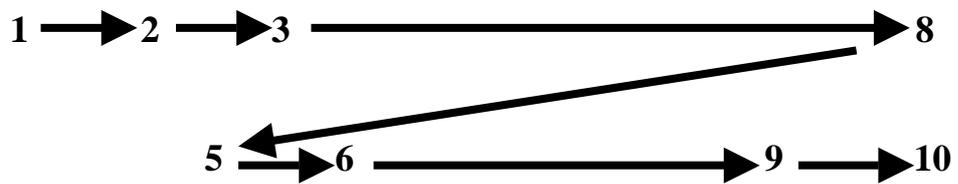
Relato 4



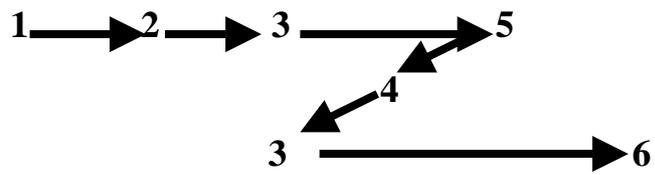
Relato 12



Relato 14



Relato 15



ANEXO XI.- VARIANTES FACULTATIVAS EN RELACIÓN A LA INSTANCIA 3 CORRESPONDIENTE AL ACTANTE TERAPEUTA

RELATO 1

Vino a verme aquí una compañera, una amiga de ella, se llamaba Ema. He dicho que la curen porque el doctor ya le había dicho que tenía sólo nervios. Le he dicho que le pongan un polvo molido que hay que hacer. Y después hallar cuchillo de cordero y hacerlo un charquicito y espolvorearlo bien con esos remedios que están molidos todos juntos y ponerlo en su cabeza, en las sienes. Yo le he dicho a Ema qué tenía que hacer, había que friccionarle mucho ésto así (frotando la cabeza y las sienes). Yo le expliqué a ella como le explico a Usted.

RELATO 2

No hace mucho ha venido un señor de Tres Pozos. Me ha dicho que estaba enferma una chica. El señor era el vecino, no era de la familia ni nada. Decía: - Qué vamos a hacer si la chica se vuelve a descomponer o a desmayar, a lo mejor se muere. Se han asustado y ha venido. Yo le he dicho que esa chica tenía que tener susto. Eso fue un poco de susto, puna y nervios, nomás. Bueno, yo le he dado de aquí unas yerbitas para que las lleve y se las dé y unas pastillitas para el corazón: las Micorena.

RELATO 3

"...y después ha venido aquí la madre de esa chica y me dijo: - Así está mi hija. Qué le puedo hacer?." Yo le dije: - Le va a hacer unos masajes. Primero le he hecho comprar un bote de alcohol de medio, y en ese alcohol ha echado tre dientecitos de ajo y un gajito de ruda, un poco de alcanfor y otro poquito de nuez moscada. Porque yo decía que a lo mejor el aire la ha agarrado y ha quedado como desanudada, todos estos nuditos que tenemos quedan como si fuese libres. - Y yo le voy a hacer una promesa al padre Pio. . . "

RELATO 4

Y otra vez un chico mío se ha caído de la camioneta de los R.. El chico se había caído en la Escuela. Y la señora Directora se ha asustado y me lo ha traído entregado a casa. Y ha dicho: - Que Dionisia lo lleve para Molinos, que el chico lloraba desconsoladamente. El ha llegado con otro chico grande y escolero. Entonces yo lo he visto y me he asustado, tenía chueco el brazo. He agarrado, con susto y todo, y lo he enderezado. Yo también una vez me he curado igual.

RELATO 5

Lo ha curado el maestro de la escuela y las dos maestras.

Después yo lo llevaba al hospital. Le echaban unas gotas negras que le han empañado la vista.

RELATO 6

(Primero) hemos ido a lo de doña Nicasia, siempre vamos a lo de doña Nicasia. Antes nos daba unas pastillas y nada mas, (pero esa vez) ella no nos quiso dar nada, ella ha dicho que mi hija no podía tomar remedios para esa enfermedad porque estaba embarazada.

Y se ha ido a lo de esa médica de El Pozo. Esa señora le ha sacado clarito, como las adivinas, que ella tenía el mal. Ella adivina en la vela y así lo saca. Recién ha creído el esposo, cuando ha ido a esa médica y le ha dicho clarito. De ahí ha traído un líquido.

Cuando ha llegado, doña Virginia le ha hecho una limpieza, y le ha dicho lo mismo, que eso nomás era el mal dar, y también ha salido la persona. Después le ha dado las bebidas, con eso la ha sujetado, con esos polvos que traen de La Quiaca, los de antes traían, son para el mal, esos lo componen bien.

RELATO 7

En Cachi, el año pasado, me ha dicho una médica que porque he tenido tantos hijos chicos, tengo mucho arrebatado en la cabeza. Que me lave la cabeza con unos remedios, yuyos del campo, y me peinen para atrás, y que me quede recostada siquiera un día. no lo he hecho ¿quién me iba a lavar?!

RELATO 8

El patrón nomás la ha curado. Me ha dado unas gotas y se ha compuesto la chica.

RELATO 9

Clemente estaba peor, doña Leucaria me lo ha salvado. Estaba muy embromado de la cabeza y la viejita le ha curado en secreto. Yo le he llevado la velita apromesándole y ella la velita le curaba con la persona allá, pero él estaba curándose aquí.

RELATO 10

Y bueno, he ido a hacerlo curar, lo he llevado a lo de doña (...).

Me dice: - Hija, curale en secreto, tu hijo va a sanar. Llevala a la higuera y hazlo pisar en la higuera, pero que no te vea nadie, temprano tiene que ser, a las seis de la mañana vos tenés que estar ahí. Hazlo pisar en la higuera así y hacé un firulete en la higuera y sacá como una ojetita de la cáscara de la higuera, la medida. Sacá dos y ponelas en él mismo y envolvelas ahí con faja.

RELATO 11

Yo me he ido a Salta, le he dicho a especialistas, me han hecho análisis. Entonces un médico en el hospital (me dijo): -Cuántos hijos tenés?. Le digo: - Seis. -Todos viven?. - Todos viven, uno se me ha muerto, el mayor. - Y bueno, dice, si es verdad lo que me ha dicho, que vivía en Tacuil y ahí es cerro y no había médico...(..). - El único. - Y bueno, me dice, y todos han hecho el servicio militar?. Le digo que todos. - Bueno, dice, cuando la madre está enferma de algo o al menos al pulmón, ningún hijo le sale sano. Todos tienen que ser enfermos. Porqué le ha dicho eso a Usted?. Usted es perfecta de sana. Usted es una señora fuerte. (Lo que tiene) es falta de calcio. Si usted hubiera tenido una especie de pulmón o tisis como dice, ningún hijo le salía sano. Ni usted. Alguno en la familia ha sido así?. - No, ninguno ha sido así.

Y con calcio yo me he compuesto sin tener ninguna cosa. Y he salido perfecta de ahí.

RELATO 12

Esa noche han ido a buscarme.

Entonces he llevado un montón de ceniza y le puse en la planta de los pies (frotando) y las he calentado, (también) le puse en la boca del estómago. - Bueno, dijo, yo permito que usted haga lo que quiera, pero no aguanto que me lleven ni me muevan. (También) le he puesto trapos calentados con la plancha; y se le ha calmado enseguida el dolor de estómago. Y después le dije: - Ahora voy a hacer un secreto, también hay un secreto en las pastillas; yo le tengo fe a la cafiaspirina. He agarrado la mitad de una cafiaspirina y la he echado en agüita cocida pero tibia, con una cucharita de esas de té con azúcar y dos gotitas de limón. He batido y se lo he hecho tomar, y con eso...y yuyitos...(se ha curado).

RELATO 13

Después la curó doña Isidora. Le ha dicho que es el corazón y debilidad al cerebro. Ella le da el remedio ya preparado para que lo tome, en un litrito. Le dan tecitos de yuyos. Cuando la ha curado doña Isidora se ha sentido mejor.

RELATO 14

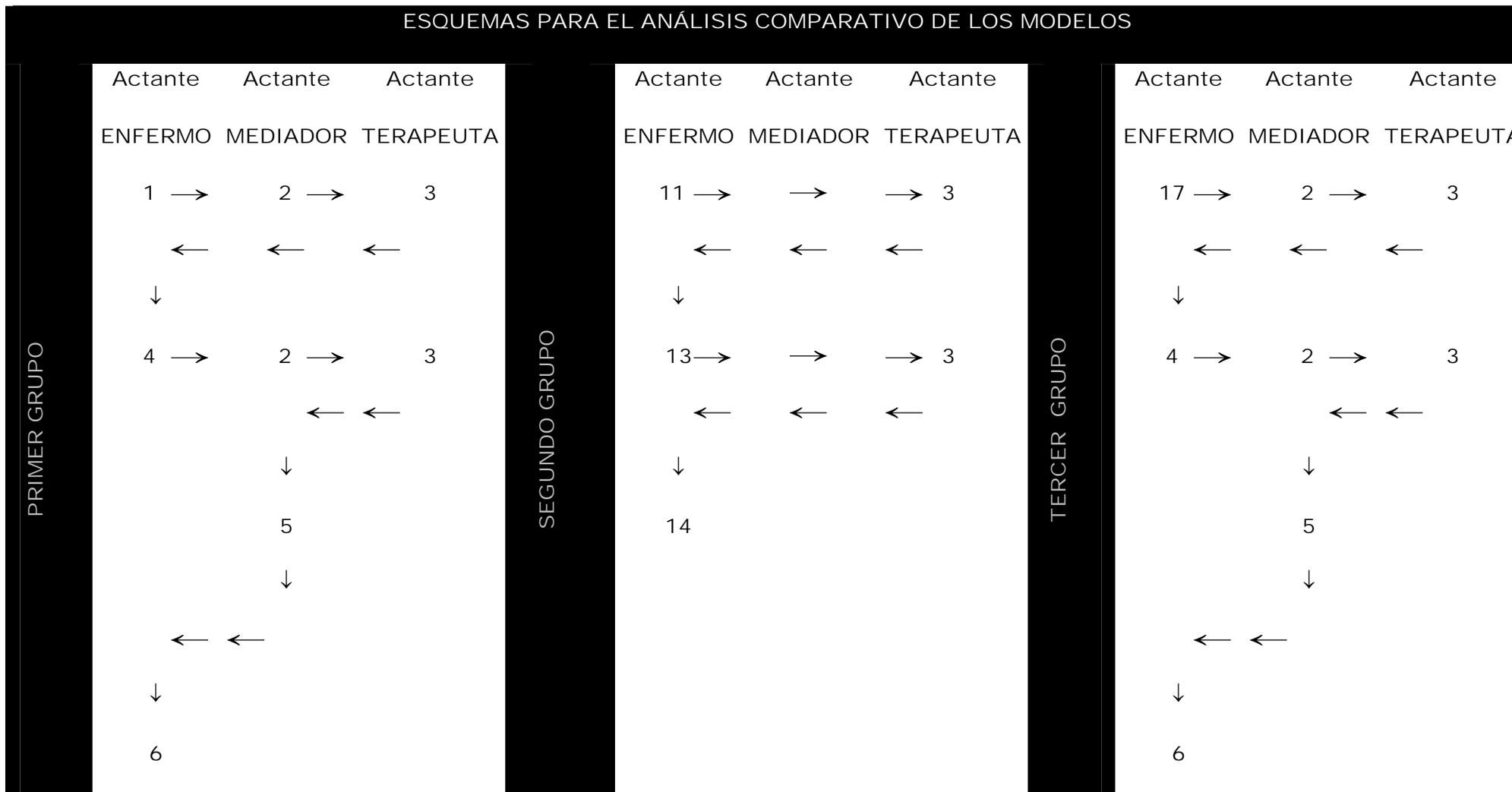
Ella (la madre) lo llevaba al hospital. No sé qué le haría el doctor.

RELATO 15

"...Tía Julia le mando los orines a Doña Leucaria para que ella los vea y le mandara recetas. Doña Leucaria lo curó mal, le dio unos sebos para que le unten y ese sebo le hizo helar todo el cuerpo..."

ANEXO XII

ESQUEMAS PARA EL ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS MODELOS



ANEXO XIII.- Referencias a enfermedades. Expertos y Legos

Entrevistas a 15 "médicos campesinos" y 35 pobladores de Molinos, Humanao, Tomuco, El Churcal, La Angostura, Colomé, Amaicha, Tacuil, Seclantás, El Colte y El Refugio (Luracatao)

REFERENCIAS A ENFERMEDADES																				
ENFERMEDAD	N° de informante que refieren		Nosografía		Etiología		Síntomas		Diagnóstico		Terapéutica		Prevención		Relación con otras enfermedades		Quiénes se enferman		Frecuencia	
	Médicos Campesinos	Pobladores	MC	P	MC	P	MC	P	MC	P	MC	P	MC	P	MC	P	MC	P	MC	P
Zafadura	5	2			1		1				3	1			1				1	
Chavalón	5		2		3		1				3									
Susto	12	17		1	9	11	6	13	3	7	10	16	1	1	2	1	3	1		
Quedado	1	2										1			2	1				
Mal aire	4	1			3						1		1							
Puna		1								1						1				
Quemado		1										1								
Golpe	1	2				1		1			2									
Despalado	5	3	3	1	2	1	5	1		1	6	2								
Desarreglo		2				1		1		1		1				1				
Falsadura	2	2									2									
Recalcado	1	2										1								
Torcedura		1									1	1								
Aire	2	1								1	1					1				

REFERENCIAS A ENFERMEDADES

ENFERMEDAD	Nº de informante que refieren		Nosografía		Etiología		Síntomas		Diagnóstico		Terapéutica		Prevención		Relación con otras enfermedades		Quiénes se enferman		Frecuencia	
	Médicos	Pobladores	MC	P	MC	P	MC	P	MC	P	MC	P	MC	P	MC	P	MC	P	MC	P
	Campeños																			
Retao a mal hora	1				1						1									
Quebraduras	2		1								1									
Desnucado	1				1						1									
Picaduras	1										1									
Calambres	1										1									
Perdimiento de la cabeza		1						1				1								
Fiebre	2	1									2	1				1				
Nervios	1	1				1		1			1	1								
Dolor de cabeza	5	8			1	2		2		2	5	5			2					
Dolor de cuerpo		1						1				1								
Dolor de muelas	1	3						1		1	1	2								
Presión	1	1						1		1										
Arrebato	1	1				1		1				1			1					
Ronquera		1										1								
Dolor de estómago	3	2					1		4	8										

REFERENCIAS A ENFERMEDADES

ENFERMEDAD	Nº de informante que refieren		Nosografía		Etiología		Síntomas		Diagnóstico		Terapéutica		Prevención		Relación con otras enfermedades		Quiénes se enferman		Frecuencia	
	Médicos	Pobladores	MC	P	MC	P	MC	P	MC	P	MC	P	MC	P	MC	P	MC	P	MC	P
	Campeños																			
Dolor de cintura		1							1											
Calor en el estómago	1								1											
Atajado el orín	1				1				1											
Dolor de garganta	1	5		1		2			1	4										
Ardor en el estómago	1								1											
Tos		6				1		1								1				
Dolor de barriga	1								1											
Dolor de huesos	2	1							1	1										
Erqui		1				1		1		1		1								
Cólicos	1								1											
Vesícula		1						1		1										
Encías		1						1		1										
Hígado	1	1				1		1			1	2								
Riñón	1	1					1				1	1								

REFERENCIAS A ENFERMEDADES

ENFERMEDAD	Nº de informante que refieren		Nosografía		Etiología		Síntomas		Diagnóstico		Terapéutica		Prevención		Relación con otras enfermedades		Quiénes se enferman		Frecuencia	
	Médicos	Pobladores	MC	P	MC	P	MC	P	MC	P	MC	P	MC	P	MC	P	MC	P	MC	P
	Campeños																			
Vista	1	1					1				1	1								
Pulso	11	6	6	3	9	1	8	3	1	1	10	5								
Costado	8	1			4		2				7				1		1			
Paletilla	3	1	2		2		1				3				1		1			
Corazón	7	4			3		6	1			8	1								
Bronquios		1				1		1							1					
Estómago		3										3								
Nuca		1										1						1		
Hepatitis		1						1												
Gangrena		1		1								1								
Angina		1						1		1		1								2
Sinusitis		1								1		1								
Resfrío	4	9				9	1	3			3	6								1
Reumatismo		2										1								
Reuma																				1
Disentería	3				1															
Diarrea																				

REFERENCIAS A ENFERMEDADES

ENFERMEDAD	Nº de informante que refieren		Nosografía		Etiología		Síntomas		Diagnóstico		Terapéutica		Prevención		Relación con otras enfermedades		Quiénes se enferman		Frecuencia		
	Médicos	Pobladores	MC	P	MC	P	MC	P	MC	P	MC	P	MC	P	MC	P	MC	P	MC	P	
	Campeños																				
Asma		1				1														1	
Gripe	2	11				2		5			2	7								1	1
Alergia	1										1										
Amígdalas		1						1				1									
Apencia/Apendi		2										1									1
Quiste		1										1									
Hernia		1										1									
Recaída	1	1				1	1	1				1									
Mal parto		1						1													
Males de cabeza	1											1									
Verrugas								1													

ANEXO XIV.- MUESTRA ENTREVISTA CASOS

Transcripción de entrevista correspondiente al Caso Susto II

LUGAR: Tacuile.

FECHA: 12/11/82

SITUACIÓN: En la escuela de Tacuile. Al retirarse los alumnos, el maestro PA separa de la fila al informante y lo conduce al interior de la vivienda de los maestros, donde le presenta al entrevistador. La mayor parte de la entrevista se desarrolla en una especie de galería cerrada a la entrada de la vivienda en presencia del citado maestro, sentados en un banco de la escuela Entrevistador e Informante. Enfrentándolos, sentado sobre una mesa, el maestro.

INFORMANTE: FCh (I)

ENTREVISTADOR: Lic. Marta Crivos. (E).

DESGRABACIÓN: Lic. Marta Crivos.

REGISTRO: MC/MO.2.2. Lado B, Vuelta 408 hasta MC/Mo. 2.3 Lado A, vuelta 172.

E: ... (pasado?)

I: No, m... si yo cuando quiero hacer eso y... tiritó el cuerpo, todo el cuerpo, y después... m'caigo, pué', descompuesto no muy... no muy grave...

E: No?

I: No. Yo cuando m' levanto de golpe, me hace así cuando duermo un poco y levanto me hace eso. (...)

E: Y hace cuanto que... que te pasó eso?

I: Uh! Es mucho ya!

E: Sí?

I: Mucho!

E: Cuánto, más o menos?

I: Dos años...

E: Dos años?

I: Sí, en... en el año 80 (o algo así?)

E: Ajá?

I: Sí, mes de agosto era...

E: Y qué... qué te ha pasado, cómo te has sentido?

I: Y m'ha empezado a tiritar todo el cuerpo...

E: Ajá?

I: Sí. Después, como digamo'...

E: Y qué has hecho cuando te has sentido así, que tiritabas?

I: Mm... mi mamá no sab' qué iba a hacer y... me ha dao agua, agua pa' no s' cómo va a hacer para componer, pué' no sabía mi mamá...

E: Mm... tu mamá... cuantos son... hermanitos?

I: Son cuatro.

E: Cuatro.

I: Sí, se...

E: Y vivís con tu mamá y con tu papá...

I: Papá no tengo, mamá sí tengo.

E: Y vos sos el mayor... el más chico...

I: El más g... el tercero.

E: Ah, el tercero.

I: Sí, se...

E: Y ahí mamá te ha dado agua...

I: Me ha dao agua, si a ver si compuene o no si... si ha compuesto un poco, sí.

E: Mm.

I: Sí.

E: Y después? Has vuelto a sentir?

I: Hei vuelto a sentir de vuelta.

E: Ajá. Cuándo?

I: Pasando ese día nomá ha vuelto pue'...

E: Ajá.

I: Cerca, cerca m' ha dao. Ahora no, ahora mi da... pasando semana, así me da. Viene... pocos días, ya vuelta mi da.
 E: Y la abuela ha hecho algo?
 I: Sí, mi abuelita sí, también.
 E: Qué te ha hecho?
 I: Todo mi ha hecho, mi ha refregao aquí, no sé cómo va a hacer pa' componer, si han asustao primero.
 E: Ajá.
 I: Y ahora no sé...
 E: Tu mamá ha ido a... a buscar a la abuela?
 I: Mi abuela ahí vive mi abuelita.
 E: Ah, ahí mismo (...).
 I: Sí.
 E: Y ella qué ha hecho?
 I: Cómo?
 E: Qué ha hecho para curarte?
 I: Mm... no sé, me ha sahumao no sé con qué sería, ha buscao remedios pa' que me sahumen, así me han hecho componer...
 E: Mm... no te acordás qué remedios te puso?..
 I: No.

MC/Mo.2.3 Lado A.

I: ... empezao a tiritar el cuerpo, así (...)
 M: Estabas sentado, tranquilo?
 I: Sí, tránquilo estaba. Después, entonce' yo hei caio así...
 E: Y te hizo bien la sahumada que hizo la abuela o...
 I: Sí...
 E: ... te has sentido mejor o cómo?
 I: sí, me he sentío más mejor, sí... era (...) más fiero, ahora ya no, poco me hace.
 E: Mm... y no has ido a Amaicha, no has ido a verte?
 I: Sí, y el Doctor no ha hallao nada.
 E: No?
 I: No, no.
 E: Cuándo has ido?
 I: Yo estoy ya... hace un tiempo ya... no hace nada el Doctor, es' tiene que ser un médico campesino...
 E: Porqué, qué es lo que tenés vos, qué, qué enfermedad es?
 I: No sé, no... no l'hallan nada.
 E: El médico no halla nada...
 I: No lo hallan (...) con los médicos nada, todavía.
 E: No has ido a ningún médico campesino?
 I: No.
 M: A Doña N no has ido?
 I: Doña N sí, hei ido.
 E: Qué ha hecho ella?
 I: Me ha dao recetas (...) hei tomao pero no me hace nada.
 E: No te hace nada tampoco. Y el médico de Amaicha tampoco te ha hecho nada... hasta ahora.
 I: Nada.
 E: No te hallaron nada... y ahora cómo estás, ¿bien?..
 I: Sí.
 E: Con ganas de terminar la escuela? (risas).
 M: Ya le falta poquito.
 E: Falta poco.
 I: Sí.
 E: En qué grado estás?
 I: Cuarto.
 E: En cuarto.
 I: Sí.
 E: ... y no te acordás...
 M: (dirigiéndose a E) Le gusta jugar a la pelota, mucho.
 E: ¿Sí? ¿Juega bien?

M: Sí, juega lindo! Nunca te ha agarrao jugando a la pelota, ¿No?
I: No maestro. Nunca.
E: Y lo único que sentís tiritás nomás.
I: Sí, eso es, quí senito yo, tiritar y de ahí.
E: Y qué podrá ser eso ¿No?... no sabe nadie que es eso?
I: No, no sabe nadie...
E: No te has golpeado nunca?
I: No me acuerdo si me he golpiao o no...
E: ¿No? (... diálogo en voz baja con M... M: No quiere decir. E: ... y si no le... no le han hallado nada ¿No?)
I: No.
E: Y la abuelita qué dice que es?
I: No ha dicho nada la abuelita, no sabe qué es.
E: Ella no piensa que es algo, no... no dice...
I: No, no dice nada...
E: Qué puede ser?
I: No.
E: Asustado, no será?
I: Abuelita dice ese asustao puede ser... (...)
E: Eso dice la abuelita?
M: Porque vos te has asustado una vez... los otros días... ¿No?
I: Sí, una vuelta me he asustao con... yo estaba juntando leña por ahí y m' he asustao una vuelta... sí, ese (día?) mi abuelita me ha dicho que no vaya solo (...)
M: Con qué te has asustao?
I: No sé, he visto un... cosa, no sé quí sería y... mi abuelita (...) cosa mala...
M: (...)
I: No sé qué habrá sío.
M: Pero has visto una cosa, pero qué cosa has visto vos (...).
I: Era juera que veo un gente, así un (...) se desapareció (...) con eso me he asustao yo hei venio a casa, le he contao a la mama y la mama (...).
M: Parecía una persona?
I: Así era despué' eso se desapareció... esa hora... nomás al ratito nomás.
M: Adonde era?
I: Allá en la casa, así para el alto era... y de ahí no sé...
E: Y cómo era... no, no viste cómo era?
I: No.
E: ... esa gente?
I: No, s...
M: Pero no te acordás bien, más o menos, cómo, qué es lo que era lo que vos viste?... cómo era...?
I: Ni me acuerdo bien.
E: Estabas solo vos?
I: Sí, yo solo he ido a ver... no teníamos cabras también pa'l cerro, he ido a traer (en eso hei juntao?) y he ido solo y he visto eso...
E: Qué había un perro ahí?
I: Mm?
E: Había un perro o estabas con un perro?
I: Sí, señ...
E: Y desde entonces has estado así?
I: Sí, desde entonces es así...
M: Te vienen desmayos...
I: Sí.
M: Pero no te acordás el momento... del que estás así, en trance?
I: Sí.
M: Te acordás todo lo que pasa?
I: Sí, me acuerdo.
M: No perdés el conocimiento en ningún momento.
I: No.
E: No te quedás dormido?
I: No.
E: ¿No?
I: No, (...) yo me acuerdo todo que pasaba así, no me quedo así descontrolado (totalmente?).

M: Porque vos te acordás todo lo que pasa a partir del momento que vos empezás a...

I: Sí.

E: ... y has ido muchas veces al médico? ... allá a Amaicha?... o una vez nomás?

I: Muchas vec' hei ido ahí en Amaicha.

E: O has ido una vez nomás?

I: No, mucho tiempo...

E: ¿Sí?

I: Sí, sí.

E: Y él qué te hacía, qué te hacía el médico, te daba remedios?

I: No ha hallao nada (...)

E: Vos le contabas así, como me estás contando el...?

I: Le ha contao la mama, la mama le ha contao.

E: Tu mamá?

I: Sí, sí.

E: Vos ibas con tu mamá?

I: Sí.

E: Y ella le contaba?

I: Sí, ella le contaba a el... médico...

E: Y le ha explicado eso que te ha pasado en el cerro?

I: Sí, le ha explicado.

E: Le ha explicado al doctor, le ha dicho?

I: Sí le ha dicho q' ese día me he asustado así, todo... no l'hallo nada, pué', el Doctor, no me halló nada.

E: Y a Doña Nicasia has ido muchas veces?

I: No, una vez hei ido apenas, una sola vez.

E: Una sola vez?

I: Sí.

E: Y no tenés que volver?

I: Sí, me ha dicho que vaya y no hei ido.

E: Porqué no has ido?

I: Y he estao en la escuela, no hei tenío tiempo (...).

E: Y qué te dio remeditos para tomar o también para sahumar?

I: Dónde?

E: N.

I: Sí.

E: Qué te dió?

I: (...) remedios me ha dao.

M: Para tomar o para sahumar?

I: Tomar también me ha dao.

M: Y para sahumar?

I: Sahumar dic' que también que me sahume he dicho... sí.

E: Ella te ha hecho eso o...?

I: Sí, eso.

E: Allá, en la casa, en Amaicha?... te ha sahumado?

I: No, ella ha dicho que yo me sahume aquí en mi casa, qui tome todos esos remedios qui m'ha dao recetas y qui busque todo, no tenía algún remedio ella...

M: (...) recetas era, qué remedios de... Farmacia,, o eran yuyitos?

I: De Farmacia eran todos, no de (...)

M: Ah, de Farmacia eran?

I: Sí, se...

E: Y con quién has ido a lo de N? Con tu mamá también?

I: Sí.

E: No con la abuelita...

I: Con la abuelita hei ido... la mama no, no hei ido con la mama.

E: A lo de N?

I: Sí, se...

E: Y al médico de Amiaicha fuiste con mamá.

I: Sí, con mi mamá hei ido.

E: Mm.

I: A Molinos también hei ido una vez.

E: Sí?

I: Sí.

E: Al Hospital.

I: Al Hospital hei ido... sta hei ido para ahí, el Doctor me ha llevao ahí.... (...)

E: Y a lo de N te llevaba la abuelita...

I: Sí, a I... de N.

M: Cuántos años tenés, F?

I: Ahora tengo catorce cumplidos, ya.

ANEXO XV.- FICHAS DE REGISTRO DE CASOS DE SUSTO

CASO: SUSTO I	FECHA DE RELEVAMIENTO: Marzo/Abril 1980
FUENTE: MG	DIAGNÓSTICO: Susto
ENFERMO: Hija de RA	
EDAD: 3 años	LUGAR DE RESIDENCIA: Molinos
CON QUIEN/ES RESIDE: Padres, hermanita, abuelos maternos y tía materna	
SUJETOS ENTREVISTADOS:	RELACION CON EL ENFERMO:
a) ECA	Madre
b) RA	Padre
c) MG	Terapeuta ("médico campesino")

CASO: SUSTO II	FECHA DE RELEVAMIENTO: Noviembre 1982
FUENTE: MCh	DIAGNÓSTICO: Susto
ENFERMO: FCh	
EDAD: 14 años	LUGAR DE RESIDENCIA: Tacuil
CON QUIEN/ES RESIDE: Madre, tres hermanos y abuela	
SUJETOS ENTREVISTADOS:	RELACION CON EL ENFERMO:
a) FCh	Enfermo
b) MCh	Abuela. Terapeuta ("médica campesina")
c) NRG	Terapeuta ("médica campesina")

CASO: SUSTO III	FECHA DE RELEVAMIENTO: Noviembre 1982
FUENTE: MCZ	DIAGNÓSTICO: Susto
ENFERMO: ARB	
EDAD: 4 meses	LUGAR DE RESIDENCIA: Molinos
CON QUIEN/ES RESIDE: Madre, abuelos maternos, siete tíos maternos, cuatro primos maternos, "madre de crianza" de abuelo materno.	
SUJETOS ENTREVISTADOS:	RELACION CON EL ENFERMO:
a) CGB	Abuela materna
b) AHB	Madre
c) AV	Terapeuta ("médica campesina")

CASO: SUSTO IV	FECHA DE RELEVAMIENTO: Noviembre 1982
FUENTE: NRG	DIAGNÓSTICO: Susto
ENFERMO: RC	
EDAD: 12 años	LUGAR DE RESIDENCIA: Humanao
CON QUIEN/ES RESIDE: Padre, tres hermanos, dos sobrinos.	
SUJETOS ENTREVISTADOS:	RELACION CON EL ENFERMO:
a) EFC	Madre
b) RC	Enfermo
c) LC	Padre
d) NRG	Terapeuta ("médica campesina")

FICHAS DE REGISTRO DE CASOS DE GRIPE

CASO: GRIPE I

FUENTE: Planilla Consultorio Externo ESM

DIAGNÓSTICO: Angina gripal

FECHA DE CONSULTA: 6/02/80

EDAD: 13 meses

CON QUIEN/ES RESIDE: Padres y tío paterno, su esposa y cuatro hijos.

SUJETOS ENTREVISTADOS:

CRCh

NRG

MG

ENFERMO: ECh

LUGAR DE RESIDENCIA: Amaicha

RELACION CON EL ENFERMO:

Madre

Terapeuta ("Médica campesina")

Terapeuta (Médico ESM)

CASO: GRIPE II

FUENTE: Planilla Consultorio Externo ESM

DIAGNÓSTICO: Angina gripal

FECHA DE CONSULTA: 3/03/80

EDAD: 9 años

CON QUIEN/ES RESIDE: Durante el período escolar con una tía en segundo grado y su familia

SUJETOS ENTREVISTADOS:

VY

IY

MG

ENFERMO: CG

LUGAR DE RESIDENCIA: Molinos (provisoria)

RELACION CON EL ENFERMO:

Prima en segundo grado

Prima en segundo grado

Terapeuta (Médico ESM)

CASO: GRIPE III

FUENTE: Planilla Consultorio Externo ESM

DIAGNÓSTICO: Angina gripal

FECHA DE CONSULTA: 15/02/80

EDAD: 11 años

CON QUIEN/ES RESIDE: Madre, dos hermanos menores y abuelos maternos.

SUJETOS ENTREVISTADOS:

ZG

GG

MG

ENFERMO: ZG

LUGAR DE RESIDENCIA: Molinos

RELACION CON EL ENFERMO:

Enfermo

Madre

Terapeuta (Médico ESM)

CASO: GRIPE IV

FUENTE: Planilla Consultorio Externo ESM

DIAGNÓSTICO: Estado gripal

FECHA DE CONSULTA: 4/02/80

EDAD: 32 años

CON QUIEN/ES RESIDE: Esposa e hijo.

SUJETOS ENTREVISTADOS:

FD

RD

Tía de RD

MG

ENFERMO: FD

LUGAR DE RESIDENCIA: Molinos

RELACION CON EL ENFERMO:

Enfermo

Esposa

Tía de la esposa

Terapeuta (Médico ESM)

ANEXO XVI. FICHA DE INFORMANTE. Muestra

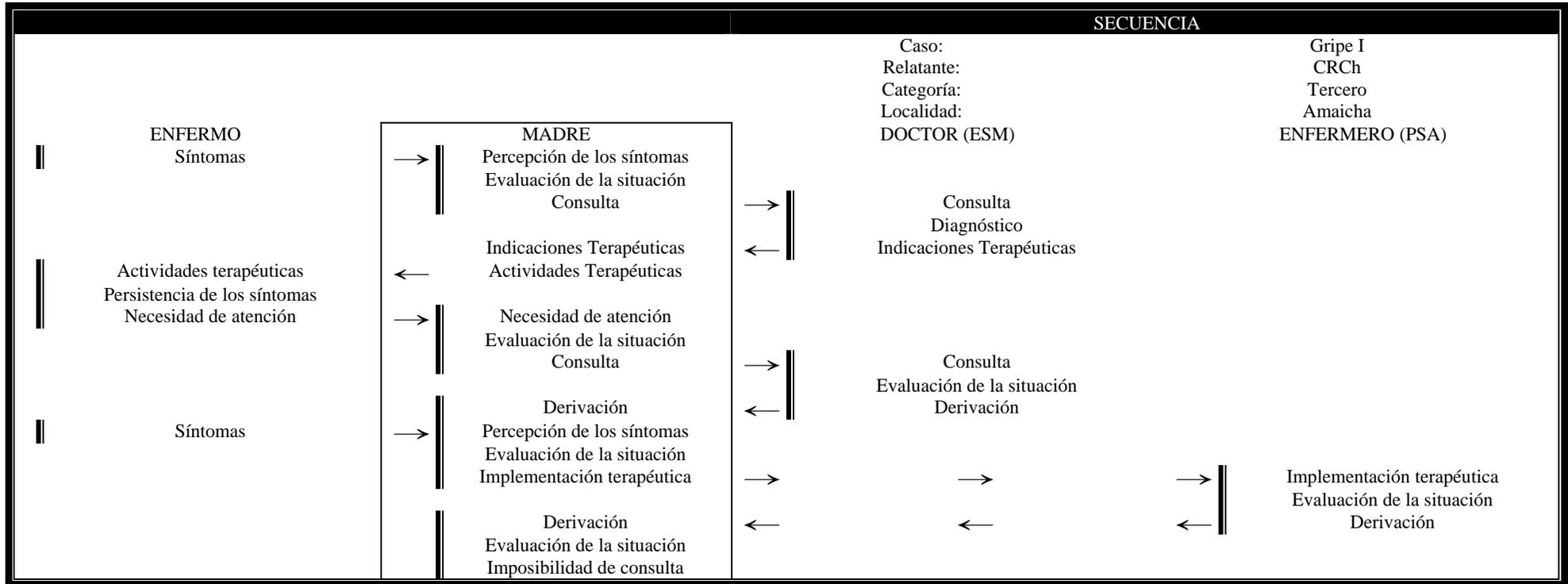
ENCUADRE DE ENTREVISTA

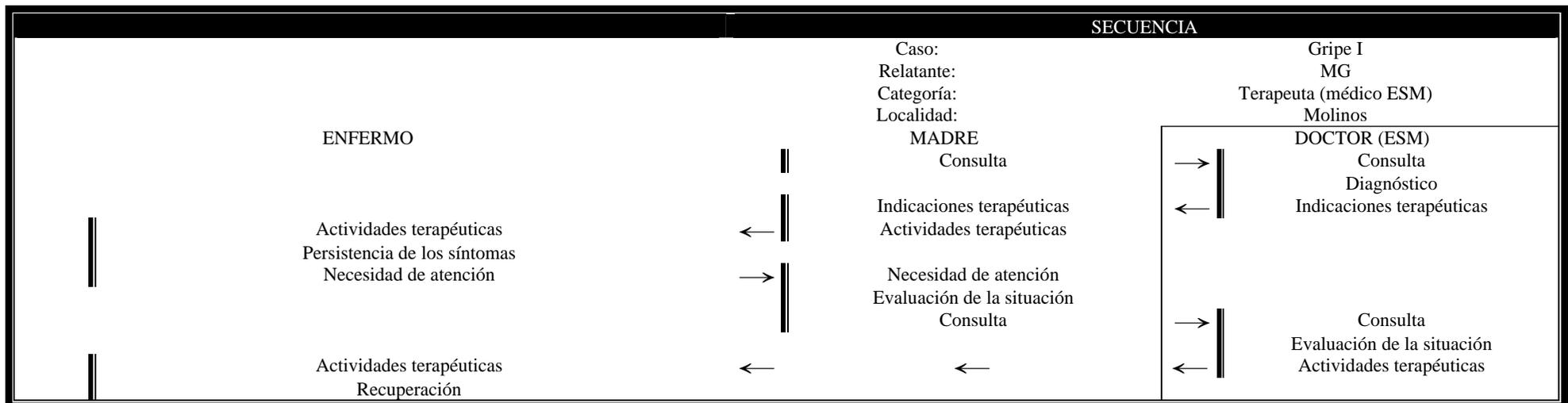
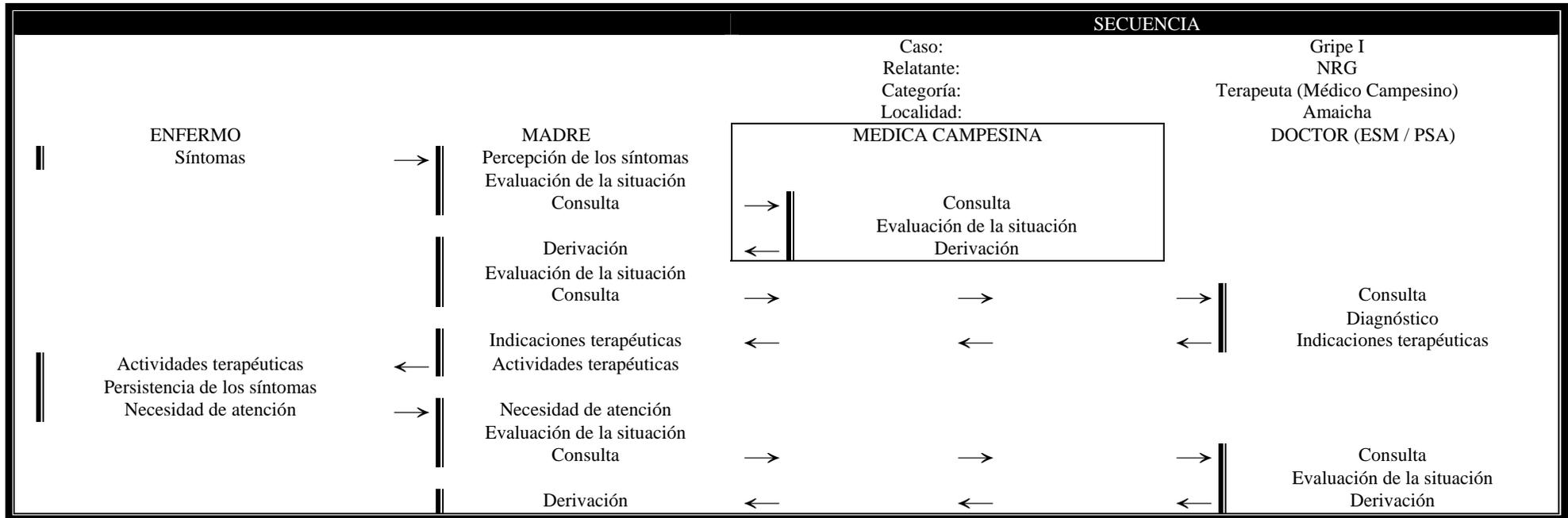
- 1.- **Lugar** Humanao
- 2.- **Fecha** 20/11/82
- 3.- **Situación** En el "patio" de la vivienda de la informante, al lado de la acequia, el entrevistador sentado en un banquito frente a la informante que lavaba, de pié, en una batea de madera la ropa para la primera comunión de su hija
- 4.- **Registro** MC/Mo.1.1., pgs. 42-43
MC/Mo.2.13 B v 53 hasta v 189
MC/Mo.2.16 B v 143 hasta MC/Mo.2.17 A v 321

REFERENCIAS DEL INFORMANTE

- 1.- **Nombre** EFC
- 2.- **Edad** 45 años
- 3.- **Estado civil** Casada (Esposo: LC, nacido en Finca El Carmen)
- 4.- **Hijos** Nueve; una hija natural, un hijo adoptado, dos varones y cinco mujeres – una muerta a los cuarenta días
- 5.- **Nacido en** Humanao
- 6.- **Residente en** Humanao
- 7.- **Con quien/es vive** Con el esposo, cuatro hijos (un varón y tres mujeres) y dos nietos de una de ellas (un varón y una mujer)
- 8.- **Tipo de actividad (del jefe de familia y del entrevistado)**
 - 8.1- **Permanentes:** Esposo: tareas agrícolas en su pequeña propiedad (cultivo del comino y pimentón, pastoreo de cabras a cargo de la hija mayor que reside con ellos. Ella se dedica a las tareas de la casa
 - 8.2- **Temporarios**
- 9.- **Escolaridad**
- 10.- **Viajes o estadías en otras zonas** Viaja a Salta en ocasión de la fiesta del Señor del Milagro (15 de septiembre)
 - 10.1- **Frecuencia y duración** Una vez al año, pocos días
- 11.- **Genealogía familiar** Refiere a su padre, a un hermano casado, a su madre, al actual esposo de su madre y al hijo de ambos que padece síndrome de Down
 - 11.1- **Lugar de nacimiento y residencia** Su padre, junto con su hermano casado y su hijo adoptivo residen desde hace 15 años en Buenos Aires. Su madre, el actual esposo y su hijo mogólico residen en Tiupampa (lugar entre Humanao y La Angostura, sobre el camino)
 - 11.2- **Ocupación** El hermano que reside en Buenos Aires trabaja en la Policía Federal
- 12.- **Enfermedades que refiere** Susto
 - 12.1.- **Caso** Susto IV
 - 12.2.- **Relación con el enfermo** madre
- 13.- **Fuentes de su conocimiento**

Anexo XVII.- Gripe I





SECUENCIA NEUTRALIZADA

1.1 ||

ENFERMO
Síntomas

→ ||
2.1 ||

Caso:
Localidad:
MADRE
Percepción de los síntomas
Evaluación de la situación
Consulta

→ ||
3.2 ||

Gripe I
Amaicha
DOCTOR (ESM / PSA)

Consulta
Diagnóstico
Indicaciones terapéuticas

4 ||

Actividades terapéuticas
Persistencia de los síntomas
Necesidad de atención

5 ||
← ||

Indicaciones terapéuticas
Actividades terapéuticas

→ ||
2.1 ||

Necesidad de atención
Evaluación de la situación
Consulta

→ ||
3.2 ||

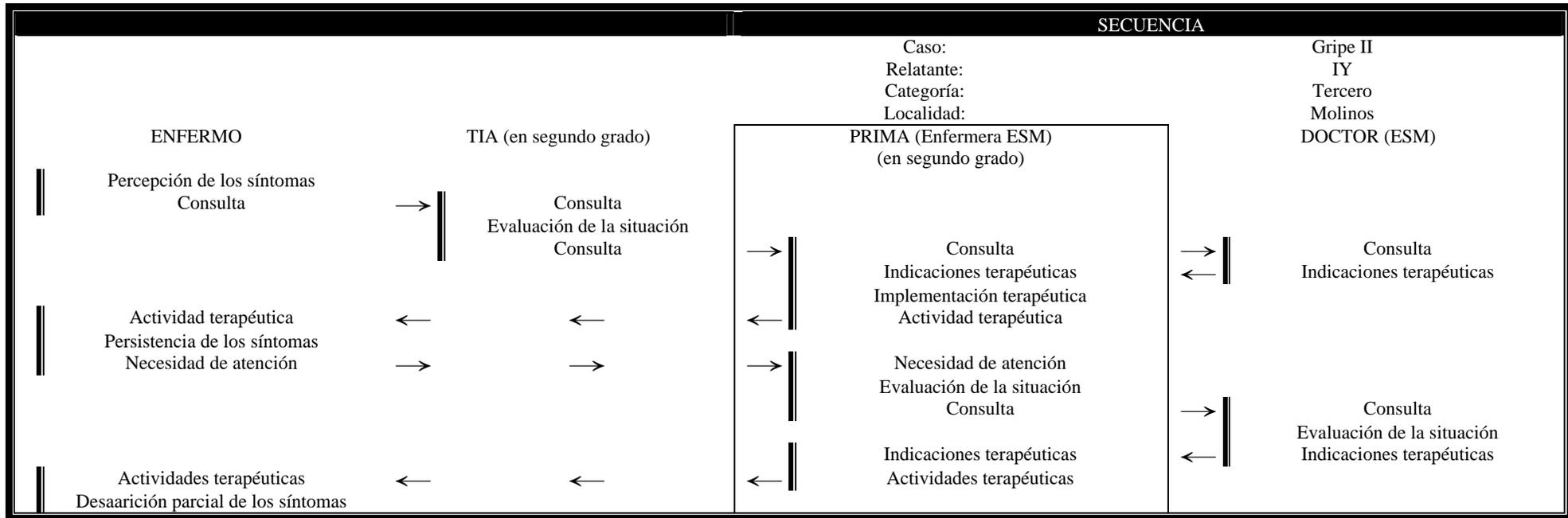
Consulta
Evaluación de la situación
Indicaciones terapéuticas

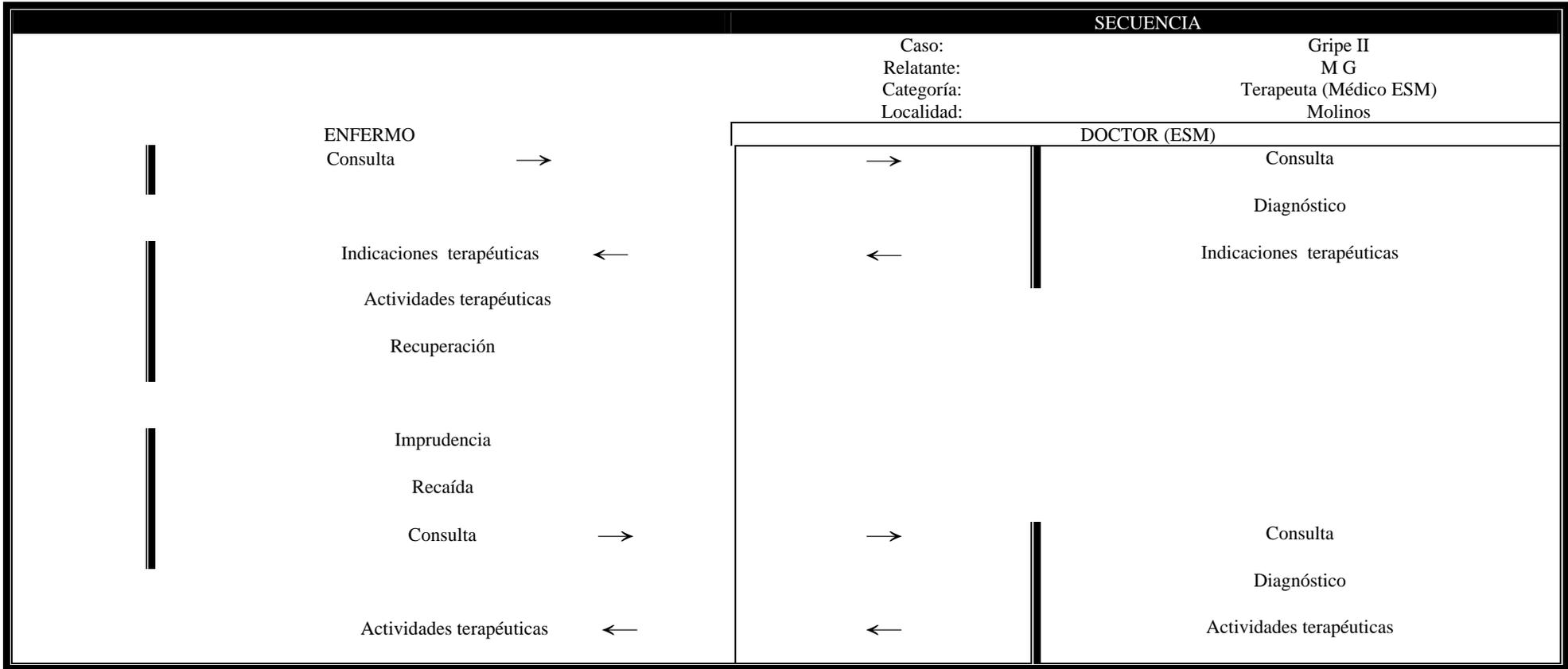
||

Indicaciones terapéuticas

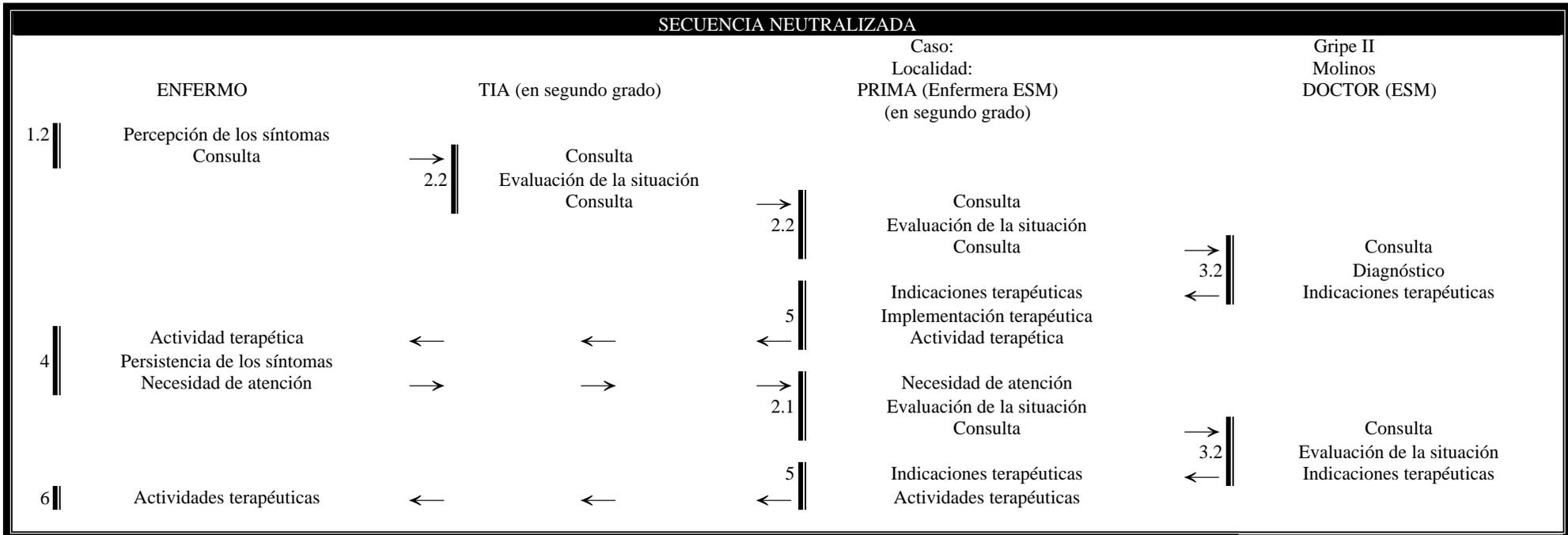
← ||

Anexo XVIII.- Gripe II

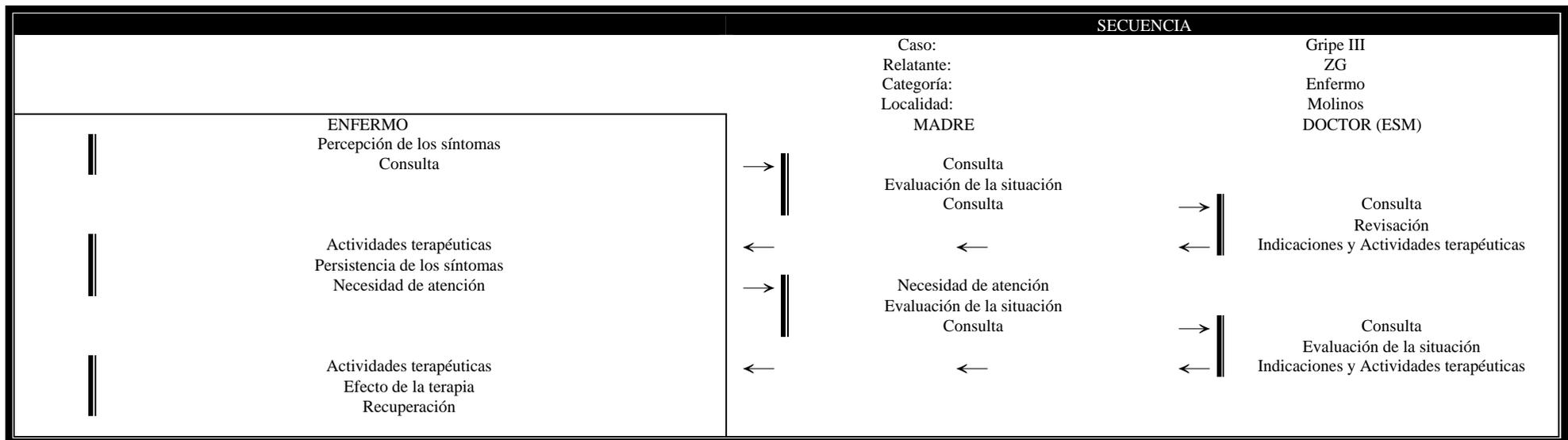


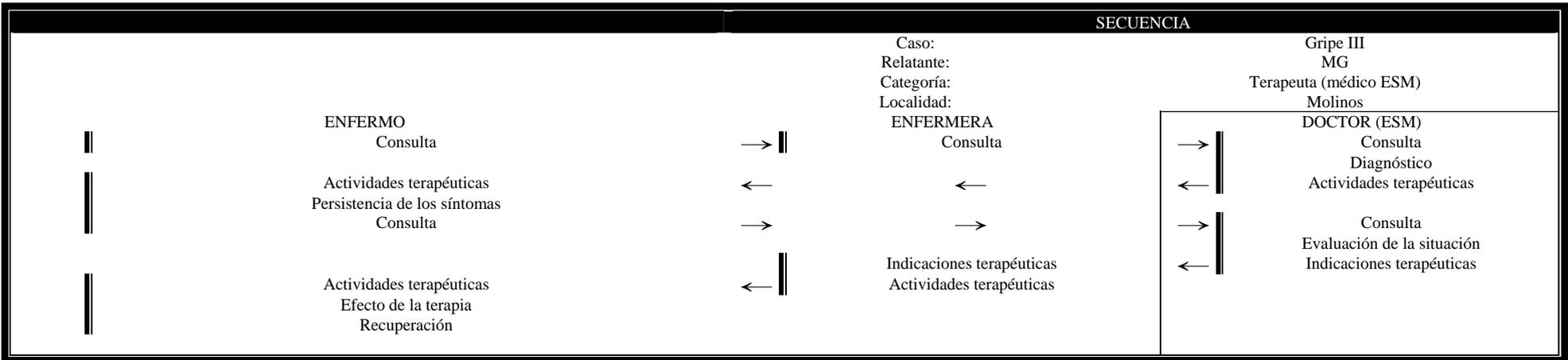
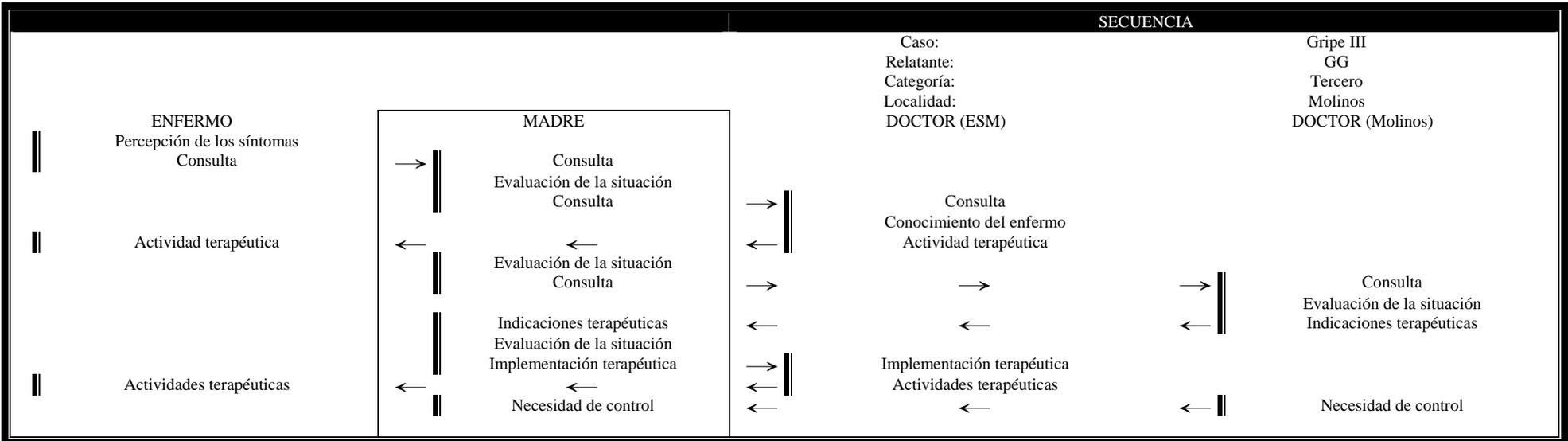


SECUENCIA NEUTRALIZADA

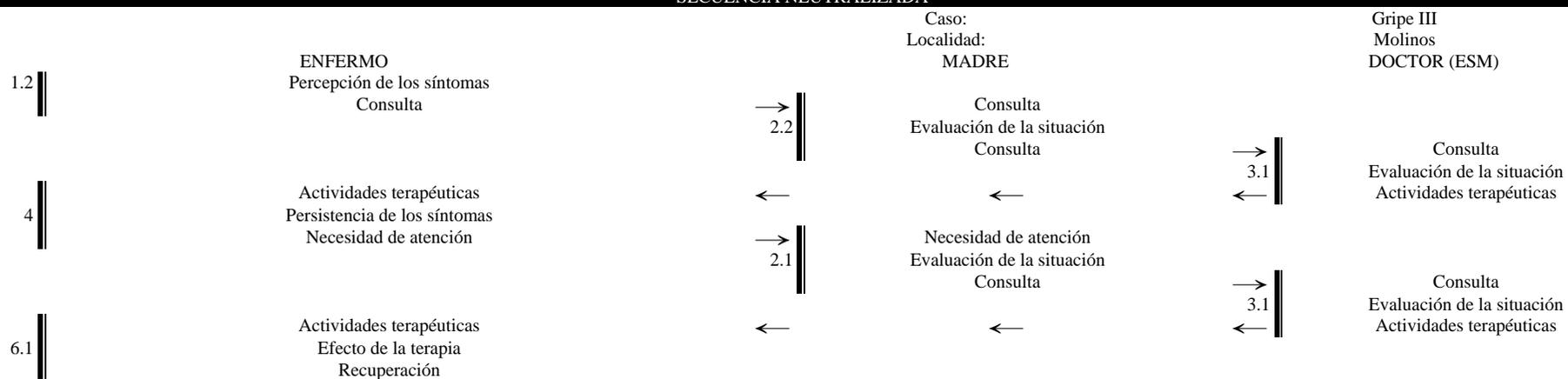


Anexo XIX.- Gripe III

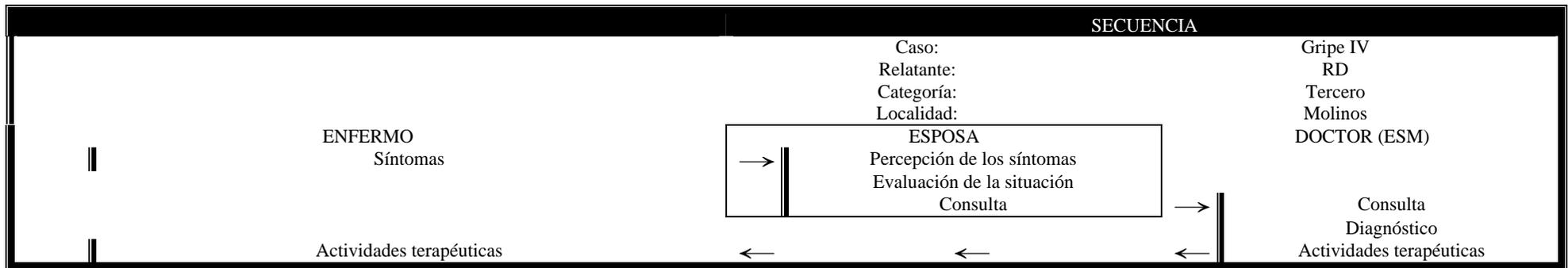
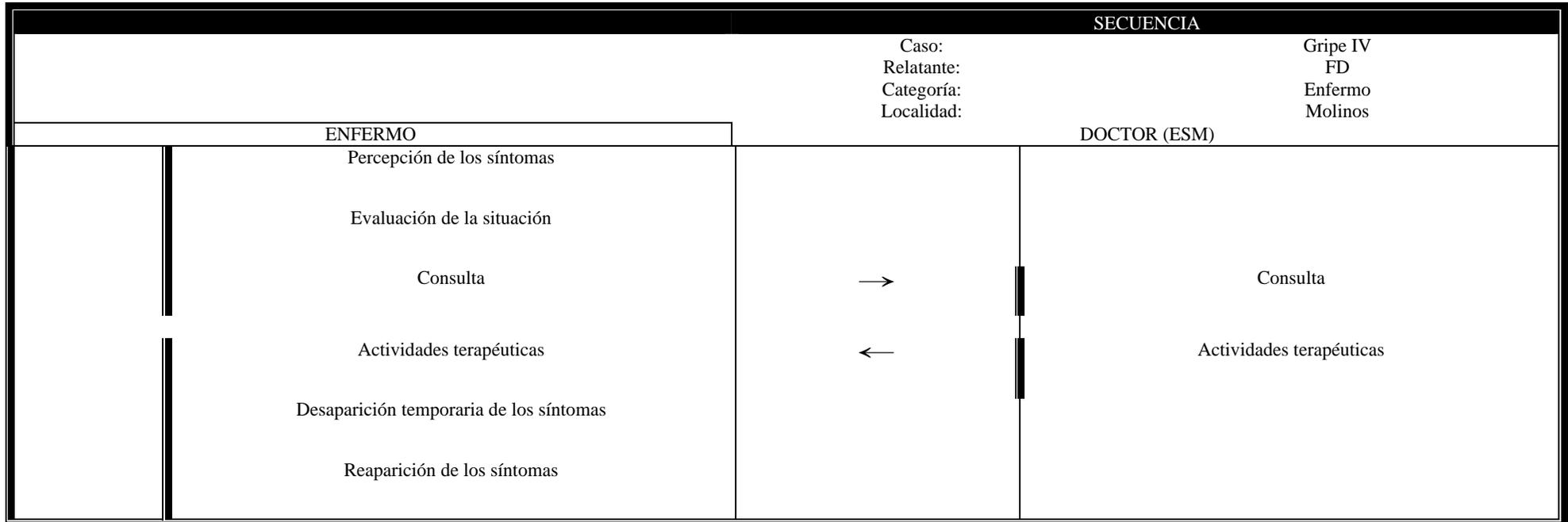


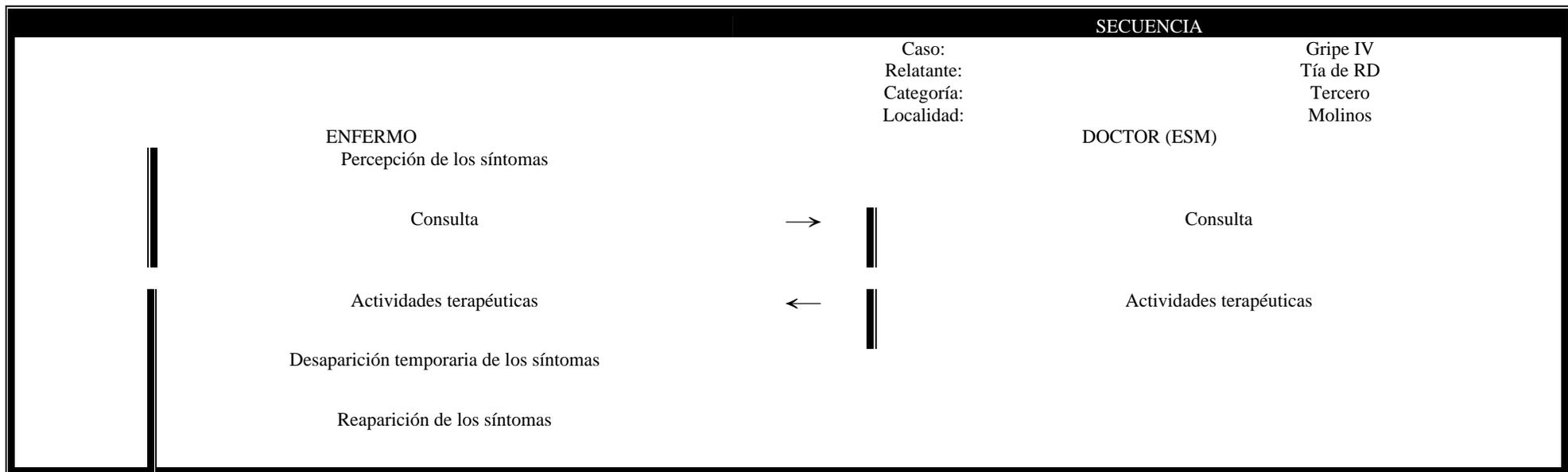


SECUENCIA NEUTRALIZADA

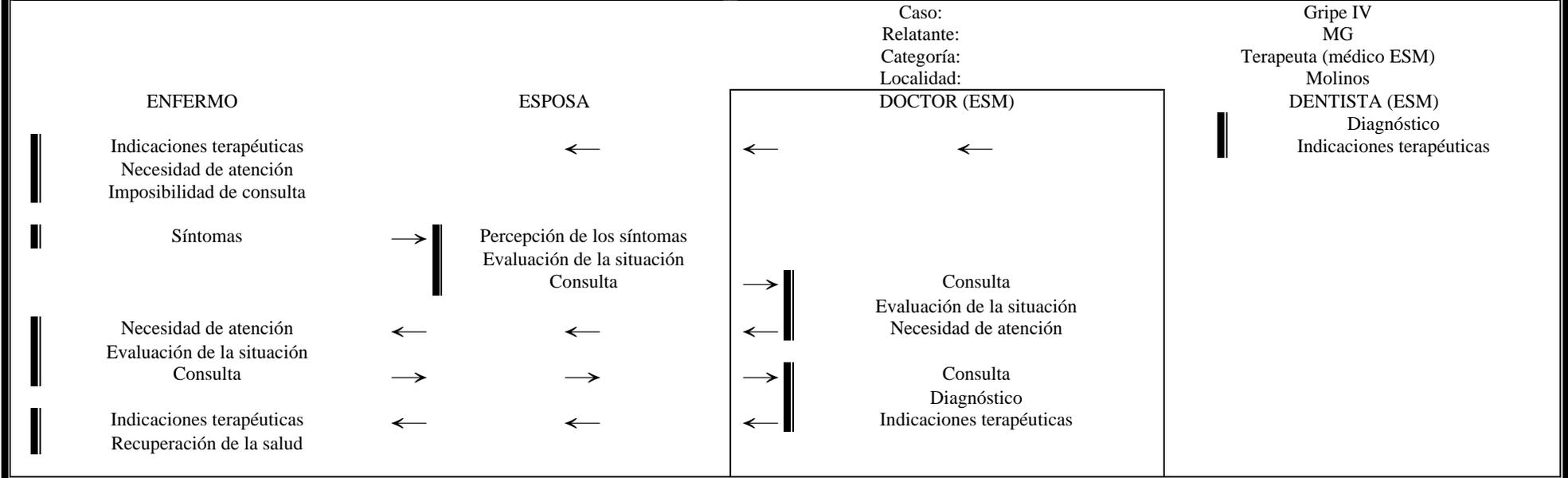


Anexo XX.- Gripe IV

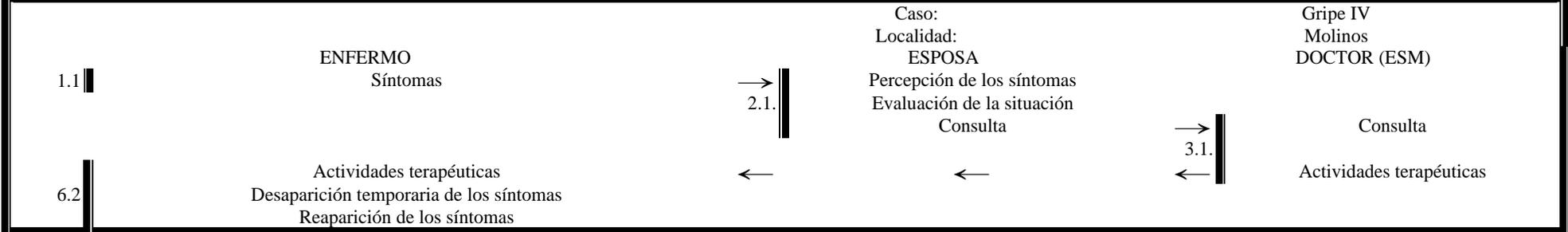




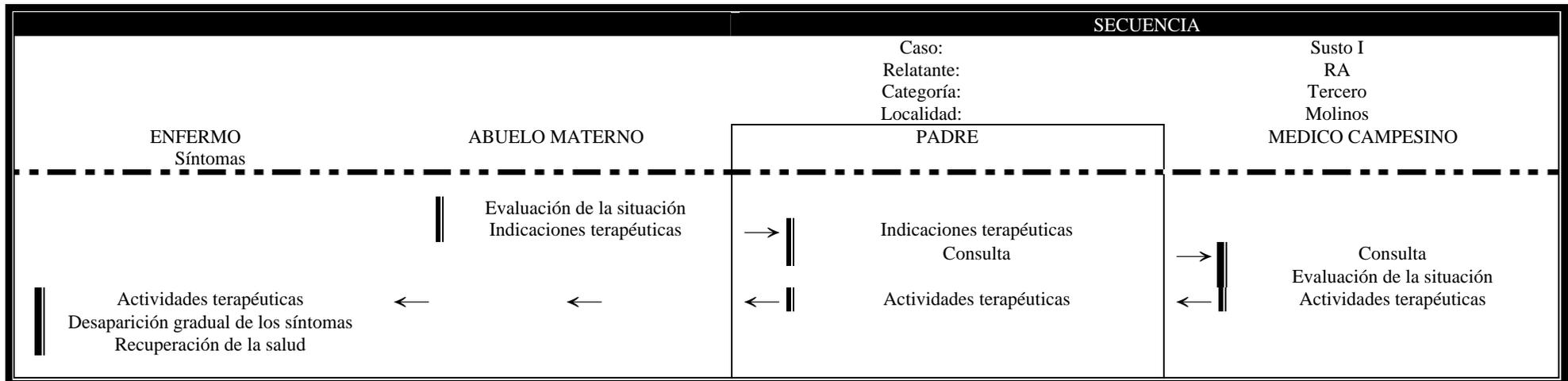
SECUENCIA



SECUENCIA NEUTRALIZADA



Anexo XXI.- Susto I



SECUENCIA

Caso:
 Relatante:
 Categoría:
 Localidad:
 DOCTOR (ESM)

Susto I
 ECA
 Tercero
 Molinos
 MEDICO CAMPESINA

ENFERMO
 Síntomas

MADRE
 Percepción de los
 síntomas
 Evaluación de la
 situación
 Consulta

PADRE

Consulta
 Indicaciones terapéuticas
 Actividades terapéuticas

Actividades terapéuticas
 Persistencia de los síntomas

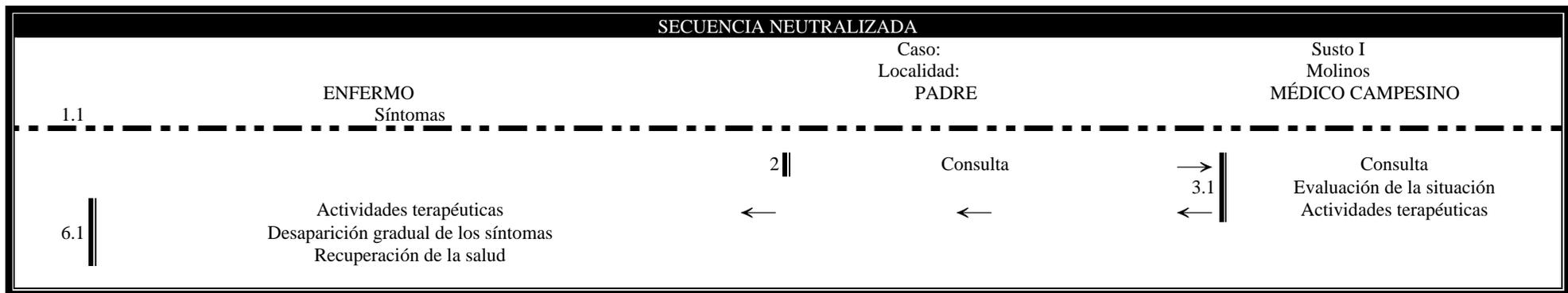
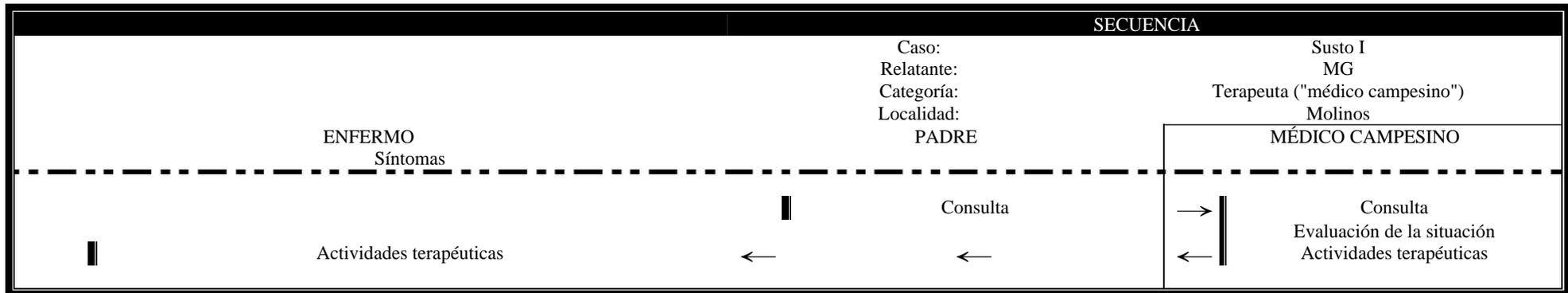
Reciben información sobre causa
 Evaluación de la situación
 Consulta

Actividades terapéuticas
 Persistencia de los síntomas
 Necesidad de atención

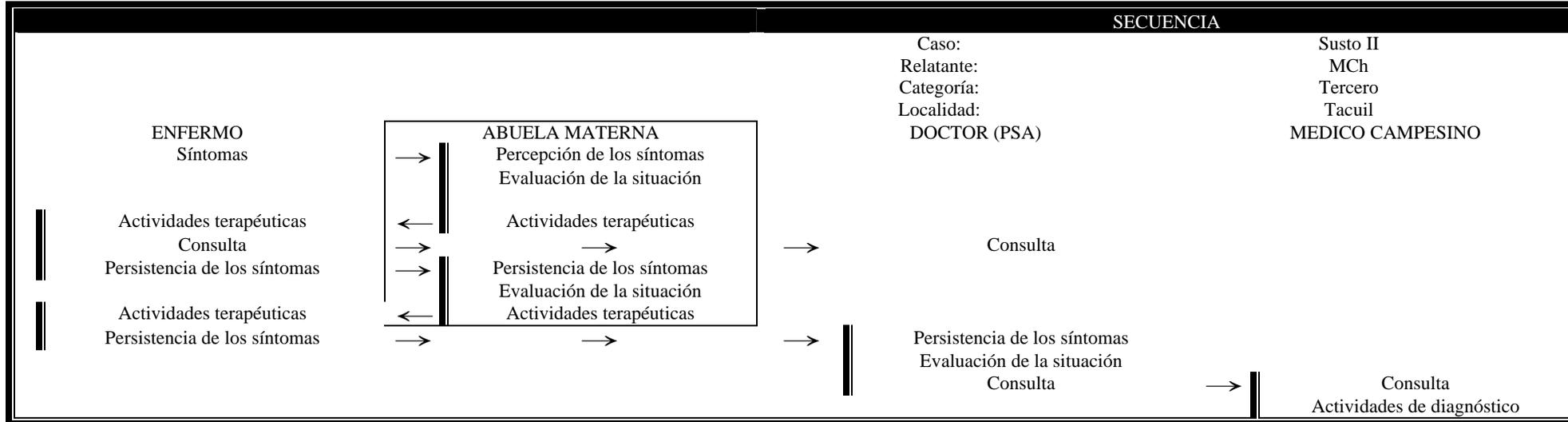
Consulta
 Evaluación de la situación
 Actividades terapéuticas

Actividades terapéuticas
 Desaparición gradual de los
 síntomas
 Recuperación de la salud

Necesidad de atención
 Evaluación de la situación
 Actividades terapéuticas



Anexo XXII.- Susto II



SECUENCIA

Caso:

Relatante:

Categoría:

Localidad:

ABUELA

Percepción de los síntomas

Evaluación de la situación

Consulta

Indicación terapéutica y derivación

Susto II

NRG

Médica Campesina

Amaicha

MÉDICA CAMPESINA

Consulta

Diagnóstico

Indicación terapéutica y derivación

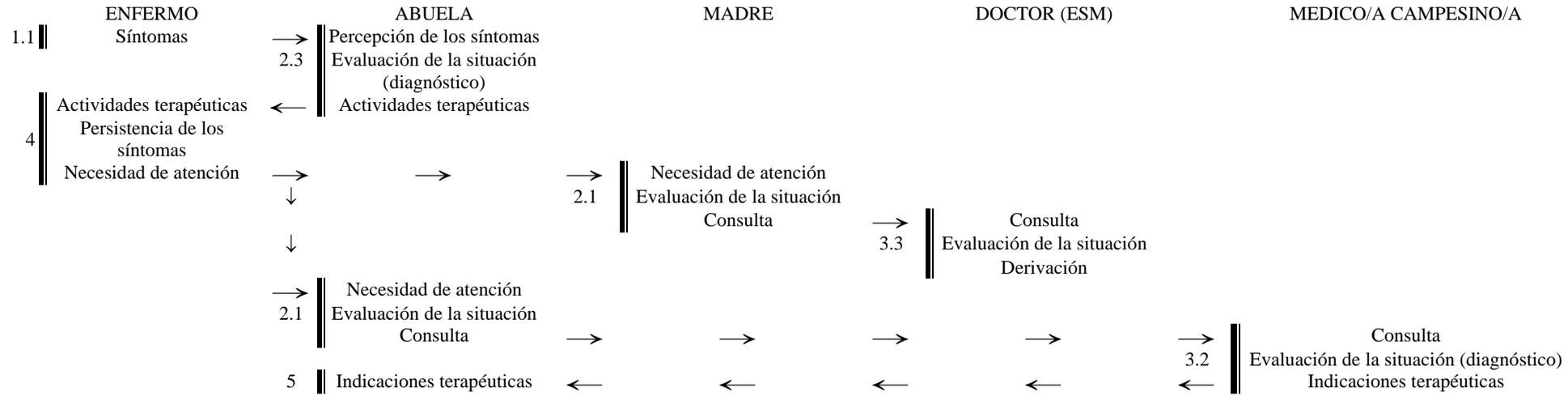
ENFERMO
Síntomas



SECUENCIA NEUTRALIZADA

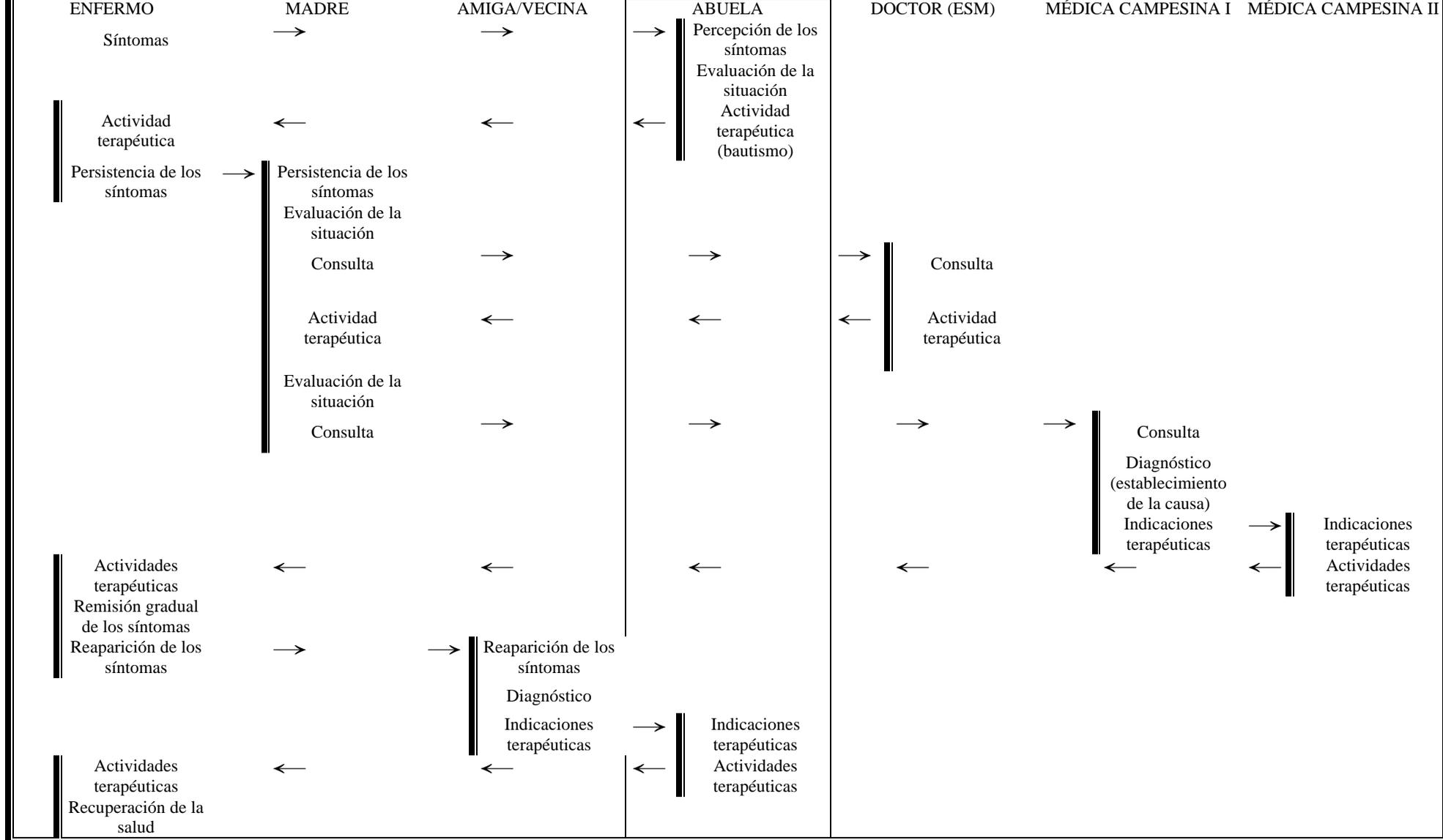
Caso:
Localidad:

Susto II
Molinos
MEDICO/A CAMPESINO/A



SECUENCIA

Caso: Susto III
 Relatante: CGB
 Categoría: Tercero
 Localidad: Molinos



SECUENCIA

Caso:
Relatante:
Categoría:
Localidad:

Susto III
AB
Tercero
Molinos
MÉDICA CAMPESINA II

ENFERMO

MADRE

ABUELA

AMIGA/VECINA

Síntomas

→

→

→

Percepción de los síntomas

Evaluación de la situación

↓

→

→

→

→

→

Percepción de los
síntomas
Dagnóstico

Indicaciones terapéuticas

←

Indicaciones terapéuticas

Indicaciones terapéuticas

Abastecimiento terapéutico

←

←

←

Abastecimiento
terapéutico

Actividades terapéuticas

←

Actividades terapéuticas

Remisión gradual de los
síntomas
Recuperación de la salud

Consulta

→

→

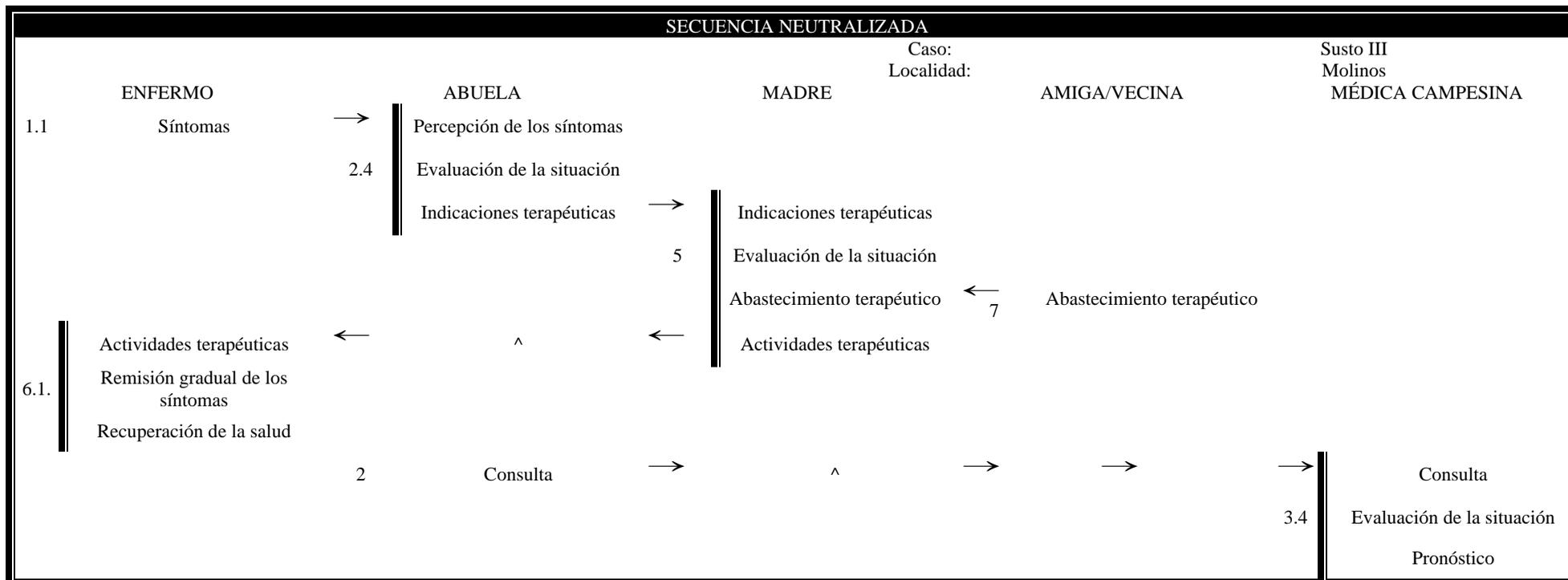
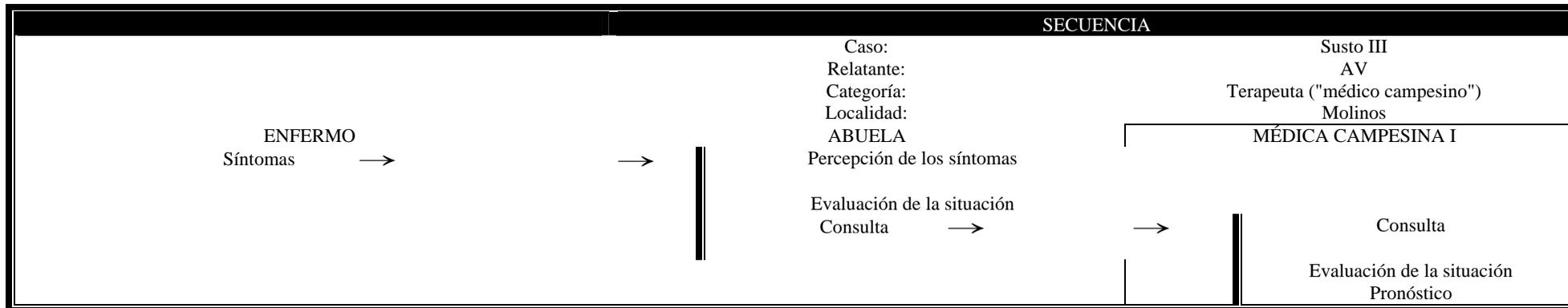
→

→

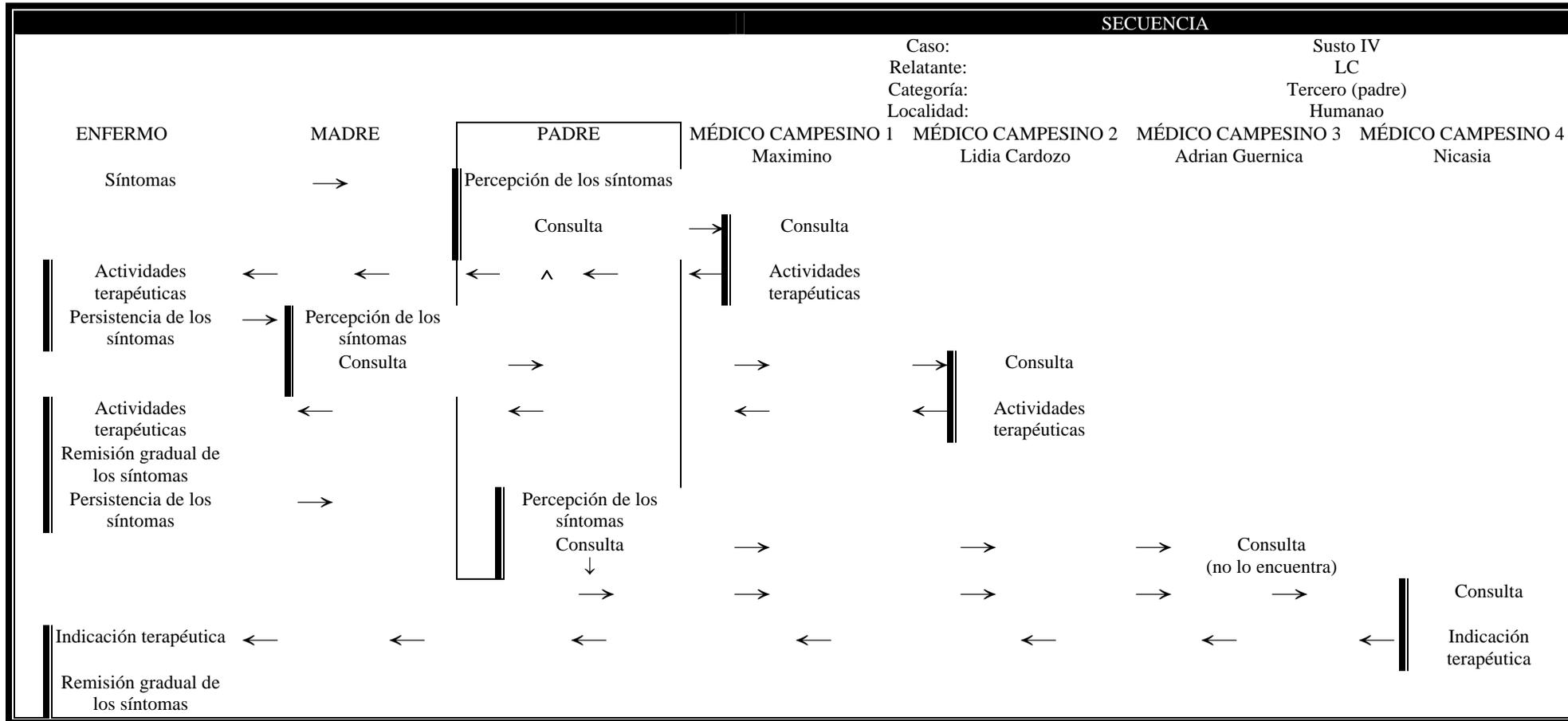
→

Consulta

Pronóstico



Anexo XXIV.- Susto IV

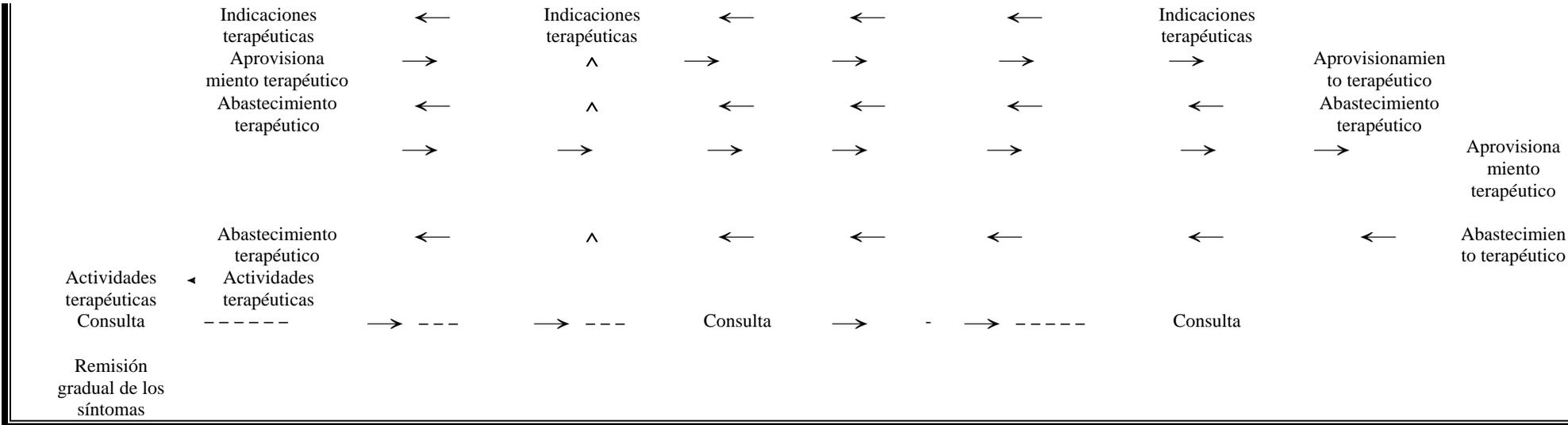


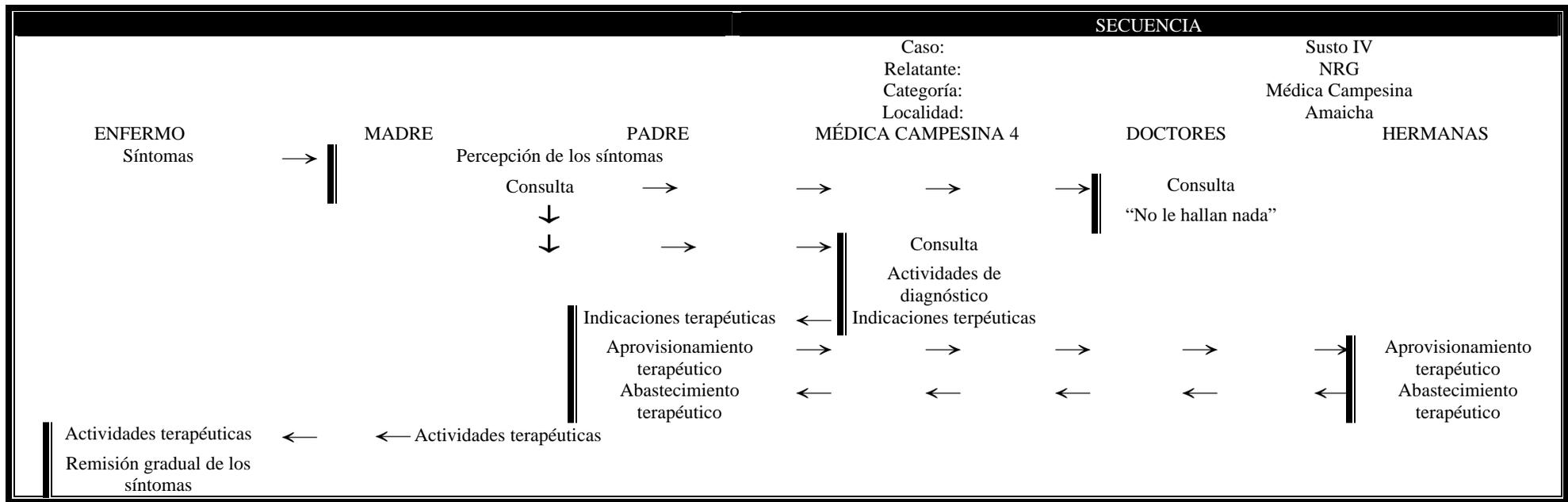
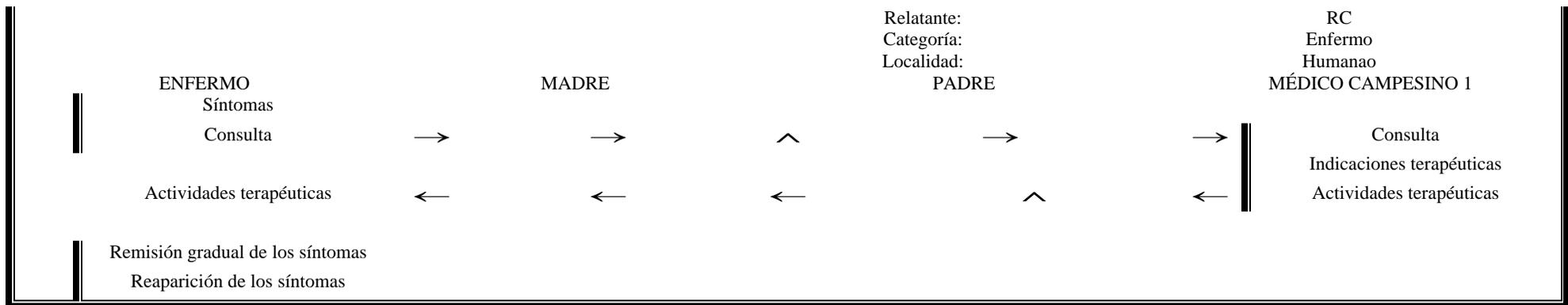
SECUENCIA

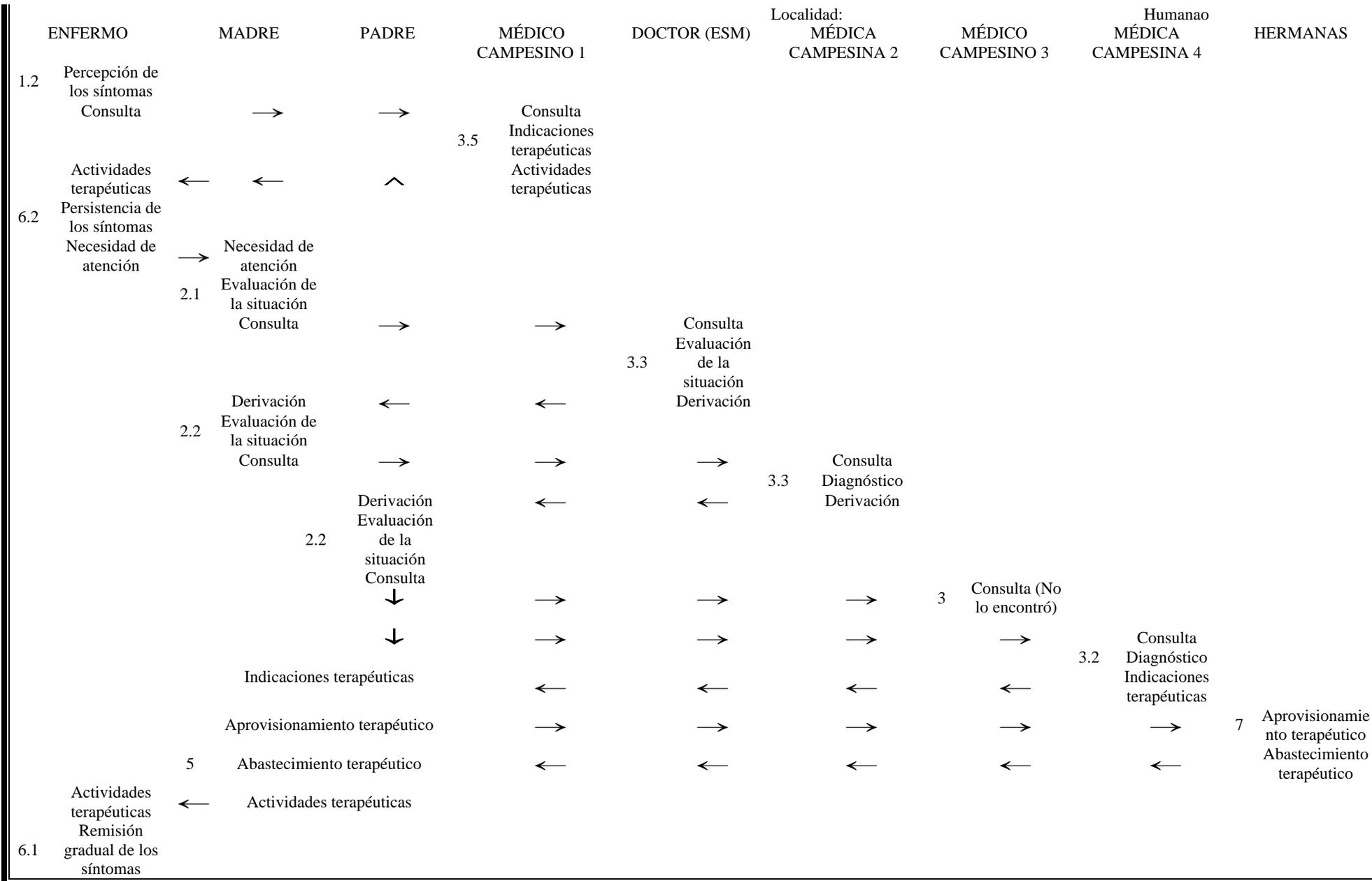
Caso:
Relatante:
Categoría:
Localidad:

Susto IV
EFC
Tercero (madre)
Humanao
HERMANAS

ENFERMO	MADRE	MÉDICO CAMPESINO 1	PADRE	DOCTOR (ESM)	MÉDICO CAMPESINO 2	MÉDICO CAMPESINO 3	MÉDICO CAMPESINO 4	VECINA
Síntomas Consulta	→	Consulta						
Actividades terapéuticas	←	Diagnóstico Actividades terapéuticas	^ Actividades terapéuticas					
Persistencia de los síntomas	→	Persistencia de los síntomas						
↓	Derivación Consulta	← Derivación →	→	Consulta				
↓	Derivación	←	←	Diagnóstico Derivación				
↓	Persistencia de los síntomas Evaluación de la situación							
↓	Consulta	→	→	→	Consulta			
↓					Diagnóstico Derivación			
→	→	→	Persistencia de los síntomas Consulta	→	→	Consulta (no lo encuentra)		
	Persistencia de los síntomas Consulta	→	^	→	→	→	Consulta	
Actividades de diagnóstico	←	←	←	←	←	←	Actividades de diagnóstico	
			Consulta	→	→	→	Consulta	
							Diagnóstico	







ANEXO XXV
RELACIÓN ACTANTES-INSTANCIAS EN CASOS DE GRIPE

ACTANTES	ENFERMO	MEDIADOR				TERAPÉUTA
		Madre	Esposa	Tía	Prima	Doctor (ESM / PSA)
E S F E R A S D E A C C I Ó N	1.1	2.1	2.1	2.2	2.1	3.1
	1.2	2.2			2.2	3.2
	4	5			5	
	6					
	6.1					
	6.2					

RELACIÓN ACTANTES-INSTANCIAS EN CASOS DE SUSTO

ACTANTES	ENFERMO	MEDIADOR					TERAPÉUTA	
		Madre	Padre	Abuela	Vecina	Hermanas	Médico Campesino	Doctor (ESM)
E S F E R A S D E A C C I Ó N	1.1	2.1	2	2	7	7	3	3.3
	1.2	2.2	2.2	2.1			3.1	
	4	5		2.3			3.2	
	6.1			2.4			3.3	
	6.2			5			3.4	
							3.5	

ANEXO XXVI. RED DE ACTORES QUE INTERVIENEN EN LA SECUENCIA TERAPÉUTICA DE CASOS DE GRIPE Y SUSTO EN UNA POBLACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE MOLINOS-SALTA – ARGENTINA*

DESCRIPCIÓN DE LAS REDES

La red total de los 8 casos de enfermedad en Molinos, está integrada por 48 participantes. La información fue obtenida de 20 informantes.

En general los mediadores son específicos para cada caso, en su rol de intermediadores en la relación entre el terapeuta y el enfermo, se caracterizan por ser parientes y en su mayoría mujeres.

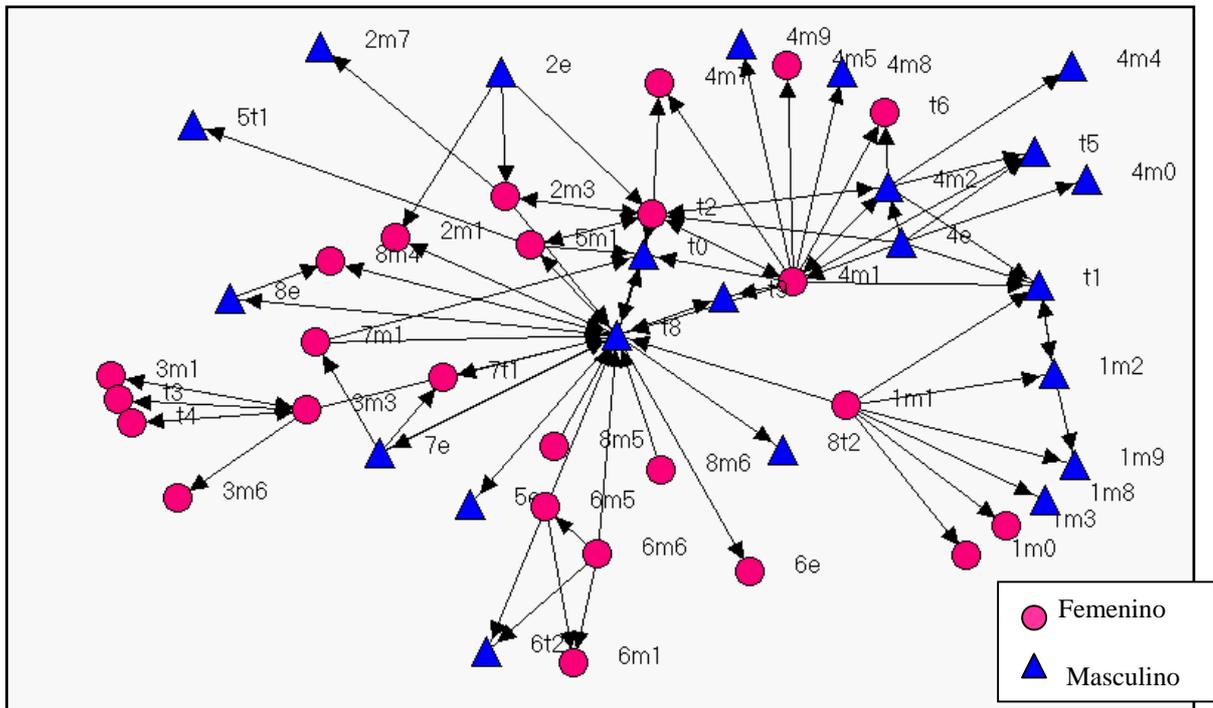
En los gráficos la red toma una forma estrellada señalando la circulación y dirección de la acción y el rol central de algunos actores en la red social involucrada en los casos de ambas enfermedades. Así por ejemplo, 2 de los terapeutas (t8, t2), coinciden en el rol que ocupan en ambos tipos de casos.

Algunos cálculos realizados con UCINET6 identifican los actores con los valores más altos de grado e intermediación de la red total, lo que equivale a los actores con mayor cantidad de lazos y capacidad de intermediación en la red total:

FREEMAN'S DEGREE CENTRALITY MEASURES		FREEMAN BETWEENNESS CENTRALITY	
	Degree		Betweenness
t8	21.000	t8	501.250
4m1	13.000	t2	304.000
t2	9.000	5m1	275.000

* Este informe fue realizado por la Licenciada Laura Teves CONICET-UNLP.

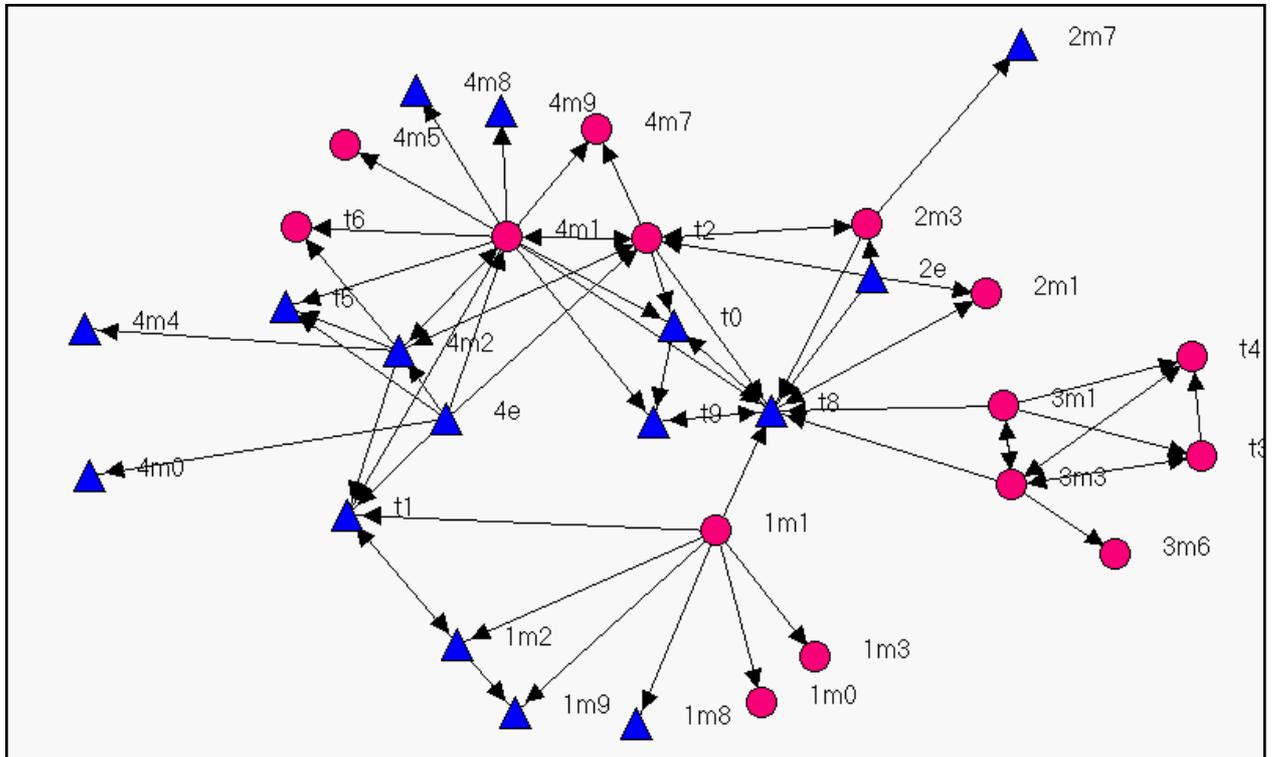
Red de actores que intervienen en los casos de susto y gripe en Molinos



Casos	Actante		
	Enfermo	Mediador	Terapeuta
1	_____	1m1, 1m2, 1m8 , 1m9, 1m3, 1m0	t1, t8
2	2e	2m3, 2m1, 2m7	t2, t0, t8
3	_____	3m1, 3m3, 3m6	t3, t4, t8
4	4e	4m1, 4m2, 4m5, 4m9, 4m7, 4m8, 4m0, 4m4	t1, t8, t9, t0, t5, t2, t6
5	5e	5m1	5t1, t8, t2, t0
6	6e	6m1, 6m5, 6m6	6t2, t8
7	7e	7m1	7t1,t0, t4, t8
8	8e	8m4, 8m5, 8m6,	t8, 8t2

Red de actores involucrados en los Casos de SUSTO

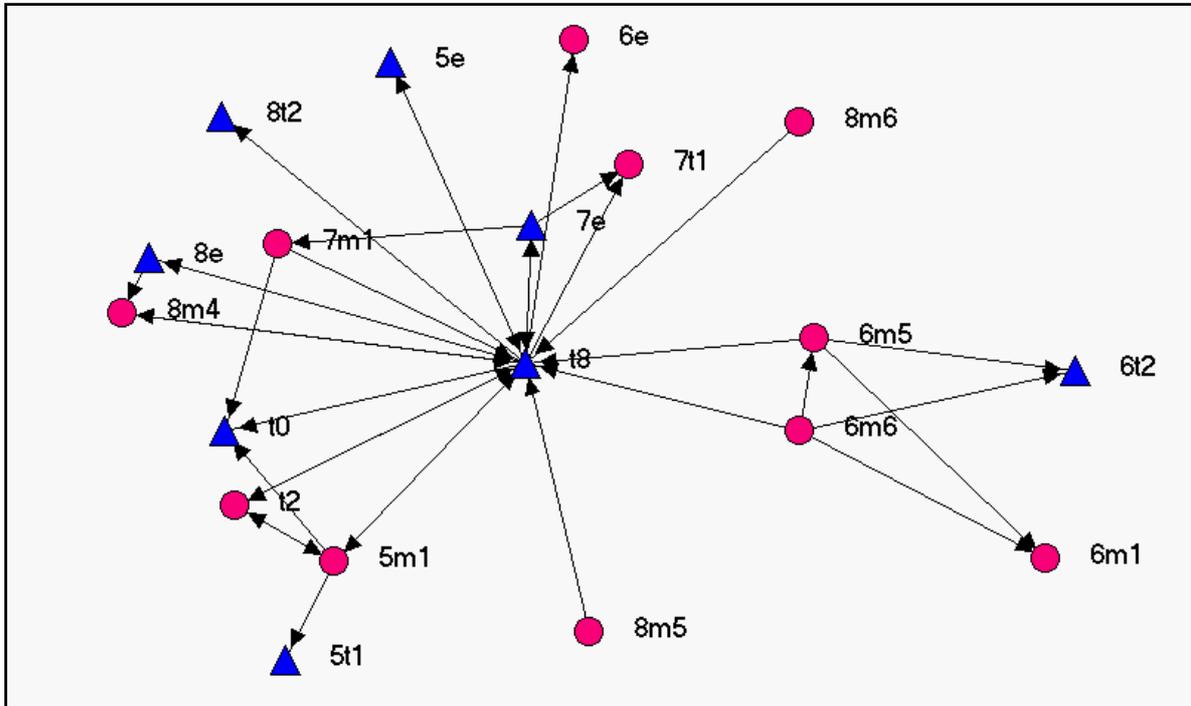
La red de 4 casos de susto involucra a 40 participantes, de los cuales 17 fueron informantes. Sólo en 2 de los casos (2e, 4e) el enfermo señala relaciones con otros actores.



Casos	Actante		
	Enfermo	Mediador	Terapeuta
1	—	1m1, 1m2, 1m8, 1m9, 1m3, 1m0	t1, t8
2	2e	2m3, 2m1, 2m7	t2, t0, t8
3	—	3m1, 3m3, 3m6	t3, t4, t8
4	4e	4m1, 4m2, 4m5, 4m9, 4m7, 4m8, 4m0, 4m4	t1, t8, t9, t0, t5, t2, t6

Red de actores involucrados en los casos de GRIPE

La red de 4 casos de gripe muestra las interacciones dirigidas entre 19 personas. La información fue obtenida por 10 informantes (relatantes). Sólo en 3 de los casos, el enfermo (6e,7e,8e) refiere a las personas que intervienen en el proceso.



Casos	Actante		
	Enfermo	Mediador	Terapeuta
5	5e	5m1	5t1, t8, t2, t0
6	6e	6m1, 6m5, 6m6	6t2, t8
7	7e	7m1	7t1,t0, t4, t8
8	8e	8m4, 8m5, 8m6,	t8, 8t2

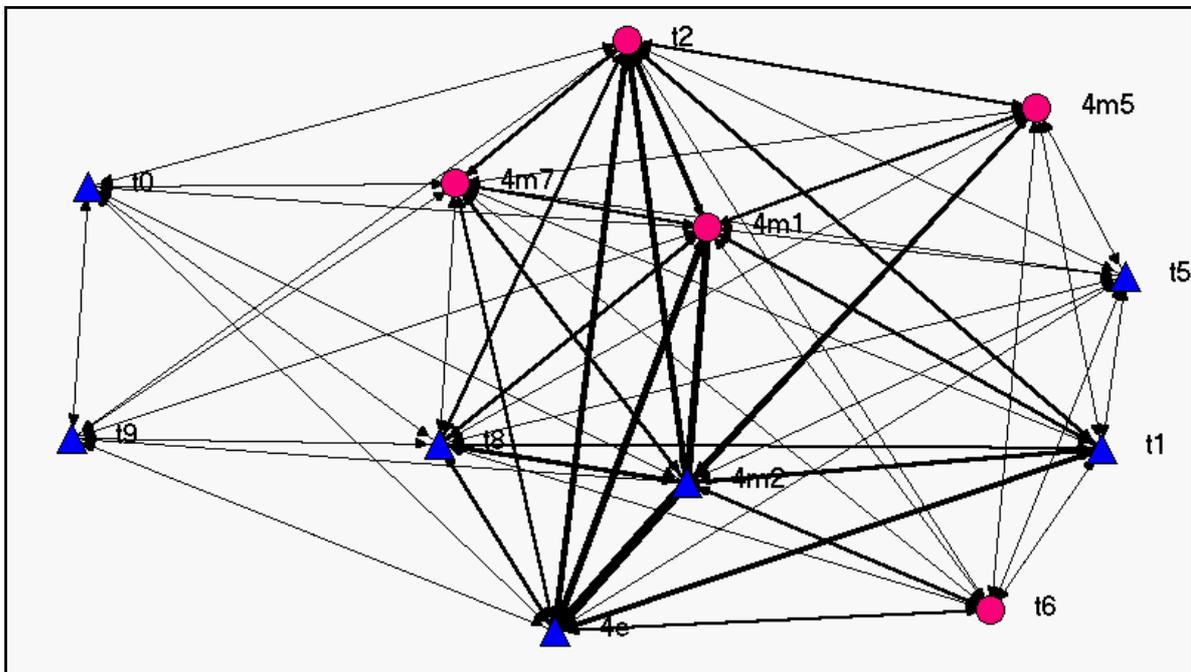
Caso 4 de Susto

Análisis de la secuencia terapéutica evaluada desde los vínculos de cada nodo y sus frecuencias.

La red de cada uno de los relatores del caso puede visualizarse a través de los vínculos que establece con los demás participantes y la frecuencia de las interacciones (ver Anexo XXIV). De este modo es posible analizar la relevancia que cada uno de los relatores adquiere en su relato del caso.

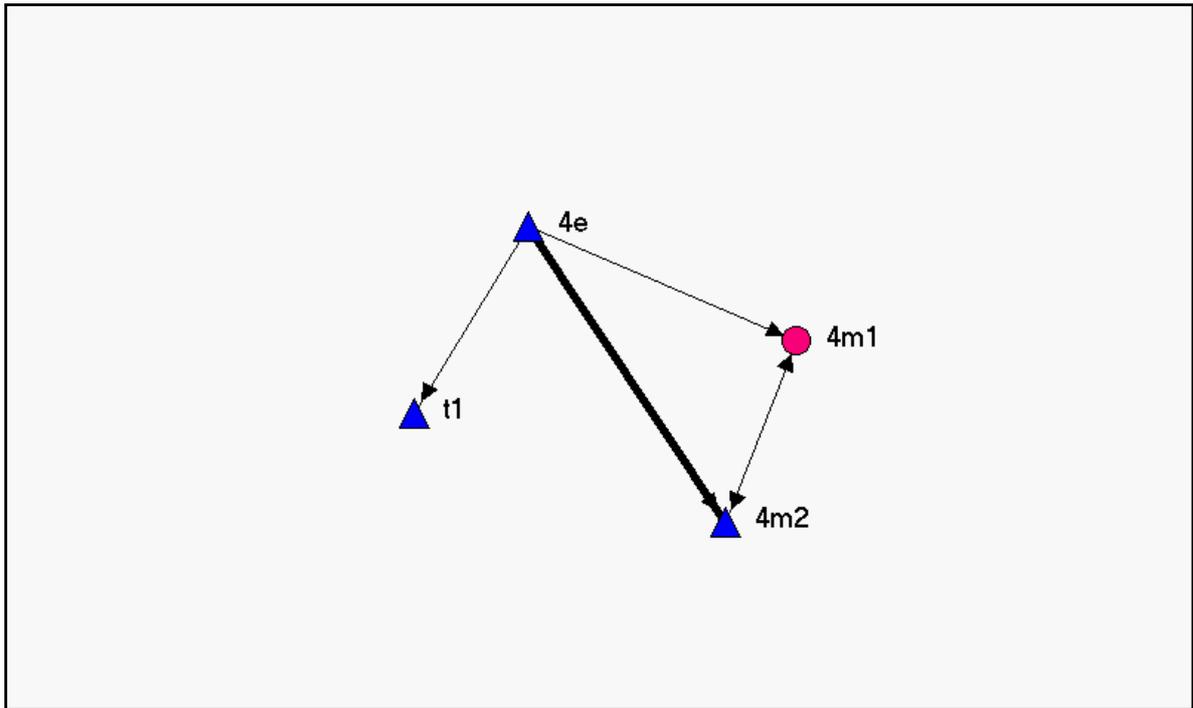
Así cada relator refiere a un grupo de personas que intervienen en el caso pero que sólo interactúan a través de él (red estrella). Es decir en su discurso el relator centra la acción en él mismo, subordinando la participación de los demás actores.

Red completa de actores en el caso susto 4 con sus vínculos ponderados por la cantidad de interacciones entre ellos.



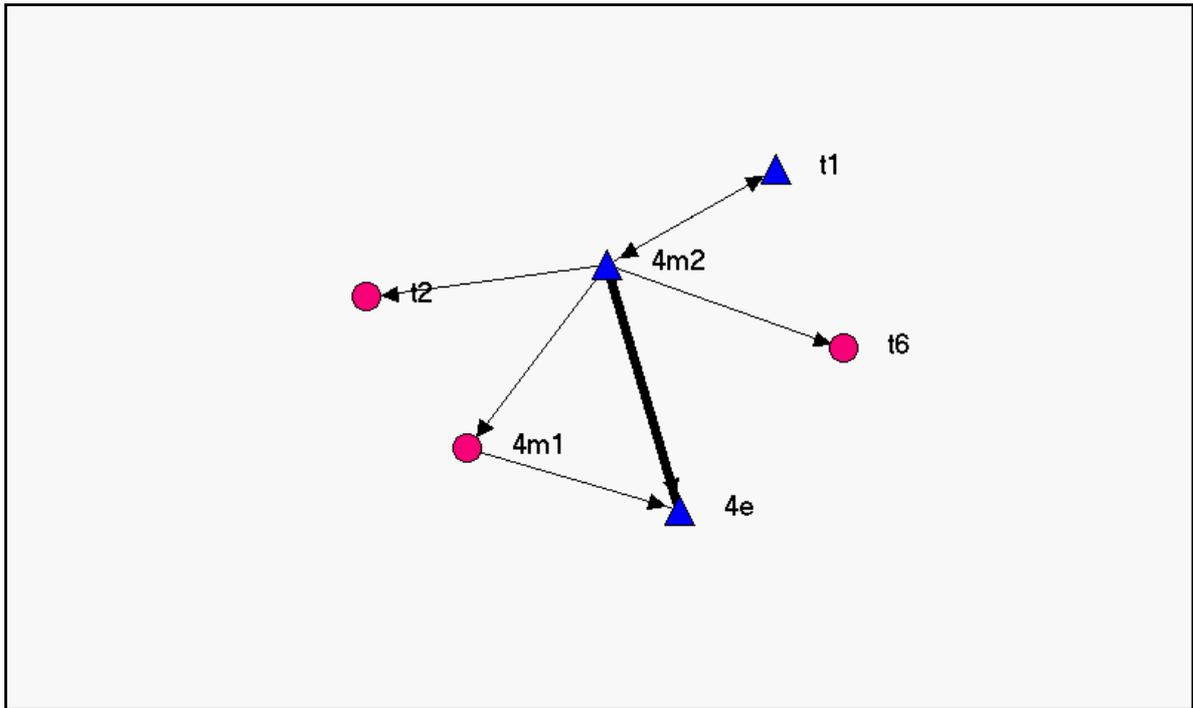
Caso 4	Actante
4e	Enfermo
4m1	Madre del enfermo
4m2	Padre del enfermo
4m7	Hermanas del enfermo
4m5	Vecina
t0	Médicos especialistas de Salta
t1	Médico campesino
t2	Médica campesina
t5	Médico campesino
t6	Médica campesina
t8	Médico ESM
t9	Médico de Cachi

Red personal del enfermo



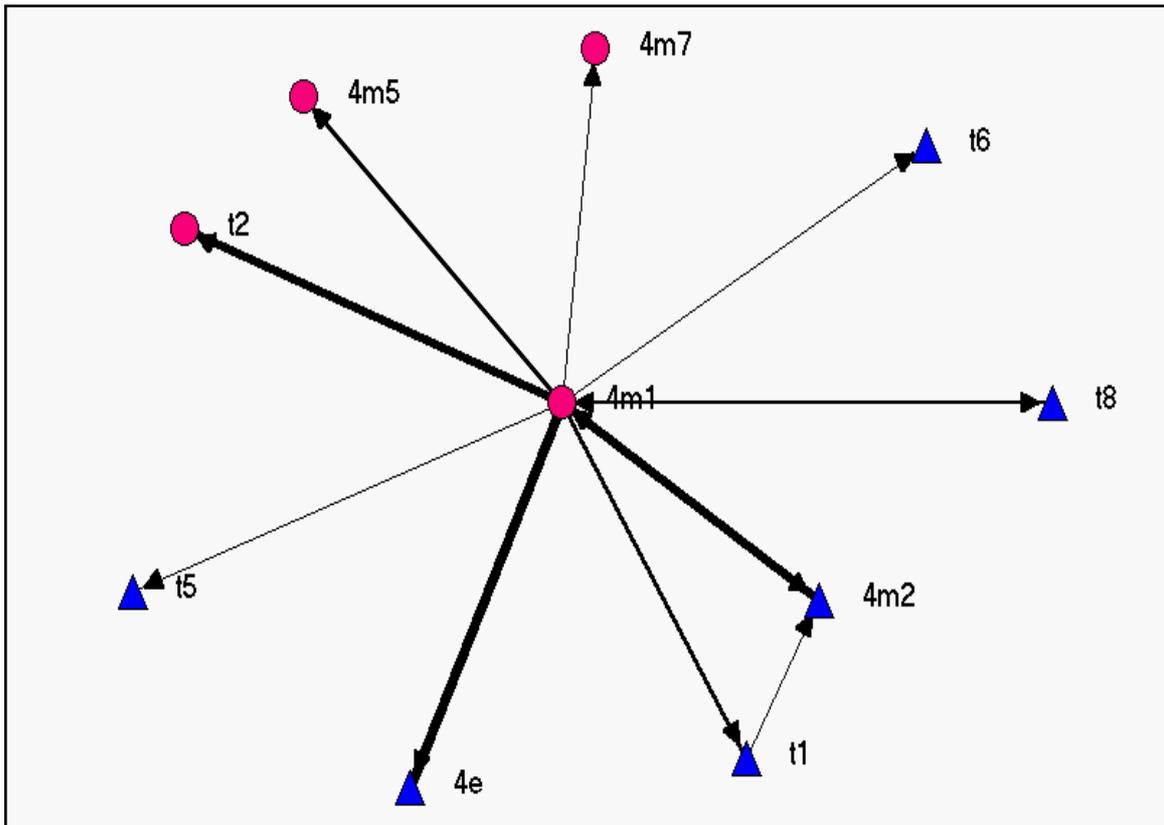
Caso 4	Actante
4e	Enfermo
4m1	Madre del enfermo
4m2	Padre del enfermo
t1	Médico campesino

Red personal del padre del enfermo.



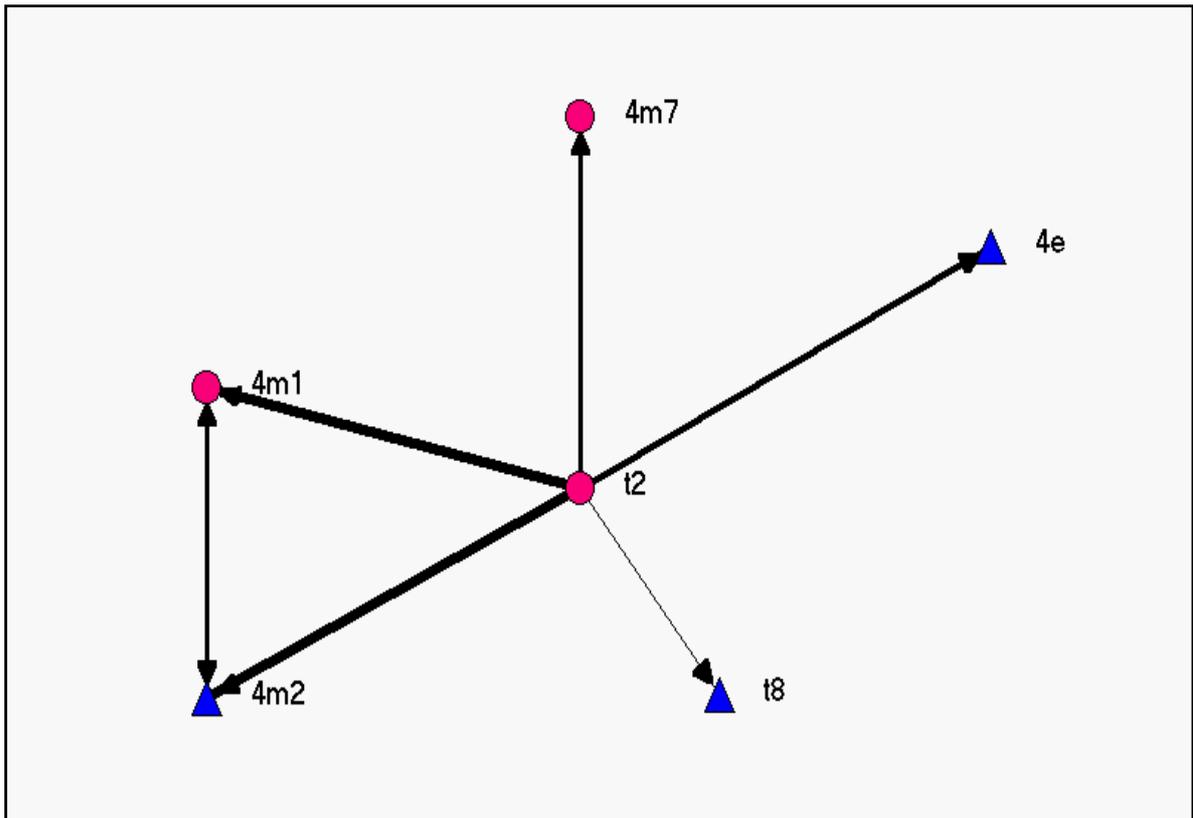
Caso 4	Actante
4e	Enfermo
4m1	Madre del enfermo
4m2	Padre del enfermo
t1	Médico campesino
t2	Médica campesina
t6	Médica campesina

Red personal de la madre del enfermo.



Caso 4	Actante
4e	Enfermo
4m1	Madre del enfermo
4m2	Padre del enfermo
4m7	Hermanas del enfermo
4m5	Vecina
t1	Médico campesino
t2	Médica campesina
t5	Médico campesino
t6	Médica campesina
t8	Médico ESM

Red personal del terapeuta



Caso 4	Actante
4e	Enfermo
4m1	Madre del enfermo
4m2	Padre del enfermo
4m7	Hermanas del enfermo
t2	Médica Campesina
t8	Médico ESM

EJEMPLO DE ARBOL EN NUDIST

(1) SUSTO o GRIPE

Patología por la que se registra mayor número de consultas en el pueblo de Molinos y área de influencia.

↳ (1 1) CASO [I, II, III o IV]

Relatantes del episodio de la enfermedad

↳ (1 1 1) Enfermo

Persona que padece la enfermedad

↳ (1 1 2) Mediador

Persona que narra el episodio de susto o gripe de otra persona y que interviene en el mismo mediando entre el enfermo y el terapeuta.

↳ (1 1 2 1) Madre del enfermo

↳ (1 1 2 1 1) Nosología

Formas de nominar la enfermedad

↳ (1 1 2 1 2) Sujeto de la Enfermedad

Persona que padece la enfermedad

↳ (1 1 2 1 3) Etiología

Causa/s u Origen de la enfermedad

↳ (1 1 2 1 4) Síntomas

Manifestaciones de la enfermedad en el enfermo

(1 1 2 1 5) Consulta

↳ (1 1 2 1 5 1) Quienes Consultan

↳ Personas que realizan las consultas

↳ (1 1 2 1 5 2) A quienes Consultan

↳ Personas a las que se consulta acerca de la enfermedad

↳ (1 1 2 1 5 2 1) Médico Campesino (MC)

↳ Experto Local

↳ (1 1 2 1 5 2 1 1) Criterios de Selección

↳ Elementos de juicio que fundamentan la elección del agente consultado

↳ (1 1 2 1 5 2 1 2) Diagnóstico

Modos de identificar la enfermedad

↳ **(1 1 2 1 5 2 1 2 1) Técnicas de Diagnóstico**

Procedimientos implementados en la identificación de la enfermedad

↳ **(1 1 2 1 5 2 1 3) Indicación Terapéutica**

Elementos y procedimientos indicados para la recuperación de la salud.

↳ **(1 1 2 1 5 2 1 4) Efectos de la Terapia**

Estado/s que siguen a la administración de la terapia

↳ **(1 1 2 1 5 2 2) Agente de Salud Oficial (ASO)**

Agentes de la medicina oficial (médico, enfermero, agente sanitario, etc.)

↳ **(1 1 2 1 5 2 2 1) Criterios de Selección**

↳ **(1 1 2 1 5 2 2 2) Diagnóstico**

↳ **(1 1 2 1 5 2 2 2 1) Técnicas de Diagnóstico**

↳ **(1 1 2 1 5 2 2 3) Indicación Terapéutica**

↳ **(1 1 2 1 5 2 2 4) Efectos de la Terapia**

↳ **(1 1 2 1 5 2 3) Otros Agentes (OA)**

Otras personas que indican la terapéutica

↳ **(1 1 2 1 5 2 3 1) Criterios de Selección**

↳ **(1 1 2 1 5 2 3 2) Diagnóstico**

↳ **(1 1 2 1 5 2 3 2 1) Técnicas de Diagnóstico**

↳ **(1 1 2 1 5 3 2 3) Indicación Terapéutica**

↳ **(1 1 2 1 5 3 2 4) Efectos de la Terapia**

↳ **(1 1 2 1 5 3) Abastecimiento Terapéutico**

Personas y/o lugares que proveen los elementos de la terapéutica indicada.

↳ **(1 1 2 1 5 4) Administración de la Terapia**

Personas y modos de administración de la terapéutica indicada

↳ **(1 1 2 1 5 4 1) Agentes**

↳ **(1 1 2 1 5 4 1 1) Médico Campesino**

↳ **(1 1 2 1 5 4 1 1 1) Técnicas**

↳ **(1 1 2 1 5 4 1 1 2) Aprendizaje**

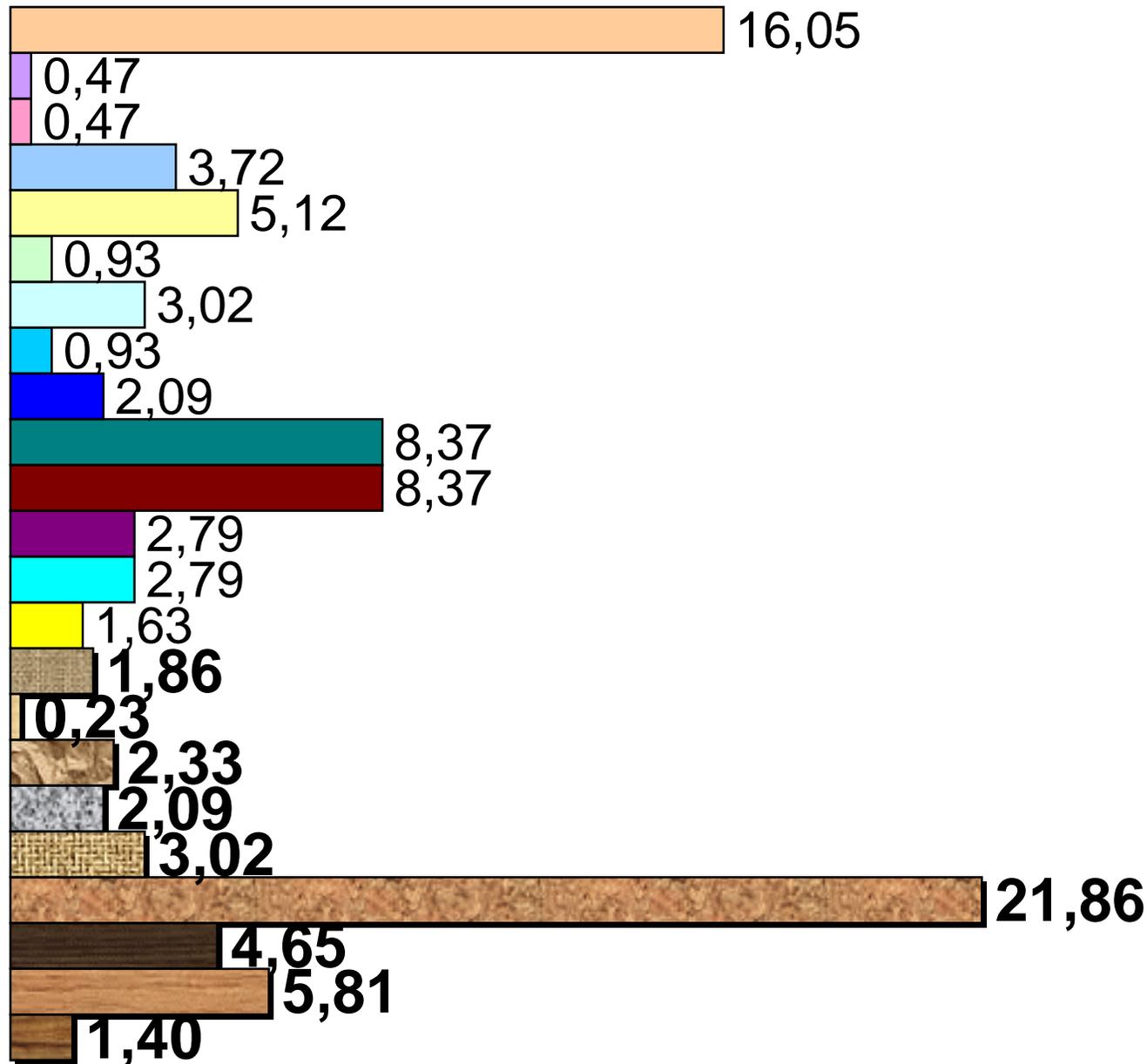
↳ **(1 1 2 1 5 4 1 2) Agente de Salud Oficial**

- (1 1 2 1 5 4 1 2 1) Técnicas
 - ↳ (1 1 2 1 5 4 1 1 2) Aprendizaje
 - ↳ (1 1 2 1 5 4 1 3) Otros Agentes
 - ↳ (1 1 2 1 5 4 1 3 1) Técnicas
 - ↳ (1 1 2 1 5 4 1 1 2) Aprendizaje
- ↳ (1 1 2 1 5 5) Secuencia de la Consulta
 - Secuencia temporal de la terapéutica

- ↳ (1 1 2 2) Padre del enfermo
- ↳ (1 1 2 3) Abuela del enfermo
- ↳ (1 1 2 4) Prima del enfermo
- ↳ (1 1 2 5) Esposa del enfermo
- ↳ (1 1 3) Terapeuta
 - Persona que indica y/o administra la terapéutica a adoptar
 - ↳ (1 1 3 1) Médico campesino
 - ↳ (1 1 3 2) Agente de Salud Oficial

TOTAL GRIPE

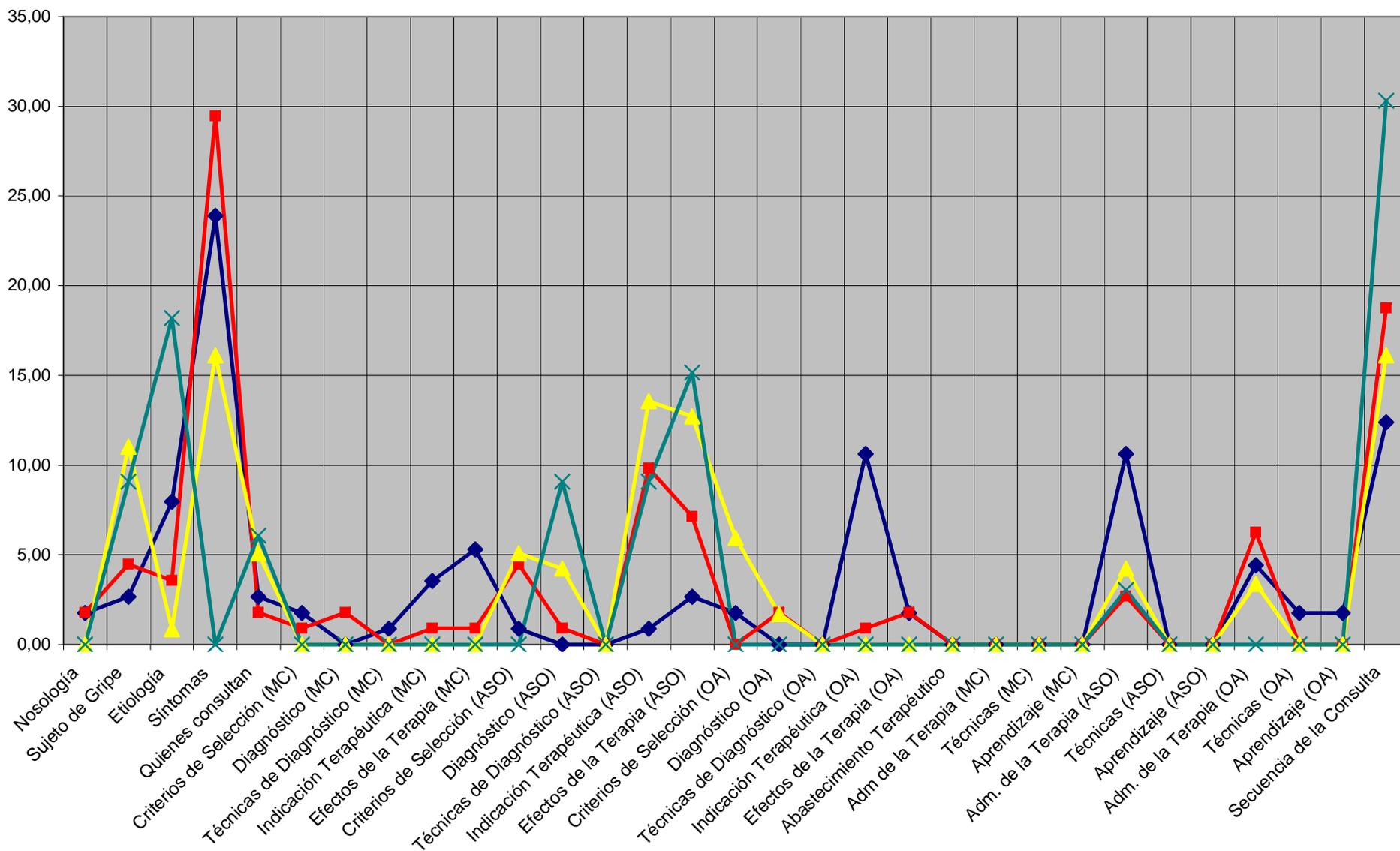
TOTAL % POR CATEGORÍA EN RELACIÓN A LA ENFERMEDAD



- Secuencia de la Consulta
- Aprendizaje (OA)
- Técnicas (OA)
- Adm. de la Terapia (OA)
- Adm. de la Terapia (ASO)
- Efectos de la Terapia (OA)
- Indicación Terapéutica (OA)
- Diagnóstico (OA)
- Criterios de Selección (OA)
- Efectos de la Terapia (ASO)
- Indicación Terapéutica (ASO)
- Diagnóstico (ASO)
- Criterios de Selección (ASO)
- Efectos de la Terapia (MC)
- Indicación Terapéutica (MC)
- Técnicas de Diagnóstico (MC)
- Diagnóstico (MC)
- Criterios de Selección (MC)
- Quienes consultan
- Síntomas
- Etiología
- Sujeto de la Gripe
- Nosología

COMPARACIÓN % INFORMANTES DE GRIPE

◆ TOTAL % ENFERMO
 ■ TOTAL % MADRE
 ▲ TOTAL % PRIMA
 ✕ TOTAL % AGENTE DE SALUD OFICIAL

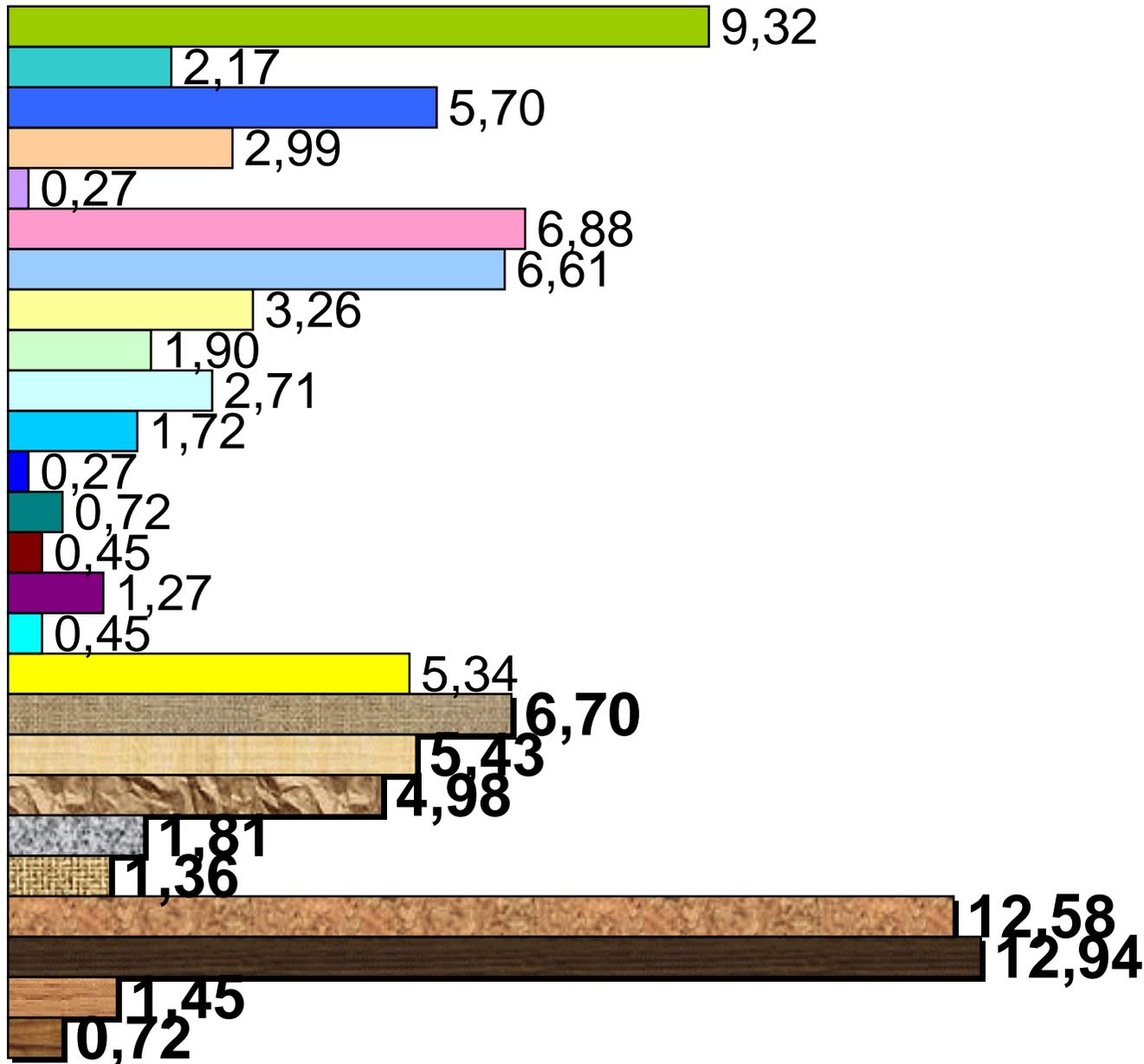


ENTREVISTADO	TOTAL % ENFERMO	TOTAL % MADRE	TOTAL % PRIMA	TOTAL % AGENTE DE SALUD OFICIAL
Nosología	1,77	1,79	0,00	0,00
Sujeto de Gripe	2,65	4,46	11,02	9,09
Etiología	7,96	3,57	0,85	18,18
Síntomas	23,89	29,46	16,10	0,00
Quienes consultan	2,65	1,79	5,08	6,06
Criterios de Selección (MC)	1,77	0,89	0,00	0,00
Diagnóstico (MC)	0,00	1,79	0,00	0,00
Técnicas de Diagnóstico (MC)	0,88	0,00	0,00	0,00
Indicación Terapéutica (MC)	3,54	0,89	0,00	0,00
Efectos de la Terapia (MC)	5,31	0,89	0,00	0,00
Criterios de Selección (ASO)	0,88	4,46	5,08	0,00
Diagnóstico (ASO)	0,00	0,89	4,24	9,09
Técnicas de Diagnóstico (ASO)	0,00	0,00	0,00	0,00
Indicación Terapéutica (ASO)	0,88	9,82	13,56	9,09
Efectos de la Terapia (ASO)	2,65	7,14	12,71	15,15
Criterios de Selección (OA)	1,77	0,00	5,93	0,00
Diagnóstico (OA)	0,00	1,79	1,69	0,00
Técnicas de Diagnóstico (OA)	0,00	0,00	0,00	0,00
Indicación Terapéutica (OA)	10,62	0,89	0,00	0,00
Efectos de la Terapia (OA)	1,77	1,79	0,00	0,00
Abastecimiento Terapéutico	0,00	0,00	0,00	0,00
Adm de la Terapia (MC)	0,00	0,00	0,00	0,00
Técnicas (MC)	0,00	0,00	0,00	0,00
Aprendizaje (MC)	0,00	0,00	0,00	0,00
Adm. de la Terapia (ASO)	10,62	2,68	4,24	3,03
Técnicas (ASO)	0,00	0,00	0,00	0,00
Aprendizaje (ASO)	0,00	0,00	0,00	0,00
Adm. de la Terapia (OA)	4,42	6,25	3,39	0,00
Técnicas (OA)	1,77	0,00	0,00	0,00
Aprendizaje (OA)	1,77	0,00	0,00	0,00
Secuencia de la Consulta	12,39	18,75	16,10	30,30

ENTREVISTADO	TOTAL % POR CATEGORÍA EN RELACIÓN A LA ENFERMEDAD
Nosología	1,40
Sujeto de la Gripe	5,81
Etiología	4,65
Síntomas	21,86
Quienes consultan	3,02
Criterios de Selección (MC)	2,09
Diagnóstico (MC)	2,33
Técnicas de Diagnóstico (MC)	0,23
Indicación Terapéutica (MC)	1,86
Efectos de la Terapia (MC)	1,63
Criterios de Selección (ASO)	2,79
Diagnóstico (ASO)	2,79
Indicación Terapéutica (ASO)	8,37
Efectos de la Terapia (ASO)	8,37
Criterios de Selección (OA)	2,09
Diagnóstico (OA)	0,93
Indicación Terapéutica (OA)	3,02
Efectos de la Terapia (OA)	0,93
Adm. de la Terapia (ASO)	5,12
Adm. de la Terapia (OA)	3,72
Técnicas (OA)	0,47
Aprendizaje (OA)	0,47
Secuencia de la Consulta	16,05

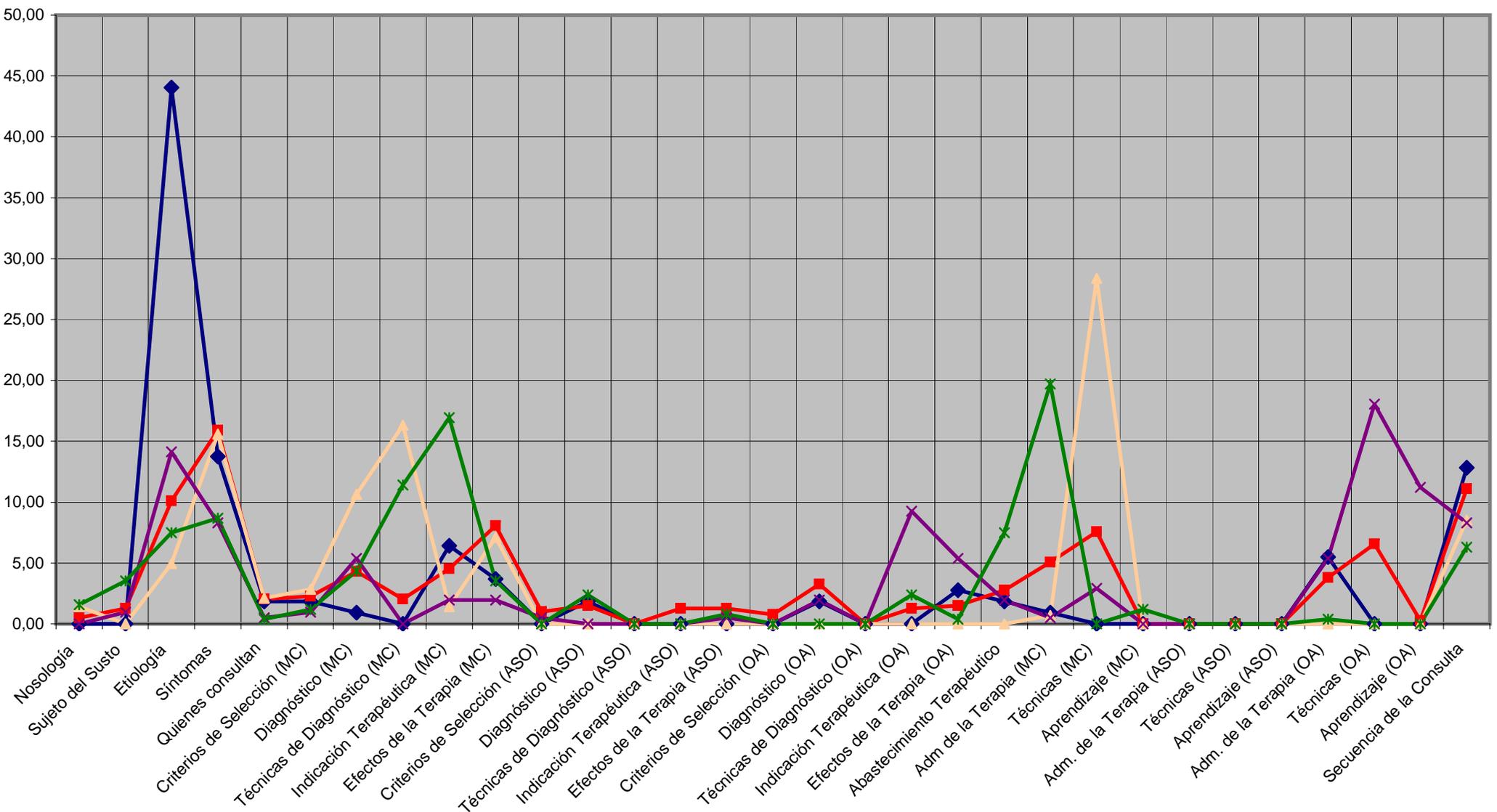
TOTAL SUSTO

TOTAL % POR CATEGORÍA EN RELACIÓN A LA ENFERMEDAD



- Secuencia de la Consulta
- Aprendizaje (OA)
- Técnicas (OA)
- Adm. de la Terapia (OA)
- Aprendizaje (MC)
- Técnicas (MC)
- Adm de la Terapia (MC)
- Abastecimiento Terapéutico
- Efectos de la Terapia (OA)
- Indicación Terapéutica (OA)
- Diagnóstico (OA)
- Criterios de Selección (OA)
- Efectos de la Terapia (ASO)
- Indicación Terapéutica (ASO)
- Diagnóstico (ASO)
- Criterios de Selección (ASO)
- Efectos de la Terapia (MC)
- Indicación Terapéutica (MC)
- Técnicas de Diagnóstico (MC)
- Diagnóstico (MC)
- Criterios de Selección (MC)
- Quienes consultan
- Síntomas
- Etiología
- Sujeto del Susto
- Nosología

COMPARACION % INFORMANTES DE SUSTO



ENTREVISTADO	TOTAL % ENFERMO	TOTAL % MADRE	TOTAL % PADRE	TOTAL % ABUELA	TOTAL % MÉDICO CAMPESINO
Nosología	0,00	0,51	1,42	0,00	1,57
Sujeto del Susto	0,00	1,26	0,00	0,98	3,54
Etiología	44,04	10,10	4,96	14,15	7,48
Síntomas	13,76	15,91	15,60	8,29	8,66
Quienes consultan	1,83	2,02	2,13	0,49	0,39
Criterios de Selección (MC)	1,83	2,27	2,84	0,98	1,18
Diagnóstico (MC)	0,92	4,29	10,64	5,37	4,33
Técnicas de Diagnóstico (MC)	0,00	2,02	16,31	0,00	11,42
Indicación Terapéutica (MC)	6,42	4,55	1,42	1,95	16,93
Efectos de la Terapia (MC)	3,67	8,08	7,09	1,95	3,54
Criterios de Selección (ASO)	0,00	1,01	0,00	0,49	0,00
Diagnóstico (ASO)	1,83	1,52	0,00	0,00	2,36
Técnicas de Diagnóstico (ASO)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Indicación Terapéutica (ASO)	0,00	1,26	0,00	0,00	0,00
Efectos de la Terapia (ASO)	0,00	1,26	0,00	0,49	0,79
Criterios de Selección (OA)	0,00	0,76	0,00	0,00	0,00
Diagnóstico (OA)	1,83	3,28	0,00	1,95	0,00
Técnicas de Diagnóstico (OA)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Indicación Terapéutica (OA)	0,00	1,26	0,00	9,27	2,36
Efectos de la Terapia (OA)	2,75	1,52	0,00	5,37	0,39
Abastecimiento Terapéutico	1,83	2,78	0,00	1,95	7,48
Adm de la Terapia (MC)	0,92	5,05	0,71	0,49	19,69
Técnicas (MC)	0,00	7,58	28,37	2,93	0,00
Aprendizaje (MC)	0,00	0,00	0,00	0,00	1,18
Adm. de la Terapia (ASO)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Técnicas (ASO)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Aprendizaje (ASO)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Adm. de la Terapia (OA)	5,50	3,79	0,00	5,37	0,39
Técnicas (OA)	0,00	6,57	0,00	18,05	0,00
Aprendizaje (OA)	0,00	0,25	0,00	11,22	0,00
Secuencia de la Consulta	12,84	11,11	8,51	8,29	6,30

ENTREVISTADO	TOTAL % POR CATEGORÍA EN RELACIÓN A LA ENFERMEDAD
Nosología	0,72
Sujeto del Susto	1,45
Etiología	12,94
Síntomas	12,58
Quienes consultan	1,36
Criterios de Selección (MC)	1,81
Diagnóstico (MC)	4,98
Técnicas de Diagnóstico (MC)	5,43
Indicación Terapéutica (MC)	6,70
Efectos de la Terapia (MC)	5,34
Criterios de Selección (ASO)	0,45
Diagnóstico (ASO)	1,27
Indicación Terapéutica (ASO)	0,45
Efectos de la Terapia (ASO)	0,72
Criterios de Selección (OA)	0,27
Diagnóstico (OA)	1,72
Indicación Terapéutica (OA)	2,71
Efectos de la Terapia (OA)	1,90
Abastecimiento Terapéutico	3,26
Adm de la Terapia (MC)	6,61
Técnicas (MC)	6,88
Aprendizaje (MC)	0,27
Adm. de la Terapia (OA)	2,99
Técnicas (OA)	5,70
Aprendizaje (OA)	2,17
Secuencia de la Consulta	9,32

ANEXO XXIX. CRITERIOS QUE INTERVIENEN EN LA TOMA DE DECISIONES TERAPÉUTICAS EN CASOS DE SUSTO EN UNA POBLACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE MOLINOS- SALTA – ARGENTINA*

Procesamiento en Dexi

Dexi es un software especialmente diseñado para la elaboración de modelos de toma de decisión. Una de las características distintivas de este software es que permite trabajar con variables cualitativas, posibilitando la elaboración de reglas del tipo: "Si ..., entonces...".

Estos modelos de decisión son desarrollados a través de la descomposición de problemas de toma de decisión complejos en subproblemas, representados por variables –atributos- que se organizan en una estructura jerárquica.

De este modo, Dexi permite clasificar y evaluar las opciones existentes al momento de la toma de decisión, contribuyendo al análisis y explicación de tales opciones y decisiones. Además provee otros métodos para la evaluación del modelo y las hipótesis que derivan de su uso.

Nuestro análisis

El modelo y resultados obtenidos derivan del diseño de un árbol en el cual fueron incluidos todos aquellos aspectos (variables) que intervenían en la toma de decisiones respecto a la consulta a determinado especialista. Estas variables fueron organizadas jerárquicamente en un árbol de atributos, que representa los subproblemas de decisión. Los atributos que aparecen en los niveles más altos de la jerarquía dependen de aquellos que se encuentran más abajo. De acuerdo a su posición se distinguen atributos básicos -nodos terminales- y atributos agregados -nodos internos- (ver representación Arbol de Atributos).

Cada atributo presenta una escala (ver representación Descripción de Escalas) que determina la dependencia del atributo respecto de los que se encuentran inmediatamente debajo en la jerarquía.

De la evaluación de las diferentes combinaciones de opciones, que resultan de cada una de las instancias de consulta que ingresamos, (ver representación Evaluación de los Resultados) se derivan las reglas, es decir, aquello que es esperable hallar cada vez que se de determinada combinación de variables.

El valor predictivo del modelo debería evaluarse considerando nuevos casos que permitan testear las hipótesis que se derivan de su aplicación y ajustar el modelo resultante.

* Este informe fue realizado por la Licenciada Anahi Sy CONICET-UNLP.

Representaciones DEXi

Arbol de Atributos

Atributo	Descripción
Elección	Opción terapéutica elegida
—Fracaso	Fracaso terapéutico/diagnóstico de opciones previas
— Diagnóstico	Reconocimiento de la enfermedad en relación al estado del enfermo y/o conocimiento de la causa
—Conocimiento de la causa	
— Gravedad	Grado de seriedad o compromiso que reviste la enfermedad
—Requiere Medicación	Aserción sobre la necesidad de medicar al enfermo
—Síntomas	Cualquier manifestación percibida por el enfermo o personas de su entorno indicativo de una enfermedad
— Opción Terapéutica	Características que justifican la opción elegida.
—Accesibilidad Física	La opción es físicamente accesible
—Accesibilidad Social	Existe reconocimiento social de la eficacia de la opción
—Consejo	Recomendación de la opción
—Inaccesibilidad	Inaccesibilidad de otras opciones terapéuticas

Descripción de Escalas

Elección

Opción terapéutica elegida

1. MO Medicina Oficial
2. MC Médico Campesino
3. Otros

Fracaso

Fracaso terapéutico/diagnóstico de opciones previas

1. terapéutico MO
2. ausente
3. terapéutico MC
4. terapéutico Otros
5. diagnóstico MO
6. diagnóstico MC
7. diagnóstico Otros

Diagnóstico

Reconocimiento de la enfermedad en relación al estado del enfermo y/o conocimiento de la causa

1. presente presencia de un diagnóstico
2. presunción presunción de un diagnóstico
3. ausente ausencia de un diagnóstico
4. desconocimiento se desconoce el diagnóstico

Conocimiento de la causa

1. visión de "careta horrible" dueño de la finca con careta horrible
2. caída/golpes
3. visión de una "cosa mala" visión de una cosa mala que luego desaparece / le lleva el espíritu
4. "enfriado" al nacer
5. alguien/ algo lo "agarra de atrás" en un lugar malo, que hace asustar/ lugar de "gente india", sensación de frío, lo agarra un espíritu malo de la puna
6. ausente
7. desconocimiento

Gravedad

Grado de seriedad o compromiso que reviste la enfermedad

1. mucho Susto
2. susto
3. - no hay referencia
4. poco susto

Requiere Medicación

Aserción sobre la necesidad de medicar al enfermo

1. presente
2. ausente

Síntomas

Cualquier manifestación percibida por el enfermo o personas de su entorno indicativo de una enfermedad

1. S y LL suspiro y Llanto
2. convulsión "descontrolado", se cae de antarca, rigidez, tiemblan las manos.
3. T, LI y F
4. tiritar T
5. D, F y M diarrea, fiebre y mareo
6. LI y F llanto y fiebre
7. D y LI diarrea y llanto
8. - no hay referencia
9. llanto LI
10. llanto persistente
11. suspiro
12. D y F diarrea y fiebre
13. malestar M
14. frío e I frío e intranquilo
15. LI., I, n/d, n/c, enojo llanto, intranquilo, no duerme, no come, se enoja

Opción Terapéutica

Características que justifican la opción elegida.

1. acc. C valoración positiva por accesibilidad y consejo
2. inacc. acc valoración positiva por inaccesibilidad de opción previa y accesibilidad de la actual
3. inacc. acc. C valoración positiva por inaccesibilidad de opción previa, accesibilidad y consejo de la actual
4. inacc. C valoración positiva por inaccesibilidad de opción previa y consejo de la actual
5. ausente no hay referencia
6. C valoración positiva por consejo
7. acc. valoración positiva por accesibilidad

Accesibilidad Física

La opción es físicamente accesible

1. **presente**
2. **ausente**

Accesibilidad Social

Existe reconocimiento social de la eficacia de la opción

1. **presente**
2. **ausente**

Consejo

Recomendación de la opción

1. Fliar consejo de familiar
2. MO y Otros
3. ausente
4. MO consejo medicina oficial
5. Otros consejo allegado, vecino, no familiar

Inaccesibilidad

Inaccesibilidad de otras opciones terapéuticas

1. ambiental medio desconocido o no familiar.
2. ausente
3. amb y econom. ambiental y económica

Evaluación de los Resultados**

Attribute	C1.1Madre	C1.2Madre	C1.3Madre	C1.4Madre	C1Padre
Elección	MO	MC	MC	MC	Otros
-Fracaso	ausente	terapéutico MO	ausente	ausente	ausente
- Diagnóstico	desconocimiento	presente	presente	presunción	presunción
-Conocimiento de la causa	desconocimiento	caída/golpes	visión de "careta horrible"	ausente	ausente
- Gravedad	-	-	susto	-	-
-Requiere Medicación	ausente	ausente	presente	presente	ausente
-Síntomas	D y F	-	LI y F	T, LI y F	LI., I, n/d, n/c, enojo
- Opción Terapéutica	acc.	acc.	acc.	acc.	acc. C
-Accesibilidad Física	presente	presente	presente	presente	ausente
-Accesibilidad Social	ausente	presente	ausente	presente	presente
-Consejo	ausente	ausente	ausente	ausente	Fliar
-Inaccesibilidad	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente

Attribute	C1.1 Abuela	C2.1 Enf	C2.1 Abuela	C3.1 Abuela	C3.1 Madre
Elección	MC	MC	MC	MC	Otros
-Fracaso	ausente	diagnóstico MO	diagnóstico MO	terapéutico MO	ausente
- Diagnóstico	presente	presente	presente	presunción	presunción
-Conocimiento de la causa	caída/golpes	visión de una "cosa mala"	visión de una "cosa mala"	ausente	ausente
- Gravedad	-	-	-	-	-
-Requiere Medicación	ausente	ausente	presente	presente	presente
-Síntomas	-	tiritar	convulsión	llanto persistente	llanto
- Opción Terapéutica	ausente	acc. C	ausente	acc.	acc. C
-Accesibilidad Física	ausente	presente	ausente	ausente	presente
-Accesibilidad Social	ausente	ausente	ausente	presente	presente
-Consejo	ausente	MO	ausente	ausente	Fliar
-Inaccesibilidad	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente

Attribute	C4.1Madre	C4.2Madre	C4.3Madre	C4.4Madre	C4.1 Enf
Elección	MC	Otros	MC	MC	MC
Fracaso	ausente	terapéutico MC	ausente	ausente	ausente
Diagnóstico	presente	presunción	presunción	presente	presente
Conocimiento de la causa	alguien/ algo lo "agarra de atrás"	ausente	ausente	alguien/ algo lo "agarra de atrás"	visión de una "cosa mala"
Gravedad	-	-	-	susto	susto
Requiere Medicación	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente
Síntomas	S y LL	-	-	suspiro	frío e l
Opción Terapéutica	acc. C	inacc. acc. C	inacc. C	inacc. acc	acc.
Accesibilidad Física	ausente	ausente	ausente	ausente	presente
Accesibilidad Social	presente	presente	ausente	presente	presente
Consejo	Fliar	MO y Otros	MO y Otros	ausente	ausente
Inaccesibilidad	ausente	amb y econom.	amb y econom.	amb y econom.	ausente

Attribute	C4.1 Padre
Elección	MC
Fracaso	terapéutico MC
Diagnóstico	presunción
Conocimiento de la causa	ausente
Gravedad	-
Requiere Medicación	ausente
Síntomas	llanto persistente
Opción Terapéutica	ausente
Accesibilidad Física	ausente
Accesibilidad Social	ausente
Consejo	ausente
Inaccesibilidad	ausente

** La letra **C** y el numero que le sigue indica el Caso que se esta considerando, así **C1** indica el Caso Susto I, **C2**, el Caso Susto II y así sucesivamente. El número que le sigue indica la instancia de consulta referida, si se trata de la primera, segunda, etc.

De este modo **C1.1** refiere al Caso Susto I, primer instancia de consulta, **C1.2**, Caso Susto I segunda consulta, y así sucesivamente.

Gráfico 1. Instancias de consulta referidas por tipo de relatante en los Casos de Susto.

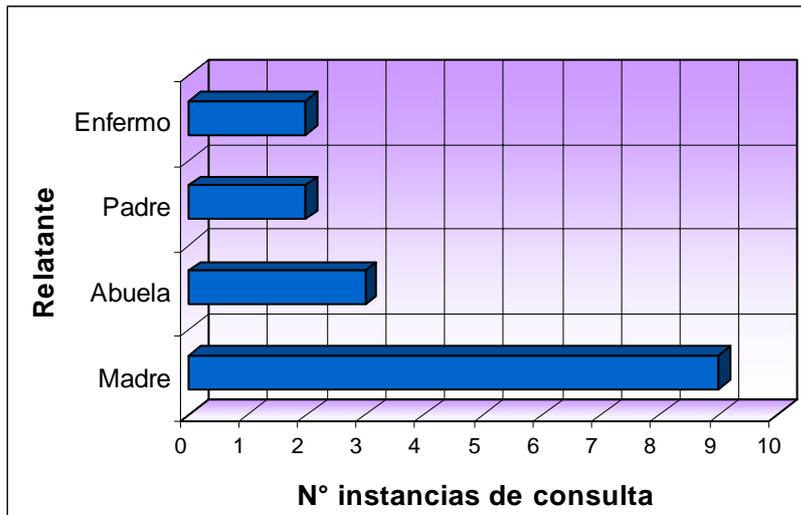


Gráfico 2

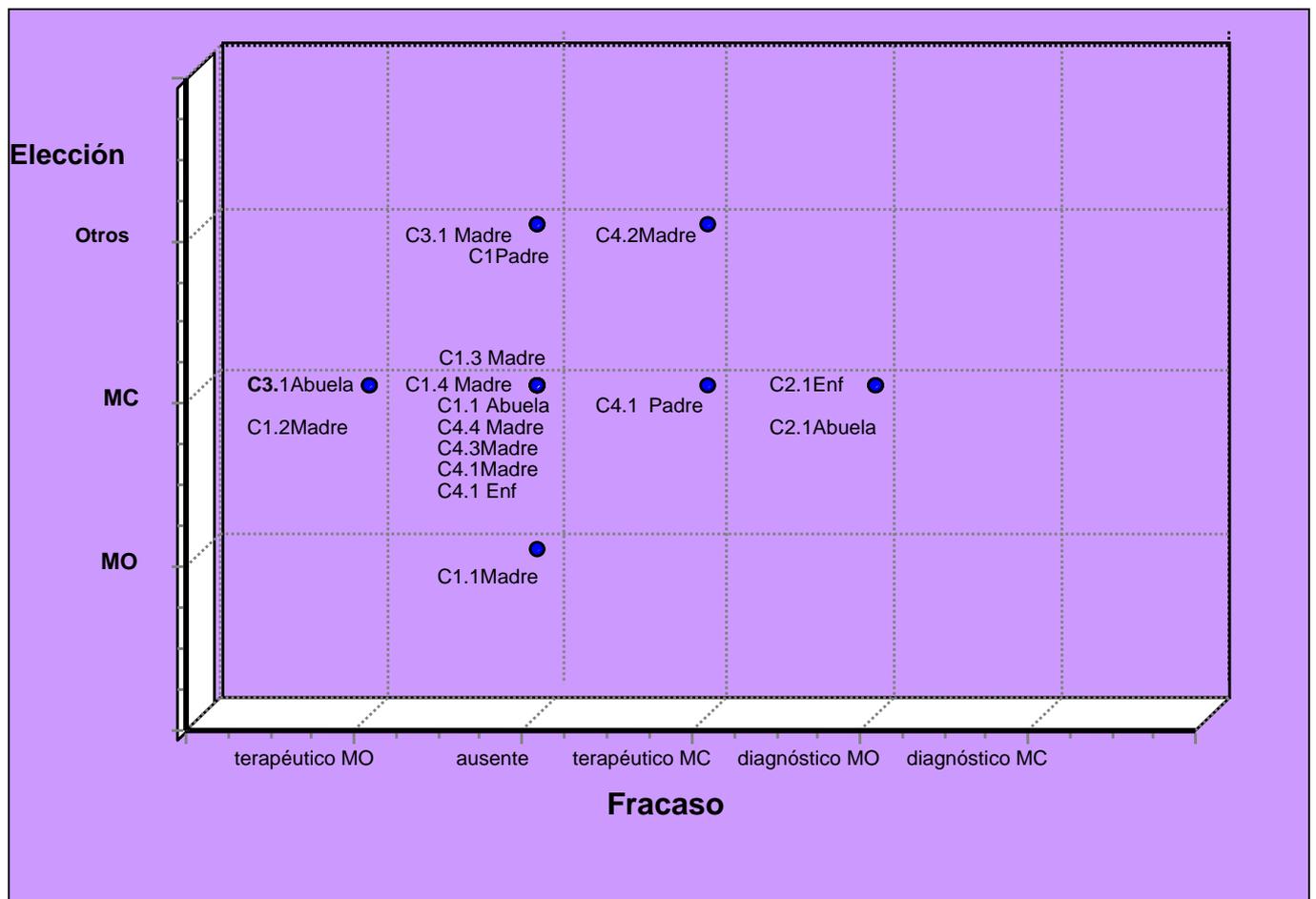
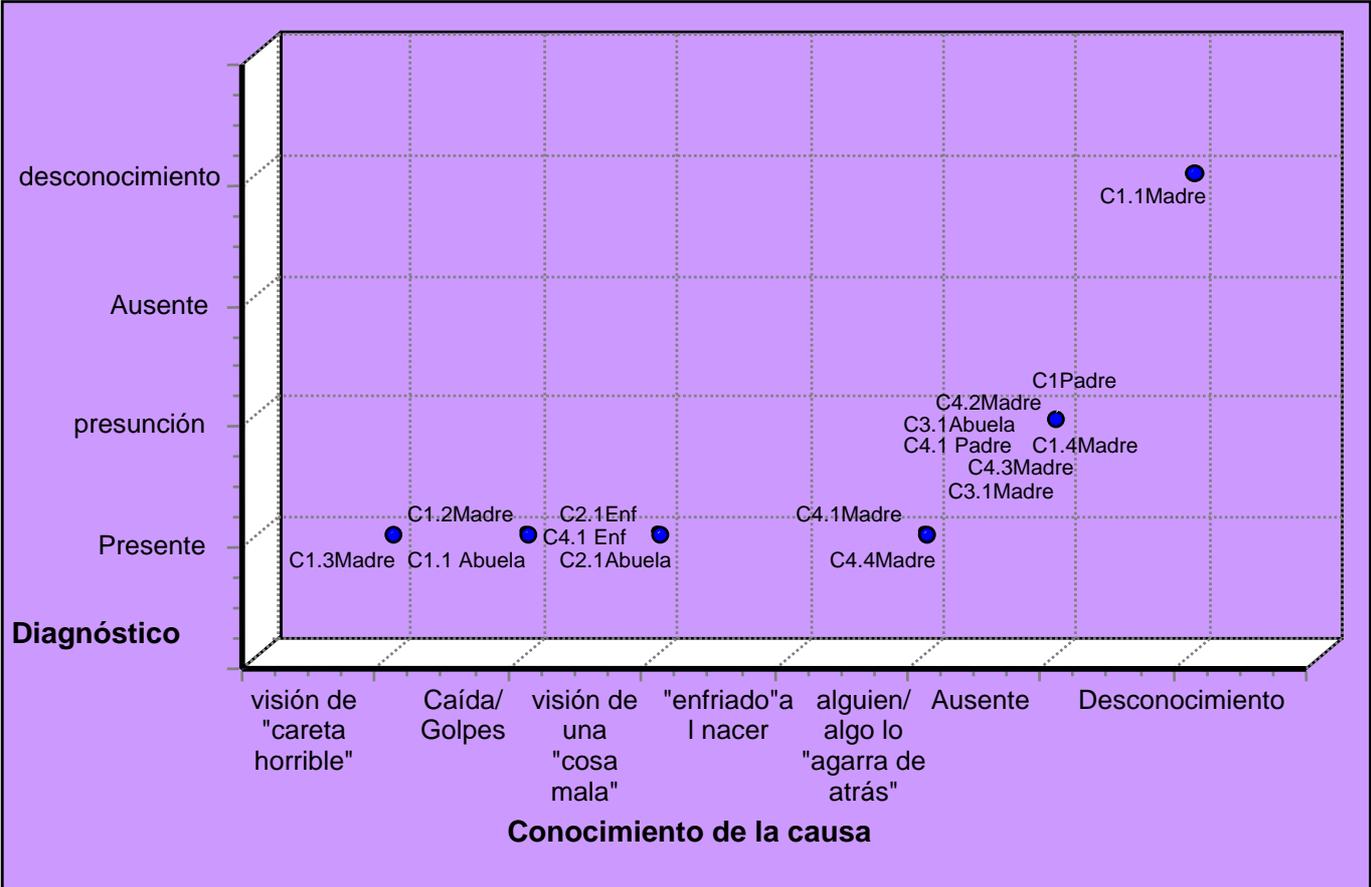


Gráfico 3



ANEXO XXX. - ENUNCIACIONES CORRESPONDIENTES A LA DESIGNACIÓN DE LA ENFERMEDAD

Enunciación

<u>Número</u>	<u>Registro</u>	<u>Transcripción</u>
1	SIa/4	"Y se ve que de eso...todo eso eh...l'ha asustado..."
2	SIa/21	"...de eso se ve que se ha asustado, porque eso me ha dicho él..."
3	SIa/32	" y...después me la han curado así del susto"
4	SIa/36	"...hasta que después se vuelve a asustar así por alguna cosa"
5	SIa/42	"así que ahí sí hemos pensado otra vez de que é...susto lo que tiene"
6	SIa/43	" y l'hemos hecho curar del susto..."
7	SIa/59	"y a veces, con eso nomás se compone ! porque parece que no es mucho el susto...que tiene?...se compone..."
8	SIa/60	"porque está...parece muy asustada, sí..."
9	SIa/62	"También se ha asustado..."
10	SIc/1	"...eso para asustado, para asustado..."
11	SIc/2	"Entonce' cuando es asustao el chico no duerme...de noche le fastidia una cosa..."
12	SIc/2	"...y de noche se asusta, se asusta, se asusta el cuerpo, brinca así"
13	SIc/3	" Eso es cuando es asustao"
14	SIc/5	" Bueno, eso ya hay que llamarlo de noche...al asustado..."
15	SIc/11	"...y cuando son asustaos se les crían las pestañas"
16	SIc/22	"y le había volteado y se ha asustao"
17	SIc/22	"Tenía susto "
18	SIIa/18	"Sí (he ido a Amaicha) y el Doctor no ha hallao nada"
19	SIIa/21	" No sé (qué enfermedad es) no...no l'hallan nada"
20	SIIa/22	" No lo hallan (...) con los médicos nada, todavía"
21	SIIa/47	"...(el Doctor) no ha hallao nada"
22	SIIa/51	"No l'halló nada, pué, el Doctor..."
23	SIIa/51	"...(el Doctor) no me halló nada"
24	SIIb/26	"asustao (...) que es pués"
25	SIIb/38	"él asustao é dic'"
26	SIIb/48	"y esi la médica de campo ahí per' (...) tantea también, no? en velita (...) pone la velita le tantea y ella había dicho: - Asustao es él, asustao es él..."
27	SIIb/50	" (Nicasia) dic'que é asustado y nada más, al chico, a éste..."
28	SIIb/36	" el changuito? Esi ya de gana le ha llegao la enfermedad ya hace dos años ha entrao a él de gana"
29	SIIb/17	"y se hace la enfermedad el Florencio"
30	SIIb/6	"esi es bien bueno pa'los asustaos"

31	SIIb/8	"eso pa'l asustadito..."
32	SIIb/8	"(eso) pa'l asustao"
33	SIIb/10	"...y se asustan (...)"
34	SIIb/10	" (...) asustao (...)"
35	SIIb/11	"Bueno, es'es para lo'asustadito"
36	SIIb/13	"...Usted le habla si se ha asustado así, le habla..."
37	SIIIa/1	"Mire esa chica , la ha hecho asustar el viento..."
38	SIIIa/1	"...y con eso se ha asustado "
39	SIIIa/6	"Entonc' ella me ha dicho que l'había hecho asustar el viento."
40	SIIIa/19	"Bueno, esito (...)doña Alberta me ha dicho que estaba asustadito un poco..."
41	SIIIa/26	"y (doña Alberta) me ha dicho que está asustadito..."
42	SIIIa/26	"...parece que al nacer, se ha asustado"
43	SIIIa/37	"y entonces una chica dice: -esta criatura está asustada, dice, para mí está asustada la criatura"
44	SIIIa/55	"sabrás asustarse ¿qué sabrá ser?"
45	SIIIa/56	"entonce' la chica ésta vino y me dice: -este chico está asustao..."
46	SIIIa/70	"al nacer, ha dicho, a lo mejor al nacer, este se ha enfriado, no le han levantaio ligero y se ha enfriaio, dic'que se ha asustao,ahí..."
47	SIIIa/71	"Claro, se asustan siempre, se asustan (. . .)"
48	SIIIb/1	"Este...parece que estaba asustado"
49	SIIIb/20	"debe ser que tenía susto nomás..."
50	SIIIb/20	"...se ha asustado..."
51	SIIIb/21	"ella ese día no le ha visto, dice que estaba asustado"
52	SIIIb/24	"Y yo cuando le he llevado me ha dicho de que estaba asustado...que estaba asustado el chiquito porque...que ya, ya se le iba a componer..."
53	SIIIb/28	"No, ella me había dicho que estaba asustado..."
54	SIIIb/39	"me dice: -a lo mejor está asustado."
55	SIIIb/10	"se asustan, delicados son, con cualquier cosa se asustan"
56	SIIIb/32	"...cuando está asustado hay que hacerle así"
57	SIIIb/14	"...y me decía que a lo mejor está asustado..."
58	SIIIc/1	"Es'es el asustao qui le decimo pué"
59	SIIIc/3	"asustao dic alguno's"
60	SIIIc/7	"el pulso, algunos le dicen el pulso asustao dic'"
61	SIIIc/8	"...esi se llama asustao..."
62	SIIIc/10	"...pa'asustao"
63	SIIIc/13	"...asustao, el quedaio, el mismo é"
64	SIIIc/15	"cuando son asustaos, asustaos así"
65	SIIIc/17	"esi llaman asustaos, quedaos..."
66	SIIIc/20	"...cuando está brincando el pulso y está con fiebre son asustaos y quedaos..."

67	SIIIc/21	"Pero esi no sé qué tendría, asustao (...)"
68	SIIIc/24	"...susto, asustao, igual es..."
69	SIIIc/26	"susto y asustao es lo mismo"
70	SIIIc/28	"pa'l corazón (...) pa'asustao también (...)"
71	SIVa/4	"y el Doctor no me halla"
72	SIVa/34	"- No, si es susto nomás que tiene, dice, susto nomás"
73	SIVa/49	"él mira no sé, en el pulso, no sé cómo dice él pero dice: - No le hallo que está...quedao, dice."
74	SIVa/49	"Dice que el susto es una cosa y que el quedao es otra"
75	SIVa/50	"éste dic' que tiene susto"
76	SIVa/74	"...yo pienso que, que debe ser del susto nomás que lo tenía así"
77	SIVa/87	"porque ella ha dicho que (...) susto también, é susto nomás. "
78	SIVa/90	"el tío no lo hallaba ya..."
79	SIVa/92	"...dice es susto que tiene "
80	SIVa/104	" el ella también l'encontrao eso, susto nomás"
81	SIVa/110	"eso nomás tiene, dice..."
82	SIVa/110	"si es verdad que es susto, dice"
83	SIVa/125	"-el susto es una cosa y el quedao es otra cosa, me ha dicho así"
84	SIVa/126	" (me ha dicho Nicasia) que no es el quedao, no es el quedao"
85	SIVa/133	"(el Doctor) lo ha encontrao el corazón"
86	SIVa/136	"la señora me lo compone me ha dicho que del mismo susto él se aflige..."
87	SIVa/136	"...lo aflige a lo'corazón, me ha dicho"
88	SIVa/152	"dice: -tá embromadito, dice..."
89	SIVa/155	"...en la vela dic'que le ha visto...así un buen rato que le miraba...miraba a él ... y ella ya ha asegurado que se va a componer, parece pué nomá no tiene de gravedad..."
90	SIVa/155	"...nada más é susto lo que tiene"
91	SIVa/172	"ella también le ha tocao el pulsito y dice: - no, el corazoncito está afligidito, dice, -claro, es del mismo susto, dice"
92	SIVa/10	"no l'ha hallao nada él"
93	SIVa/22	"y a mí la señora esa de allá de...Amaicha me ha dicho que no es quedao como dic'..."
94	SIVa/22	"(me ha dicho) que es asustao..."
95	SIVa/22	"el asustao dic' que é una cosa y el quedao que es otra"
96	SIVa/29	"él no...no l'ha querío ya curar porque dic' que no l'ha hallao nada él"
97	SIVa/43	"ella le ha dicho expresamente que no es quedao..."
98	SIVa/43	"...que é un susto me ha dicho"
99	SIVa/51	"ha dicho que no, que él no se comprom' a curar porque no...él no, no l'ha hallao nada"
100	SIVd/1	"está enfermito...pobrecito!"
101	SIVd/2	"...el Doctor del susto no le cura..."

102	SIVd/8	"...el chiquito está asustao..."
103	SIVd/9	"... que le ha notao la señora qu...que el chico estaba enfermándose ya de susto y de pena..."
104	SIVd/11	"Aquí ya si ve una casa bien, ya susto para él..."
105	SIVd/11	"...ve gente extraña, peor!"
106	SIVd/11	"...ya él estaba enfermo ya!"
107	SIVd/13	"...remedios pa'l susto..."
108	SIVd/14	"ella dice que le ha notao al chico que ya estaba enfermo, era de pena y de susto"
109	SIVd/17	"-el chico ya está enfermo (que le ha dicho) "
110	SIVd/17	"-será de pena y de susto, que le ha dicho"
111	SIVd/21	"así p'aquí buscan para curar de susto"
112	SIVd/26	"y entonces el Doctor l'ha curao no l'hallao nada"
113	SIVd/31	"(La comadre) dice que el Doctor le ha dicho que no le halla qué es lo que tiene"
114	SIVd/34	"y é1 tiene un susto así pues yo le he hallao, le he tocao el pulso le he visto..."
115	SIVd/44	"que l'ha dicho que no tenía nada, que l'ha dicho el Doctor"
116	SIVd/66	"(...) así con susto, nó sé qué é "
117	SIVd/66	"...parece que é un susto..."
118	SIVd/79	"También pa'l susto..."
119	SIVd/83	"Este chiquito es del último que ahora está así también asustadito?"
120	SIVd/86	"el Normando, ese es enfermero, tiene bastante susto..."

ANEXO XXXI . UN ESQUEMA PROVISORIO PARA EL ANÁLISIS DE LA ENUNCIACIÓN CORRESPONDIENTE A LA DESIGNACIÓN DE LA ENFERMEDAD

Referencias

ENUNCIACIÓN. Registro:

S: Susto

I, II, III, IV: Casos

a,b,c,d...: Informantes (Ver Anexo I)

1,2,3,4...: Número de orden en la entrevista

ITEM I. DESIGNACIÓN. Relación entre designaciones.

Orden en la enunciación: Notación designaciones

N1: Forma nominal susto.

N2: Forma nominal asustado.

N3: Otras formas nominales

Pr: Forma pronominal

V: Forma verbal

Orden en la relación lógica:

Inclusión: \subset

Equivalencia: \leftrightarrow

Disyunción no excluyente: \vee

Disyunción: \wedge

Implicación: \rightarrow

Conjunción: \wedge

Conjunción metonímica: \cdot

Conjunción con ruptura: $/$

ITEM II. MODALIZACIÓN. Modalización de la designación

- Cuantificación:

Con los signos + y - se indica si la cuantificación en los grados señalados es afirmada o negada en la enunciación.

OTRAS:

- El uso de paréntesis indica que el rasgo está implícito en la enunciación, lo que se verifica en el contexto próximo a la enunciación en la entrevista
- Para facilitar la diferenciación entre las enunciaciones producidas por distintos informantes se las ha separado mediante líneas horizontales en el esquema. Una breve caracterización de cada informante en relación al caso por el que fue entrevistado puede obtenerse de la lectura del Anexo XV

Un esquema provisorio para el análisis de la enunciación
correspondiente a la designación de la enfermedad

Enunciación		ITEM I: DESIGNACIÓN												
Nº	Registro	Nominalización					Verbalización					Relación entre designaciones		
		Verbo	Frase nominal	Frase Verbal	Modo			Auxiliar	Tiempo			Forma Reflexiva	Orden en la Enunciación	Orden en la relación lógica
					Infinitivo	Indicativo	Participio		Presente	Pasado	Futuro			
1	Sla / 14						X	Haber		X				
2	Sla / 21						X	Haber				X		
3	Sla / 32			Susto	X				X			X		
4	Sla / 36				X				X Cont.			X		
5	Sla / 42	Es	Susto	Lo que tiene									N ₁ / Pr	N ₁ ⊂ Pr
6	Sla / 43			Susto										
7	Sla / 59	Tiene		Susto										
8	Sla / 60						X	Estar	X					
9	Sla / 62						X	Haber		X		X		
10	Slc / 1			Asustado										
11	Slc / 1	Es	Asustado											
12	Slc / 2					X			X			X		
13	Slc / 3	Es	Asustado											
14	Slc / 5			El Asustado										
15	Slc / 11	Son	Asustados											
16	Slc / 22						X	Haber		X		X		
17	Slc / 22	Tenia		Susto										
18	SII a / 18	No ha hallao		Nada										
19	SII a / 21	No hallan		L / nada									Pr / N ₃	Pr ⊂ N ₃
20	SII a / 22	No hallan		La nada									Pr / N ₃	Pr ⊂ N ₃
21	SII a / 47	No ha hallao		Nada										
22	SII a / 51	No hallo		L / nada									Pr / N ₃	Pr ⊂ N ₃
23	SII a / 51	No hallo		Nada										
24	SII b / 26	Es	Asustado											
25	SII b / 38	Es	Asustado											
26	SII b / 48	Es	Asustado											
27	SII b / 50	Es	Asustado											
28	SII b / 36		La enfermedad											
29	SII b / 17			La enfermedad										
30	SII b / 6			Los asustados										
31	SII b / 8			El asustado										
32	SII b / 8			El asustado										
33	SII b / 10				X				X			X		
34	SII b / 10		Asustado											
35	SII b / 11			Los asustados										
36	SII b / 13						X	Haber		X		X		
37	SIII a / 1				X			Haber		X				
38	SIII a / 1						X	Haber		X		X		
39	SIII a / 6				X			Haber		X				
40	SIII a / 19						X	Estar		X				
41	SIII a / 26						X	Estar	X			X		
42	SIII a / 26						X	Haber		X				
43	SIII a / 37						X	Estar	X					
44	SIII a / 55				X			Saber	X Cont.			X		
45	SIII a / 56						X	Estar	X					
46	SIII a / 70						X	Haber		X		X		
47	SIII a / 71					X			X			X		
48	SIII b / 1						X	Estar		X				
49	SIII b / 20	Tenia		Susto										
50	SIII b / 20						X	Haber		X		X		
51	SIII b / 21						X	Estar		X				
52	SIII b / 24						X	Estar		X				
53	SIII b / 28						X	Estar		X				
54	SIII b / 39						X	Estar	X					
55	SIII b / 10					X			X			X		
56	SIII b / 32						X	Estar	X					
57	SIII b / 14						X	Estar	X					
58	SIII c / 1	Es	El asustado											
59	SIII c / 5		Asustado											
60	SIII c / 7		Asustado (determinante)											
61	SIII c / 8		Asustado											
62	SIII c / 10			Asustado										
63	SIII c / 13	Es	Asustado	Quedado									(N ₃)/N ₂ /N ₃	N ₂ ↔ N ₃
64	SIII c / 15	Son	Asustados											
65	SIII c / 17		Asustados										N ₂ / N ₃	N ₂ v N ₃

Un esquema provisorio para el análisis de la enunciación
correspondiente a la designación de la enfermedad

Enunciación		ITEM II: MODALIZACIÓN									
Nº	Registro	De la designación						De la enunciación			
		Reiteración Y / o Continuidad	Ratificación	Exclusión	Cuantificación			Aserción	Evidencia	Posibilidad	Desconocimiento
					Grado Inferior	Grado Medio	Grado Superior				
76	SIV a/ 74									X	
77	SIV a/ 87			X							
78	SIV a/ 90	X									
79	SIV a/ 92										
80	SIV a/ 104			X							
81	SIV a/ 110			X							
82	SIV a/ 125							X			
83	SIV a/ 126			X							
84	SIV a/ 133			X							
85	SIV a/ 136										
86	SIV a/ 136										
87	SIV a/ 152										
88	SIV a/ 155										
89	SIV a/ 155										X
90	SIV a/ 155			X							
91	SIV a/ 172										
92	SIV c/ 10										
93	SIV c/ 22			X							
94	SIV c/ 22										
95	SIV c/ 22			X							
96	SIV c/ 29										
97	SIV c/ 43			X				X			
98	SIV c/ 43										
99	SIV c/ 51	X									
100	SIV d/ 1										
101	SIV d/ 2										
102	SIV d/ 8										
103	SIV d/ 9										
104	SIV d/ 11										
105	SIV d/ 11						(+)				
106	SIV d/ 11										
107	SIV d/ 13										
108	SIV d/ 14										
109	SIV d/ 17										
110	SIV d/ 17									X	
111	SIV d/ 21										
112	SIV d/ 26										
113	SIV d/ 33										
114	SIV d/ 34	X									
115	SIV d/ 44										
116	SIV d/ 66	X								No sé	X
117	SIV d/ 66									X	
118	SIV d/ 79									Parece	
119	SIV d/ 83	X									
120	SIV d/ 86					+					

Un esquema provisorio para el análisis de la enunciación correspondiente a la designación de la enfermedad

Enunciación		ITEM III: SUJETO DE LA ENUNCIACIÓN								
Nº	Registro	Enunciación Directa	Enunciación Indirecta				Presencia del yo en la enunciación			
			Identificación				Textualización de la enunciación	Explicito	Implicito	Indirecto
			Sujeto Particularizado		Sujeto Generalizado					
			Grado	Calidad	Grado	Calidad				
1	SlA / 14	X								
2	SlA / 21		1º	Singular (3º)					X	
3	SlA / 32	X							X	
4	SlA / 36	X								
5	SlA / 42		1º	Plural (1º)						
6	SlA / 43	X								
7	SlA / 59	X								
8	SlA / 60	X								
9	SlA / 62	X								
10	Slc / 1	X								
11	Slc / 1	X								
12	Slc / 2	X								
13	Slc / 3	X								
14	Slc / 5	X								
15	Slc / 11	X								
16	Slc / 22	X								
17	Slc / 22	X								
18	SII a / 18	X								
19	SII a / 21	X						X		
20	SII a / 22	X								
21	SII a / 47	X								
22	SII a / 51	X								
23	SII a / 51	X							X	
24	SII b / 26	X								
25	SII b / 38				1º	Implicito				
26	SII b / 48		1º	Singular (3º)		X				
27	SII b / 50		2º	Singular (3º)						
28	SII b / 36	X								
29	SII b / 17	X								
30	SII b / 6	X								
31	SII b / 8	X								
32	SII b / 8	X								
33	SII b / 10	X								
34	SII b / 10	X								
35	SII b / 11	X								
36	SII b / 13	X								
37	SIII a / 1	X								
38	SIII a / 1	X								
39	SIII a / 6		1º	Singular (3º)						
40	SIII a / 19		1º	Singular (3º)						
41	SIII a / 26		1º	Singular (3º)						
42	SIII a / 26	X								
43	SIII a / 37		1º	Singular (3º)		X				
44	SIII a / 55	X								
45	SIII a / 56		1º	Singular (3º)		X				
46	SIII a / 70		1º	Singular (3º)						
47	SIII a / 71	X								
48	SIII b / 1	X								
49	SIII b / 20	X								
50	SIII b / 20	X								
51	SIII b / 21		1º	Singular (3º)						
52	SIII b / 24		1º	Singular (3º)					X	
53	SIII b / 28		1º	Singular (3º)					X	
54	SIII b / 39		1º	Singular (3º)		X			X	
55	SIII b / 10	X								
56	SIII b / 32	X								
57	SIII b / 14		1º	Singular (3º)					X	
58	SIII c / 1		1º	Plural (1º)						
59	SIII c / 5				1º	Explicito	X			
60	SIII c / 7				1º	Explicito	X			
61	SIII c / 8				1º	Reflexivo (s/ suj.)	X			
62	SIII c / 10	X								
63	SIII c / 13	X								
64	SIII c / 15	X								
65	SIII c / 17				1º	Implicito	X			
66	SIII c / 20	X								
67	SIII c / 21	X						X		
68	SIII c / 24	X								
69	SIII c / 26	X								
70	SIII c / 28	X								
71	SIV a / 4	X							X	
72	SIV a / 34		1º	Singular (3º)			X			
73	SIV a / 49		1º	Singular (3º)			X	X		

Un esquema provisorio para el análisis de la enunciación correspondiente a la designación de la enfermedad

Enunciación		ITEM III: SUJETO DE LA ENUNCIACIÓN							
Nº	Registro	Enunciación Directa	Enunciación Indirecta				Presencia del yo en la enunciación		
			Identificación		Textualización de la enunciación		Explicito	Implicito	Indirecto
			Sujeto Particularizado		Sujeto Generalizado				
			Grado	Calidad	Grado	Calidad			
74	SIV a/ 49		1º	Singular (3º)					
75	SIV a/ 50		1º	Singular (3º)					
76	SIV a/ 74	X					X		
77	SIV a/ 87		1º	Singular (3º)					
78	SIV a/ 90	X							
79	SIV a/ 92		1º	Singular (3º)					
80	SIV a/ 104	X							
81	SIV a/ 110		1º	Singular (3º)		X			
82	SIV a/ 125		1º	Singular (3º)		X			
83	SIV a/ 126		1º	Singular (3º)		X			X
84	SIV a/ 133		1º	Singular (3º)					X
85	SIV a/ 136	X							
86	SIV a/ 136		1º	Singular (3º)					X
87	SIV a/ 152		1º	Singular (3º)					X
88	SIV a/ 155		1º	Singular (3º)		X			
89	SIV a/ 155	X							
90	SIV a/ 155	X							
91	SIV a/ 172		1º	Singular (3º)		X			
92	SIV c/ 10	X							
93	SIV c/ 22		1º	Singular (3º)	2º	Implicito			X
94	SIV c/ 22		1º	Singular (3º)					X
95	SIV c/ 22		1º	Singular (3º)					
96	SIV c/ 29		1º	Singular (3º)					
97	SIV c/ 43		2º	Singular (3º)					X
98	SIV c/ 43		1º	Singular (3º)					
99	SIV c/ 51		1º	Singular (3º)					
100	SIV d/ 1	X							
101	SIV d/ 2	X							
102	SIV d/ 8	X							
103	SIV d/ 9		1º	Singular (3º)					
104	SIV d/ 11	X							
105	SIV d/ 11	X							
106	SIV d/ 11	X							
107	SIV d/ 13	X							
108	SIV d/ 14		1º	Singular (3º)					
109	SIV d/ 17		1º	Singular (3º)		X			
110	SIV d/ 17		1º	Singular (3º)		X			
111	SIV d/ 21	X							
112	SIV d/ 26	X							
113	SIV d/ 33		2º	Singular (3º)					
114	SIV d/ 34	X					X		
115	SIV d/ 44		2º	Singular (3º)					
116	SIV d/ 66	X						X	
117	SIV d/ 66	X						X	
118	SIV d/ 79	X							
119	SIV d/ 83	X							
120	SIV d/ 86	X							

Un esquema provisorio para el análisis de la enunciación
correspondiente a la designación de la enfermedad

Enunciación		ITEM IV: ENUNCIACIÓN		ITEM V: EXPANSION A OTROS GRUPOS DE ENUNCIADOS												Orden en la enunciación	Orden en la relación lógica
Nº	Registro	Indicial	Simbólica	Grupo													
		Con referencia a acción de otro	Sin referencia a acción de otro	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII		
70	SIII c/ 28		X									X		(X)		XI / IX / XI / IX	[IX . (XI)] ^ [IX → (XI)]
71	SIV a/ 4	X															
72	SIV a/ 34		X														
73	SIV a/ 49		X								X					VIII / IX	VIII → IX
74	SIV a/ 49																
75	SIV a/ 50		X														
76	SIV a/ 74		X						X							IX / VI	IX → VI
77	SIV a/ 87		X									(X)				IX / (IX)	IX ^ (IX)
78	SIV a/ 90	X															
79	SIV a/ 92		X														
80	SIV a/ 104	X										(X)				(IX) / IX	(IX) ^ IX
81	SIV a/ 110		X														
82	SIV a/ 125		X														
83	SIV a/ 126																
84	SIV a/ 133		X														
85	SIV a/ 136	X															
86	SIV a/ 136		X						X							IX / VI	XI → VI
87	SIV a/ 152		X														
88	SIV a/ 155		X														
89	SIV a/ 155		X								X				X	VIII / XII / IX	(VIII . IX) → XII
90	SIV a/ 155		X									(X)				(IX) / IX	(IX) → IX
91	SIV a/ 172		X								X	X				VIII / IX / IX	VIII → (IX → IX)
92	SIV c/ 10	X															
93	SIV c/ 22		X														
94	SIV c/ 22		X														
95	SIV c/ 22																
96	SIV c/ 29		X											X		- XI / - IX	- IX → - XI
97	SIV c/ 43		X														
98	SIV c/ 43		X														
99	SIV c/ 51		X											X		XI / - IX/ - XI / - IX	- IX → - XI
100	SIV d/ 1		X														
101	SIV d/ 2	X												X		IX / - XI	IX → - XI
102	SIV d/ 8		X														
103	SIV d/ 9		X														
104	SIV d/ 11		X													III / IX	III → IX
105	SIV d/ 11		X				X									III / IX	III → IX
106	SIV d/ 11		X														
107	SIV d/ 13		X											X		XI / IX	IX → XI
108	SIV d/ 14		X														
109	SIV d/ 17		X														
110	SIV d/ 17		X														
111	SIV d/ 21	X								X				X		VII / XI / IX	(XI - IX) → VII
112	SIV d/ 26	X									X					VIII / IX	VIII → IX
113	SIV d/ 33		X														
114	SIV d/ 34		X								X					IX / VIII	VIII → IX
115	SIV d/ 44		X														
116	SIV d/ 66		X														
117	SIV d/ 66		X														
118	SIV d/ 79													X		XI / IX	IX → XI
119	SIV d/ 83		X														
120	SIV d/ 86		X														

Anexo XXXII.- Expansión de las enunciaciones de designación a otros grupos de enunciados

Total de enunciaciones con expansión: 52	
Grupos con los que se vinculan:	Cantidad de enunciaciones:
XI	19
III	15
VIII	8
VI	7
IX	5
VII	3
XII	3
II	1
Tipos de relación (conexión lógica)	
	Cantidad de enunciaciones
Implicación	41
Conjunción	7
Conjunción metonímica	4
Grupos entre los que se establecen	
Implicación:	Conjunción:
IX ---->XI: 14 enunciaciones	IX \wedge IX: 2 enunciaciones
III---->IX: 11 enunciaciones	(IX---->XI) (IX---->XI) : 1 enunciación.
VIII---->IX: 5 enunciaciones	VII \wedge IX \wedge XII: 1 enunciación
IX ---->VI: 5 enunciaciones	VIII/IX 1 enunciación
(II \wedge III)---->IX: 1 enunciación	VII \wedge IX: 1 enunciación
IX-->IX: 1 enunciación	III \wedge IX: 1 enunciación
(XI . IX)---->VII: 1 enunciación	Conjunción metonímica:
(XI \wedge IX)---->XII: 1 enunciación	III . IX: 2 enunciaciones
(VIII . IX)---->XII: 1 enunciación	XI . IX: 2 enunciaciones
(VIII. VI)---->IX: 1 enunciación	

Distribución de las expansiones en los grupos de enunciados considerados

A. Enunciaciones directas indiciales (sin referencia a acción de otros)	
Con expansión:	III-->IX : 8 enunciaciones (1, 4, 16, 37, 38, 42, 104, 105)
	III . IX : 1 enunciación (29)
	III . IX . III: 1 enunciación (28)
	IX-->VI : 1 enunciación (76)
	VIII-->IX : 1 enunciación (114)
	(VIII . IX)-->XII : 1 enunciación (89)
	(IX)-->IX : 1 enunciación (90)
	IX-->XI : 1 enunciación (107)
	(XI \wedge IX)-->XII : 1 enunciación (7)
Total con expansión: 16 enunciaciones	
Total sin expansión: 18 enunciaciones (8, 9, 17, 24, 33, 34, 44, 48, 49 50, 67, 100, 102, 106, 116, 117, 119, 120)	

B. Enunciaciones directas indiciales (con referencia a acción de otros)

Con expansión: XI . IX: 2 enunciaciones (3, 6)
VII \wedge -IX: 1 enunciación (18)
VIII-->-IX: 1 enunciación (112)
(IX) \wedge IX: 1 enunciación (80)
IX-->-XI: 1 enunciación (101)
(XI . IX)-->VII: 1 enunciación (111)

Total con expansión: 7 enunciaciones

Total sin expansión: 9 enunciaciones (19, 20, 21, 22, 23, 71, 78, 85, 92)

C. Enunciaciones directas simbólicas

Con expansión: IX-->XI: 10 enunciaciones (10, 14, 30, 31, 32, 35, 36, 56, 62, 118)
IX-->VI: 3 enunciaciones (11, 13, 15)
(II \wedge III)-->IX: 1 enunciación (56)
III \wedge (IX \leftrightarrow VI): 1 enunciación (12)
(VIII . VI)-->IX: 1 enunciación (66)
[IX-->(XI)] \wedge [IX-->(XI)]: 1 enunciación (70)

Total con expansión: 17 enunciaciones

Total sin expansión: 5 enunciaciones (47, 63, 64, 68, 69)

D. Enunciaciones indirectas indiciales no textualizadas

Con expansión: III-->XI: 3 enunciaciones (2, 39, 46)
-IX-->-XI: 2 enunciaciones (96, 99)
-VIII / IX: 1 enunciación (51)
IX \wedge (IX): 1 enunciación (77)
VII \wedge IX \wedge XII: 1 enunciación (52)
IX-->VI: 1 enunciación (86)

Total con expansión: 9 enunciaciones

Total sin expansión: 19 enunciaciones (5, 25, 27, 40, 41, 53, 57, 75, 79, 84, 87, 93, 94, 97, 98, 103, 108, 113, 115)

E. Enunciaciones indirectas indiciales textualizadas

Con expansión: VIII-->IX : 2 enunciaciones (26, 73)
VIII-->(IX-->IX): 1 enunciación (91)

Total con expansión: 3 enunciaciones

Total sin expansión: 9 enunciaciones (43, 45, 54, 72, 81, 82, 88, 109, 110)

F. Enunciaciones indirectas simbólicas no textualizadas

Total con expansión: -

Total sin expansión: 3 enunciaciones (58, 74, 95)

G. Enunciaciones indirectas simbólicas textualizadas

Total con expansión: -

Total sin expansión: 5 enunciaciones (59, 60, 61, 65, 83)

Anexo XXXIII.- Enunciaciones formas lexemáticas del Susto

Número Registro Transcripción

1	Sla/4	(Y se ve que eso...) todo eso...l'ha asustado...
2	Sla/11	me ha hecho asustar / porque
3	Sla/21	y.../ de eso (se ve que) se ha asustado / porque
4	Sla/32	y...después / me la han curado así del susto / y
5	Sla/36	hasta que después / se vuelve a asustar así por alguna cosa
6	Sla/42	así que / (ahí sí hemos pensado otra vez de que) é susto lo que tiene / y
7	Sla/43	y / l'hemos hecho curar del susto
8	Sla/44	y de ahí / me avisa si...dónde se ha asustado
9	Sla/44	y de ahí / me avisa si... cómo se ha asustado
10	Sla/59	porque / (parece que) no es mucho el susto que tiene
11	Sla/60	porque / está...(parece) muy asustada
12	Sla/62	también se ha asustado
13	Sla/64	cuando (así vemos que parece que) se asusta...ligero le damos agua bendita.../ y
14	Slb/1	y / él le ve a la persona ésta...cuando se ha asustado, todo, (dice), / pero
15	Slb/1	y / ahí dice si es asustado / o
16	Slc/1	eso para asustado
17	Slc/1	eso para asustado
18	Slc/2	cuando es asustado el chico no duerme
19	Slc/2	y / de noche se asusta
20	Slc/2	se asusta el cuerpo
21	Slc/3	eso es cuando es asustado / y
22	Slc/5	al asustado hay que llamarlo de noche
23	Slc/8	adonde/ se ha asustado / o
24	Slc/11	y / cuando son asustados se les crían las pestañas
25	Slc/22	y / se ha asustado
26	Slc/22	Tenía susto
27	SIIa/10	si han asustao primero
28	SIIa/30	eso asustado puede ser
29	SIIa/31	una vuelta me he asustao / con
30	SIIa/33	y / me he asustao una vuelta
31	SIIa/38	con eso me he asustao
32	SIIa/50	que / ese día me he asustao así todo
33	SIIb/6	esi es bien bueno pa'los asustaos
34	SIIb/8	eso pa'l asustadito
35	SIIb/8	eso pa'l asustao
36	SIIb/10	y / se asustan
37	SIIb/10	asustao
38	SIIb/11	es'es para lo'asustadito'
39	SIIb/13	Usted le habla, si se ha asustado, le habla / y
40	SIIb/26	asustao (...) que es pué
41	SIIb/37	se ha asustado
42	SIIb/38	y no pué.../ él asustao é
43	SIIb/40	eso l'habrá hecho asustar
44	SIIb/48	- Asustao es él
45	SIIb/48	asustao es él
46	SIIb/50	que / é asustado y nada más
47	SIIIa/1	esa chica la ha hecho asustar el viento
48	SIIIa/1	y / con eso se ha asustado
49	SIIIa/6	que / l'había hecho asustar el viento
50	SIIIa/19	que / estaba asustadito un poco
51	SIIIa/26	que / está asustadito
52	SIIIa/26	que / al nacer se ha asustado
53	SIIIa/37	esta criatura está asustada
54	SIIIa/37	(para mí) está asustada la criatura
55	SIIIa/39	-No te asustés!

56	SIIIa/45	- te asustás
57	SIIIa/55	sabrá asustarse
58	SIIIa/56	-este chico está asustao
59	SIIIa/68	y / se asustan / y
60	SIIIa/69	empiezan a...asustarse así
61	SIIIa/70	que / se ha asustado ahí
62	SIIIa/71	se asustan siempre
63	SIIIa/71	se asustan
64	SIIIb/1	este...(parece que) estaba asustado
65	SIIIb/3	que / (a lo mejor) está asustado / y
66	SIIIb/8	ella me ha dicho que le llame para ver si está asustado
67	SIIIb/10	se asustan
68	SIIIb/10	con cualquier cosa se asustan
69	SIIIb/14	que / (a lo mejor) está asustado / que
70	SIIIb/20	que / tenía susto nomás
71	SIIIb/20	se ha asustado
72	SIIIb/21	que / estaba asustado / y
73	SIIIb/25	que / estaba asustado / que
74	SIIIb/25	que / estaba asustado el chiquito / porque
75	SIIIb/28	que / estaba asustado / que
76	SIIIb/32	cuando está asustado hay que hacerle así / ya
77	SIIIb/34	porque / están asustados / o
78	SIIIb/34	porque / están asustados
79	SIIIb/35	pero / cuando están asustados ya es conocido / porque
80	SIIIb/35	porque / están asustados
81	SIIIb/39	- (a lo mejor) está asustado
82	SIIIc/1	ese es el asustao / que
83	SIIIc/3	asustao dic' algunos
84	SIIIc/7	algunos le dicen el pulso asustao
85	SIIIc/8	esí se llama asustao
86	SIIIc/10	el remedio le echa ahí pa'asustao
87	SIIIc/13	asustao, el quedao, el mismo é
88	SIIIc/15	cuando son asustaos ya no pueden dormir de noche
89	SIIIc/15	cuando son asustaos así ya no pueden dormir de noche
90	SIIIc/17	esí llaman asustaos
91	SIIIc/20	cuando está brincando el pulso y está con fiebre son asustaos y quedaos
92	SIIIc/21	pero / esí no sé qué tendría, asustao
93	SIIIc/24	susto, asustao, igual es
94	SIIIc/25	se asustan así de alguna cosa que ven
95	SIIIc/25	ocasiones se asustan así / cuando
96	SIIIc/26	susto y asustao es lo mismo
97	SIIIc/28	pa'asustao también (...) vilca l'echamo (...) / ya
98	SIVa/9	que / se ha asustado allá en esas partes / que
99	SIVa/9	en esas partes (que dicen) que hace asustar / pero
100	SIVa/14	él se ha asustado
101	SIVa/14	..?. un susto
102	SIVa/15	le gusta curar el susto / y
103	SIVa/18	que / es un susto / que
104	SIVa/29	y / él me ha dicho que lo haga curar de susto / que
105	SIVa/34	- No, si es susto nomás que tiene
106	SIVa/34	es susto nomás
107	SIVa/36	porque / del mismo susto se suspira mucho
108	SIVa/43	le agarraba como susto / y
109	SIVa/49	que / el susto es una cosa / y
110	SIVa/50	éste / (dic' que) tiene susto
111	SIVa/52	que / esa parte (dic'que) es mala, (que) hace asustar siempre / y
112	SIVa/54	- A mí también me ha hecho asustar
113	SIVa,/58	no sé que habrá pasao (...) hecho asustar
114	SIVa/60	que / él se ha asustado
115	SIVa/67	adónde / él se ha asustado
116	SIVa/74	que / que (debe ser) del susto nomás (que) lo tenía así
117	SIVa/81	que / era un susto que l'ha alcanzao detrás.../ y

118	SIVa/82	y / así nomás ha quedao así, con ese susto, / y
119	SIVa/84	yo...le veía asustao
120	SIVa/87	que / es susto también
121	SIVa/87	é susto nomás
122	SIVa/92	es susto que tiene
123	SIVa/98	- Hacerlo curar pero con una persona que lo pueda, que sepa d'eso susto
124	SIVa/104	ella también l'encontrao eso, susto nomás
125	SIVa/110	que / es susto
126	SIVa/121	y / él estaba asustado / que
127	SIVa/125	porque / el susto es una cosa / y
128	SIVa/136	que / del mismo susto él se aflige
129	SIVa/155	nada más es susto lo que tiene
130	SIVa/158	que / se habrá asustado / porque
131	SIVa/172	ello es del mismo susto
132	SIVb/59	que / ahí se asusta siempre / que
133	SIVc/8	adonde / se ha asustado
134	SIVc/22	que / es asustao
135	SIVc/22	el asustao dic'que é una cosa / y
136	SIVc/43	que / es un susto
137	SIVc/49	adonde / se ha asustado
138	SIVd/2	pero / el Doctor del susto no le cura
139	SIVd/2	pero / del susto no le cura
140	SIVd/3	esto es compañero pa'l susto
141	SIVd/8	el chiquito está asustado cuando él no duerme
142	SIVd/9	él esta asustao con las inyecciones que le han hecho
143	SIVd/9	que / el chico estaba enfermándose ya de susto y de pena
144	SIVd/11	ya / susto para él
145	SIVd/13	que le den los remedios pa'l susto / ya
146	SIVd/14	ello era de pena y de susto
147	SIVd/17	ello será de pena y de susto / que
148	SIVd/21	aquí buscan para curar de susto
149	SIVd/34	é1 tiene un susto así / pues
150	SIVd/40	le estaba hablando del susto del chico ese
151	SIVd/47	es'cuando son así tienen susto de algo es'no avisan
152	SIVd/66	? así con susto
153	SIVd/66	que / é un susto
154	SIVd/79	También pa'l susto
155	SIVd/79	También pa'l susto / y
156	SIVd/83	que / ahora está así también asustadito / ya
157	SIVd/86	el Normando, ese es enfermero, tiene bastante susto

Número Transcripción

- 1.- Ha venío el Nene de Colomé y...tenía una careta...una careta horrible tenía! Ya se ve que eso... todo eso... l'ha asustado..
- 2.- me ha hecho asustar, porque yo no sabía qué es lo que tenía. Estaba bien, (la) teníamos ahí en la cama y ha empezado así a llorar y en un momentito me l'ha agarrado así un escalofrío que no podía estar.
- 3.- la chica que tenía me la había volteado de los brazos ahí en la calle, y de eso se ve que se ha asustado, porque eso me ha dicho él (Maximino), porque me l'ha curado y se ha compuesto.
- 4.- también la ha tenido internada en el hospital y no se componía. Y después me la han curado así del susto y se ha compuesto.
- 5.- ella estaba bien, después se compone...se compone...anda lo más bien, hasta que después se vuelve a asustar así por alguna cosa.

- 6/7.- l'he llevado el médico y no se componía, me l'ha internado...Y después recién me han avisado de que...de que me la había volteado la chica... así que ahí sí hemos pensado otra vez de que é susto lo que tiene y l'hemos hecho curar del susto.
- 8/9.- después se pone a ver en el agua bendita...y...en la vela. Y de ahí me avisa si ... dónde se ha asustado, cómo se ha asustado.
- 10/1.- ella (la madre) le (cura) (a la hija)...y a veces con eso nomás se compone! porque parece que no es mucho el susto que tiene?...se compone ... (esta vez no le ha hecho eso) porque está ... parece, muy asustada.
- 12.- aquella (la hija mayor) también se ha hecho lo mismo, cuando era chiquita también se ha asustado, también me la ha llamado é1 (Maximino) cuando así vemos que parece que se asusta...ligerito le damos agua bendita y la llamamos en la coronita.
- 14/5.- ahí en el agujero...l'echa alcohol ahí, encima de la coca y todo...y después este...y prende fuego y él ahí ve... y é1 le ve a la persona esta ... cuando se ha asustado, todo, dice, pero é1 dice que ya ahí está pero yo, yo no veo, pero él dice que ve. Y ahí dice si es asustado o no...si haría falta dos llamadas o una...que le vuelva a llamar.
- 16/7.- tiene que tomar la cuarta mitad de la vilca, porque adonde se puede conseguir, molida. Y luego nidito de picaflor, quemado, así chiquito nomá. Y pluma de cuervo también así quemada, un pedacito nomá. Y un chico de pluma de cuervo quemada, así un chico. Y tres gotas de agua bendita. Y este... tierra, un poquito de tierra de la casa, de tierra de la casa, tierrita, un poco nomá, de adonde se cae él no?, el chico. Eso para asustado, para asustado.
- 18/21.- Cuando es asustado e1 chico no duerme, de noche le fastidia una cosa y de anoche se asusta, se asusta el cuerpo, brinca así, sí. Eso cuando es asustado, y cuando no, no es. al asustado hay que llamarlo de noche. se le conoce en la vela...se le echa un poco de agua bendita, en una botellita así blanca, esas de octavo de alcohol y que sea bien limpiita bien blanquita la botellita, se le echa un poco de agua bendita así nomá, y de ahí se le echa uno' tres granos de sa1, pero que sea sal así en grano, esa sa1 que siempre venden de aquí, vienen de allá de Santa Cruz, de Luracatao eso viene así...sal criolla se llama...De ahí se prende la vela bendita en una mesa y San Antonio se le pone en la cabecera del chico y un rosario se le pone...Ya sale ahí sale bien patente en el agua bendita y la sal, ahí está él, ya sale, está acostao o...se lo ve a él pué, ahí sale adonde se ha asustao, o si le han pegao, se ha caido o algo. algunos no saben, así siguen, enferman, enferman, y cuando son asustaos se les crían las pestañas, más largas, más larga se le hace y ya no, no quieren que le miremo, uno mira...y algunos se hacen locos ya, ya se ponen...ya se empiezan a atrasar, así, no quieren comer, ya nada, nada.
- 25/6.- Una chica le había volteado y se ha asustado. Tenía susto. (la abuela) todo mi ha hecho, mi ha refregao aquí, no sé cómo va a hacer pa'componer, si han asustao primero (la madre y la abuela).
- 28.- yo cuando quiero hacer eso y...tirito el cuerpo, todo el cuerpo, y después...m'caigo pué, descompuesto, no muy...no muy grave. Yo cuando m'levanto de golpe me hace así, cuando duermo un poco y levanto me hace eso (...) Abuelita dice eso asustado puede ser.
- 29/31.- una vuelta me he asustao con...yo estaba juntando leña por ahí y m'he asustao una vuelta...sí, ese día mi abuelita me ha dicho que no vaya solo... No sé, he visto un cosa, no sé qué sería, y mi abuelita (...) cosa mala, no sé qué habrá sío, era juera que veo un gente, así un (...) se desapareció. Con eso me he asustao. ella (la madre) le contaba al médico...le ha dicho que ese día me he asustado así, todo...no l'halló nada, pué, el Doctor, no me halló nada.
- 33/8.- yo le he sahumado, he hecho yo ya aquí (...) cerro hay una pluma de parina (...) pluma de cuervo (...) en el cerro (...) salía pa'l cerro ahora ya no salgo ya...esí es bien bueno

pa'los asustaos... parina, p1uma de parina, el coloradito ese, de eso no hay, cuervo d'ese tengo, pero parina no tengo (...) trecitos tienen que ser... cómo é...ah! la caña bendita pué, caña bendita (...) sequita también (...) U:sted le refreja así le hace (...) pa'que le sahume, eso pa'l asustadito, pa'l asustao. Usted le da una sahumadita y (...) un carboncito, ese tiene que hacerle así crucecita aquí y (...) pechito (...) sino lloran pué y se asustan (...) asustao (...) lloran, si despiertan saben llorar de noche. Bueno, esés para lo'asustadito. Usted tiene que hacerle así y yo (...) sahumadita (...) le tizna aquí pué, la frentita y aquicito. en la coronita (sé llamar), en la coronita, hablar nombrecito y apellido, Usted le habla, si se ha asustado así, le habla y...sí, enseguida se compone. y tarde ya l'he hecho levantar yo, también l'he sahumao (...) nada se compone ¡ Y yo le he gritao en la corona, he hecho que se componga ...ah (...) le he gritao yo, le he hablao (...) asustao (...) que es pué...

- 41.- (el changuito) ha caído sobre la Santa, ha tiritado, caidito, y entonces la Santa ha gritado, se ha asustado.
- 42..- (P: - y a é1 no lo puede curar Usted?) Y no, pués...él asustao é dic'. cuando era chico, que fiero es aquí, le he mandado a ver las cabras y él dice que ha visto aquí arriba un perro, eso 1'habrá hecho asustar, ha llegado disparando para aquí. Pero dic' que ande han estado no hay nada de perro, nada. Y digo, alguna cosa mala habrá sido ha llevado el espíritu, nosotros le decimos.
- 44/5.- y esi la médica de campo ahí per' (...) tantea también no? en velita (...) pone la velita le tantea, y ella había dicho: -Asustao es él, asustao es él.
- 46.- pero ya (Nicasia) no lo ha podío curar al chico, dic'que é asustado y nada más, al chico, a éste (Florencio).
- 47/8.- esa chica la ha hecho asustar el viento, ha venío un remolino muy fuerte y ella estaba paradita en el patio, y ha venío el viento y la ha levantao y la ha tirao lejos... y con eso se ha asustado
- 49.- ella (Leucaria) me ha dicho que 1'había hecho asustar el viento, me ha dicho que le hiciera llamar. esito doña Alberta me ha dicho que estaba asustadito un poco.
- 51/2.- (Alberta) me ha dicho que está asustadito, parece que al nacer se ha asustado.
- 53/4.- y ahora 1'última vuelta también (...) ese ha sío pa'l día de todos los santos, cómo ha llorao esa criatura! Y entonces una chica dice: esta criatura está asustada, dice, para mí está asustada la criatura, ¿porqué no le llaman?, dice, llamenlé. hay que gritarlo, por ejemplo, si...éste se llama Alvaro: - Alvaro! vení hijito! no te asustés, vení! (en voz baja, gritando) así le llamamos nosotros. había un señor que se llamaba Felix Quiroga, y ese me ha dicho de que tenqo que buscar una varillita de ... un' que hay un el campo se llama roseta, esa varillita dice que tenía que yo tunerle prendidita la varilla, ardiendo así, y pegarle tres gritos de donde se ha caído en el agua, ahí en la acequia digamo ¿no?, pegarle tres gritos, a los tres gritos pegar la varillita dentro del agua, que se apague dentro ...dentro del agua (...) también el nombre que le lleva la criatura también así como le digo: - Vení. hijito (...) te asustás (...) y en cruz, , así que haga así y así... que se apague en el agua.
- 57.- ese ha sío pa'l día de todos los santos, cómo ha llorao esa criatura! ¿sabrás asustarse? ¿qué sabrás ser?.
- 58.- entonces la chica esta vino y me dice: -este chico está asustao, me dice. (P: - cómo se dan cuenta que puede ser susto?) Porque lloran mucho y se asustan, y empiezan a ... digamos, están durmiendo y pegan uno'saltos para arriba o pegan un grito, lloran de golpe. (P: - cuando es susto ya se sabe...) Sí empiezan a llorar, no duermen tranquilos, empiezan a...como si tuvieran...digamo 'sobresalto' empiezan a (...) las manitos, empiezan a...asustarse así. al nacer, ha dicho doña Alberta, a lo mejor al nacer éste se ha enfriado, no le han levantao ligero y se ha enfriao, dic' que se ha asustado ahí.

- 62/3.- se asustan, siempre, se asustan.
- 64/5.- éste... parece que estaba asustado, lloraba mucho de noche, de día. Y mi mamá decía que yo lo llame, que a lo mejor está asustado. Y yo le he llamado. Y ahora ya no llora, ya es rara la vez que llora así, de noche. (la madre) me ha dicho que le llame para ver si está asustado.
- 67/8.- (cualquier cosa los asusta) si se caen, si uno habla fuerte,... puede ser cuando este... las gallinas están andando por ahí, que pegan un voleo encima de ellos, se asustan... delicados son, con cualquier cosa se asustan.
- 69.- ella (Isabel, una señora que vive allá arriba) me lo ha dado los remedios porque ella cuando ha venio lo sentía llorar así y me decía que a lo mejor está asustado, que ella había comprado los remedios también así para llamar a los chicos, ella siempre los llama a los chicos así. Y me ha dado para yo llamarle. Y yo le he llamado.
- 70/1.- después (que le he curado) ya estaba mejor, ya no lloraba, nada, debe ser que tenía susto nomás, se ha asustado.
- 72/5.- ella (Isidora) ese día no le ha visto, dice que estaba asustado, y yo le he llamado y ha de ser se ha compuesto...antes le he llamado yo, y yo cuando le he llevado me ha dicho de que estaba asustado el chiquito porque ...que ya, ya se le iba a componer.
- 76/80.- cuando está asustado hay que hacerle así (yo he puesto así bracitas, y le he echao los remeditos, todos los que son para sahumar, para llamar -siete palitos de yerba, después dos cucharaditas de azúcar, la tierra de la virgen que le llaman, y después el romero (...)) la palma bendita, la caña bendita que le dicen- y hay que hacerle el humito ese. Y después le he llamado así en forma de cruz, y hay que ir rezando el credo, así, rezar el credo. Hay que ponerle así (al chiquito)con forma de cruz, y después hay que ponerle así (boca abajo sobre el brasero) para que el humito ese...se lo largue en la carita. Hay que llamarlo tres veces, los días martes, viernes y después el martes otra vez. Hay que llamarlo así, de su nombre: Alvaro Rodrigo Belazquez, y después hay que rezar el credo, hay que ir rezando el credo así y terminar en forma de cruz. Y después se le da la caña bendita que ya está quemadita? y ... los palitos de yerba esos que ya... no se quemem mucho, hay que darle ese remedio, hay que hacerle un tecito y darle. Usted le sahuma tres veces y le da tres veces el remedio. Cada vez que le sahuma hay que darle el remedio, al otro día, porque hay que sahumarle de noche, a la mañana se lo prepara el té y se la da.) ya se componen. (P: cómo te das cuenta que está asustado?) Porque lloran, lloran de noche, y lloran, de ahí porque están asustados...o están durmiendo y se despiertan llorando, se levantan para arriba así llorando, entonces es porque están asustados (P: - No puede ser otra cosa?) Bueno, hay veces que lloran también porque les duele alguna cosa, pero cuando están asustados ya es conocido, porque se...están dormiditos se despiertan llorando, o se levantan así para arriba y se...empiezan a llorar...entonces es porque están asustados. ella (Isabel) ha venido por aquí y como ha visto que el chiquito lloraba me dice: - a lo mejor está asustado, andá a traer los remedios yo te voy a conseguir... Y yo he ido a traerlos, ella me lo' ha dao.
- 82/3.- (P:- qué es el susto?) Ese es el asustao que le decimos, pués ... asustao dic' algunos... la abuela (Isidora) llama de eso, yo no.
- 84/5.- (P: -qué siente la gente cuando se enferma de susto?) Da una fiebre y da (...) alzan fiebre (...) el pulso, algunas le dicen el pulso (...) pul' asustao dic' (...) están con la fiebre arribita nomá...esi se llama asustao...ah...
- 86.- es'tiene que ser (...) m'trae la vilca, es'tiene que echarle ahí, per' tiene que echarle un chiquito de...la albahaca, tiene que echarle así un chiquito de toronjil, toronjil, y... es'hay que echarle tres hay que echarle y ahí le echa Usted moliendo la vilca ahí moliend'una cucharita con una piedrita que sea bien limpia? y después que está coladito el remedio le echa ahí pa'asustao.
- 87.- el mismo es, asustao, el quedao, el mismo é.

- 88/90.- 1'agarra una fiebre... cuando son asustaos, asustaos así, ya no pueden dormir de noche, no duermen de noche con la fiebre desvariando, no duermen, esi llaman asustaos, quedaos, no duermen pué de noche...lloran. ya si lis conoce, se lis conoce, l'conoce en el pulso, l'conoce aquí, que toca así, cuando está brincando el pulso y está con fiebre son asustaos y quedaos. (P: - las dos cosas?) Las dos cosas...claro, el mismo en realidad. (P: - Usted ha curado acá al chiquito de Raúl Rodriguez?) Pero esi no sé qué tendría, asustao...l'abuela (Isidora) lo ha llamao al chango, al chiquito ese...
- 93.- también igual es, susto, asustao, igual es.
- 94/5.- se asustan así de alguna cosa que ven, los golpes... ocasiones se asustan así cuando (...)
- 96.- susto y asustao es lo mismo. pa'l corazón (...) pa'asustao también (...) vilca l'echamo (...) ya se componen.
- 98/101.- como tardesito viene ya enloquecido de que se ha asustado allá en esas partes que dicen que hace asustar, pero él no sabe si qué ha visto!, nada más era una cosa que de atrás l'ha alcanzado y ya no sabía si caminar o quedarse ... y que él quería ir nomás, salirse, se quería salir! claro, él se ha asustado (...) un susto. como el tío éste (Maximino) es curioso, le gusta curar el susto, y agarrando él me lo ha visto ... y se no ... no l'ha podío curarlo bien. él así dice (el hijo) que es un susto que él ha...pero él no explica así qué ha visto, él nada más dice que...de atrás lo ha alcanzao, pero él no sabe si quié es, que es como si fuese una calor, un fluido y ya le ha quitao los ánimo de correr...ya no ha podío correr y ha venido aquí así y así es pué se...suspira, ve? y está así. él (Doctor) dice parece que le ha agarrao un a lo mejor un corriente de aire, dice él...caso él lo ha?...no sé cómo me dice él...cuerpo...y él me ha dicho que lo haga curar de susto, que lo haga curar.
- 105/7.- y después 1'mi he llevao aquí a la señorita Lidia Cardozo Chauqui, también dice, también lo ha visto, dice: - No, si es susto nomás que tiene, dice, susto nomás. Hacelo curar, tratalo de hacer curar pronto porque...del mismo susto se suspira mucho, d'eso nomá es. él tando bien así, le agarraba como susto y ya corría a agarrarlo', ya se prendía de nosotros. (Maximino) dice que el susto es una cosa y que el quedao es otro. éste dic' (Maximino) que tiene susto. dicen los hablares que esta parte (aquí en toda la cuesta esa alta), dic' que es mala, que hace asustar...siempre...y no sé.
- 112.- y un tío dice: - A mí también me ha hecho asustar (esa parte), dice. He visto, me ha salío un amigo pero después ya no... ya ha desapareció, dice.
- 113.- no sé qué habrá pasao (...) hecho asustar.
- 114.- ese momento nomás, ese rato que él se ha asustado, ese momento ya se ha puesto que él se va a hacer algo, que él ya se muere. (tío Maximino) lo ha llamado adonde él se ha asustado, ese lugar.
- 116.- (...se ponía incómodo, intranquilo...(...)) se ha puesto que él se va a hacer algo, que él ya se muere (...)ha empezao a llorar y a ponerse incómodo, a salirse, a mirar a todas partes ya, y se ha puesto así, que nunca se había hecho él así, nunca (...) yo no sé si éste qué lo ha pasao, no explica bien ese, qué es lo ... de verle dic' que no ha visto, sino que era una cosa así un... de atrás, un fluido que...una calor, como si fuese un (bujido?) así de un... que le alcanzaba calor... pero él no ha visto nada.) ... así que claro, yo pienso que debe ser del susto nomás que lo tenía así (al hijo).
- 117/9.- a los dos o tres días recién ha dicho cómo era lo que él ha sentío: - No, dice, de ver no he visto sino que era un susto que l'ha alcanzao detrás...Y así nomás ha quedado así, con ese susto, y así andaba, embromado andaba, y de noche le teníamos que tener cuidado...a mí se me ocurría que se salía y no le sentíamos, y iba y no, se dormía ya tranquilo... ya hemos tenío que poner cuidao yo... le veía asustao, se me ocurría a mí que él se iba a salirse... como se ha hecho tan...así t'de ponerle cuidao, ya ninguno es claro que ... que todos son, digamos bien. Porque él de eso nomás, si él también era

bien, era bien. Claro, enfermedad no tenía más que...gripe, después l'hepatitis también l'ha agarrao pero es' ya s'chico, y de ahí no, no si enfermaba no...

- 120/1.- porque ella (Lidia Cardozo Chauqui) me ha dicho que (...) susto también, de susto nomás.
- 122.- así me ha dicho ella (Lidia Cardozo Chauqui), que ya se va a componer, pero tratolo de hacerlo curar, dice, siempre tratá (...) ya casi no me ha dao así, porque como dice es susto que tiene, después ya si componga así nomá, dice. la señora Lidia nos ha dicho: Hacelo curar, pero con una persona que lo pueda, que sepa d'eso susto. lo ha llevao mi marido a doña Nicasia, ella también l'encontrao eso, susto nomás. y yo ya había hablao aquí con ella (Nicasia) un día que nos'encontrao, y que estaba embromao estaba! Amarillo...dice: - Eso nomás tiene, dice, sí es verdad que es susto, dice...
- 126.- l'hemos notao que se ha mejorao mucho! ... se ha mejorao...ya no se suspira, ya no piensa, ya no está incómodo, ya no está mirando aquí...y él {estaba} asustado, que algo le falta o algo le va...o algo esperaba... esperaba así. Y ahora no, ya ahora está tranquilo, a jugar, así, tranquilo.
- 127.- ella (Nicasia) ha dicho que no, (que) con esto se va a mejorar...nada más eso, porque el susto es una cosa y el quedao es otra cosa, me ha dicho así.
- 128.- la señora me lo compone me ha dicho que no es que (...) claro, que del mismo susto él se aflige, lo aflige a lo'corazón, me ha dicho.
- 129.- ella (Nicasia) ya ha asegurao que se va a componer, parece pué nomás no tiene de gravedad, nada más es susto lo que tiene.
- 130.- tiene que ser que se habrá asustado, porque no...otra cosa más que... el Doctor él mal ha pensao, dice: - A lo mejor éste ha estao con muchachos mayores ahí metido, digo: - No, casi no...no se junta pué, no, le digo, porque no...no puede ser (...) - A lo mejor había un borracho por ahí, le digo: - No, no, porque él dice que no...
- 131.- ella (Lidia Cardozo Chauqui) también le ha tocao el pulsito y dice: - No, el corazoncito está afligidito, dice, claro, es del mismo susto, dice. (Guido Liendro, un amiguito) me ha dicho (que su mamita le ha conta) que ahí siempre hay ... dic'que se asusta siempre...que hay siempre gente esto indio'...que eso nomás, dic' que antes sabía ser peor.
- 133.- el hombrecito ese (Maximino) curaba del ...aquí lo llaman de quedao como dic' pero, l'ha curao él, nosotros íbamos allá adonde se ha asustao, íbamos con el señor, y él lo llamaba así de su nombre, 1e gritaba, rameaba así un pantalón, lo que sea, una camisa, traía gritando por el camino, yo venía por tras con el rosario, digamos, con el cuchillo así en la mano ...Y no l'ha hallao nada él... digamos no l'ha compuesto.
- 134/5.- y a mí la señora esa de allá de Amaicha (Nicasia) me ha dicho que no es quedao como dic', que es asustao, el asustao dic'que é una cosa y el quedao que es otra.
- 136.- ella (Nicasia) le ha dicho expresamente que no es quedao, que es un susto me ha dicho.
- 137.- ahí adonde se ha asustado, ahí nomás, l'mismo, las tres ocasiones que l'ha llamao hemos ido ahí.
- 138/9.- (Rogelio) está enfermito ... pobrecíto! Y ha estao muchos días en Cachi (en el hospital regional), pero el Doctor del susto no le cura, le cura de cualquier cosa, de todo, de lo que sea, pero del susto no. esto es compañero pa'l susto, esta vilca, bien compañera. el chiquito está asustado cuando él no duerme.
- 142/3.- él está asustao con las inyecciones que le han hecho (...) se moría en el hospital! Y dic'que a lo último le ha notao la señora que...que el chico estaba enfermándose ya de susto y de pena.

- 144.- él está acostumbrao en el campo, aquí ya si ve una casa bien, ya susto para él, ve gente extraña, peor, ya él estaba enfermo ya (en el hospital)!
- 145.- en su casa llegando ya se va a componer, que le den los remedios pa'l susto ya l'va a tener tranquilidad.
- 146/7.- ella (la madre de Rogelio) dice que le ha notao al chico que ya estaba enfermo, era de pena y de susto (...) dice que ahí (en el hospital) así estaba. Ella, claro, ha dicho por favor que le dea, que le largue el Doctor, porque el chico ya está enfermo, será de pena y de susto, que le ha dicho. así p'aquí buscan para curar de susto, buscan para curar este...del pulso...buscan para curar falseadura...
- 149.- é1 tiene un susto, así pués yo le he hallao, le he tocao el pulso, le he visto (...) 1'he tocao, parece que le ha hecho burla así, pué, el espíritu maligno. ¿qué era que le estaba hablan ...? Ah! del susto del chico ese... el padre y el chico a caballo han venío, y aquí le he visto yo, m'han visitao un buen rato y ese...yo 1'he averiguao porque lo ... esquando son así tienen susto de algo es'no avisan! no avisan! ni quitan'(...) a 1'último recién me ha avisao a mí que así le ha pasao. Y entonc el papá ha dicho: p'recién ahora me he enterao, sí é1 no quería avisar.
- 152/3.- (Normando) ese me ha pedío un'remedio'(...) así con susto, no sé qué é, parece que é un susto... por ahí cuando era chico a lo mejor también l'ha hecho burla el duende...
- 154/5.- dos remedios (...) era la mirra, el ciruayro amarillo y otro se llama sahumero Misterio, eso'que le hacen las monjitas en Bolivia, en el convento, eso' sahumeros Misterio (...) dicen que en Bolivia le hacen ahí en lo'conventos de monjas, son así como pancitos (...) cuadritos chiquítitos, tienen todo dibujitos de gente, de ovejitas, de vaquitas, de todo! Así que eso que le hacen ahí ... pero eso hay que hacerse un humito en brasa', van con otro' remedio', son muchos los remedios que parec'...(P: - Y para qué, es bueno?) También pa'l susto, también pa'l susto. Y es' también era con agua bendita (...) y (...) era el agua del mar.
- 156.- buscan, vienen, de Seclantás también vienen ... este chiquito (Rogelio) es del último que ahora está así también asustadito ... ya le he dao los remedios pa'qui le haga ella (la madre de Rogelio) allá (en su casa). (P: - Siguen enfermándose de susto?) Ah, sí, siémpre, siempre ... ahora los chicos, por ahí los grandes también...ya ve el Normando, ese es enfermero, tiene bastante susto.