

LOS PIAROA

(Huḡttŷjǝ / De'aruhua)¹

Germán Freire y Stanford Zent



¹ Ver apéndice sobre la ortografía piaroa al final del capítulo.

HISTORIA .	137
SITUACIÓN ACTUAL .	139
<i>Organización social</i> .	139
<i>Participación política</i> .	143
<i>Actividades económicas</i> .	145
<i>Alimentación</i> .	146
CICLO DE VIDA .	155
<i>Socialización</i> .	155
<i>La muerte</i> .	159
LA SALUD .	163
<i>La salud y el origen de las enfermedades</i> .	163
<i>El cuerpo humano</i> .	169
<i>Chamanería y salud</i> .	170
<i>Los chamanes y la biomedicina</i> .	177
ESTADO ACTUAL DE LA SALUD .	179
<i>Morbilidad y mortalidad</i> .	179
<i>Medicinas y tratamientos</i> .	184
RELACIONES CON LOS PLANES DE SALUD DEL ESTADO .	185
<i>Distribución del gasto público y reorganización demográfica</i> .	185
<i>Los Auxiliares de Medicina Simplificada</i> .	190
<i>Las Misiones</i> .	195
CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES .	197
APÉNDICE .	202
<i>Notas sobre la ortografía piaroa</i> .	202
TABLAS Y FIGURAS	
Tabla 1. Partes del cuerpo humano .	168
Tabla 2. Morbilidad reconocida por informantes del Alto Cataniapo .	181
Tabla 3. Terminología Piaroa de Salud/Enfermedad .	186
Tabla 4. Lista de plantas medicinales Piaroa .	188
Tabla 5. Personal piaroa de salud en Amazonas .	194
BIBLIOGRAFÍA .	203

Los Piaroa (un término de origen desconocido), también conocidos como *Huḡttijja* (gente con conocimiento) o *De'aruha* (señores o dueños de la selva), son un pueblo de agricultores que habitan principalmente en zonas boscosas del Orinoco Medio. El último censo indígena de Venezuela estima su población en poco más de 14.500 personas, además de otras 800 en Colombia (Arango y Sánchez 1998), y varios estudios coinciden en describirlos como a una población en crecimiento (Mansutti 1995; Zent 1993). Su lengua, el *Huḡttijja ttihuene*, pertenece a la familia Sáliva, una familia lingüística que también incluye a los Mako, los Sáliva, los Áture (extintos) y posiblemente los Jodï (ver capítulo sobre los Jodï), quienes conforman una isla independiente en una zona dominada por pueblos de filiación mayoritariamente Caribe y Arawaka.

Su territorio en Venezuela ocupa una extensión de alrededor de 30 mil Km², aproximadamente el área de Bélgica, que abarca las cuencas de los ríos Sipapo, Autana, Cuao, Guayapo, Samariapo, Cataniapo, Paria, Parguaza, Ventuari y Manapiare, además de los ejes carreteros que conectan Puerto Ayacucho, capital del Estado Amazonas, con el puerto de Samariapo, al sur, la cuenca media del Cataniapo, al este, y el Estado Bolívar, al norte. En Colombia viven entre los ríos Vichada, al norte, y Guaviare, al sur, en la margen occidental del Orinoco, y sus comunidades se encuentran principalmente en los resguardos de Matavenfruta, Atanapiramiri y Cañozama, en el sur del Departamento del Vichada.

Durante los últimos cuarenta años los Piaroa han experimentado grandes cambios sociales y culturales, que incluyeron una migración masiva hacia áreas de fácil acceso a los bienes, servicios e ideas de la sociedad nacional, en la periferia de su territorio tradicional. Los centros de atención médica, en particular, han jugado un rol central en este reordenamiento espacial. La biomedicina ha tenido, en general, un impacto positivo en su salud, si bien ha estimulado una concentración de población acelerada alrededor de los centros de atención médica, donde los recursos naturales y la tierra tienden a escasear. Sin embargo, su base económica continúa siendo agrícola y son relativamente independientes desde el punto de vista alimenticio.



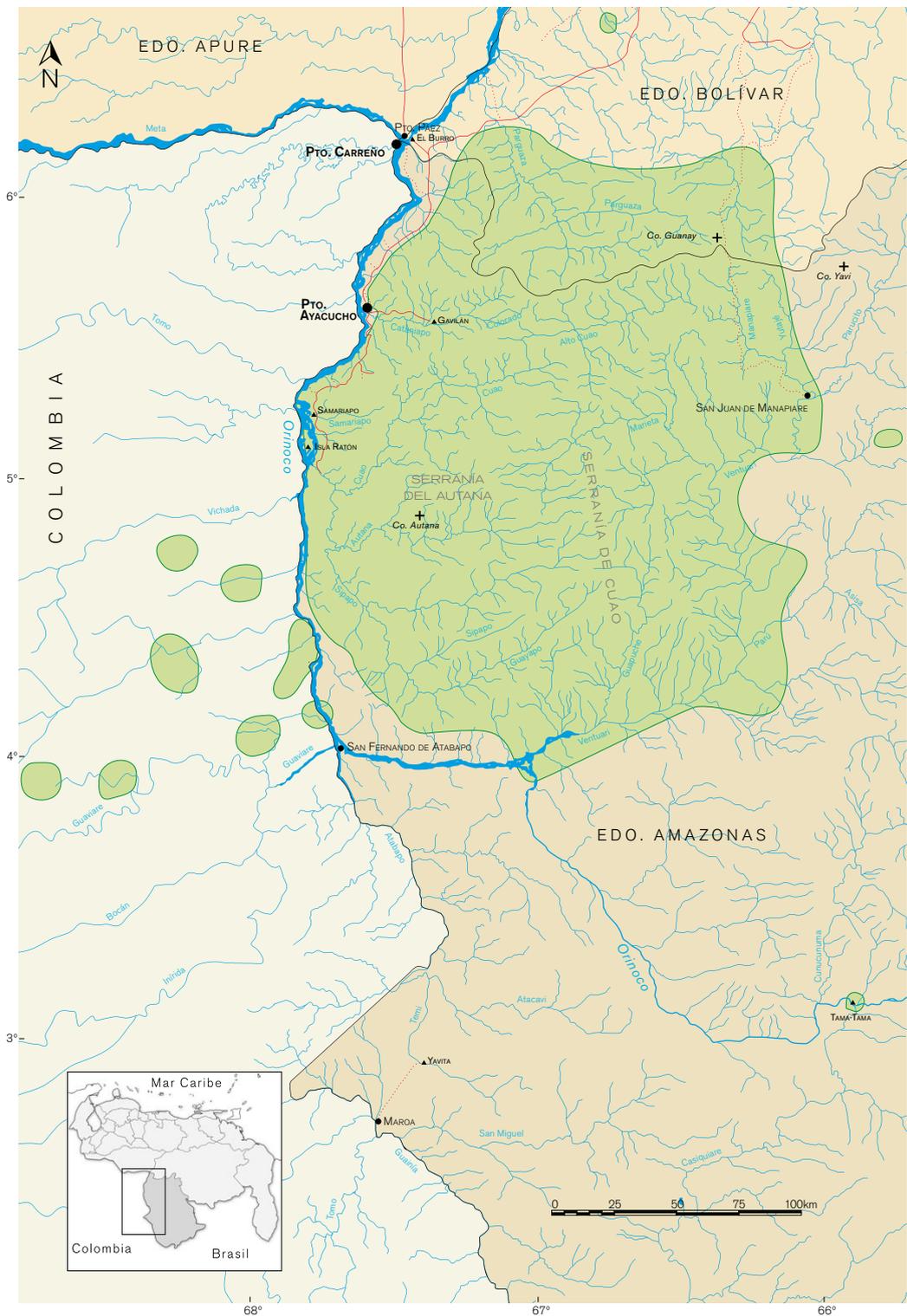


Figura 1. ■ Piaroa.

HISTORIA

No se conoce con exactitud la fecha del primer contacto entre los Piaroa y la sociedad occidental, pero las primeras referencias en la historia escrita datan de la segunda mitad del siglo XVII, cuando misioneros jesuitas establecidos entre los ríos Meta y Casanare los contactaron y describieron como Pearoa, aunque es a partir de mediados del siglo XVIII que comienza a aparecer el apelativo piaroa y se encuentran observaciones más precisas en las crónicas del sur del Orinoco, más notablemente en las de Román (1749), Vega (1750), Alvarado (1760), Solano (1762) y Gilij (1780-84). Posteriormente establecieron contactos esporádicos con exploradores científicos del siglo XIX (Humboldt y Bonpland 1814-19; Michelena y Rojas 1867; Creveaux 1883; Chaffanjon 1889) así como con la poca población criolla asentada en el territorio. Sin embargo, no es sino hasta después de los años sesenta del siglo XX que entablan relaciones frecuentes con la sociedad nacional y comienzan a asentarse en áreas de fácil acceso a los mercados y servicios del estado. Las etnografías de finales de los sesenta, de hecho, los describían como a una sociedad aislada y temerosa del contacto (Boglar 1970; Monod 1970; Overing 1975; Wilbert 1958).

El aislamiento voluntario en el que se hallaban los Piaroa para ese entonces, a más de 300 años del primer contacto, se debió principalmente a que éstos son una sociedad pacífica, desde el punto de vista físico, cuyas principales estrategias defensivas ante las agresiones externas eran la evasión y la protección chamánica. Los primeros siglos de la colonización del Orinoco trajeron consigo violencia, epidemias de nuevas enfermedades letales, misiones religiosas y tráfico de esclavos, entre otras fuerzas, a las que los Piaroa se opusieron reduciendo sus relaciones con el mundo exterior al mínimo, refugiándose en zonas boscosas de difícil acceso, principalmente entre las serranías del Cuao, el Autana y el río Marieta. Ésta es el área que hoy identifican como su territorio ancestral (*juttoquiyu*) y donde se concentran la mayor parte de sus sitios sagrados (Mansutti 1990; Zent 1992).

El aislamiento relativo en el que se escudaron hasta finales del siglo XX sirvió también como estrategia de control de las enfermedades introducidas por los europeos, que estos probablemente veían como otras formas de agresión externa, debido a que desde su perspectiva la guerra y la enfermedad están conectadas a un nivel supernatural (ver más adelante). De hecho, esta visión, reforzada por un patrón de asentamiento disperso y en permanente movimiento, fue relativamente efectiva en la lucha contra las enfermedades y las agresiones externas, permitiéndoles sobrevivir a varios de sus vecinos que



mantuvieron contactos más intensos con la sociedad occidental, como los Áture y los Sáliva. La extinción de sus vecinos dejó grandes áreas despobladas en los alrededores de su territorio, que los Piaroa fueron poblando gradualmente (Mansutti 1990). Además, los Piaroa absorbieron a grupos vecinos diezmados y minoritarios durante los últimos siglos, con lo cual experimentaron un constante crecimiento, a la vez que se alimentaban las diferencias culturales que hay al interior de su sociedad, ejemplo de lo cual es la falta de consenso sobre su propio gentilicio (Zent 1992: 50-51; Zent 1995). El más reciente de estos casos, aún en marcha, es la asimilación de la minoría yabarana por la mayoría piaroa al este del territorio. Esta expansión territorial sólo se ha visto interrumpida por períodos de violencia o epidemia en la frontera de su territorio, tales como la violencia del fin del período de extracción cauchera, durante los cuales se retraían a su territorio ancestral. Mansutti propone por esto que su patrón demográfico y territorial ha pasado por varias expansiones y contracciones a lo largo de los últimos siglos, aunque siempre al margen de las fronteras de colonización neo-europea (Mansutti 1990). A mediados del siglo XX, sin embargo, la coincidencia de una serie de eventos hizo que la actitud de la sociedad piaroa hacia el mundo exterior, y en particular hacia la sociedad nacional, cambiara radicalmente.

Hay muchos indicios de que a mediados del siglo XX los Piaroa y gran parte de lo que es hoy el Estado Amazonas estaban atravesando por una crisis epidemiológica. Baumgartner (1954), un médico epidemiólogo, encontró que en los años cuarenta los Piaroa tenían una tasa de mortalidad dramática como consecuencia principalmente de la malaria, el sarampión y la viruela. Baumgartner reportó que entre 1946 y 1947 más de 500 piaroa habían muerto por estas epidemias; la seriedad de la crisis hizo que en 1958 Johannes Wilbert señalara que los Piaroa estaban en vías de extinción de no tomarse medidas urgentes. En los años sesenta, Vélez-Boza y Baumgartner encontraron que de una muestra de 510 indígenas del Orinoco medio, tomadas de entre piaroa, hiwis, makos, cuivas y piapocos, el 29% tenía malaria, el 26% tenía síntomas de deficiencias nutricionales y 30% tenía carate (1962: 221).

Más o menos al mismo tiempo llegaron al territorio representantes de las dos organizaciones no gubernamentales más importantes y con mayor incidencia en los procesos de cambio cultural en el Amazonas venezolano del siglo XX: la Iglesia Católica (1937) y las Misiones Nuevas Tribus (1946). Esta última, en particular, tuvo un gran impacto sobre la población piaroa debido a que sus misioneros mezclaban la conversión religiosa con la asistencia médica, a la par de que se establecían en el territorio por largos períodos de

tiempo, llegando a dominar su lengua. Todo esto contribuyó a cambiar la percepción que los Piaroa tenían de los no-piaroa. La Iglesia Católica, por otro lado, se convirtió en un importante prestador de servicios en el territorio desde los años sesenta, entre los que destacan la educación formal y el entrenamiento político y mercantilista. Por ello, casi todas las primeras grandes concentraciones de población se dieron alrededor de las misiones religiosas, tales como Isla Ratón (Orinoco Medio), Tamatama (Alto Orinoco), San Juan de Manapiare (Alto Ventuari) y el Bajo Río Parguaza (Orinoco Medio).

Posteriormente, el incremento en inversión pública a partir de los setenta en el sur de Venezuela, estimulada por la riqueza petrolera, contribuyó a incrementar esta tendencia a la concentración de población en las cercanías de los centros de asistencia médica y los mercados –en particular en las cercanías de Puerto Ayacucho, capital del estado, y sus ejes carreteros– de los cuales se han hecho cada vez más dependientes a lo largo de los últimos treinta años. En sólo tres décadas la mayoría de los piaroa pasó así de vivir en pequeñas comunidades dispersas, muy móviles y escondidas en las cabeceras de los ríos, a vivir en comunidades cada vez más grandes y permanentes, en las proximidades de un centro criollo o una misión.

SITUACIÓN ACTUAL

Organización social

La organización social de los Piaroa en la actualidad es muy heterogénea y depende en gran medida de la región geográfica que se considere. Sin embargo, se pueden hacer dos grandes divisiones, de acuerdo a las dificultades de acceso, entre: comunidades de tierra adentro y de la periferia. En las comunidades de tierra adentro, como aquellas de las cuencas altas del Cuao y el Parguaza –aunque también incluimos aquí algunas cuencas periféricas aisladas como las del Río Samariapo y el Caño Colorado en el Río Cataniapo– la vida social, material y simbólica es parecida a la que dominaba en todo su territorio hasta hace cuarenta años (cf. Overing 1975; Overing y Kaplan 1988). Esto es, las comunidades son dispersas y altamente móviles, compuestas por grupos de familiares cercanos (*tükü [ch]ahuaruhüä*), que conforman grupos habitacionales de 15 a 45 personas. Estas comunidades constan de una o dos churuatas (*isode*), típicamente hechas de palma y de forma cónica, donde reside toda la comunidad. Idealmente son





Santiago Martínez frente a su conuco, río Cataniapo.

comunidades endogámicas y autosuficientes, y así son percibidas por sus integrantes, aunque en la realidad están interconectadas económica y socialmente con otras comunidades vecinas y con comunidades de la periferia, de quienes dependen para muchos aspectos de su vida y con quienes intercambian individuos en matrimonio. Este tipo de comunidades han venido perdiendo individuos durante los últimos treinta años producto de la migración a la periferia y hoy representan menos del 10% de la población total (ver Zent 1992 para un ejemplo del Alto Cuao). En general, son comunidades sin acceso, o con acceso muy esporádico, a la biomedicina, que dependen total o casi totalmente de su sistema médico-chamánico tradicional de salud (ver adelante). La falta de asistencia biomédica es una razón esgrimida con frecuencia por familias de estas regiones para migrar a comunidades en la periferia, de las que dependen además para obtener bienes occidentales, especialmente objetos de metal. Los habitantes de estas comunidades rara vez hablan español y son reacios al contacto con no-piaroa.

En las comunidades de la periferia, en cambio, la tendencia es a residir en comunidades cada vez más grandes, de más de 100 habitantes, donde cohabitan varias familias extendidas, o facciones, que cooperan entre sí para realizar aquellas actividades que sobrepasan la capacidad de trabajo de la familia nuclear. Estas tienden a establecerse como centros poblados duraderos, muchos de los cuales ahora tienen más de 30 años, debido a que generalmente están en las cercanías de un centro poblado criollo o de una misión, de donde obtienen bienes y servicios que ahora son parte esencial de su vida –en especial la atención médica y la educación formal. Sin embargo, la fuerza centrípeta de estas comunidades grandes es contrarrestada por la constante separación de facciones o familias en conflicto, quienes crean pequeñas comunidades y buscan independizarse de sus comunidades madre. Estas separaciones son producto de los roces que surgen de la tendencia a cohabitar con parientes lejanos (*otto [ch]ahuaruhuä*) en la medida en que crece la comunidad, con quienes los Piaroa tienen relaciones más bien tensas –aspecto que es reforzado por la competencia entre grupos de familias por los bienes y puestos asalariados al interior de la comunidad. Las facciones de una comunidad tienden a residir en áreas o barrios claramente identificables en su interior, pues para los Piaroa es muy importante residir tan cerca como sea posible de su parentela cercana, aún en el reducido espacio de una comunidad de 100 habitantes. Por lo mismo, hay una gran movilidad de individuos entre comunidades periféricas, así como al interior de éstas, y es común que las familias intercambien casas a medida que cambian sus afinidades políticas –junto con su deseo de vivir cerca de tal o cual pariente (ver Freire 2004).



El *isode*, la casa de palma cónica característica de los Piaroa, es ahora una rareza arquitectónica de las comunidades de tierra adentro que prácticamente ha desaparecido en la periferia. La mayoría de los piaroa vive hoy en residencias unifamiliares, con base rectangular, hechas de bahareque y techo de palma –al estilo Ye'kuana– o, cada vez más frecuentemente, de bloques de construcción, techos de zinc y pisos de cemento. Estas últimas son parte de una política habitacional del estado venezolano iniciada en los setenta para combatir el mal de chagas (a pesar de no ser endémico en la región) y facilitar su integración a la vida nacional. A pesar de ser terriblemente inapropiadas para el ambiente amazónico –están asociadas con niveles altos de infección de helmintos intestinales, por ejemplo (cf Gómez et al 2004)– estas viviendas están entre las políticas gubernamentales más fuertemente perseguidas por los Piaroa, debido a su durabilidad y al hecho de que representan una inclusión en otra serie de políticas también fuertemente apreciadas por ellos, tales como la construcción de escuelas y enfermerías, además de los salarios que estas dotaciones implican. Los Piaroa, sin embargo, suelen construir churuatas, mejor ajustadas al clima y sus requerimientos sociales, en la parte posterior de las viviendas rurales, donde llevan a cabo la mayor parte de sus actividades diarias. Ésta tendencia a residir en viviendas unifamiliares ha reforzado el rol de la familia nuclear como unidad económica autónoma, aunque aún dependen de la familia extendida para todas aquellas actividades que la pareja y sus hijos no pueden realizar por sí mismas, tales como la tala del bosque y el procesamiento de yuca.

Otro aspecto que ha cambiado notablemente durante los últimos 30 años es el liderazgo. El líder por excelencia entre los Piaroa es una persona con “conocimiento”, con un temperamento controlado (que come, habla y actúa con moderación), y que ejerce el liderazgo por consenso. En las comunidades de tierra adentro el liderazgo es ejercido por adultos mayores, quienes generalmente son al mismo tiempo los chamanes de la comunidad (los *isode ruhua*). Estos líderes basan parte de su autoridad política en su conocimiento del mundo mágico/religioso, que como veremos más adelante tiene mucho que ver con su visión de la salud y el bienestar. En la periferia, por otro lado, en la medida en que las comunidades se hacen más dependientes del mundo criollo, el liderazgo se hace también dependiente de la capacidad para lidiar con éste. Por ello, en comunidades periféricas los líderes suelen ser jóvenes o personas de edad media con dominio del español y con conocimiento del funcionamiento de las instituciones del estado (al menos en el ámbito regional). Esto ha desplazado a los líderes/chamanes tradicionales a un segundo plano, si bien suelen mantener funciones consultivas en las decisiones de las comunidades.

Otro aspecto nuevo en el orden social piaroa de las zonas periféricas es el mayor peso político de las mujeres al interior de las comunidades. Como resultado del acceso generalizado a la educación formal, hoy muchas mujeres se desempeñan como maestras de escuela o administran bodegas en sus comunidades, y cada vez más frecuentemente desempeñan funciones de liderazgo, como el cargo de comisaria o capitana. Los hombres, por su parte, cada vez son más abiertos a participar en labores que en el pasado eran consideradas de dominio exclusivo de las mujeres, como el procesamiento de la yuca y el cuidado de los niños. La administración de la salud, sea tradicional o biomédica, es un área que hoy por hoy ejercen mayoritariamente los hombres.

Participación política

Con el acercamiento a la sociedad nacional, los Piaroa han incrementado notablemente su participación en las dinámicas políticas del territorio durante las últimas tres décadas. Esta mayor participación política, inter e intra-piaroa, ha expandido su universo social, redimensionando el sentido del ser piaroa, que ahora incluye individuos de comunidades tan distantes que treinta años atrás no tenían conocimiento de su mutua existencia. En 1984 los Piaroa organizaron el primer Congreso Piaroa, donde se reunieron más de 300 representantes de unas 70 comunidades para coordinar acciones contra las invasiones de sus tierras y concertar otra serie de aspectos que le competía a la sociedad piaroa en su totalidad. Fue en esta reunión cuando decidieron asumir el gentilicio *Huottijja* como el más apropiado para describirlos, utilizando el alfabeto fonético de las Misiones Nuevas Tribus para ello. Sin embargo, en algunas regiones prefieren referirse a sí mismos como *De'aruhua*, *De'attijja* o, como son mejor conocidos: Piaroa.

Desde entonces se han realizado innumerables reuniones más modestas para discutir su participación política en las elecciones regionales, a partir de 1992, y en 1994 se llevó a cabo otro Congreso Piaroa donde crearon el Parlamento Piaroa, el cual, sin embargo, no llegó a consolidarse como organización de base y cayó en el olvido. En 1998 se creó PUAMA (Pueblos Unidos del Amazonas), primer partido indígena que contó con el respaldo de un sector importante de la sociedad piaroa, y que dos años más tarde ganaría las elecciones regionales. Más recientemente, en las elecciones generales del 2000, un piaroa ganó una de las siete alcaldías del estado, Autana, y un yabarana casado con una piaroa ganó otra (Manapiare). En las elecciones municipales del 2004 dos piaroa





Productos del conuco piaroa .

ganaron otra vez en Autana y Manapiare, aunque PUAMA se separó del gobernador repitiente, Liborio Guarulla, quien no obstante contó nuevamente con el apoyo de una porción de la sociedad piaroa. En estos años varias comunidades han organizado empresas comunitarias piaroa con diferentes niveles de éxito y adhesión, tales como APIPROCA, HUARIME y EPIAMIÉL.

En la actualidad, dos sectores del territorio piaroa están realizando su propia cartografía con miras a la aplicación de la Ley de Demarcación y Garantía del Hábitat de los Pueblos y Comunidades Indígenas (2000). Además, hoy la vida cotidiana de los Piaroa es constantemente interrumpida por reuniones intercomunitarias religiosas, campeonatos deportivos y mítines políticos, entre otros.

Principales actividades económicas

Los Piaroa son agricultores de bosque y éste juega un rol central en su cultura y sus formas de organización económica. Al bosque lo llaman *de'a* y ellos dicen de sí mismos ser los *de'a ruhuü* (pl.), los dueños o señores de la selva. Del bosque obtienen la mayor parte de sus requerimientos proteicos y gran parte de la diversidad de su dieta diaria, pues aún en las comunidades más sedentarias de su territorio la caza y la recolección de especies vegetales y animales es muy frecuente.

Su sistema agrícola se basa en los principios de la agroforestería, que busca sustituir la capa vegetal del bosque original con una nueva, repleta de "plantas útiles", que o bien se consumen directamente o son usadas como anzuelo para atraer especies animales de caza a las inmediaciones de sus comunidades. Así, todas las comunidades piaroa están inmersas en grandes extensiones de bosque secundario, o antropogénico, creados a través de sus prácticas agrícolas y dispersivas de especies. Esto lo hacen a través de una sucesión de cultivos que comienzan con el conuco (*pätta*), donde predominan especies como la yuca (*Manihot esculenta*) y el maíz (*Zea mays*), de alto requerimiento de nutrientes y dependientes de una gran inversión de trabajo, que son gradualmente sustituidas por especies de cuidado menos intensivo y más benignas con los suelos, pero de más lento crecimiento, como el plátano, la palma de pijiguo, las leguminosas (*Inga sp.*) y los árboles frutales (lechosa, merey, caimito, cocura, copuazú, mango, guayaba, aguacate, etc.), los cuales ocupan el lugar de la canopia dejado por la tala. Estos últimos constituyen un bosque secundario o barbecho (*re'sabü*), que concentra una gran diversidad de



especies domesticadas, semi-domesticadas y salvajes, de las cuales proviene la mayor diversidad de la dieta piaroa.

La importancia del bosque secundario para los Piaroa se aprecia en que de una muestra de 150 plantas clasificadas por ellos en la cuenca alta del Cataniapo, en el 2000, 54 de las 65 plantas que identificaron como “comida” provenían de barbechos o bosques secundarios con diferentes niveles de maduración (Freire 2002: 156). En el alto Cuao, se encontró que la complejidad de los barbechos se incrementa a medida que pasan los años. De una muestra de más de 1.300 plantas, las sucesiones tempranas del barbecho concentraban 59 clases (taxa) de plantas salvajes, mientras que en las sucesiones más viejas llegaban a 260 clases (Zent 1995: 79). Un importante cambio que se observa entre el alto Cuao, una de las pocas zonas donde los aspectos más tradicionales de su cultura aún se conservan, y la cuenca del río Cataniapo, en las inmediaciones de Puerto Ayacucho, es que los barbechos en esta última zona tienden a concentrar especies de valor comercial (comestibles o de construcción), mientras que en el alto Cuao la dominancia es de especies destinadas a atraer animales de presa (cf. Zent 1992 y Freire 2002). Sin embargo, varios estudios han encontrado que en las zonas de mayor cambio cultural, como en las inmediaciones de Puerto Ayacucho, los Piaroa siguen practicando la caza y la recolección asiduamente (Freire 2002; Melnyk 1995).

El acercamiento a occidente, sin embargo, constituye un reto para las prácticas agrícolas y recolectoras de los Piaroa, pues la infraestructura criolla, en donde se concentran los bienes y servicios alrededor de los cuales se ubica hoy la mayor parte de su población, se encuentra fuera de sus territorios “tradicionales”, generalmente en sabanas y cerca de grandes ríos, y no en bosques interfluviales. Sin embargo, los Piaroa continúan siendo una población relativamente independiente desde el punto de vista alimenticio, debido a una serie de adaptaciones exitosas de sus prácticas agrícolas. Como veremos en las próximas páginas, si bien han introducido aspectos occidentales en su dieta, como el alcohol y las bebidas gaseosas, no parecen estar haciéndolo en detrimento de su capacidad productiva o de sus costumbres dietéticas tradicionales.

Alimentación

La dieta de los Piaroa se caracteriza por un alto grado de diversidad gastronómica debido al gran número de especies vegetales y animales que consumen, tanto

como a su creatividad culinaria. A pesar de los cambios culturales y ecológicos experimentados durante las últimas décadas, la mayoría de los piaroa mantiene una fuerte identificación con sus actividades de subsistencia tradicionales, tales como la agricultura de tala y quema, la cacería, la pesca y la recolección, y en este sentido son relativamente auto-suficientes desde el punto de vista alimenticio. Sin embargo, cabe señalar que en áreas de influencia de los centros urbanos y pueblos criollos o multiétnicos (por ej. Puerto Ayacucho, San Juan de Manapiare, San Fernando de Atabapo e Isla Ratón) hay un aumento notable en la compra y consumo de alimentos exóticos (industriales o procesados), tales como pan, harina de maíz precocida, avena, galletas, enlatados, arroz, pasta, manteca, aceite vegetal, azúcar, sal, café, bebidas gaseosas, bebidas alcohólicas y caramelos. Esta transformación gradual de la dieta piaroa refleja el proceso evolutivo de integración social y dependencia económica de esas comunidades, debido a la valoración positiva de la “comida criolla” y el poder adquisitivo del dinero, que poco a poco se ha ido insertando en sus mecanismos productivos y de redistribución de alimentos. Este tipo de alimentos no sólo se encuentra en los pueblos criollos, sino que hoy muchas comunidades cuentan con sus propias bodegas, abastos Mercal y comedores escolares. Las consecuencias nutricionales de este cambio de hábitos alimenticios no ha sido estudiada a profundidad (cf. Hidalgo 2005).

De cualquier manera, la agricultura constituye el ancla del sistema de producción de alimentos en su sociedad actual, de donde proviene la gran mayoría de la energía y los nutrientes de su dieta. La yuca es el cultivo principal y constituye el elemento más sobresaliente de la dieta cotidiana; cultivada en más de 100 variedades, que abarcan una gama considerable de diferentes sabores, niveles de acidez, colores y preparaciones preferidas. Hasta el momento hemos registrado 29 preparaciones distintas, incluyendo ocho tipos de casabe (torta), cuatro tipos de mañoco (harina tostada), tres preparaciones de raíces, once tipos de bebida y tres preparaciones del yare (jugo exprimido) (Heckler y Zent en preparación). Como casabe o como mañoco, la yuca conforma la base de carbohidratos de su dieta y es impensable una comida sin ella. Además de la yuca, el conuco les brinda otras raíces o vegetales comestibles, tales como ñame, mapuey, batata, ocumo, amaranto y auyama, que forman alimentos ocasionales de la dieta y se sirven hervidos, asados a la brasa o, más a menudo, como sopas o bebidas. El grano más importante es el maíz, consumido tanto tierno (jojoto) como seco, bien sea asado, tostado o en bebidas. Éste forma parte de la dieta diaria





Santiago Martínez raspando la corteza de *tuduhuã*, usada como jabón natural.

entre los meses de agosto y octubre, los meses de la cosecha. Los frutos cultivados componen otro elemento importante de su dieta cotidiana, aunque las especies consumidas varían mucho con la estación del año. Entre los más importantes se encuentran: plátano, cambur, lechosa, piña, mango, guayaba, cocura, pijiguao, temare, merey, guamo, aguacate, túpiro, caña, tupirito, limón, guanábana, anón y copozú, entre otros. La mayoría de éstos se comen crudos, a excepción del plátano, que se come asado a la brasa, hervido o en un carato dulce.

La cacería de animales terrestres, arbóreos y acuáticos es otra fuente de diversidad alimentaria y junto con la pesca aporta el contenido más importante de proteínas y grasas de la dieta. Las carnes más apreciadas son las de lapa, picture, cachicamo, báqui-ro, chácharo, venado, pauj y pavo, aunque aprovechan muchas otras especies. En muchos casos, la ingesta de especies animales requiere de la intervención previa del chamán, quien reza y sopla los alimentos para purificar la carne con el fin de evitar que las personas se infecten con las enfermedades asociadas a ellos. En este sentido, son especialmente peligrosos los animales grandes, aunque algunos animales pequeños con morfología o comportamiento particular también son evitados. Por otro lado, el consumo de ciertas especies, tales como los felinos, las culebras ponzoñosas (menos la cuaima piña), los rabipelados, los murciélagos, los raptos grandes, los zamuros y las toninas, son rechazados porque constituyen un tabú, ya que poseen espíritus predadores y peligrosos o se considera que su carne es de muy mal gusto. Tradicionalmente se prohibía el consumo de danta por considerarla un animal sagrado, pues ésta representaba la encarnación de su dios-creador Huajari y por lo tanto era venerada como un pariente, el abuelo mitológico de todos los piaroa. Hoy en día, sin embargo, la conversión religiosa y las constricciones ecológicas causadas por el agotamiento de otras especies de caza en las inmediaciones de las comunidades aglutinadas, han hecho que esta regla se flexibilice y la danta es consumida siempre que se la encuentra, especialmente por los jóvenes.

Los Piaroa no desperdician casi ninguna parte masticable o digerible de la presa. Además de la carne, comen el hígado, el corazón, el cerebro, los ojos, las entrañas, el cartílago y el tuétano de los huesos. El método más común de cocción es hirviendo la carne con ají picante y consumiéndola en sopa, acompañada de casabe o mañoco. Si se desea preservar la carne por más tiempo, por ejemplo cuando la captura ha sido especialmente productiva, la colocan arriba de un fogón y la preparan ahumada para luego comerla así mismo o agregándola a una sopa.



Los Piaroa también comen una gran diversidad de peces de río y laguna, que van desde especies relativamente grandes como el bocón, el morocoto, el temblador, el bagre rayado y la cachama; especies medianas tales como la palometa, el caribe, el agua dulce, la cabeza de manteco, el bocachico, la viejita y varios bagres; y especies pequeñas, tales como las sardinas (cf. Royero 1989). El único pez de la zona que no comen es el valentón, debido a que por su gran tamaño lo consideran una persona y, en su visión, tiene muchas enfermedades asociadas. Las técnicas de pesca más comunes son el uso de anzuelo y nylon, barbasco, nasa, arpón, goma y proyectil (hecha con una vara de metal afilado), cesta manare y la pesca a mano. Los métodos de cocinar los peces incluyen la sopa con ají o con un musgo acuático (que es lo más frecuente), el pescado ahumado (cuando la pesca ha sido abundante) y el asado envuelto en hojas (cuando son peces pequeños). Tienen una técnica interesante de preservación para el bocón (*äi*) que implica ahumarlo, pulverizarlo en el pilón, quitarle las partes no comestibles (piel, cabeza y huesos) y luego envolver la carne pulverizada (*äisappä*) en hojas, que luego amarran con una liana llamada mamure en forma de capullo. De esa manera se preserva la carne en buen estado por un período de hasta 3 meses, que luego se consume cuando no se ha conseguido carne fresca.

La recolección provee otro componente importante de su diversidad dietética. Se comen los frutos de más de 100 especies de árboles y lianas silvestres (Zent 1992), la gran mayoría de las cuales se comen al paso, cuando se encuentra una planta cargada en la vía. Solamente si la cosecha es considerable (de más de 2 Kg) o la fruta es particularmente rara y codiciada, la transportan a la casa para consumirla luego. Los frutos de palmas representan la clase más importante en términos de peso consumido por persona, y destacan los frutos de moriche, seje grande, seje pequeño, manaca, cucurito, coroba, yagua, temiche, chiquichiqui y mavaco. Para consumir el moriche, por ejemplo, echan los frutos en agua tibia para aflojar la concha y luego comen la pulpa sola o en un carato ácido y aceitoso. En los últimos años han desarrollado la técnica para confeccionar dulces de moriche, que luego venden en los pueblos criollos. El seje y la manaca son cocinados para ablandar la pulpa, pilados, se botan las semillas y el remanente es agregado al agua para hacer carato. Adicionalmente, de la pulpa del seje grande sacan el famoso aceite de seje, parecido al aceite de oliva en calidad, con el que se puede cocinar y que tiene varios beneficios medicinales. El mesocarpio del cucurito, la coroba y la yagua puede comerse crudo o cocido y ocasionalmente comen las nueces (endocarpio) secadas al sol.

Adicionalmente, los Piaroa recolectan y comen una cantidad sorprendente de microfauna, que incluye artrópodos, anélidos y anfibios. Esta clase de alimentos incluye bachacos, termitas, larvas, arañas, cicadas, lombrices de tierra, orugas, ranas, cangrejos y camarones. El hábito de comer araña mona asada ha recibido mala publicidad en el pasado, pero cabe destacar que su carne es blanca, tierna y tan sabrosa como la del cangrejo. La miel de abeja, que incluye varias especies reconocidas por ellos, es muy apreciada, especialmente por los niños, y a veces recetada para tratar infecciones de garganta. Las cabezas de bachaco son usadas para producir el famoso condimento picante a base de exprimido de yuca amarga y ají picante que llaman catara.

Sus hábitos alimenticios, tanto desde el punto de vista nutricional como social, son muy flexibles, aunque se pueden inferir ciertas tendencias comunes. La frecuencia y la periodicidad dependen, en general, de la disponibilidad, ya que como observó Anduze (1974: 44) los piaroa “poseen una enorme capacidad para comer”. Las comidas diarias son poco ritualizadas, pero la etiqueta de las comidas formales es mucho más estricta. Si la comida a repartir es carne o pescado grande, el capitán o la cabeza del grupo divide y entrega ritual y equitativamente las porciones a los diferentes grupos familiares (es decir los que comparten vivienda) y los invitados. Posteriormente, cada persona acerca su plato a la olla grande y se sirve la sopa. Los miembros de cada grupo doméstico realizan luego una segunda repartición y comen juntos hombres, mujeres y niños, aunque a veces las mujeres no se sientan a comer con los demás. Para ciertos tipos de animales, especialmente los mamíferos grandes, primero se sirve la cabeza y espalda a los varones adolescentes, adultos y ancianos, cuidándose de excluir al cazador, antes de servir el plato principal. Si la comida es vegetal, las mujeres suelen ser las responsables de repartirla o, si la cantidad cosechada es grande, hacen la distribución a las diferentes familias y cada una la cocina a su gusto. Los visitantes son generalmente recibidos con alguna bebida y/o comida, que se les sirve casi inmediatamente después de entrar a la casa, lo que demuestra que son bienvenidos y estimula la buena conversación.

Existen numerosas restricciones alimentarias según el sexo, la edad y la situación fisiológica o social de la persona. Por ejemplo, no se dan ciertas especies o partes de animales a los niños; una mujer embarazada y su esposo se abstienen de comer animales grandes; los aprendices de chamán y los chamanes no pueden comer alimentos dulces ni salados; los cazadores no pueden comer sal si van a usar curare, pues pierde su fuerza, ni pueden salar una presa que casaron con este veneno; las mujeres





Preparando el casabe y procesando la yuca. Fotografía Christian Español.

menstruantes sólo pueden comer productos del conuco; si alguien tiene un familiar cercano que ha muerto recientemente (antes de realizar el rito funerario final) no puede comer animales grandes; entre otros.

La adecuación nutricional de la dieta piaroa es un tema complejo y no estudiado con la profundidad que merece, especialmente debido al gran tamaño de la población y el gradiente ambiental, social, económico y cultural que existe en su interior, pero algunos estudios realizados por el Centro Amazónico de Investigación y Control de Enfermedades Tropicales (CAICET) y la Universidad Central de Venezuela nos permiten hacer algunas observaciones preliminares (Alvarez et al. 1989; CAICET 2004; Fuentes y Guzmán 1992; Hidalgo 1997a, 1997b, 2002; Holmes y Kelsey s.f.; Méndez 1989; Oyalbis 1997). Los datos más abundantes de que disponemos son mediciones antropométricas realizadas en diferentes comunidades piaroa de las cuencas de los ríos Cataniapo y Sipapo. Estos datos señalan que los indicadores de dimensión corporal, tales como peso vs. edad (P/E), peso vs. talla (P/T) y el índice de masa corporal (IMC), se ubican dentro del rango normal para la mayoría de las muestras estudiadas, indicando que el componente energético de la dieta es adecuado para la población en general. Sin embargo, entre los niños de edad preescolar (2 a 6 años) de la cuenca del Cataniapo, Hidalgo (2002) encontró que, aunque predomina la normalidad en el peso por talla (95% en las niñas y 85% en los varones), hay una alta prevalencia de déficit leve o crítico de peso para la edad (52% en las niñas y 71% en los varones), indicando que los niños constituyen el sector de mayor riesgo. Por otra parte, los estudios antropométricos concuerdan en que hay un déficit generalizado en la talla por edad (T/E) entre niños, adolescentes y adultos, lo que indica una condición conocida como “desnutrición crónica compensada” que puede ser causada por períodos de estrés nutricional (calórico y/o proteico) en el pasado, por diferencias genéticas entre la población piaroa y la población de referencia, o por adaptación fisiológica a estresores ambientales (como parásitos y malaria). En términos sencillos, los Piaroa presentan una estatura baja en comparación con otras poblaciones nacionales e internacionales, pero no se sabe bien si esta característica se debe a una dieta inadecuada o a especificidades fenotípicas.

Los datos hematológico-químicos relevantes para la interpretación del estado nutricional incluyen: 1) niveles normales o incluso mejores de albúmina sérica, los cuales indican un consumo adecuado de proteína (Alvarez et al. 1989; Holmes y Kelsey s.f.); 2) valores normales de proteínas totales en suero en personas de todas



las edades, indicadores de buena nutrición proteica (Holmes y Kelsey s.f.); 3) valores normales de retinol sérico en la mayoría de personas, que señalan que el consumo de vitamina A para la población total es adecuado (Hidalgo 2002) y 4) una incidencia muy elevada de anemia (prueba de hemoglobina), observada tanto en adultos (>50%) como en los niños (66%), la cual puede indicar una deficiencia de consumo de hierro en la dieta (Hidalgo 2002; Holmes y Kelsey s.f.). El último resultado es difícil de interpretar claramente dado que se observaron valores normales o superiores a la norma en otros indicadores nutricionales (e.g. P/T, IMC) de las mismas poblaciones. Hidalgo (2002: 92) ha sugerido que la gran prevalencia de anemia encontrada puede reflejar "hambre oculta" condicionada por "los procesos infecciosos que estas poblaciones padecen a veces en forma crónica o recurrente, como la malaria, la diarrea y las parasitosis intestinales". Holmes y Kelsey (s.f.) sugieren una asociación sinérgica entre la anemia y la tuberculosis (TBC) para la población de Alto Carinagua, y varios casos de TBC han sido identificados entre otras comunidades piaroa (Morales 2004). Ciertamente, el problema de la anemia entre los Piaroa (y otras poblaciones nacionales) amerita un estudio a profundidad para determinar si la causa está determinada por la dieta, por las infecciones mencionadas, por la combinación de esos factores o algún otro.

El problema es que hasta el momento no se ha llevado a cabo un estudio sistemático y cuantitativo sobre el consumo de alimentos en una muestra representativa de la población piaroa a lo largo de todo un año. Hidalgo (1997a) realizó el único estudio del aporte de nutrientes de alimentos tradicionales y occidentales adquiridos por los Piaroa (y Hiwi) hasta la fecha, en una selección de comunidades del eje carretero Puerto Ayacucho-El Burro-Samariapo discriminadas de acuerdo con su dependencia económica de la ciudad de Puerto Ayacucho. Hidalgo encontró que entre ambos subgrupos de piaroa, en promedio, lograron cubrir sus requerimientos energéticos y proteicos, ubicando ambos valores de adecuación de consumo por encima de la norma nacional. Además, observó adecuación promedio de los demás nutrientes, tales como hierro, calcio, tiamina y niacina en los dos subgrupos, adecuación del ácido ascórbico en el subgrupo más dependiente y adecuación de riboflavina en el subgrupo menos dependiente. Sin embargo, cabe destacar que este estudio contó con datos recogidos sobre el consumo de un sólo día por lo que no se pueden considerar estos resultados como suficientemente representativos para evaluar la adecuación nutricional de la dieta piaroa en general. Aunque Zent (1992)

y Melnyk (1995) registraron cuantitativamente la producción de alimentos en otras comunidades piaroa durante períodos de más de un año, hasta ahora no se han sometido esos datos a análisis nutricional, en gran parte debido a la falta de análisis e información sobre la composición nutricional de diversas especies y preparaciones que se reflejan en esos registros.

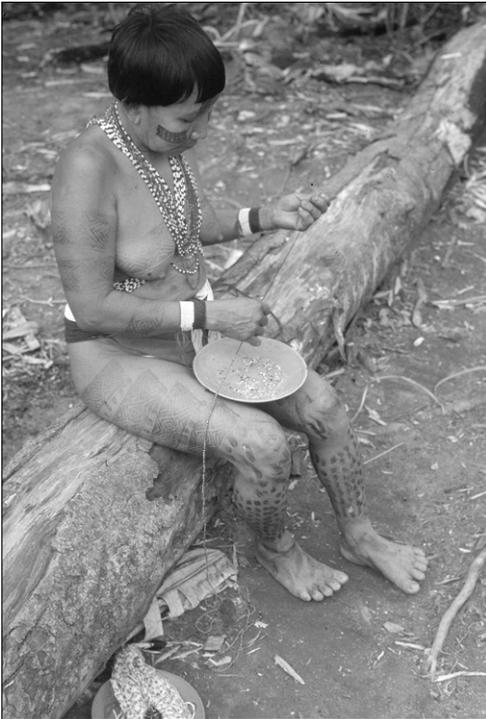
CICLO DE VIDA

Socialización

La socialización del individuo en la sociedad piaroa comienza durante el período prenatal, cuando el chamán reza por el buen desarrollo del feto e invoca el poder de los dioses primordiales y los *ttijññahuq* (almas de los muertos) para este fin. La mujer en estado y su esposo observan varias prohibiciones alimenticias para asegurar la salud presente y futura del niño. Después del nacimiento, e idealmente durante el primer día de vida, el chamán le echa agua sagrada en los ojos al neonato y luego reza para darle fuerza (*ujuru*), protegerle de enfermedades, augurar un buen crecimiento y propiciar el aprendizaje de lo que necesita saber para llevar a cabo una vida social productiva. La maduración del niño no está marcada por otros actos rituales formales hasta su pubertad, pero se pueden identificar diferentes etapas de maduración en la vestimenta, la alimentación y el comportamiento cotidiano del niño.

El primer año de vida los niños están en contacto casi permanente con la madre, quien los carga, alimenta, baña y duerme con ellos. Este período de convivencia cercana con la madre persiste hasta que nace otro bebe u ocurre el destete, entre los 2 y 3 años como máximo. Al año los niños comienzan a complementar la dieta con bebidas calientes, sopas y frutos suaves. Cuando empiezan a caminar reciben su primer guayuco, sin ninguna ceremonia asociada, y entre los 3 y 4 años, en el caso de las hembras, empiezan a ayudar a la madre o las hermanas mayores en sus tareas rutinarias, tales como cosechar y limpiar el conuco, recoger agua o leña y lavar la ropa. Para los varones, la introducción a la vida productiva comienza más paulatinamente entre los 6 y los 7 años, cuando se les permite acompañar a su padre o hermanos mayores en las expediciones de caza, pesca y recolección. En general, los varones son más independientes que sus hermanas y pasan gran parte de su tiempo jugando con otros niños de su edad. En esta etapa de la vida se expande





Hombre tejiendo una cesta. Fotografía Christian Español.
Mujer hilando un collar.

la dieta de los niños para incluir carne de cacería, pescados grandes, bebidas frías y dulces (frutos, miel, lombriz de tierra), que hasta ese momento les estaban prohibidas.

Los ritos de iniciación más importantes para los varones comienzan con la pubertad o a veces un poco antes (entre los 10 y 12 años). En este momento los púberes participan del ritual del *māripa teāu* por primera vez, que se lleva a cabo todos los años hacia finales de la estación lluviosa y cuenta con la participación de todos los jóvenes y varios adultos de la comunidad. Algunos autores han reportado que este rito formaba parte de la ceremonia del *huārime* (Anduze 1974; Oldham 1997) pero nosotros lo hemos presenciado independientemente del *huārime* y nuestros informantes confirman que son eventos separados. En todo caso, el *māripa teāu* tiene por objetivo probar y aumentar la capacidad de aguante del dolor en el hombre, purificar su cuerpo de sustancias tóxicas, estimular el desarrollo intelectual, mejorar las habilidades del cazador e identificar a los adolescentes que poseen las capacidades mentales y espirituales para convertirse en chamanes.

El rito empieza con unas expediciones de cacería en las que participan todas las personas que luego formarán parte del ritual. Después de traer la carne a la comunidad, los cazadores observan un período de abstinencia alimenticia y sexual de uno a dos días durante los cuales los chamanes e instructores mayores rezan sobre los elementos a usarse durante el *māripa teāu*, que incluyen drogas (yopo, caapi, *dādā*, tabaco), yaraque y varios animales ponzoñosos. Los chamanes pasan un día y una noche completos consumiendo drogas y cantando y al amanecer del segundo día le inflingen picaduras de hormigas *yānāu* o avispas *huajo pāju* a los iniciados, de pies a cabeza, que luego son tratadas con el yaraque rezado, el cual se bebe y unta sobre las picaduras. Luego, en algunos casos proceden a perforar la lengua de los iniciados dos veces con el aguijón seco de una raya (*sibāri uyuroqui*). Con esta última prueba concluyen los rezos y se distribuyen las bebidas, yaraque para las mujeres jóvenes y bebidas alucinógenas (de caapi, *dādā* y/o tabaco) para los varones. Después de todo esto, el grupo de participantes recoge sus chinchorros y se va a un raudal de agua limpia donde repiten con mayor intensidad las pruebas de picaduras, perforaciones y consumo de drogas. Al final de la tarde, los iniciados se bañan en el raudal y regresan a casa para culminar el evento con una gran comida comunal en la cual los cazadores jóvenes y mayores comen las cabezas y espaldas de las presas que habían cazado anteriormente. El ritual ayuda a la maduración integral de los jóvenes y fortalece sus capacidades psicotécnicas para que se conviertan en adultos productivos (y especialmente en buenos cazadores). En la visión de los Piaroa, el joven recibe mayores beneficios para su vida adulta cuanto mayor sea su capacidad de tolerancia al dolor, el



estado alterado de conciencia inducido por las drogas, la fatiga producida por la falta de sueño y el hambre. Por ejemplo, los Piaroa creen que los animales de caza son atraídos por los hombres que aguantan mejor las pruebas de iniciación, que son considerados cazadores natos. El poder asociado a la ponzoña de las hormigas, avispas y rayas es transferido al cuerpo y *g'cuq̄ryhuq̄* (espíritu) del iniciado con las picaduras, dándole fuerza (*ujuru*) para pensar, hablar, trabajar, resistir enfermedades y relacionarse con los demás; en otras palabras, lo preparan para vivir plenamente. Los jóvenes suelen repetir esta prueba varias veces, hasta que son adultos casados con dos o más hijos.

El rito más significativo para las mujeres, por su parte, tiene lugar durante la primer menstruación. Con el primer sangrado la joven se aísla en su chinchorro sin comer y pasa el tiempo hilando algodón, una actividad doméstica importante para las piaroa. Las jóvenes sólo pueden salir de sus chinchorros durante el día para trabajar en el conuco, luego de lo cual se bañan y vuelven a su aislamiento. El período de reposo en el chinchorro puede durar de tres a siete días y mientras dure la mujer no puede comer, por lo que típicamente se pone muy débil. En el pasado el período de reclusión duraba aún más tiempo. Con el primer sangrado se cortaba un pedazo de liana de la planta trepadora *toäju*, a cierta altura del suelo, y las mujeres tenían que permanecer en el chinchorro hasta que el tallo alcanzaba nuevamente el suelo, lo que podía tomar hasta un mes, durante el cual comía muy poco. La prueba simboliza y prepara a la joven para la vida de la mujer adulta, llena de privaciones, trabajo y entrega a su familia. Durante este tiempo la joven recibe consejos de sus padres sobre las buenas costumbres de la sociedad piaroa, los beneficios de trabajar duro y la importancia de cuidar a sus padres cuando estén demasiado viejos para cuidarse a sí mismos. El chamán reza por ella durante este período para propiciar que la joven se convierta en una buena persona. Después de pasar la prueba la mujer está lista para casarse.

El (primer) matrimonio representa otra fase importante en la evolución social de la persona. El matrimonio no reviste rituales especiales y se consuma cuando el joven, previo acuerdo entre los suegros, cuelga su chinchorro en la casa de la familia de la novia, junto a su pareja, siguiendo el patrón tradicional de residencia post-matrimonial uxori-local de los piaroa. Este simple hecho les da tanto a la novia como al novio el estatus de pareja adulta e independiente. De acuerdo a sus costumbres, el novio está obligado a trabajar para los padres de la novia por un período que puede alcanzar un año y en tal sentido tiene que demostrar madurez en el desempeño de sus nuevas funciones de adulto, para lo cual recibe consejos de sus padres antes del matrimonio.

Hoy en día, sin embargo, la socialización de los niños y jóvenes ha cambiado radicalmente debido al impacto de la educación formal, la religión cristiana, la medicina occidental y el bilingüismo, entre otros factores. Los niños suelen pasar sus días en la escuela, donde reciben una educación formal basada en el currículo nacional que tiene poco que ver con sus costumbres y realidades. En las tardes pasan el tiempo jugando con otros niños, practicando deportes no tradicionales (fútbol, béisbol, etc.), cuidando a sus hermanos menores, escuchando la radio o viendo televisión. En general pasan menos tiempo junto con sus padres u otros parientes mayores por lo que tienen una formación limitada de los conocimientos tradicionales (tales como la etnobotánica, etnozooloía, etc.) y técnicas de trabajo (agrícolas, de caza y pesca, artesanía, etc.). Estos conocimientos y técnicas no siguen patrones formales de transmisión, sino que dependen de la convivencia y la participación de los menores en las actividades de los mayores, por lo que los nuevos patrones de socialización de las comunidades más occidentalizadas constituyen un riesgo para la continuidad de estos conocimientos tradicionales (cf. Zent 1999; 2001). Pocos jóvenes se someten hoy a los ritos de iniciación tradicional o escogen perseguir el largo camino de aprendizaje para llegar a ser chamán. La mayor parte prefiere aprender castellano e ir a la escuela, con la esperanza de optar algún día por uno de los puestos asalariados de la comunidad (tales como el de maestro, enfermero, comisario y, más recientemente, político) o trabajar en los pueblos y ciudades criollas como obreros, personal de servicio, etc. La disponibilidad y el poder de la medicina occidental en su mundo actual, por otro lado, hace que los jóvenes tengan menos oportunidades (y deseos) de aprender sobre el cúmulo de plantas medicinales y sus distintas preparaciones que en el pasado (Zent 1997). Por todo esto, se puede afirmar que la socialización actual de la mayoría de los jóvenes piaroa se asemeja en muchos aspectos más a la de la población nacional que a la de sus propios antepasados.

La muerte

La persona muere cuando su espíritu (*q'cuqaryhuq*) se separa permanentemente del cuerpo. Cuando una persona está a punto de morir el espíritu de uno de sus antepasados o familiares cercanos muertos viene para llevar su *q'cuqaryhuq* al cielo y de ahí al *ttijññhuqme*, la tierra de los dioses *ttijññhua* (*tii*) y de los muertos. El *ttijññhuqme* es representado por los Piaroa como una churuata o casa comunal en donde se originó y donde existirá por siempre





Alto Carinagua. Fotografías Christian Español.

la familia espiritual de la persona. Ésta está ubicada dentro de una montaña –expresión del paisaje visible que recuerda la casa tradicional piaroa, el *isode*– pero debajo de la tierra tiene la forma de una laguna (*yo’u*). Este espacio conceptual recrea la laguna mítica de donde el creador, Huajari, extrajo a los seres humanos y no-humanos primordiales (*sou huebina*). Dentro de esta laguna el espacio se divide en compartimentos que corresponden a los hogares de las distintas familias o grupos espirituales de cada persona, llamados *jädöcuätü* o a veces *ttämü*. Existen varios *jädöcuätü* reconocidos por los Piaroa en el presente, algunos identificados como los de sus clanes originarios y otros como los de otras etnias que se han asimilado total o parcialmente a los Piaroa durante los últimos siglos (tales como los Adoles, los Maipure, los Mapoyo, los Maco y los Yabarana). En términos de su organización social, los *jädöcuätü* son grupos patrilineales, pues la afiliación a uno u otro se hereda por la vía paterna, pero éstos parecen no tener incidencia en su vida social o ceremonial; aunque el conocimiento o recuerdo de estos grupos es muy variable, y a veces ambiguo, entre los piaroa contemporáneos. Por no tener un rol activo en sus relaciones de parentesco o matrimonio, Overing (1993) los caracterizó como “clanes mortuorios”, cuya significación fundamental es cosmológica. La historia oral de los propios piaroa sugiere, no obstante, que por lo menos algunos de ellos también se refieren a subgrupos territoriales históricos (cf. Zent s/f). Hasta el momento hemos recolectado más de 10 nombres de distintos *jädöcuätü* originarios (es decir, no asimilados), cuyos *ttäjänñhuomę* se encuentran en diferentes lugares, o asociados con por lo menos cinco diferentes montañas distribuidas a lo largo del territorio piaroa. En todo caso, una vez que el *q’cuqryhuq* de un muerto ha regresado a su *ttäjänñhuomę* de origen vive ahí pacíficamente con su familia espiritual por toda la eternidad, tomando yaraque (bebidas fermentadas), comiendo asado de carne y, en general, llevando una existencia bastante similar a la que llevaba en vida, excepto que en este mundo no es necesario trabajar y no existen las enfermedades.

En algunos casos, sin embargo, el *q’cuqryhuq* no regresa a su *ttäjänñhuomę*, sino que se convierte en *ähuettä*, “fantasma”, o *yähui-märi*, “tigre-espíritu”, y se queda en la tierra para vengarse de las personas u otros seres que lo embrujaron o le hicieron mal en vida. También nace un tigre-espíritu en la cueva donde se entierran o depositan los restos de un chamán poderoso. Estos últimos son particularmente peligrosos por lo que nadie en su sano juicio se acerca a los sitios donde están sus restos. Para minimizar los daños que puedan causar los fantasmas y los tigres-espíritus, el grupo de corresidentes del difunto lleva a cabo un rito funerario que comienza el día después de la muerte de un piaroa. Sus parientes empacan el cuerpo en un *catumare* (cesta de carga) y lo transportan a una cueva o morada pedregosa,



típicamente ubicada en lo alto de una montaña, donde colocan el cuerpo dentro del *yuluhuä-ba*, un envoltorio mortuorio hecho de palos amarrados con bejuco. El paquete mortuorio es entonces depositado insepulto en alguna grieta del abrigo rocoso, junto con algunas posesiones que va a necesitar en su existencia *post mortem*, tales como un chinchorro, plato, olla y cuchillos. Entonces comienza el *teäu äjuäu*, el período de luto, que puede durar de uno a varios meses y durante el cual los familiares cercanos lloran y recuerdan al difunto.

El luto culmina con una ceremonia de exorcismo o confrontación con los espíritus malignos responsables de la muerte. Este ritual es dirigido por los chamanes pero en él participan todos los miembros de la comunidad. El exorcismo empieza con la preparación del “sucio”, que consiste en recoger un fragmento de hueso del muerto, mezclarlo con algunas plantas con poderes espirituales (*inäpäjä*, de la familia *Cactaceae*, *yura* y *yärucä*, de la familia *Areceaceae*) dentro del *pujuopuyu*, un plato hecho de madera del árbol *pujuopu* y tallado con forma antropomorfa. La reliquia del muerto se envuelve en las hojas y se cuelga de un palo con un bejuco fino que el chamán (principal) luego sacude contra sus piernas mientras reza y pelea espiritualmente con los espíritus enemigos. Al mismo tiempo, los demás participantes cantan y danzan pretendiendo luchar contra los entes malignos. Este rito tiene dos funciones explícitas: por un lado derrota, expulsa y aleja al espíritu homicida para que no ataque a otro miembro del grupo familiar y, por el otro, complace al *q'cuqryhuq* del muerto con su venganza e intenta convencerlo de partir hacia su *ttüqñqhuqme*, con lo cual se evita que éste dañe a otro miembro de su comunidad. Esto debido a que el *q'cuqryhuq* de los muertos extraña a sus familiares cercanos, o a veces no se da cuenta de que está muerto, por lo que si no es convencido de partir se corre el riesgo de que se lleve a algunos de sus familiares consigo. Una vez en su *ttüqñqhuqme*, el *q'cuqryhuq* pierde su individualidad y se une con la fuerza o energía colectiva de los dioses *ttüqñqhuq*. Esta fuerza es al mismo tiempo aprovechada por los chamanes para proteger a los parientes del difunto. En el futuro, el chamán podrá visitar tanto su *ttüqñqhuqme* como el del difunto en busca de ayuda espiritual para la curación de los vivos.

Estas creencias, aunque aún tienen vigencia en gran parte de la población piaroa, han caído en desuso en la mayor parte del territorio debido a que la gran mayoría de los piaroa practican hoy una mezcla de creencias que incluyen alguna forma de cristianismo, evangélico o católico. Por ello, vale aclarar que para muchas comunidades actuales las costumbres funerarias son más parecidas a las prácticas de la población criolla de Venezuela, e incluyen aspectos tales como el velorio, rezar al dios cristiano para salvar el alma del muerto y el uso de la cruz para marcar el sitio del enterramiento, aunque éstas forman parte ge-

neralmente de un sincretismo religioso que mezcla elementos de su cultura con elementos de la cultura criolla. La población no-cristiana también ha visto mermar su capacidad de llevar a cabo estos rituales funerarios a cabalidad, debido a la relativa escasez de chamanes practicantes en la actualidad. Por ello, pocos jóvenes tienen información clara en el presente sobre el *q'cuqruhuq*, los *ttijññhuq* y los *ttijññhuqme*, si bien siguen configurando, quizá de forma menos estructurada, gran parte de su relación con la enfermedad y la salud.

LA SALUD

La salud y el origen de las enfermedades

La noción de salud de los Piaroa es inseparable de otros aspectos simbólicos, sociales y medio ambientales que determinan su vida cotidiana. La salud es, por así decirlo, la manifestación de una relación equilibrada entre todos los elementos que la conforman. Una persona sana (*jachoco adihua*) es una persona que no sólo está bien desde el punto de vista biofísico (*ujuru*) o que goza de fortaleza corporal (*ujuru yohuiso*), sino que además tiene un temperamento controlado y en armonía con su entorno físico, social y simbólico. Una persona sana tiene un *adihua q'cuqruhuq*, espíritu bueno y sosegado, y en sus propias palabras es una persona “que vive bien con sus parientes”. La enfermedad (*mārichi*), en cambio, es el resultado de un desequilibrio en estas fuerzas, producida bien por una agresión externa (tal como un chamán enemigo), por una trasgresión a las normas sociales (tal como la ingesta de alimentos indebidos o no purificados), o por contagio (como la gripe común y algunos parásitos), entre otros.

Existen varias versiones sobre el origen de las enfermedades en su mitología, por lo que es difícil hacer una síntesis coherente al respecto, pero casi todas señalan al afloramiento de sentimientos descontrolados en los tiempos de la creación como causa última de la aparición de enfermedades (Mansutti 2003: 103). Una de las versiones más difundidas dice que Huajari, el héroe mítico que creó a los Piaroa junto con todo lo que éstos necesitaban para vivir placenteramente, también creó las enfermedades en un ataque de ira, al presentir que aquellos a quienes había dado vida olvidarían su labor. Lo hizo dando a los animales el poder de transmitir las enfermedades a quienes los comieran, por lo que la mayor parte de las enfermedades están asociadas a la ingesta o el contacto visual con algún animal. La carne de cacería grande, como el báquiro, o de grandes pescados,





Autana. Fotografía Raúl Sojo.

por ejemplo, producen dolor de huesos (*äcä jurä barahua*); el consumo de monos (araña, araguato, capuchino y barbudo) se asocia con una enfermedad misteriosa que describen como al vértigo (*querau*); el oso hormiguero con deficiencias en la facultad de hablar de los niños; el cachicamo grande y el chácharo producen inflamación de pies con pus (*kase*); la ardilla y la lapa son causantes de la tuberculosis o tos crónica (*huarepä*), etc.

Sin embargo, Chejeru, hermana de Huajari, se apiadó luego de los Piaroa y les dio acceso al conocimiento necesario para curar las enfermedades, proveyéndolos con *dädä* (corteza de *Malouetia sp.*), un arbusto alucinógeno que generalmente se toma en asociación con *yūhuū* (un compuesto a base de *Anadenanthera peregrina*, comúnmente conocido como yopo) y *ca-pi* (*Banisteriopsis caapi*). El *dädä* se convirtió así en la fuente de la buena vida para los Piaroa, ya que le dio acceso a sus chamanes al *märipä pabare* o *meḡeḡ pabare*, un lugar simbólico donde se concentran los poderes que les permiten armonizar el mundo físico con los elementos del mundo metafísico que determinan su relación con éste (ver adelante). No obstante, las intrigas del suegro de Huajari, Cuämui –el principal antihéroe de su mitología–, quien sintió envidia por las creaciones de su yerno, condujeron a la pérdida de este conocimiento. Imitando la acción de Huajari, Cuämui creó los *ttijä payura*, que fueron una creación imperfecta y se convirtieron en enemigos acérrimos de los Piaroa. En su deseo de dañar a los Piaroa, los *ttijä payura* escondieron el conocimiento necesario para curar las enfermedades que transmitían los animales, de donde se explica la existencia de enfermedades en la actualidad (tomado del relato de Santiago Martínez, San Pedro del Cataniapo, 2005).

Por ello, en el pasado la ingesta de carne era acompañada por rituales chamánicos de purificación que permitían liberar el alimento de su potencial contaminante. Esta costumbre es hoy casi exclusiva de las comunidades de tierra adentro, aunque algunas comunidades de la periferia continúan rezando sus alimentos, a menudo al dios cristiano. No obstante, el consumo animal sigue siendo la explicación más frecuente ante la aparición de los síntomas que los caracterizan. Por lo que, si bien la profilaxis ritual de los alimentos es menos practicada que en el pasado, la curación chamánica asociada a su ingesta es aún frecuente.

Otra causa común para la aparición de enfermedades es el ataque de un chamán o un espíritu enemigo. A pesar de la apariencia pacífica de la vida cotidiana entre los Piaroa, a nivel metafísico viven en un estado de constantes enfrentamientos con seres sobrenaturales y chamanes enemigos. Por esto, su vida transcurre entre rituales defensivos y preventivos permanentes. Una enfermedad terminal o degenerativa es casi siempre atribuida a la acción de espíritus malignos o de un chamán enemigo y es comúnmente tratada por sus



chamanes. Estas enfermedades son además estigmatizantes, por lo que cuesta conseguir una explicación coherente de la causa de enfermedad o la resistencia a recibir tratamiento biomédico.

Los chamanes lanzan sus ataques bajo el efecto de alucinógenos y por medio de animales que llevan el hechizo hasta su víctima. Los más comunes para este fin son la guacamaya roja, el loro cabeza amarilla, el danto, el venado, el murciélago, la anaconda, las culebras venenosas, el oso hormiguero gigante y las avispas; la mayoría son inofensivos excepto cuando están hechizados por un chamán. Pero los chamanes no son los únicos que pueden causar daño a la gente. Cualquier piaroa puede practicar ciertos rituales ofensivos y defensivos, pues todos los piaroa son portadores de “conocimiento”. El *kiripatã*, por ejemplo, una enfermedad de la piel, es producido por un preparado a base de agua hechizada que se transmite a través de las mariposas, que vuelan hasta donde cuelga la ropa de la víctima y le esparcen la enfermedad. Cuando la persona se pone la prenda se contagia y el resultado, si no se trata a tiempo, puede ser la muerte.

El discernimiento del origen metafísico de una enfermedad, o de la muerte, suele formar parte del proceso amplio de distanciamiento social que se da entre los parientes cercanos (con quienes los piaroa tienen relaciones deseables y seguras) y el mundo externo, de donde provienen la mayor parte de los infortunios de la comunidad. Por lo general, ningún chamán reconoce haber intervenido en la muerte o enfermedad de otra persona, pero los parientes cercanos de la víctima suelen llegar a esta conclusión por sí mismos y toman acciones de venganza o protección para defenderse de sus agresores (ver adelante). Algunos indicadores, como la hinchazón de barriga después de la muerte de un enemigo, son utilizados como señales inconfundibles de haber practicado brujería maligna. Desde la perspectiva de los victimarios, no obstante, la enfermedad ajena es interpretada como el producto de transgresiones a las reglas, mientras que ven sus propios infortunios como el producto de acciones descontroladas y sin sentido de sus enemigos (Mansutti 2003: 108). En algunos casos, la respuesta a una escalada de agresiones descontrolada es la mudanza a zonas fuera del alcance de los poderes de los enemigos. En las comunidades más tradicionales esto es determinante del patrón de residencia, pues cada piaroa trata de vivir tan cerca como puede de un chamán poderoso –que lo defiende de estas fuerzas negativas y garantice su vida armoniosa con el entorno– y tan lejos como pueda de sus enemigos.

Otra fuente común de enfermedades e infortunios son los *märimü*, espíritus malignos del bosque que encuentran placer en dañar a los Piaroa. Los *märimü* se hayan en grandes concentraciones en sitios simbólicamente importantes, como el cerro Autana, y es por

ello que los Piaroa se cuidan de no pasar por estos sitios o aun de mencionarlos. Su método de ataque más común es lanzar cristales (*huänäri*), a través de una cerbatana, que penetran el pecho de la víctima y succionan sangre hasta llegar al corazón, momento en el cual se produce la muerte. Algunas enfermedades, como la tuberculosis, son señal inequívoca de sus ataques. Para alejar de su camino a éstos y otros enemigos, como las culebras y el tigre, algunos piaroa usan un polvo mágico, *yähuina* (*Caladium bicolor*), que cargan como amuleto en una totuma pequeña y se esparce en el cuerpo o se adhiere a las uñas, los pies o la pierna en una mezcla con *caraña* (*Protium carana*).

Hoy en día, la mayor parte de los Piaroa está de acuerdo en que estos seres están escondidos y son mucho menos nocivos que en el pasado, aunque algunos accidentes e infortunios siguen siendo atribuidos a ellos de vez en cuando. En 1994, por ejemplo, durante el Congreso Piaroa, las comunidades de Autana y el Cuaó decidieron cerrar el paso de turistas al cerro Autana debido a una epidemia que atribuyeron a los *märimü*, quienes estaban siendo perturbados por las constantes visitas de curiosos. La recesión de los ataques de los *märimü* coincide, según muchos entrevistados, con la llegada de las Misiones Nuevas Tribus a su territorio y con el decline de la chamanería.

Además de los ataques de chamanes y espíritus enemigos, también pueden producir enfermedades y muerte la exposición a sitios y animales simbólicamente importantes, o en algunos casos el sólo nombrarlos. Así, pocos piaroa se sienten cómodos en un salto de agua (*idäyü*) donde se llevan a cabo importantes rituales de iniciación y curación chamánica. La exposición a estos sitios causa malestar general, debilidad y pueden dar origen a enfermedades epidémicas, como la malaria (*chahuo märichei*, enfermedad del mosquito), que se inicia por exposición a estos sitios y luego se convierte en endémica por medio del mosquito. Otros sitios de uso frecuente pueden infestarse de enfermedades por la muerte de un pariente cercano o por la invasión de espíritus malignos. Estos sitios son denominados *kuhuocho* y consecuentemente abandonados. Ciertos animales, como el tigre y la danta, pueden enfermar a la persona que los mire a los ojos o les pase por el lado, aun sin estar embrujados, debido a su poder simbólico. El caso del tigre, representado por *Reyo* en su mitología, señor de todos los animales, tiene un orine tan poderoso que pisarlo causa erosión de la planta del pie, por lo que su paso es marcado con tres varas finas en el camino para alertar a los caminantes desprevenidos.

También hay enfermedades de nacimiento, debidas a transgresiones de los padres durante el embarazo o hechizos, y enfermedades debidas a debilidades del espíritu (*q'cuqrä suripä*). Entre las primeras, las más graves son el albinismo (*te'a*), el enanismo (*arakahua*)



Tabla 1. Partes del cuerpo humano en Piaroa

Castellano	Piaroa	Castellano	Piaroa
Abdomen	Üacuä/ucuäbã	Lengua	jñe
Ano	Uju	Mandíbula	ácã deanã isãca, ácãsobu
Bigote	ácãsã'che	Mano	umu
Boca	ã	Meato auditivo	ãja isãju
Boca interior	ã jacuä	Muñeca	umucacay
Brazo	üjo	Músculo	idepã
Brazo superior	ujuru'ca	Nalga	u'bu'ca
Brazo, hueso del	ihue'ca anane isã'ca	Nariz	ijiyü
Cabeza	u	Oído	ãja jacuä
Cachete	ie'baba	Ojo	i'äre
Cadera	äca'sãbi	Omóplato	ananebi
Cara	i'ã	Oreja	ãja
Ceja	i'äre ahuiyãbã	Orificio nasal	ijiyü jacuä
Cerebro	u amutehua	Ovario	modurã'y'ca
Cera del oído	ãja sä'cã	Paladar	ãjä jacuä huãmenã diribejome
Cintura	a'cã	Páncreas	ubãro
Clavícula	amãpappa/ihue'ca jacuä pãjue	Pecho	amýka
Clitoris	ttãyyubã	Pelo	uhuo'che (pl.), uhuocoi (sg.)
Cóccix	ujusarj	Pene	u'bo, ihuinhui
Cóclea	ïã cãriyü	Peroné	ihue'ca üajue ppeyãsãca
Codo	üyy'carj	Pestaña	i'äre ahuiyãbã, iäre säbã
Colon	itteba	Pie	ijãpu
Columna	icãcã	Pie, planta del	ijãpu jacuä
Corazón	amiso'qui	Pierna inferior	ittãre (la rodilla hasta el tobillo)
Cordón umbilical	ürühua isappã	Pierna superior	üja (hasta la rodilla)
Cornea	i'äre huãmesãtã	Pies	ijãpiyã
Costilla(s)	i'esubã (iso'qui) (sg.), i'esubã o'qui (pl.)	Placenta/saco amniótico	i'kichahua amühua
Cráneo	usãba, ihue'ca usosi	Próstata	uhuoru
Cristalino	i'äre jacuä	Pulmón	uppãreppa
Cúbito	ihue'ca üjo ppeyãsãca	Pulmones	uppãreppiyu, ttaäre uppãreppa
Cuello	acuã bãbã (frente), urupã'que	Pupila	i'äre kã'co
Dedo(s)	üdo'che(yã)	Quijada (hueso de)	ã'cã(sãra)
Dedo anular	üdo'che rüjiko'che jayãko'che	Radio	ihue'ca üjo jueüsãca
Dedo corazón	üdo'che jue'ipo'che	Recto	itera
Dedo índice	üdo'che rüo'che jãyãko'che	Riñón	ijãcuorã(te)
Dedo meñique	üdo'che rüjiso'che	Rodilla	ihue'ca rahueçucumẽ
Dedo pulgar	üdo'che rüo'che	Rótula	ihue'ca isãbj
Dedos del pie	ijãpu üdo'cheyã	Sangre	ucuoja
Diente	akua'che	Sangre que sale cuando se corta	cuocua'a
Dientes	aku	Seno	atate (m), katate (f)
Embarazo	mu'chaju	Talón	uttürühuo'ka/utturuãca
Encía	äcã aku/aku äyãchache	Tarso	ihue'ca ijãna chusãca
Esófago	acuã'karana, acuã rahuãdãta kã'co	Testículo	ürã'cãyã
Espalda	abo	Tetilla	atate isãtẽ
Espermatozoide	jiquichahua utãchü	Tibia	ihue'ca üajuesãca
Espíritu/alma	ã'cuãryhuã	Tímpano	ãja jacuãsãtã
Esternón	amu'ca isãtta	Tobillo	üsã'küte
Estómago	ü'cãbiyu /i'cãbiyu'	Torso	acã huãmecu
Faringe	ucuã rahuãdãta	Tráquea	acuã carana
Fémur	ihue'ca üja sä'ca	Uretra	acuepappã
Feto	jiquichahua u'utãchome jacuä	Útero	kãrj ä'ca, jiquichahua utãchome
Frente	i'ã säba	Vagina	isãjubã, 'kãrj
Hígado	atiya	Vejiga	acueppã (m), kacueppã (f)
Hombro	u'upi'ca	Vena/arteria	ihuehui isappã
Hombros	u'upi'quiyu	Venas	ihuehui appiyã
Hueso ilíaco	ihue'ca ácãsãbi	Vértebra cervical	icãcã urupa'ke isãca
Humor vítreo	iäre jacuãne	Vértebra dorsal	icãcã kã'co isãca
Húmero	ihue'ca üjo isãca	Vértebra lumbar	icãcã ujusãrj isãca
Intestinos	uhuãsa	Vesícula biliar	ã'ttu/ãttã
Iris	iäre jacuä idicuome	Vulva	ki'kaba
Labios	ãjyã		

y otras deformaciones genéticas, en cuyos casos se sacrificaba (y probablemente aún se sacrifique en algunas zonas) al recién nacido. Los albinos, por ejemplo, son considerados peligrosos porque son invisibles incluso a las culebras, uno de sus enemigos más astutos, de manera que se pueden convertir en brujos muy peligrosos si se los deja vivir hasta la adultez. Entre los segundos está el *de'a ituna*, un estado del alma que no permite que una persona se encuentre a gusto en ninguna comunidad, ya que su espíritu no ubica el origen de sus antepasados. Éstas son personas conflictivas que “caminan como locos por la selva”.

Una última categoría de enfermedades, y probablemente la más recientemente incorporada a su cultura, son las enfermedades por contagio, que están generalmente asociadas a los criollos y probablemente formen parte de un aprendizaje reciente del discurso biomédico de salud y enfermedad. La gripe común (*aure märichei*), por ejemplo, la atribuyen principalmente a la quema de plástico. Esta categoría suele incluir enfermedades curables y tratables con medicinas alopáticas, aunque algunas enfermedades, como la malaria, pueden tener una explicación múltiple, como se mencionó arriba, por lo que pueden ser curadas con medicinas alopáticas a pesar de tener un origen mágico. La distinción entre enfermedades de origen mágico y enfermedades que pueden curar los doctores es compleja y determina la competencia de uno u otro especialista en cada caso. Por esto es importante clarificar la visión de los Piaroa sobre el funcionamiento del cuerpo y los mecanismos de diagnosis, que permiten definir el origen de una enfermedad y su tratamiento.

El cuerpo humano

Los piaroa se refieren al cuerpo humano con el término *jättäpäya*, que se refiere al caparazón o forma física de una entidad orgánica individual, diferenciada de otras entidades similares desde un punto de vista meramente externo (visual). Alternativamente utilizan la expresión *idepā'inä kq'a'nä ihe'quiyu'inä ka'cuq'qñä* “carne (hay) y huesos (hay adentro)”. A un nivel más detallado poseen un amplio vocabulario para describir la anatomía humana que les permite distinguir entre un gran número de órganos, sustancias, partes y regiones del cuerpo, muchos de los cuales coinciden (casi) perfectamente con las categorías del sistema clasificatorio occidental (tabla 1).

Aparte de este aspecto físico, sin embargo, los Piaroa afirman que el cuerpo está compuesto por una sustancia intangible o inmaterial a la que llaman *q'cuqruhuq*. Este tér-



mino es frecuentemente traducido como “espíritu” o “alma”, aunque quizá sea mejor entendido como “la fuerza vital”; se crea junto con el resto del cuerpo al momento de la concepción y reside en él hasta su muerte, determinando su funcionamiento orgánico, intelectual y espiritual. Se localiza en el cerebro, donde permite el pensamiento y la reflexión, en el corazón, desde donde bombea la sangre, en el estómago, donde provoca el hambre, o en los dedos, donde controla cada movimiento. Sin embargo, el *q’cuqryhuq* tiene al mismo tiempo una existencia pseudo-independiente, por lo que, a pesar de estar normalmente contenido en el cuerpo, es decir en su *jättäpāyq*, puede salir de éste en ocasiones, como durante los sueños o cuando una persona está embrujada.

Cuando el *q’cuqryhuq* se desprende del cuerpo por efecto de un encantamiento la persona se enferma en su fuerza vital, independientemente de su estado físico, aunque frecuentemente su cuerpo también presenta síntomas de la enfermedad. La ausencia del *q’cuqryhuq* descontrola el razonamiento y el buen funcionamiento del cuerpo, por lo que la persona puede asumir conductas asociales o debilitarse, entre otros síntomas. En estos casos es indispensable la intervención del chamán, cuyo *q’cuqryhuq* vuela a voluntad a otros lugares y otras dimensiones de la realidad bajo el efecto de las drogas y por medio de los cantos. Cuando el *q’cuqryhuq* de un chamán se desprende de su cuerpo puede hacer comunión con los dioses y los muertos, de quienes aprende los encantamientos y conocimientos sagrados que le permiten actuar en ese mundo inmaterial para restablecer la salud (cf. Monod 1970). El acto de curar es entonces una labor principalmente espiritual o metafísica, durante el cual se busca identificar los espíritus o entes nocivos que han atacado y enfermado el *q’cuqryhuq* del paciente. La salud del *q’cuqryhuq* constituye una condición necesaria, y a veces suficiente, para lograr la salud mental y física del individuo. Más aún, como el *q’cuqryhuq* sobrevive al cuerpo físico después de la muerte, su curación es generalmente más importante que la del cuerpo para los Piaroa. La curación del *q’cuqryhuq*, como veremos adelante, pertenece al ámbito de competencia exclusivo de los chamanes, un aspecto que suele interferir en la aplicación de terapias biomédicas y choca con la visión biomédica de la salud.

Chamanería y salud

Los Piaroa tienen un marcado discurso sobre la importancia de vivir una vida apacible y la violencia física es rara en su sociedad –si bien como vimos son mucho más conflictivos a nivel metafísico. A los niños se les refuerza desde pequeños la necesi-

dad de autocontrolarse y un buen líder es una persona que come, habla y actúa con moderación. Idealmente, el líder es alguien que decide por consenso y sin atención a sus propios intereses. Ciertas normas de etiqueta, como la que sugiere no mirar a la gente a los ojos cuando se habla, son usadas como indicadores de autocontrol. No saber vivir en armonía con los parientes es la forma más común de locura (*de'a ituna*) que es causada a menudo, aunque no siempre, por efecto de la brujería (*jeputicuinācu, jersa cuahua*).

El chamanismo² es quizá el área donde este discurso del autocontrol es más fuerte, pues es también el área donde el descontrol trae los resultados más nefastos. Como mencionamos arriba, los chamanes obtienen su poder (*māripä*) del *māripä pabare* o *meyę pabare*, un sitio mágico donde se encuentra el conocimiento que les permite ver la realidad subyacente al mundo físico. Manipulando los elementos de este mundo simbólico promueven la salud, restableciendo la armonía, o causan daño, desatando fuerzas que no están bajo el control de los demás mortales, cuya expresión más frecuente es la enfermedad. Por ello, la educación de un futuro chamán está orientada a reforzar y medir su capacidad de autocontrol y resistencia. Un chamán descontrolado es peligroso porque desata fuerzas que no está en capacidad de aplacar, por lo que puede causar grandes penurias a su propia gente.

Si bien el chamanismo piaroa envuelve a toda la sociedad de cierta forma, está compuesto por dos especialistas principales, que son mutuamente dependientes y a menudo trabajan juntos: el *meyęruhua*, dueño o señor del canto, y el *yųhuąhuąruhua*, dueño o señor del yopo. Los primeros curan por medio del canto nocturno y el sople de agua; son chamanes con una capacidad de curación –y por tanto de agresión– limitada, por lo que son frecuentemente descritos como “chamanes buenos”. El segundo, el *yųhuąhuąruhua*, es la máxima autoridad ritual en el mundo piaroa y tiene un gran poder de curación y destrucción. Para llegar a ser *yųhuąhuąruhua*, un *meyęruhua* debe prepararse por años y cumplir con un riguroso entrenamiento a cargo de un *yųhuąhuąruhua* experimentado. Es por esto que el *māripa teäu*, la prueba de iniciación varonil y momento en el cual se selecciona a los jóvenes que tienen facultades para ser iniciados en la chamanería, es básicamente una prueba de resistencia al dolor y autocontrol.

Los chamanes suelen trabajar en conjunto y complementarse en la trata de pacientes o para realizar rituales de otro tipo. De esta manera no sólo unen sus fuerzas y

2. La epistemología, técnica, tecnología y funciones socio-médicas del chamanismo piaroa son muy complejas, por lo que en estas páginas sólo ofreceremos una síntesis

superficial de sus fundamentos (para más detalle ver Monod 1970, 1987; Rodd 2002, 2003, 2004).





Meyeruhua, Alto Carinagua. Fotografías Raúl Sojo.

conocimientos sino que se protegen unos a otros durante el trance ritual, que es el momento en el cual un chamán es más susceptible de ser atacado por otros chamanes o espíritus malignos. Los *męyęruhua*, por otro lado, buscan el apoyo y la guía de un *yųhuųhuųruhua* de prestigio y suelen asistirlo en la realización de rituales importantes, como el *idųyų tekųhuųruhua*, una importante fase del ritual de curación que se lleva a cabo en los saltos de agua. Los *męyęruhua* también suelen acudir a un *yųhuųhuųruhua* prestigioso en busca de ayuda, para aclarar un diagnóstico complicado, por ejemplo (ver Rodd 2004: 40). Entre estos dos especialistas se establece así una relación parecida a la del médico y el enfermero. En este esquema jerárquico de mutuas asistencias profesionales algunas veces se insertan los Auxiliares de Medicina Simplificada, como veremos más adelante, y en menor medida algunos (poquísimos) médicos residentes en las comunidades (llevados ahí por las misiones gubernamentales de los últimos dos años).

Las drogas alucinógenas y los estados de conciencia alterada juegan un papel central en las prácticas chamánicas piaroa y Rodd (2002, 2003, 2004) ha sugerido que éstas también inciden en su efectividad curativa sobre los pacientes. Las drogas comúnmente utilizadas por los chamanes incluyen: 1) el tabaco (*jättei*), fumado en forma de grandes habanos, chupado como chimó o bebido con agua; 2) el caapi (*tuhųpų sęri*), preparado de la corteza de *Banisteriopsis caapi*, masticado o bebido; 3) el yopo (*yųhuų*), preparado con las semillas de *Anadenanthera peregrina*; inhalado en polvo; y 4) el *dųdų*, preparado de la corteza de *Malouetia* sp., que es bebido. Estas drogas se toman frecuentemente en combinación, lo que produce fuertes visiones y sonidos que son interpretados por los chamanes en base a sus conocimientos de la simbología mítica y cultural piaroa, así como a las dinámicas sociales que rodean al paciente y la enfermedad. Basado en una interesante revisión de literatura biomédica y neuroquímica, Rodd (2004) ha propuesto que bajo el estímulo químico de las drogas los chamanes logran estados alterados de funcionamiento cerebral (más agudos desde el punto de vista simbólico-analítico), o modos integrativos de conciencia (cf. Winkelman 2000), que aumentan su capacidad de interpretación de los elementos socio-culturales e individuales relacionados con la enfermedad. Este estado de conciencia alterada les permite identificar las condiciones psicosomáticas patológicas que generan el estado de la enfermedad y encontrar así estrategias de adaptación psicosocial que permitan resolver el problema. La cura chamánica tiene una incidencia directa sobre el entramado social de la enfermedad, lo que incide, de manera directa o no, sobre las perspectivas de la curación y la sensación de “bienestar” del paciente.



El rito curativo puede durar horas o días, e incluso meses, dependiendo de la complejidad del caso y del ritmo de recuperación del paciente. En los casos más sencillos el chamán baña al enfermo con humo de tabaco, extrae los agentes patógenos (representados por un cristal de cuarzo u otro tipo de piedra) del interior de su cuerpo y los despedaza o limpia con su soplo. Los casos más complicados requieren una (o más) sesión(es) de cantos (*meŷ paü*) que pueden tomar toda la noche y no terminan hasta bien entrado el día siguiente. Los cantos prolongados proceden a ritmos intermitentes, alternando períodos de canto con períodos de descanso silencioso, durante los cuales el chamán y su(s) acompañante(s) ingieren drogas para incrementar sus visiones. Los casos más graves requieren de un ritual especial en un raudal durante las horas del día, el *idäyã tekãhuãruhua*, en el que se baña al paciente mientras se invoca la ayuda de los espíritus asociados a las rocas, y culmina con una pelea ritual con los agentes malignos.

Los chamanes tienen un repertorio muy amplio de cantos sagrados que aprenden durante su largo proceso de formación. Estos cantos tienen funciones específicas y varían, por ejemplo, según el tipo de enfermedad, la etapa del proceso de curación o si el tratamiento es preventivo o **terapéutico**.³ Aunque algunos autores han afirmado que el canto piaroa es reminiscente de un lenguaje ancestral (Overing y Kaplan 1988; Oldham 1997) no hay estudios sistemáticos de las características gramaticales, lexicales, semánticas, temáticas o estilísticas de estas narrativas que sostengan tal afirmación. Según nuestras experiencias casuales, los cantos varían mucho de un chamán a otro y de un caso al siguiente. En algunos casos, el monólogo cantado es más bien una explicación de la causa de la enfermedad y del compromiso del chamán por resolver el problema, aunque más frecuentemente hacen referencia a los dioses o seres primordiales y su poder curativo, especialmente a Chejeru, la creadora y maestra de muchos (aunque no todos) los cantos piaroa. Los cantos también recuentan episodios mitológicos y en tal sentido sirven para ligar la historia mitológica a las visiones actuales del chamán. Otros cantos enuncian los lugares sagrados, especialmente las montañas *mãrihue'ca*, en las que tuvieron lugar los diferentes actos de la creación del mundo, o los *ttiññãhuoŷe*, en donde se encuentran sus familiares muertos, aludiendo al viaje del chamán al mundo espiritual y al encuentro con sus poderes aliados.

³ El canto chamánico tiene muchas otras funciones además de las estrictamente médicas. Entre otros, el canto se puede orientar a: estimular la buena cacería, inducir las lluvias, fomentar la producción de cultivos o la regeneración de las plantas y animales silvestres, asegurar

el éxito de un nuevo matrimonio, domesticar y entrenar un perro de caza, preparar los rituales de iniciación, etc. Aquí, sin embargo, nos limitamos a describir los casos directamente asociados con la salud humana.

Los cantos también se emplean para purificar la carne y/o curar las enfermedades asociadas a su consumo. En estos casos generalmente hacen referencia al animal, sus sonidos, movimientos, conductas, morfología, sus amos y sus moradas. Otras veces los chamanes parecen canturrear melodías sin articular palabras específicas, aunque ellos sostienen que sus cantos siempre “tienen su lenguaje”. Debido a que los Piaroa asocian el lenguaje (*ihuene*) al pensamiento y éste al poder de creación o acción, es válido asumir que la palabra inscrita en el canto constituye una parte esencial del diagnóstico y la terapia chamánica. El canto transmite el poder del chamán y sus aliados a elementos de la naturaleza que son tan necesarios para la vida como peligrosos, liberándolos así de su potencial contaminante; convirtiendo el agua impura en pura, descontaminando la comida, propiciando la producción sostenida de los recursos silvestres, dirigiendo la fuerza de las drogas hacia los resultados deseados y reforzando la resistencia inmunológica del cuerpo y el espíritu de los parientes cercanos.

Los chamanes y sus ayudantes cuentan con varios objetos rituales o armas mágicas, tanto defensivas como ofensivas, que emplean durante sus batallas contra los hechiceros malvados y sus agentes patógenos. El arma más común es el *huänäriso'qui*, un cristal que los chamanes lanzan a través de una cerbatana o un arco imaginario. Muchas enfermedades son atribuidas a cristales de este tipo, que algún ente maligno ha arrojado al cuerpo de la víctima. El curandero suele mostrar estos cristales a los presentes una vez extraídos del cuerpo del enfermo, como prueba de su poder y de la inminente cura. Otras piedras-contras empleadas como proyectiles son: el *ojuodaä ido'qui* “piedra de la danta-anaconda”, *reyo ido'qui* “piedra del hombre salvaje”, y *huaruna ido'qui* (un tipo de cristal). El *rediyu* o maraca, rellena con pequeñas piedras llamadas *yu,ri,yu, ido'qui*, es otra arma curativa que puede absorber cualquier tipo de enfermedad. El humo de *märu-huä* o caraña (resina de *Protium carana*) también se aplica para preparar al enfermo para la operación curativa, así como para espantar a los espíritus malignos. Adicionalmente, el chamán tiene varios adornos mágicos que lo protegen de sus enemigos, que incluyen: el *yähuäcä*, hecho del fruto negro de forma cónica de una palma (no identificada); el colmillo de cochino domesticado, el collar de dientes de báquiro y una totuma o ñña de cachicamo gigante rellena con *yähuina*, polvo de las hojas y raíces de *Caladium bicolor*.

Las drogas y los cantos sagrados permiten al chamán emprender el viaje al *märipä pabare*, ubicado en el cielo, donde se encuentra con sus aliados espirituales –los *ttjängñhua*(tü) y *jädöcuätii*– y pelear con otros chamanes y entes enemigos, *pa'yu'ra'*, *märipä*, etc. Las puertas de entrada y salida del *märipä pabare* se ubican en la puesta y la salida del sol respectivamente.



te. Este lugar mágico consiste de tres niveles o capas superpuestas. De abajo hacia arriba, el primero, que algunos informantes llaman *meye pabare*, corresponde a los picos de las montañas, a donde puede llegar (casi) cualquier persona que tome las drogas sagradas, aún sin tener un gran poder chamánico, como por ejemplo los *meyeruhuã* sin mucho renombre. Desde este nivel el chamán tiene una vista clara del mundo terrenal, de las personas y los demás seres que habitan el bosque, así como de todo lo que ha ocurrido en el pasado, lo que está ocurriendo en el presente y lo que sucederá en el futuro. Pero sólo los chamanes entrenados pueden interpretar correctamente esas visiones y con ello determinar las causas de las enfermedades y males que afligen a las personas. El segundo nivel es el lugar donde se efectúa la curación, concebido como un campo de batalla (y salvación) donde los chamanes confrontan –y se espera que derroten– a las fuerzas del mal y la enfermedad. Este nivel está ubicado en el cielo, más allá de las nubes, y sólo es accesible a los *yuhuñhuñruhuã* experimentados y poderosos, los que dominan el *märipä*, que es el máximo poder chamánico que permite ver lo invisible y manipular las fuerzas incontrollables del bien y del mal. Allí las fuerzas espirituales antagónicas viven en permanentes luchas y constituye la región más peligrosa tanto para el curandero como para el paciente, pues es ahí donde se decide el resultado de su tratamiento. El tercer nivel, que corresponde al nivel en el que se ubican el sol, la luna, las estrellas y otros cuerpos celestiales, no es accesible ni a los humanos (o sus espíritus) ni a los chamanes. Este es un plano privativo de los dioses *ttüññhua(tü)*, quienes vigilan y cuidan las acciones de los espíritus y fuerzas subordinadas.

Finalmente, además de las funciones curativas, los chamanes piaroa juegan un papel central en la regulación del equilibrio ecológico y social de sus comunidades, que como vimos antes constituyen una parte importante de la salud, en el sentido más amplio. Por un lado, los chamanes armonizan la relación de sus comunidades con el entorno, garantizando entre otras cosas la abundancia de los recursos que posibilitan la vida, tales como los animales de caza y las plantas que comen estos animales y las personas. Por otro lado, los chamanes –y el miedo que inspiran los brujos enemigos y los seres malignos, especialmente en el pasado– garantizaban las bases de la continuidad social, pues hacían que los jóvenes respetaran a sus mayores y eligieran seguir las normas de la buena conducta de la comunidad. Muchos ancianos atribuyen el creciente deterioro ambiental, reflejado en el agotamiento de algunos ríos y la merma en la cacería, así como el comportamiento antisocial de la juventud –visible en el incremento del alcoholismo y la violencia intracomunitaria– a la decadencia de la chamanería y la supeditación de sus poderes a los del dios cristiano.

Los chamanes y la biomedicina

Aunque pocos piaroa admiten buscar asistencia chamánica hoy en día, la mayoría los consultan de manera frecuente y los chamanes continúan siendo una fuerza política de gran peso en su sociedad. Más aún, el diagnóstico chamánico es determinante en la toma de decisiones respecto a si buscar o no asistencia biomédica para un gran porcentaje de su sociedad; aunque en algunas comunidades evangélicas este rol consultivo y de prediagnóstico es satisfecho por el pastor, quien muy a menudo asume funciones de chamán cristiano.

Sin embargo, la mayoría de los piaroa coinciden en que hoy hay muchos menos chamanes que en el pasado, y en especial los del estatus de *yūhuḡhuḡruhua*. Entre las razones aducidas son recurrentes la conversión religiosa y las distracciones del mundo moderno, que según los ancianos no permite a los jóvenes concentrarse en su aprendizaje y llevar el conocimiento adquirido con responsabilidad. Sin embargo, el territorio piaroa está poblado de *meḡeruhūā* (pl.) y la mayoría de los piaroa acuden a ellos con frecuencia. Y aunque los *yūhuḡhuḡruhua* (pl.) parecen haber disminuido en número –en toda la cuenca alta del Cataniapo, por ejemplo, con unos 500 habitantes, se sabe de la presencia de uno solo– algunos han adquirido un renombre y un radio de acción considerable por medio de una exitosa interacción con el mundo criollo.

Contrario a lo señalado por otros autores, no creemos que exista una clara distinción entre las enfermedades que deben ser tratadas por los doctores y las que deben ser tratadas por los chamanes (cf. Oldham 1997; Rodd 2004). El proceso de diagnóstico y asignación de responsabilidades es muy fluido, y si bien existe consenso sobre la eficacia de la medicina occidental para ciertos males, como la malaria, las parasitosis y las roturas de huesos, éstas pueden ser atribuidas a aspectos mágicos en su origen; o viceversa, una enfermedad que se pensó era de origen mágico puede ser llevada al hospital al ver que el tratamiento chamánico no da resultado. Ejemplo de esto es la siguiente cita de un Auxiliar de Medicina Simplificada (AMS) de Gavilán, en la cuenca del Cataniapo:

“Con los tuberculosos, esta gente [los *yūhuḡhuḡruhua*] no recuperan [no curan]. Yo trabajé en un caso por ejemplo, que aunque no llegaba aquí [a la enfermería] yo siempre iba a visitarlo, y yo sospechaba que podría ser tuberculosis, y quería sacarle el esputo para mandarlo al CAICET. Y él estaba con los chamanes que decían, ‘no, vamos a hacer esto y aquello’, ‘ya se va a recuperar el paciente’.



Y resulta que ellos trabajaron dos meses y no se recuperaba el paciente. Y entonces yo fui, le saque el esputo y lo mandé al CAICET y salió positivo y le mandaron el tratamiento (...) Y entonces ahora tengo una prueba, ni el *yūhuḡhuḡruhua* ni el *meḡeruhü* pudieron curarlo. Y me felicitaron los familiares". (Camilo Pérez, AMS, Gavilán).

Un ingrediente esencial en la toma de decisiones respecto al tratamiento es la voluntad del paciente y su familia. La asistencia o no al hospital o al chamán, más allá de las consideraciones sobre la etiología de la enfermedad, recae sobre el núcleo familiar y éste es un aspecto que los Auxiliares de Medicina Simplificada, tanto como los chamanes, respetan y consideran vitales para el tratamiento exitoso del paciente (ver adelante). Para un porcentaje importante de la población, con seguridad la mayoría, sin embargo, si un chamán dictamina la "muerte espiritual" de un paciente, que según Rodd es una parte indispensable del prediagnóstico chamánico (Rodd 2004: 210), éste y sus familiares se resisten a recibir tratamiento médico occidental, pues consideran que es mejor morir en su comunidad, rodeados de su parentela cercana. Según el relato del mismo AMS citado arriba,

"Si el *yūhuḡhuḡruhua* dice 'el espíritu está muerto ya', bueno, ahí lo que queda es llorar. Aunque uno lo ve vivo, por grave que esté, pero por el espíritu se sabe que ya está muerto. Ahí si nosotros ya estamos seguros, porque estamos de acuerdo con este *yūhuḡhuḡruhua*. Nosotros sabemos que en tres, cuatro días se muere" (Camilo Pérez, AMS, Gavilán).

En estos casos, los chamanes se concentran en proveer a la persona y a sus familiares de un "buen morir", ayudando a su espíritu (*q'cuḡruḡhuḡ*) a encontrar el camino de sus antepasados y alejando a los espíritus o chamanes enemigos de la familia del enfermo. Aunque en general la chamanería y la biomedicina no están enfrentadas en la visión piarua de la salud, existen casos como éstos en los que ambos modelos chocan frontalmente, pues mientras el concepto de "buen morir" suele ser difícil de aceptar desde el punto de vista occidental, pocos piarua convencidos de su muerte aceptan ser sometidos a tratamientos biomédicos, particularmente los ancianos (ver punto sobre la muerte para mayor información).

ESTADO ACTUAL DE LA SALUD

Morbilidad y mortalidad

No se han llevado a cabo estudios sistemáticos sobre morbilidad y mortalidad que abarquen la totalidad del territorio piaroa, y los ambulatorios rurales dispersos a lo largo de la periferia sólo reportan sobre una parcialidad de la población. Sus registros, además, suelen ser irregulares e incompletos, por lo que la información sobre morbilidad y mortalidad de que disponemos es dispersa y con diferentes niveles de confiabilidad y detalle. Por esta razón, en las páginas siguientes presentaremos un reporte comparativo de los estudios aislados llevados a cabo en comunidades de tierra adentro (cuenca alta del Cuao) y de la periferia (cuenca del Cataniapo) por los autores, así como los reportes del Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Esto a fin de dar una visión panorámica de los principales males que aquejan a los Piaroa y de las principales diferencias entre las comunidades de las dos áreas.

Como en todo lo demás, existen variaciones importantes en la morbilidad de las comunidades periféricas y las de tierra adentro y éstas están directamente relacionadas con su acceso diferencial a los servicios de salud. En 1987, Zent encontró que en Cataniapo existía un promedio de 2,15 enfermedades “recordadas” **por individuo**,⁴ mientras que en el Cuao el promedio era de 3,12, un 45% más alta que en Cataniapo. Zent propuso que esto se debía probablemente a un incremento en el número de personas entrando y saliendo del Cuao durante los últimos 10 a 30 años, lo que facilitaba la transmisión de enfermedades. La ausencia de servicios médicos modernos, por su parte, permitía el desarrollo de las enfermedades hasta puntos muy avanzados, por lo que la mortalidad y la esperanza de vida eran también más precarias en las comunidades de tierra adentro.

Esta situación incidía en las tasas de crecimiento poblacional de las dos áreas. En el mismo estudio, Zent encontró que las tasas de reproducción neta (basada en una comparación de las proyecciones de fertilidad y mortalidad para la progenie femenina), tenían valores de 2,4 para el grupo de Cataniapo y 1,5 para el Cuao. Lo que significa que el grupo de Cataniapo se reproducía más de dos veces el número de mujeres por generación,

4 Estos datos se refieren a la percepción de morbilidad en la población entrevistada y no necesariamente a la realidad. Como se muestra más adelante, la percepción de enfermedad entre los piaroa tiene importantes

diferencias de la occidental, que incluyen diferencias clasificatorias (los parásitos, por ejemplo, casi nunca son reportados como enfermedad, quizá por ser un aspecto crónico generalizado) y etiológicas.





Mujer con bebé en brazos. Fotografía Christian Español.

mientras que las madres del Alto Cuao reproducían a una tasa levemente mayor que uno y medio de mujeres por generación. Así, la población de Cataniapo debía duplicarse cada 35 años, mientras que a la población del Cuao le tomaría unos 56 años. Esta tendencia se acentúa notablemente con los procesos migratorios mencionados arriba, pues a la tasa de crecimiento poblacional superior de la periferia se suma el crecimiento debido a la migración, que es mucho más acelerado que el anterior, recordemos que la migración ha involucrado a más del 90% de la población en sólo 40 años.

Otras patologías, sin embargo, se han visto fortalecidas por el nuevo patrón de residencia de las comunidades periféricas y la creciente concentración de población, como los parásitos, las gripes y la malaria. Según cifras del CAICET, por ejemplo, el promedio de parásitos por individuo en el Alto Cuao para principios de los noventa era 1,98, mientras que en Cataniapo era de 2,26 a 3,75 por individuo (Zent 1993: 59).

En cuanto a las enfermedades más comunes de la periferia, de un censo realizado en el 2000 (Freire 2000), entre enero y marzo (temporada seca), entre 378 personas de 5 comunidades del Alto Cataniapo, destacaron las siguientes tendencias de causas de enfermedad reconocidas por los propios informantes (tabla 2):

Tabla 2. Morbilidad reconocida por informantes del Alto Cataniapo

Enfermedad	Número de casos	Porcentaje de la morbilidad total	Tasa de morbilidad (%)
Malaria	19	45,2	50,3
Enfermedades de la piel	5	11,9	13,2
Diarrea	4	9,5	10,6
Cáncer	3	7,1	7,9
Gripe	2	4,8	5,3
Tuberculosis	1	2,4	2,6
Parásitos	1	2,4	2,6
Vómito	1	2,4	2,6
Fiebre	1	2,4	2,6
Mordedura de culebra	1	2,4	2,6
Aborto	1	2,4	2,6
Anemia + dolor de espalda	1	2,4	2,6
Locura	1	2,4	2,6
Hepatitis	1	2,4	2,6

Entre las enfermedades más importantes podemos comentar que los datos de malaria (*chawo märkei*) de Cataniapo corresponden con la tendencia del resto del Estado Amazonas, pues los Piaroa tienen actualmente la incidencia más alta de malaria en el estado (Dra. Magda Magris, comunicación personal). La baja incidencia de parásitos



(*teipu/teichu*), por otro lado, puede deberse a la estación durante la cual se recogieron los datos o a la poca importancia que los piaroa prestan a este mal, que sin embargo afecta crónicamente a la mayor parte de la población y es especialmente fuerte a principios de la temporada de lluvias. Muchos casos de diarrea (*cha'mi*) aunque no fueron reportados como tales pueden deberse a parásitos.

Entre las enfermedades endémicas de tierra adentro que tienen menor incidencia en la periferia destacan la leishmaniasis (*huäre*), la tuberculosis (*huarepä*), la “debilidad” (*jiyupä*), especialmente en ancianos, las manchas de piel (*huasi*) y la infección de los ganglios linfáticos, caracterizada por hinchazón debajo de las orejas, en el cuello y en las axilas (*duduyu*). En sus trabajos de campo de mediados de los ochenta, Zent encontró en el Alto Cuao al menos 5 o 6 casos que presentaban los síntomas típicos de la leishmaniasis (llagas en las piernas, espalda y pecho e irritación de las membranas mucosas), además de otros cuatro casos que habían sido tratados en San Juan de Manapiare (Zent 1997: 15). Las manchas de piel (*teu huasi*), probablemente carate, afectaban del 10% al 15% de la población del Cuao y los parásitos probablemente al 100% (*ibid.*: 16).

Otro tipo de enfermedades muy comunes que casi nunca son reportadas, a pesar de afectar tremendamente la calidad de vida, son las causadas por pestes, que suelen ser tratadas por ellos mismos o ignoradas. Las niguas (*huäku*), por ejemplo, un tipo de parásito que se aloja en la cutícula de los pies y las manos –que infesta el suelo de las casas y sus alrededores– son extraídas con cuchillos o anzuelos y las casas desinfectadas vertiendo agua caliente en el piso. En las casas de techo de palma son comunes también las pulgas (*tacuo*) y otros insectos, especialmente cuando no se hace fuego en su interior, pues el humo actúa como repelente. Pero éstas y otras afecciones menores no son generalmente reportadas como enfermedades por los Piaroa, por lo que no existen registros al respecto.

Las cifras de la Dirección Regional de Epidemiología del Ministerio de Salud sólo reflejan los datos de que se dispone a nivel de Distrito Sanitario, pues sólo registran los ambulatorios rurales tipo II, que en el territorio piaroa son uno por distrito/municipio y dos en las cercanías de Puerto Ayacucho ([ver tabla 5](#)). Pero éstos no hacen distinción entre población indígena y no indígena y registran de manera no sistemática e interrumpida (de acuerdo a la presencia o no de personal de salud, que tampoco es regular), por lo cual reflejan tendencias que no se corresponden necesariamente con el perfil de la población indígena, en general, ni mucho menos con el de una sociedad

en particular (que varían mucho debido a diferencias en sus patrones de consumo, producción, creencias religiosas, etc.). Para el 2004, las proyecciones de morbilidad del Instituto Nacional de Estadísticas para todo el Estado Amazonas daban como principales causas de enfermedad fiebre, síndrome viral, diarrea, helmintiasis, cefalea, rinofaringitis aguda, otros traumatismos, heridas, dolor abdominal y anemia, en ese orden de importancia. En los municipios de mayoría indígena en donde se concentra la población piaroa (Manapiare, Autana y Atabapo) las principales causas de enfermedad eran malaria, diarrea, fiebre, amibiasis, rinofaringitis, helmintiasis, caries dentales y anemia. Mientras que en Átures, donde existe una gran cantidad de comunidades piaroa pero la mayoría de la población es criolla prevalecieron: síndromes virales, anemia, rinofaringitis aguda, helmintiasis, diarrea, fiebre, infecciones urinarias y cefalea, entre otros.

En cuanto a la mortalidad al nacer, de una muestra de 70 madres en el Cataniapo y 53 en el Cuao, para un total de 348 nacimientos en cada uno, Zent encontró en 1992 que se reportaron 57 nacidos muertos en Cataniapo y 71 muertos en el Cuao, para un total de 0,1638 casos muertos por individuo vivo en Cataniapo y 0,2817 para el Cuao (Zent 1993). La expectativa de vida para entonces en Cataniapo, por otro lado, era 46,7 años, mientras que en el Cuao era de 34,3 años. “La interpretación global de los resultados destaca que los piaroa más aculturados tienen una tasa de sobrevivencia más alta que los piaroa menos aculturados” (Zent 1993: 72).

Las cifras del INE del 2004 en cuanto a mortalidad para todo el estado destacan como principales causas: neumonía, enteritis, causas desconocidas, mordedura de serpiente, malaria, tromboembolismo, cáncer, desnutrición, diabetes y enfermedades hepáticas, en ese orden de importancia. En los municipios Manapiare, Autana y Atabapo (de mayoría indígena) destacaron accidentes, homicidios, cáncer, enfermedades del período perinatal, enteritis, hepatitis y las muertes por causa desconocida, entre otras, con distintos ordenes de incidencia de un municipio a otro. En Átures (de mayoría criolla) las principales causas de muerte fueron cáncer, hipertensión, enteritis, accidentes, infarto al miocardio, enfermedades del período perinatal, neumonía, diabetes, homicidios y suicidios.

Abajo presentamos una lista con los principales términos piaroa de salud y enfermedad, que esperamos sirva tanto para facilitar la comunicación entre los practicantes de medicina y la población piaroa como para la planificación y puesta en práctica de futuras investigaciones relacionadas con salud.



Medicinas y tratamientos

Los Piaroa utilizan el mismo término genérico para referirse tanto a las medicinas alopáticas como a sus medicinas tradicionales: *jahuapu*. Éste es generalmente acompañado por un prefijo para distinguir entre, por ejemplo, *de'a jahuapu* remedios silvestres (de plantas) o medicina tradicional y *yodo jahuapu*, la serie de rituales y prácticas asociadas al trabajo nocturno del chamán. La noción de enfermedad, en general, corresponde a una serie de términos que describen síntomas, más que definir una enfermedad en sí, y por ello muchos términos pueden coincidir con lo que en español se definiría como una misma enfermedad o síntoma. Esto debido a que aunque los síntomas se repiten a nivel superficial (visible) pueden deberse a diferentes causas a nivel simbólico (invisible), lo cual va a determinar un tratamiento diferenciado del mismo problema superficial (tabla 3). “Diarrea”, por ejemplo, es descrita como *cuo mārichei*, *mīyū' mārichei*, *pättecu* o *cha'mi*, y puede ser causada por factores tanto mágicos como del mundo físico; la gripe (*aurē mārichei*) puede deberse al simple contagio y es tratada como tal, excepto si forma parte de una seguidilla de enfermedades o es acompañada de una mala racha y hay razones para pensar que es producto de un ataque enemigo, o si se prolonga más de lo común o se complica. Por esto, el acto de diagnosticar las causas verdaderas de los síntomas externos (visibles) de una enfermedad es un proceso que va más allá de lo meramente biofísico e involucra aspectos del mundo invisible que están en constante evaluación. El diagnóstico y la toma de decisiones respecto al tratamiento son aspectos muy fluidos.

Como se mencionó arriba, sin embargo, la visión de salud de los Piaroa rara vez entra en conflicto con la asistencia médica occidental y, lo que es más, ésta es muy bien percibida por el grueso de la población, determinante de su redistribución geográfica reciente. Un elemento clave al seleccionar un tratamiento son las facilidades de acceso a un centro de atención biomédica. Zent encontró a principios de los noventa que en Cataniapo, donde la asistencia médica es de fácil acceso, el 51% de los casos de enfermedad fueron tratados con medicamentos occidentales, 11% con medicamentos nativos y un 38% no se trataron. En el Alto Cuao, en cambio, donde los centros de asistencia médica están muchas veces a más de un día de camino, un 33% se trataron con medicamentos occidentales (algunos de los cuales fueron suministrados por el propio antropólogo), un 9% con medicamentos nativos y un 58% no se trataron (Zent 1993: 64). Por esto, el acceso o no a una atención biomédica oportuna es altamente determinante de su estado de salud, más allá de los procesos de diagnóstico y socialización de la enfermedad que se den al interior de la comunidad.

La **tabla 4** presenta una lista de plantas utilizadas por los Piaroa para tratar ciertas enfermedades comunes en la zona (los nombres botánicos de las plantas mencionadas fueron omitidos en la tabla para respetar la voluntad de los Piaroa, que son muy celosos de que este conocimiento no se maneje sin su control). A pesar de no constituir una lista exhaustiva, la tabla ejemplifica la gran diversidad de opciones locales con la que cuenta la población piaroa, un conocimiento que, sin embargo, está en rápida decadencia. La tabla espera además llamar la atención de los practicantes de medicina, así como de los Auxiliares de Medicina Simplificada, sobre la existencia de alternativas botánicas locales a la carencia de medicamentos en la que tienen que ejercer sus funciones normalmente. La identificación de las plantas de la lista y su forma de preparación medicinal no constituyen un gran reto para la mayoría de la población adulta, aunque algunas pueden requerir de la experticia de los más ancianos.

RELACIONES CON LOS PLANES DE SALUD DEL ESTADO

Distribución del gasto público y reorganización demográfica

Como vimos en las primeras secciones de este capítulo, los Piaroa han buscado activamente acercarse a los centros de atención médica durante los últimos cuarenta años y en términos generales se puede decir que tienen una buena apreciación del impacto de la biomedicina sobre su salud. De hecho, los grandes cambios socio-culturales y demográficos que han experimentado durante este período son en gran medida debido al acercamiento voluntario a las fuentes de atención biomédica, tanto misioneras como gubernamentales. El resultado de este acercamiento, como vimos arriba, ha sido relativamente positivo desde el punto de vista clínico. En general, los Piaroa de la periferia gozan de mejor salud que los de tierra adentro debido a su acceso privilegiado a los centros de atención biomédica. Por este mismo efecto, las comunidades de la periferia reflejan un crecimiento poblacional más acelerado que las de tierra adentro (Zent 1993).

La concentración de recursos biomédicos en la periferia, no obstante, ha puesto una mayor carga sobre sus relaciones ambientales y su capacidad productiva, ya que los obliga a asentarse en las inmediaciones de los centros urbanos y semiurbanos en los que se concentra el gasto público. Para tener una idea, a mediados de los noventa Toro encontró que casi



Tabla 3. Terminología Piaroa de Salud/Enfermedad

Piaroa	Castellano
áčã jurã barahua	dolor de caderas (del hueso)
áčãrã	labio leporino
acua barahua	dolor de garganta
acuepocu	no puede orinar
áčuri iáttei	seborrea
adihua acuaruhua	sano
ahuate surohuãcha	leche materna de mala calidad
ãhuiri secue	micosis de forma redondeada
ajã barahua	dolor de oído
ajapãru	tos, tosiendo
ãka yjy.yjãwa	mordedura de culebra
aku barahua	dolor de dientes (muelas)
amãhua kia	retención de la placenta
ame mãrichei	brujería: dolor de cabeza, la persona se pierde en el monte
amisoqui barahua	dolor de corazón
amisoqui juruhuei	infarto
amucãdoqui	retroceso o retardado mental
atte cuãna (cãmia)	enfermedad o síntomas inexplicables
ãttoka/ãttokãchũ	ceguera
aure	gripe
aure juruhua; aure mãrichei	neumonía
aure mãrichei	gripe con fiebre
barahua	dolor
bãrehuãdu	manchas en la piel (ej. síntoma de lechina)
cãkona moipa'a/po'u	aborto
chã'mi , pãcua chã'mi	diarrea (común)
chã'mi mãrichei	diarrea con mucho dolor, fiebre
chacue i'quihua, tacuã i'quiu (aure)	tos
chacue(ma) barahua	infección urinaria
chawo mãrichei	malaria o dengue, fiebre transmitida por zancudo
chiãhuachũ	decaimiento: persona que se pone flaca y decaída
cucuoja'a joisãcua (m), cucuoja'a joisãcua (f)	anemia
cunãu (mãrichei)	marca de la piel que sube por la pierna (parecido a culebrilla), a veces produce oclusión intestinal
cuo mãrichei	diarrea con sangre; amibiasis/gastroenteritis
cuocua'a	hemorragia
dacuo	gusano que deja el "zancudo de montaña"
de'a ituna	locura: persona que camina como loca por la selva
diyee	oncocercosis
duduyu	tumor o absceso o hinchazón
edecua	vómito
edecua cuocua'a	vómito con sangre
edere mãrichei	vómito prolongado o con fiebre
huachipãru	epilepsia
huanari	piel blanca
huãnãrisoqui cuã'a/juruhuei	cáncer
huãre	leishmaniasis
huãre, bãre (mãquirã huãre, ime huãre, remu huãre según el agente)	leishmaniasis (profunda)
huãre, ppoũ	micosis (encima)
huasi, idicu	impétigo
huasi, teu	pinta
huehuã uturuhua	dónde cayó piel/cuero
hui'ũ cunãru	parásitos
i'quihua	picazón
iãcua barahua	dolor de barriga
ihueca teãhuui	fractura de hueso
imu aure	tosferina, bronquitis
inãkãru	matamata (sale como la concha de una baba o tortuga)
iqui(u)	hongo
irãcãyã jãma/barahua	dolor/hinchazón de próstata
isoppana doãchũ mãriche	bacteria u otro microorganismo que causa enfermedad
jacuã banã corrupã'a	nacido muerto
jacuã nasãyu	hernia interna
jacuã ttũta ka'a	úlceras
jacuãma suropinu	bebe prematuro
jacuãna barahua isãyu	cáncer
jarakahua	enano
jãriyuhua eješcuocu	sordo
jawo ahũyu barahua	diente, absceso
jeputicinãcu	brujería: soplado por brujo (la persona se pone flaca, se siente perdida y pierde el pensamiento)
jerusa cuãhua	brujería: persona embrujada (la persona se despierta alterada, duerme mal y se levanta asustada, tímida)

Piaroa	Castellano
<i>jiypya</i>	débil, sin fuerza
<i>joäi märichei = chawo märichei</i>	enfermedad sin gripe u otro síntoma de enfermedad
<i>jurä (barahua/märichei)</i>	dolor de hueso, artritis, reumatismo
<i>jurä, duttä</i>	dolor de hueso, variante
<i>jurä, mejuyä</i>	dolor de hueso, variante
<i>jurä, ttattayu</i>	dolor de hueso, variante
<i>juruhuei hua'are</i>	muerte por cáncer
<i>juruhuei märiche</i>	infarto; fiebre fuerte
<i>kacuarä'attü</i>	voz ronca
<i>kase</i>	pus que sale de repente, generalmente se hinchan los pies y se extiende hacia arriba
<i>katate ucuäyu</i>	mastitis (infección o hinchazón del seno)
<i>kirikiri (märichei)</i>	lechina
<i>kiripatä</i>	picazón de piel
<i>kou (pl.), koiä (sg.)</i>	piojo
<i>märi huäricuina'a</i>	brujería: soplado por brujo (la persona pierde peso y se siente cansada, puede causar la muerte)
<i>märiche(i)</i>	virus (infección debajo de la piel), enfermedad sistémica
<i>moipünüta/moipünäcua</i>	aborto, nacimiento prematuro
<i>mouchaju</i>	embarazo ectópico
<i>mu'suhuäri</i>	gonorrea
<i>na'achäru (m), na'achäräju (f)</i>	epilepsia
<i>na'achocu</i>	sano (sin enfermedad)
<i>na'achü</i>	enfermo
<i>na'achüpäru</i>	desmayo
<i>nasäyu</i>	hernia
<i>näsäyu</i>	tumor
<i>näyätä</i>	lombriz intestinal
<i>niiy märichei</i>	diarrea con sangre y fiebre (epidémica)
<i>niiy/ö</i>	fiebre aguda
<i>oyu jurä</i>	tumor (del cuello)
<i>päterä märichei</i>	infección linfática
<i>pätetiä (rahuipa) amisoqui</i>	muerte rápida (ej. infarto)
<i>pättecu (cha'micu)</i>	diarrea y vómito
<i>ppuhuo isäma</i>	dolor o malestar después del aborto
<i>re'cu</i>	sarna
<i>saräpiiy</i>	sarampión
<i>secue</i>	micosis (mancha blanca con picazón)
<i>suripa china(ju)</i>	locura: persona que se vuelve loca y sale a caminar
<i>tabjiy bea'a</i>	circulación, respiración corta
<i>tacuäsähua käku (sg.), tacuäsähua käu (pl.)</i>	asma
<i>tädia</i>	piel morada (ej. casos de gangrena)
<i>tajä isäju, tajä barahua</i>	otitis
<i>täki</i>	erupción causada por rascarse picaduras de insecto
<i>taku pparuhüächü, jawo barahua, jawo ucua</i>	caries dental
<i>takusahua ka'a</i>	encia infectada
<i>tattahuiya</i>	llaga
<i>te'a</i>	albino
<i>teättü ppoachü</i>	anemia
<i>teipu/teichu</i>	parasitosis
<i>ti'äre nahuichü</i>	catarata
<i>tiacuasayu oyu jurä</i>	tumor adentro
<i>tiäu</i>	escalofrío
<i>tijäpu iki(u)</i>	pie de atleta
<i>tika, tuppahui</i>	buba o bubón (ganglio linfático inflamado)
<i>tirepuhua</i>	calambre
<i>ttattau</i>	tartamudez
<i>ttu barahua (pl), u barahua (sg.)</i>	dolor de cabeza
<i>ttu niyy (pl), u'niyy (sg.), ttu niyäcua</i>	dolor de cabeza
<i>ttüahue huiä'chu jurä; ta'tayy jurä</i>	meningitis
<i>ttuppärippa märiche; huarepä</i>	tuberculosis
<i>ttüitta</i>	herida, cortada
<i>ttüttahuiyä märichei, lechina</i>	lechina/varicela
<i>'tu'täu märiche</i>	fiebre con escalofrío
<i>tucua joecha'a (pl.), ucuoja joechäcu (sg.)</i>	anemia
<i>tujuru juyü</i>	hiper/hipotensión arterial, enfermedad cardiovascular
<i>turi</i>	conjuntivitis
<i>tusäcua tukirisa</i>	caspa
<i>tuyj märichei, ti'äre barahua märichei</i>	conjuntivitis
<i>ü'tä märichei</i>	apatía (considerada una enfermedad caracterizada por cansancio y flojera)
<i>yodo ajäu</i>	llanto nocturno: condición infantil caracterizada por el llanto desconsolado en los bebés
<i>yuricä</i>	inflamación visible (ej. laringitis, sinusitis)
<i>(tacuä) yuricäyu</i>	faringitis



Tabla 4. Lista de plantas medicinales Piaroa

Enfermedad	Nombre de la planta	Manejo*
Caspa, piojos	<i>tuduhuä, huimärä äbjyä</i>	silv
Conjuntivitis	<i>tädo batiyura huipo</i>	silv
Conjuntivitis; infección ocular	<i>terä atiyarä huipo</i>	silv
Diarrea y dolor de estómago	<i>muhui dau</i>	silv
Diarrea, gastroenteritis/disentería/amibiasis	<i>seppa</i>	silv
Diarrea, parásitos	<i>huehua kärihuäcä</i>	silv
	<i>keriyei</i>	silv
	<i>müsürüru po'tä, ppöj</i>	silv
	<i>po'tiyä</i>	silv
	sese mayu	cult
	<i>yuku po'tä</i>	silv
Dolor de barriga	<i>cuotä dau</i>	silv
	<i>ruhuä, djyöcuä ucuä</i>	silv
Dolor de barriga/estómago; diarrea	<i>cha'mi jahuapo</i>	cult
Dolor de barriga/estómago; gripe	<i>se'i, de'a</i>	silv
Dolor de barriga/estómago; gripe; diarrea, parásitos	<i>se'i, cunähuä</i>	cult
Dolor de barriga/estómago; parásitos; infecciones bronco-pulmonares	<i>mayatü dau</i>	silv
Dolor de cabeza	<i>mara, yuri</i>	silv
Dolor de cintura	<i>ko'o dau</i>	silv
Dolor de dientes o encías	<i>acu barahua jahuapo</i>	silv
	<i>bäde, idiyu ucuä</i>	silv
	<i>deiyäri</i>	silv
Dolor de dientes o encías; picadura de alacrán	<i>bäde, bäre</i>	silv
	<i>bäde, ppöj</i>	silv
Dolor de dientes o encías; piojos, escabiosis, hongos	<i>auppä, kähua</i>	silv
Enfermedad miscelánea	<i>tenu huiiyä</i>	silv
Fractura de hueso	<i>mächücä, bäre</i>	silv
	<i>ppätä</i>	silv
Gastroenteritis/disentería	<i>reu po'tiya</i>	silv
Gonorrea	<i>päcua'u wipo</i>	silv
Gripe	<i>aure jahuapo</i>	silv
	<i>chau ajäri</i>	silv
	<i>huäripo</i>	silv
	<i>pu'ori, ppöj</i>	silv
Gripe infantil	<i>tu'u dau</i>	silv
Gripe; congestión nasal	<i>quiyu dau</i>	silv
Gripe; diarrea, parásitos	<i>huärimeje</i>	silv
	<i>tuajuä dau, ppöj</i>	silv
Gripe; diarrea, parásitos; dolor de barriga/estómago	<i>yhuächä'quë, bäre</i>	cult
	<i>yhuächä'quë, ppöj</i>	cult
Gripe; diarrea, parásitos; infecciones bronco-pulmonares	<i>müsürüru po'tä</i>	silv
Gripe; infecciones bronco-pulmonares	<i>chau, ppöj</i>	silv
Gripe; lechicina	<i>rimoni</i>	cult
Gripe-tos, tosferina; preventiva, vitamina	<i>imu ihuiripa huipo</i>	silv
Hepatitis	<i>muyy</i>	cult
Heridas	<i>märanäi</i>	silv
	<i>märuhuä, amo</i>	silv
Heridas, llagas; piojos, escabiosis, hongos	<i>chädpäpä</i>	silv
Heridas; dolor muscular; picadura de hormiga 24	<i>märuhuä</i>	silv
Heridas; leishmaniasis; parásitos de la piel, picazón	<i>po'tä</i>	silv
Heridas; piojos, escabiosis, hongos; parásitos de la piel, picazón	<i>yuri ttäta</i>	silv
Inductor de parto; paludismo, dolor menstrual	<i>ppärere</i>	silv
Infecciones bronco-pulmonares	<i>ämujü</i>	silv
	<i>huarecha päjä</i>	silv
	<i>pähuehua wipo, bäreu</i>	silv
Lechicina	<i>huarä dau</i>	silv
	<i>kähuiyä</i>	cult

Enfermedad	Nombre de la planta	Manejo*
	<i>marama</i>	silv
	<i>moriq̄ui</i>	cult
Lechina; mordedura de culebra	<i>tānā</i>	silv
Lechina; paludismo; diarrea, parásitos	<i>çaçaçęçę</i>	silv
Leishmaniasis; tuberculosis	<i>hupā po'tā</i>	silv
Lesión de la piel	<i>kumādi, bāre</i>	silv
	<i>mejijyā isācua</i>	cult
	<i>pājāre dau</i>	silv
	<i>ppq̄yā</i>	silv
	<i>yāmā jahupā</i>	silv
Lesión de la piel; infecciones bronco-pulmonares	<i>puđire</i>	silv
Lesión de la piel; piojos, escabiosis, hongos	<i>jurāri, bāre</i>	silv
Llagas; piojos, escabiosis, hongos; huevos de nigua	<i>chau</i>	silv
Micosis; llagas	<i>jurāri, ppq̄j</i>	silv
Mordedura de culebra	<i>cuāpirā</i>	silv
Parásitos de la piel, picazón	<i>huoibā</i>	silv
	<i>naḡuyyurā</i>	silv
Parásitos de la piel, picazón; fractura de hueso	<i>pārupi</i>	silv
Parásitos de la piel, picazón; tumor	<i>i'ecā pājā</i>	silv
Picadura de alacrán, araña	<i>poā</i>	silv
Picadura, mordedura venenosa	<i>āka jahuapo</i>	cult
	<i>chāmure, de'a</i>	silv
	<i>chāūru</i>	silv
	<i>kāppā, ru'cā</i>	silv
	<i>kuhui atā</i>	silv
	<i>mānehua, quiripu</i>	silv
	<i>mucuhui</i>	cult
	<i>niuhuā jahuapo</i>	silv
	<i>reyoto huipo</i>	silv
	<i>tuhuo huipo, ppq̄j</i>	silv
	<i>tuhuo huipo, resa'biyā</i>	silv
	<i>tj'y dau</i>	silv
	<i>auppā, ppq̄j</i>	silv
Picadura, mordedura venenosa; dolor de cabeza	<i>tu'uhuā āhuiȳhui dau</i>	cult
Picadura, mordedura venenosa; hepatitis; lechina; gastroenteritis/disentería	<i>i'tā, bāre</i>	silv
Picadura, mordedura venenosa; infección femenina	<i>i'tā, ppq̄j</i>	silv
Picapica	<i>tuhuo huipo, bāre</i>	silv
Picapica, micosis	<i>pāruru dau</i>	silv
Pinta (decoloración de piel)	<i>huasi dau</i>	silv
	<i>huasi jahuapo, pātta</i>	silv
Piojos, escabiosis, hongo	<i>yukürü</i>	silv
Piojos, escabiosis, hongo; diarrea, parásitos; dolor de cabeza	<i>saru dau</i>	silv
Piojos, escabiosis, hongos	<i>ameu</i>	silv
	<i>cuotā dau</i>	silv
Piojos, escabiosis, hongos; inflamación de garganta	<i>chānāna</i>	cult
Piojos, escabiosis, hongos; picadura, mordedura venenosa;	<i>ninecā</i>	silv
Preventiva, vitamina	<i>huārimeje, ppq̄j</i>	silv
	<i>huārimeje, surājuā</i>	silv
Sarampión	<i>kāȳj ucuāi dau</i>	silv
	<i>tu'uhuā ā'huiȳj</i>	silv
Sarampión, lechina	<i>huiȳriyā</i>	cult
Tipo de hongo de cabello (úseborrea?), piojos	<i>de'a huodu</i>	silv
Tos ferina	<i>āppā</i>	cult
	<i>huāchā</i>	silv
	<i>pu'ori, bāre</i>	silv
	<i>uru</i>	silv

* Manejo, silv: silvestre; cult: cultivada



el 70% del gasto de salud del estado se concentraba en el único hospital de la región (Hosp. José Gregorio Hernández), en Puerto Ayacucho, y aunque el gasto público per capita en salud en 1993 era de Bs. 4.662 para todo el estado, el gasto real en sitios como la enfermería rural de San Carlos de Río Negro, en el interior del estado, era menor a los Bs. 350 por persona (Toro 1997). Esta tendencia, además, siempre ha tenido su paralelo al interior de las sociedades indígenas, beneficiando a las comunidades más grandes y desamparando a las más pequeñas o de tierra adentro, que son generalmente clasificadas como "aisladas" a pesar de tener registros epidemiológicos que demuestran lo contrario. En 1982, por ejemplo, 12 de las 16 (75%) comunidades piaroa que tenían más de 100 habitantes en ese entonces (consideradas comunidades grandes) tenían ambulatorio rural, mientras que ninguna de las más pequeñas tenían ese servicio (OCEI 1985). Diez años más tarde, en 1992, sólo un 6% de las comunidades más pequeñas habían logrado obtener este beneficio (OCEI 1993). Aunque se supone que las comunidades pequeñas están incluidas en los radios de cobertura de los ambulatorios de comunidades más grandes, en la práctica el acceso de las primeras a los servicios de ambulatorios localizados en comunidades ajenas es muy limitado, debido a dinámicas sociales y políticas entre comunidades vecinas (ver adelante).

Esto ha generado concentraciones alrededor de los centros poblados criollos y en comunidades grandes, hoy con más de 200 habitantes en promedio, lo cual genera una mayor presión sobre la tierra disponible y los recursos naturales. Los Piaroa han compensado esta pérdida de movilidad con una serie de estrategias que parecen contrarrestar de manera más o menos efectiva los efectos nocivos que la concentración de población pudiera tener sobre sus modos de producción (Freire s/f). Sin embargo, la concentración de población sin control puede tener efectos en el largo plazo que no están bajo el control de las comunidades y ya producen roces permanentes entre comunidades y frentes campesinos que compiten por los mismos recursos.

Los Auxiliares de Medicina Simplificada

A principio de los sesenta Venezuela inició el programa de entrenamiento de personal indígena en medicina simplificada, en el cual se han insertado un número creciente, aunque aún insuficiente de piaroa desde entonces. Los Auxiliares de Medicina Simplificada (AMS), en donde los hay, han asumido el rol de intermediarios entre la comunidad y el sistema nacional de salud, con resultados positivos para sus comunidades. En 1992,

por ejemplo, el número de personas enfermas en dos comunidades separadas por escasos 25 minutos en la cuenca alta del Río Cataniapo variaba de acuerdo a la presencia o no de un AMS. San Pablo, sin AMS, tenía casi dos veces más personas enfermas en ese momento que San Pedro, que tenía AMS, representando el 69% y el 35% del total de sus habitantes respectivamente (Zent 1992, censo sin publicar).

Los AMS están capacitados para tratar algunas afecciones “simples” directamente en la enfermería de la comunidad, como algunas infecciones o parasitosis, aunque su dotación de medicamentos ha sido tradicionalmente muy pobre. Para afecciones graves refieren al hospital de Puerto Ayacucho o al centro de atención médica más cercano, tales como los ambulatorios rurales tipo II, que en teoría deben contar con médicos residentes o, más recientemente, los centros de atención de la Misión Barrio Adentro (ver adelante), que cuentan con médicos en todos los casos. Por ser miembros de las comunidades donde trabajan, los AMS conocen las dinámicas y la lógica interna que gobierna la toma de decisiones respecto al tratamiento, por lo que dan a los pacientes mucha más confianza y tranquilidad que la que transmiten los médicos del hospital. En algunos casos éstos también coordinan sus actividades con los chamanes de la comunidad. De esta manera, los AMS se han convertido en un elemento importante en la lucha contra la resistencia al tratamiento biomédico, un aspecto común entre los pacientes indígenas del hospital.

Entre las razones más frecuentes para negarse a recibir tratamiento en el hospital se encuentran: la imposibilidad para comunicarse con el personal del hospital y por tanto la incompreensión del tratamiento; el miedo a las terapias intrusivas y las amputaciones —ésta es, de hecho, la causa más fuerte para resistirse a ir al hospital por mordedura de culebra; la falta de dinero y ayuda para mantener al acompañante; y la dieta de los pacientes, que no incluye ningún elemento de su dieta normal. Estos aspectos son especialmente sentidos por los pacientes de tierra adentro, quienes rara vez hablan español y tienen poca o ninguna experiencia con el mundo criollo. Un AMS explica esto de la siguiente manera:

“Una vez que yo creo que alguien tiene una apendicitis, por ejemplo, yo le explico que no se puede ir para su comunidad (...) Si viene del Cua, lo llevo yo mismo, personalmente, al hospital y después de que se opere le digo a los doctores que no lo dejen muchos días ahí, porque se molestan del hospital. Ellos nunca se acostumbran a estar hospitalizados. Siempre prefieren quedarse en su casa. (...) ¿por que? Porque ellos no tienen recursos económicos. No tienen con qué comer. Aunque el hospital le da la comida al que está hospitalizado, pero ellos necesitan





Piaroas aplicando y recibiendo una inyección.
Ambulatorio San Pedro. Camilo Pérez, AMS de Gavilán.

comida para el acompañante también. Y cuando les dan a tomar jugo... Para ellos, tomar jugo es como si tomaran agua, porque ellos están acostumbrados a un poquito de mañoco y agua. En la mañana el hospital les da un poquito de avena, con pancito, y café con leche. Pero el pan no es duro y cuando se moja se ablanda todo, aunque uno lo ve así duro, pero no. En cambio el mañoco no. El mañoco es lo que se toma por la mañana (...) Porque el mañoco es el que mantiene a la gente con fuerza y evita que dé tan rapidito el hambre, sino que uno aguanta para trabajar hasta el mediodía (...) Por eso es que a muchos pacientes con tuberculosis se les hospitaliza, pero como el tratamiento toma mucho tiempo la gente se va del hospital. Abandonan el tratamiento. Y al tiempo recae otra vez. Por eso es que ahora es obligado que lo trate un AMS al paciente, tiene que estar pendiente si tragó la pastilla, por ejemplo. Porque hay mucha gente que se la mete en la boca y cuando se va el auxiliar la escupen. Por eso es que a mucha gente no le gusta que los hospitalicen. Por los recursos, y se hace difícil para bañar al paciente: hay que comprar jabón..." (Camilo Pérez, AMS, Gavilán).

Los AMS sirven entonces de intermediarios entre las dos realidades sociales y los dos modelos de salud. Un aspecto quizás menos positivo respecto a estos especialistas indígenas es que están inmersos en las dinámicas políticas de las comunidades y frecuentemente utilizan su cargo como una herramienta más en sus diatribas políticas. El caso de San Pedro y San Pablo, referido arriba, es ilustrativo, pues a pesar de ser dos comunidades cercanas, el antagonismo que las ha separado a raíz de un incidente entre sus líderes a mediados de los ochenta hace que no haya intercambio de servicios entre ambas (ver Freire 2003). Este tipo de situaciones es frecuente.

La **tabla 5** presenta la distribución de AMS y personal de salud en el territorio piaroa para el momento en que se escribió este capítulo. Cabe aclarar que la presencia o no de un especialista varía tremendamente de un año al otro, por lo que esta tabla puede cambiar significativamente en años posteriores. Además del personal mencionado abajo, en el 2006 se graduaron 5 paramédicos piaroa, dentro de un nuevo programa del Ministerio de Salud, 4 de los cuales eran del Estado Amazonas y uno de Bolívar.



Tabla 5. Personal de salud en las comunidades Piaroa del Estado Amazonas, 2006

Establecimientos*	Aux. de enfermería y medicina simplificada	Misión Barrio Adentro**
MUNICIPIO ÁTURES		
ARII Parhueña	1	+
ARI Manuare	1	
ARI Las Pavas de Cataniapo	1	
ARI Gavilán	2	+
ARI San Pedro de Cataniapo	1	
ARI San Pablo de Cataniapo	1	
ARI Alto Carinagua	1	+
ARI Botellón de Agua Linda	1	
ARI Limón de Parhueña	1	
ARI Betania de Topocho	1	
ARI Babilla Pintao	1	+
ARI Pintao	-	
MUNICIPIO ATABAPO		
ARI Caño Piojo	1	
ARI Caño Mure	-	
ARI Ucata	1	
ARI Puruname	-	
ARI Panaven	-	
ARI Guarinuma	-	
MUNICIPIO MANAPIARE		
ARII San Juan de Manapiare	2 + 1 piaroa	+
ARI Maco	1	
ARI Camani	1	
ARI Marieta	1	
ARI Tavi Tavi	1	
ARI Marueta	1	
ARI Pozo Terecay	1	
ARI Guanay	1	
ARI Guayabalito	1	
ARI Caño Maraca	1	
MUNICIPIO AUTANA		
ARII Isla Ratón	3	+
ARI Pendare	2	
ARI Caño Uña	1	
ARI Caño Guama	1	
ARI Laguna De Moriche	1	
ARI Mavaco de Autana	1	
ARI Raudal de Ceguera	1	
ARI Coromoto Cuao	1	
ARI Raudal de Danto	1	
ARI Caño Piedra	1	
ARI Caño Grulla	1	

Fuente: Dirección Regional de Salud del Estado Amazonas.

* ARI: Ambulatorio Rural tipo I; ARII: Ambulatorio Rural tipo II. ** (-) sin información; (+) presente

Las Misiones: nuevos programas de desarrollo social del Estado

En los últimos dos años, el estado ha inyectado nuevos recursos para la formación de personal local, a través de las misiones educativas del gobierno, y la construcción y dotación de infraestructura, entre las que destacan la “Misión Barrio Adentro” (MBA). Barrio Adentro, en Amazonas, ha consistido en la introducción de personal médico, sobre todo de origen cubano, en comunidades indígenas, donde se desempeñan como médicos de cabecera de éstas y de las comunidades circundantes.

En general, la percepción que los Piaroa tienen de los “médicos cubanos”, o los “cubanos” como se los conoce más comúnmente, es buena. La estadía permanente y los intentos por integrarse a las comunidades son aspectos que contribuyen con esta apreciación positiva. La mejoría substancial en la dotación de medicamentos que acompaña a la MBA es otro motivo. Los médicos de la MBA atienden *in situ*, lo cual también alienta a los miembros de la comunidad a atreverse a optar por el tratamiento biomédico, pues les ahorra los inconvenientes del traslado al hospital. En varias entrevistas llevadas a cabo en Gavilán y Alto Carinagua, ambas comunidades de la cuenca del Cataniapo (donde residen dos médicos y un entrenador deportivo en cada una) sobresalió la buena relación existente entre los médicos cubanos y los chamanes de las comunidades, quizá motivadas por la necesidad de convivir en el pequeño escenario de la comunidad. En entrevistas con algunos de estos profesionales cubanos, por otra parte, destacó que la población piaroa de la periferia goza de buena salud, por lo cual a menudo se quejaban de tener poco trabajo.

Sin embargo, la MBA no ha estado acompañada, al menos en Amazonas, de una adaptación a la realidad logística y poblacional del territorio, con lo cual se han duplicado algunos de los problemas del sistema de salud anterior, como la concentración de recursos en áreas de fácil acceso y grandes concentraciones de población. Como se ve en la [tabla 5](#), la mayor parte del personal de la MBA en territorio piaroa se concentra en el municipio Átures, en las inmediaciones de Puerto Ayacucho. La MBA tiene poca movilidad, por lo que las comunidades de tierra adentro se han beneficiado poco o nada de esta nueva modalidad de salud, reforzando el sistema de dependencia que se ha establecido tradicionalmente entre estas y las comunidades de la periferia. La duplicación de esfuerzos entre la MBA y la red del Ministerio de Salud es otro aspecto negativo del nuevo modelo. Ambos entes tienen muy poca comunicación entre sí y una limitadísima voluntad de co-



operación, que muchas veces se traduce en animosidad abierta y celo profesional entre el personal “venezolano” y el “cubano” (afectando tremendamente la calidad del servicio que ambos prestan). Esto hace, por ejemplo, que se duplique la dotación de medicamentos y esfuerzos en algunas regiones, pues la MBA tiene su propio sistema de dotación, mucho más completo y desarrollado que el de la red nacional de ambulatorios, mientras las comunidades de tierra adentro siguen desasistidas. También duplican el registro epidemiológico, pues los médicos de la MBA reportan por su cuenta con planillas epidemiológicas que difieren en formato y concepción de las del Ministerio de Salud, con lo cual es frecuente encontrar registros epidemiológicos que no coinciden a pesar de provenir de un mismo ambulatorio, donde reside personal del Ministerio de Salud y de la MBA. Esto constituye una traba para la planificación en salud pública, pues sólo contribuye a hacer confusa la ya precaria información epidemiológica existente.

Desde el 2005, la MBA se ha insertado en las misiones educativas del gobierno central para la formación de personal médico indígena, principalmente Auxiliares de Medicina Simplificada interesados en recibir educación de nivel universitario. La educación del personal médico se está llevando a cabo en Puerto Ayacucho, lo que facilita la continuidad de los estudios, y aunque es muy temprano para emitir un juicio al respecto, lo consideramos muy positivo pues este proceso podría suplir algunas de las deficiencias del sistema médico Amazónico en el largo plazo, como la falta de medios de comunicación entre el personal médico y la realidad indígena predominante.

Otros programas recientes de los que se han beneficiado algunas comunidades piaroa de la periferia, especialmente las cercanas a Puerto Ayacucho, que a menudo son tratadas como comunidades peri-urbanas, son los programas de asistencia alimenticia, como los mercados familiares y los comedores populares. Estos últimos han sido generalmente incorporados por las comunidades como comedores para niños y suelen funcionar en paralelo a la escuela. Los comedores populares contrastan con la información nutricional que presentamos en este capítulo, pues como vimos los Piaroa de la periferia no presentan problemas de nutrición y tienen un sistema agroproductivo bien desarrollado (ver arriba). Otros programas como la construcción de escuelas bolivarianas también están teniendo un gran auge en la región, aunque la ausencia de los niños en las actividades agrícolas de sus padres y la poca adaptación de los planes de estudio a la cultura piaroa podrían tener un impacto negativo en la capacidad productiva de las comunidades en el largo plazo. El nuevo régimen educativo de estas escuelas incluye actividades de mañana y de tarde, así como la inclusión de niños de muy temprana edad

en la preparación y cuidado pre-escolar, lo que choca con la rutina agrícola de las comunidades y con el proceso de aprendizaje agro-ecológico de los niños, quienes aprenden de sus padres a medida que comparten tiempo de trabajo con ellos y se integran en las actividades productivas de la familia. Este es un aspecto que ya había sido interrumpido por el viejo régimen educativo, ya que las actividades agrícolas suelen tener lugar en la mañana, pero el régimen actual de día completo y pre-escolaridad agrava esta tendencia al alejar a los niños de sus padres la mayor parte del día. Muchos de estos programas, más allá de la buena intención que los acompaña, necesitan una revisión a fondo de sus métodos y objetivos en vista de la realidad indígena en la cual se están insertando, que hasta el momento ha sido ignorada por completo. Sin embargo, coincidimos en que un aumento razonado en el gasto de salud en comunidades piaroa redundará en una mejoría substancial en su calidad de vida, algo que como vimos a lo largo de este capítulo no tiene por qué chocar con la continuidad de su cultura ni de sus modos de producción y reproducción social.

CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES

Los Piaroa no conforman una sociedad homogénea ni desde el punto de vista de su salud ni de sus características socio-culturales, por lo que la prestación de servicios biomédicos y la investigación relacionada con éstos debe realizarse en atención a estas diferencias. Sin embargo, se pueden hacer dos distinciones generales que son de gran ayuda en ambos casos, que se refieren a la población que aquí hemos llamado de tierra adentro (equivocadamente considerada "aislada" en gran parte de la literatura indigenista) y la de la periferia de su territorio, generalmente ubicada en las inmediaciones de algún centro de prestación de servicios occidentales. Como vimos a lo largo de este capítulo, estos dos segmentos de su población (y probablemente esto sea extensible a la mayoría de los pueblos indígenas del país) presentan patrones y necesidades sanitarias diferentes, que se han acentuado a lo largo de las últimas décadas, en parte debido a que ésta distinción nunca ha sido tomada en cuenta.

A grandes rasgos, el impacto de la biomedicina sobre la salud de los Piaroa ha sido positivo y así es como los Piaroa lo perciben, pero la distribución poco equitativa de los recursos médicos ha afectado mayoritariamente al segmento de su población de tierra adentro, lo que hace que sus indicadores de salud sean mucho más dramáticos que los



de la periferia. Este desbalance ha generado una mayor concentración de población en la periferia, que en el mediano plazo podría provocar una situación de gran inseguridad alimentaria, ya que la competencia por los recursos naturales (especialmente los del bosque) aumenta con este proceso. Los Piaroa corren así el riesgo de pasar de ser una sociedad relativamente autosuficiente, desde el punto de vista alimenticio, a una en situación de dependencia e inseguridad alimentaria de no tomarse medidas que corrijan esta situación.

La distribución de servicios biomédicos presenta, a grandes rasgos, errores que pueden ser subsanados con un cambio de enfoque en la investigación y la aplicación de políticas públicas. Los entes encargados de la administración de salud del estado deben tomar conciencia de la realidad indígena y rural en la que se insertan en regiones como Amazonas, lo que requiere de una reorganización del gasto público de acuerdo a criterios diferentes de los del resto del país. En la actualidad, el gasto amazense se concentra en áreas con mayor presión poblacional, sin tomar en cuenta que esa concentración es provocada precisamente por el desbalance en el gasto. Éste es un círculo vicioso que debe romperse si no se quiere reproducir el modelo integracionista que rigió el (sub)desarrollo que se le ha impuesto a las comunidades indígenas a lo largo de su historia reciente. Para esto, los mecanismos de control de enfermedades deben flexibilizarse, hacerse más ágiles y monitorear y atacar los focos endémicos en sus sitios de origen, no en Puerto Ayacucho. La capacitación de personal piaroa en el control de las principales endemias que afectan sus comunidades (lo que se ha llamado “medicina simplificada”) ha demostrado ser muy efectivo en este sentido. Pero la selección de personal indígena tiene el mismo sesgo que la distribución del gasto en general. Como vemos en la [tabla 5](#), los Auxiliares de Medicina Simplificada (AMS) piaroa se concentran en las mismas áreas donde se concentran todos los demás servicios de salud del estado. Esto se debe a que en el proceso de selección de un AMS juega un rol importante la preferencia criolla (de personal médico, profesores, etc.) por indígenas “criollizados”, es decir, por aquellos piaroa (e indígenas en general) que comprenden mejor nuestras reglas, costumbres y lengua. Éstos son, obviamente, indígenas de la periferia. La razón para esta preferencia es obvia: es mucho más complicado y requiere de mucha más voluntad política entablar relaciones con la población indígena de tierra adentro. Sin embargo, los AMS piaroa, muchos de los cuales tienen hoy varias décadas de experiencia profesional y algunos de los cuales se están formando ahora como médicos, pueden servir de intermediarios en el proceso de formación de la población de tierra adentro (experiencias como ésta se

han llevado a cabo en Brasil con éxito y se están llevando a cabo ahora mismo entre los Yanomami de Venezuela; ver capítulo Yanomami en esta misma serie). Como vimos a lo largo de este capítulo, los modelos de salud piaroa rara vez chocan con la aplicación de políticas de salud biomédica, por lo que la criollización no tiene por qué verse como un elemento indispensable para la formación de personal local en salud.

Asimismo, el estado debe adecuar los planes de desarrollo social (tales como las misiones) a la realidad indígena, en general, y piaroa, hiwi, curripaco, etc., en particular. La descoordinación y falta de criterio en la prestación de servicios biomédicos, por ejemplo, genera registros epidemiológicos conflictivos que ayudan poco a comprender la ya complicada y subregistrada situación epidemiológica del estado. La falta de adecuación de los planes de desarrollo social también generan incoherencias como la dotación de asistencia alimenticia a comunidades que no tienen deficiencias nutricionales ni problemas para procurarse alimento. Esto es particularmente paradójico en un momento en que esta ayuda es vital para otras poblaciones que están amenazadas en su capacidad de reproducción social debido a la merma de su capacidad productiva (ver capítulo sobre los Pumé para un ejemplo). Además, esta inadecuada dotación de servicios produce vicios o interrumpe procesos culturales en las comunidades (como el de la enculturación etnobotánica de los niños) que claramente representan una amenaza para las posibilidades futuras de la sociedad piaroa.

También existen apremiantes desde el punto de vista de la investigación, como la realización de estudios sistemáticos que consideren la totalidad del territorio piaroa y la ruptura con los prejuicios que aún orientan nuestra selección de objetivos de investigación, como la idea de que existen poblaciones indígenas “aisladas”, cuyos registros epidemiológicos demuestran estar lejos de serlo. Éste es el punto de partida necesario para corregir la aplicación de políticas públicas en territorios indígenas. En el contexto actual, son de particular importancia las investigaciones epidemiológicas que permitan clarificar las prioridades de acción del estado, así como la búsqueda de mecanismos sustentables (y preferiblemente endógenos) de control, como por ejemplo la potenciación de estrategias locales de curación y monitoreo. También es prioritario aclarar las áreas sensibles de cada población, y dentro de ésta de cada segmento, de manera de evitar la aplicación de mecanismos innecesarios o redundantes de acción, que generalmente provocan más problemas de los que pretenden resolver (tales como la sustitución de alimentos locales por alimentos “importados”). En el caso concreto de los Piaroa, es prioritario aclarar las causas de la anemia crónica reportada por algunas investigaciones antropomédicas, que sin embargo contrasta con sus registros nutriciona-





Mujer con sus hijos en Alto Carinagua. Fotografía Christian Español.

les. Endemias probablemente relacionadas, como la malaria y las parasitosis, que afectan a la mayor parte de su población de manera crónica, necesitan de investigación orientada a encontrar soluciones a largo plazo y no solamente con criterios de atención de emergencias. En este sentido los Piaroa tienen un poderoso cúmulo de conocimientos y prácticas agroforestales que podrían ser incorporadas a las estrategias locales de desarrollo, no sólo de sus comunidades sino también de comunidades vecinas, incluidas las criollas, que tienen problemas para procurarse alimentos de manera sustentable. La gran ignorancia que existe sobre el valor nutricional, la productividad y la forma de consumo de la mayoría de los alimentos provenientes de los conucos piaroa no permite desarrollar estrategias que los inserten a las políticas de seguridad alimentaria y complementariedad nutricional del estado. El valor de plantas como el pijiguao (rica en vitamina A y hierro) en la lucha contra la anemia, por poner un ejemplo, ha sido completamente ignorado en la implementación de comedores populares en comunidades indígenas donde la malaria es endémica. Creemos que es en esta dirección que debe orientarse la mayor parte de la investigación sobre salud en la actualidad, así como en la producción de información accesible a los actores involucrados en mejorar la calidad de vida y la salud de los Piaroa, en cuyo contexto se inserta esta publicación.



APÉNDICE

Notas sobre la ortografía piaroa

En este capítulo utilizamos la ortografía desarrollada por la Misión Nuevas Tribus para el idioma piaroa, ya que constituye el alfabeto que los Piaroa han incorporado a su lengua a lo largo de las últimas cinco décadas, al que están acostumbrados y el que defienden vehementemente como suyo.

Vocales

/i/, /e/, /u/, /o/ – suenan igual que en castellano; */ä/* – es una vocal baja, anterior, no redondeada, como la */a/* corta del inglés (ej. cat); */ii/* – alta, media, no redondeada, parecida a la */u/* corta y alta del inglés (ej. put) pero más cerrada y tensa; y el signo */, /* debajo de una vocal representa nasalización vocal, que es muy frecuente en el piaroa.

Consonantes

/p/, /b/, /t/, /d/, /qu/, /cu/, /m/, /n/, /j/, /s/, /r/, /y/ – igual que en castellano; */pp/* – oclusiva bilabial, sorda, aspirada, como la */p/* del castellano pero con salida muy aspirada; */'p/* – oclusiva bilabial, sorda, glotalizada, como la */p/* del castellano pero con salida muy explosiva; */tt/* – oclusiva alveo-dental, sorda, aspirada, como la */t/* del castellano pero con salida muy aspirada; */t'/* – oclusiva alveo-dental, sorda, glotalizada, como la */t/* del castellano pero muy explosiva; */ch/* – oclusiva africada alveo-palatal, sorda, no aspirada, como la */ch/* del castellano pero más pre-palatal; */ch'/* – oclusiva africada alveo-palatal, sorda, glotalizada, como la */ch/* del castellano pero más pre-palatal y con salida más explosiva; */c/* – oclusiva velar, sorda, no aspirada, como la */c/* del castellano en posición inicial (ej. canto); */k/* – oclusiva velar, sorda, aspirada, como la */c/* del castellano en posición intervocal (ej. boca); */c'/* – oclusiva velar, sorda, glotalizada, como la */c/* del castellano pero con salida más explosiva; */qu/* – oclusiva velar, sorda, glotalizada, como la */qu/* del castellano pero con salida más explosiva; */cu/* – oclusiva labiovelar, sorda, glotalizada, como la */cu/* del castellano pero con salida más explosiva; */'/* – oclusiva glotal, sorda, suena como un pequeño corte entre dos vocales o como una breve parada antes de una consonante; */ju/* – fricativa bilabial, sorda, como la */ju/* del castellano (ej. juego); */hu/* – aproximante bilabial, como la */hu/* del castellano (ej. hueco) aunque en posición intervocal suena más como la */v/* de castellano (ej. nuevo); */b/, /d/, y /y/* antes de una vocal nasalizada suenan como */m/, /n/ y /ñ/* respectivamente.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarado, E. de. 1966 [1760]. "Informe reservado sobre el manejo y conducta que tuvieron los Padres Jesuitas con la expedición de la Línea Divisoria entre España y Portugal en la Península Austral y orillas del Orinoco", en *Documentos jesuíticos relativos a la historia de la Compañía de Jesús en Venezuela* [Tomo I]. J. del Rey (compilador). Fuentes para la Historia Colonial de Venezuela, Vol. 79: 215-333. Caracas: Academia Nacional de la Historia.
- Álvarez, S.; Z. Yamilé; R. A. Flores R.; V.M. Morales G. y C. E. Moreno L. 1989. *Prevalencia de Parásitos Gastro-Intestinales en la Población de San Pedro de Cataniapo*. Puerto Ayacucho: CAICET.
- Anduze, P. 1974 *Los Dearuwa: Dueños de la Selva*. Caracas: Biblioteca de la Academia de Ciencias Físicas, Matemáticas y Naturales, Vol. XIII.
- Arango, R. y E. Sánchez. 1998. *Los pueblos indígenas de Colombia, 1997*. Santa Fe de Bogotá: Ed. Tercer Mundo.
- Baumgartner, J. 1954. "Apuntes de un médico indigenista sobre los Piaroa de Venezuela", en *Boletín Indigenista Venezolano* II(1-4): 111-125.
- Boglar, L. 1970. "Aspects of story-telling among the Piaroa Indians", en *Ethnographica Academiae Scientiarum Hungaricae* 19: 38-52.
- Crevaux, J. 1883. *Voyages dans l'Amérique du Sud*. Paris: Liv. Hachette.
- Centro Amazónico de Investigación y Control de Enfermedades Tropicales (CAICET). 2004. *La producción de conocimiento sobre salud en el Amazonas Venezolano. Un enfoque ecológico, epidemiológico y socio cultural para el análisis de sistemas complejos y el diseño de estrategias alternativas de control. Informe Final*. Puerto Ayacucho: CAICET.
- Chaffanjon, Jean. 1986 [1889]. *El Orinoco y el Caura*. Caracas: Fundación Cultural Orinoco.
- Freire, G. 1999. *Understanding development in the Venezuelan Amazon: the interface between the government and the Wóthuha in the application of development programmes*. University of Oxford. Tesis de maestría.
- Freire, G. 2002. *The Piaroa: environment and society in transition*. University of Oxford. Tesis doctoral.
- Freire, G. 2003. "Tradition, change and land rights: land use and territorial strategies among the Piaroa", en *Critique of Anthropology* 23(4): 349-372.
- Freire, G. 2004. "Convivencia y patrones de asentamiento entre los Piaroa del siglo XXI", en *Antropológica* 102: 3-26.
- Freire, G. s/f. "Indigenous shifting cultivation and the new Amazonia: a Piaroa example of economic articulation" (manuscrito).
- Fuentes, M.A. y Y. Guzmán. 1992. *Diagnóstico de Salud de la Población de Caño Guamo, Sipapo, Territorio Federal de Amazonas: Fase I*. CAICET Publicación No. 29. Puerto Ayacucho: CAICET.
- Gilij, F. 1965 [1780-84]. *Saggio di storia americana*. Caracas.
- Gómez, Jesús; Carlos Botto; Stanford Zent; Aura Marín; Javier Sánchez; Carlos Noguera y Tibisay Rangel. 2004. "Influencia del Tipo de Vivienda y Tamaño de Asentamiento de Comunidades Indígenas Piaroa en la Transmisión de Helmintos Intestinales", en *Interciencia* 29(7): 389-395.
- Heckler, S. y S. Zent. *The culture of cassava hyperdiversity* (en preparación).
- Herrera, R.; C. Jordan; H. Klinge y E. Medina. 1978. "Amazon ecosystems. Their structure and functioning with particular emphasis on nutrients", en *Interciencia* 3 (4): 223-232.
- Hidalgo, G. 1997a. "Hábitos nutricionales de las comunidades indígenas asentadas en el eje carretero de Puerto Ayacucho", en M. A. Perera (ed.) *Salud y Ambiente: Contribuciones al*



- Conocimiento de la Antropología Médica y Ecología Cultural en Venezuela*. Caracas: FACES/ Vicerrectorado Académico, Universidad Central de Venezuela. pp. 105-128.
- Hidalgo, G. 1997b. "Costumbres nutricionales y cambios de patrón cultural en las comunidades hiwi y wothíha", en J. Chiappino y C. Alés (eds.) *Del Microscopio a la Maraca*. Caracas: ExLibris. pp. 367-382.
- Hidalgo, G. 2002. *Vitamina A, Anemia y Antropometría Nutricional en Preescolares y Escolares Piaroa, Estado Amazonas*. Caracas: Universidad Simón Bolívar, Decanato de Estudios de Postgrado, Maestría en Nutrición. Trabajo de Grado.
- Hidalgo, G. 2005. *Impacto de los Cambios Socioculturales sobre los Hábitos Alimentarios y el Estado Nutricional de la etnia Piaroa del Municipio Átures, Estado Amazonas*. Caracas: Centro de Antropología, IVIC. Anteproyecto de Tesis.
- Holmes, R. y H. Kelsey. s/f. *Diagnóstico de Salud Comunidad Indígena Piaroa Alto Carinagua. Parte I: Datos Demográficos, Culturales, Epidemiológicos y del Estado Nutricional*. Puerto Ayacucho: CAICET.
- Huber, O. 1988. *Vegetation map of the Venezuelan Guayana*. Caracas: CVG-Missouri Botanical Garden.
- Huber, O. y C. Alarcón. 1988. *Mapa de Vegetación de Venezuela*. Caracas: MARNR-The Nature Conservancy.
- Humboldt, A. 1991 [1814-19]. 2ª edición. *Viaje a las Regiones Equinociales del Nuevo Continente*. 5 tomos. Caracas: Monte Ávila Editores.
- Mansutti, A. 1988a. "Pueblos, comunidades y fundos: los patrones de asentamiento Uwotuja", en *Antropológica* 69: 3-36.
- Mansutti, A. 1990. *Los Piaroa y su Territorio*. Caracas: CEVIAP N° 8.
- Mansutti, A. 1995. "Demografía, ocupación del espacio y desarrollo sustentable entre los piaroa del Estado Amazonas", en A. Carrillo y M.A. Perera (eds.) *Amazonas: modernidad en tradición*. Caracas: SADA-Amazonas, ORPIA, CAIAH, GTZ, pp. 63-85.
- Mansutti, A. 2003. "Piaroa: los guerreros del mundo invisible", en *Antropológica* 99-100: 97-116.
- MARNR/SADA-Amazonas. s/f. *Methodology to incorporate the approach of environmental impact assessment in land use ordering instruments. Case study: plan and regulation proposal for the Cataniapo River Basin, Venezuela*. Puerto Ayacucho: (manuscrito).
- Melnyk, M. 1995. *The Contributions of forest foods to the livelihoods of the Huottuja (Piaroa) people of Southern Venezuela*. University of London: Thesis Ph.D.
- Méndez P., B. 1989. *Análisis nutricional antropométrico: Una encuesta de salud en tres grupos de la amazonia venezolana*. Caracas: Ediciones FACES/UCV.
- Michelena y Rojas, F. 1983 [1867]. *Exploración oficial por la primera vez desde el norte de la América del Sur... : bajada del Amazonas hasta el Atlántico ... Viaje a Río de Janeiro ... de 1855 hasta 1859*. Caracas : Editorial Gestión.
- Monod, J. 1970. "Los Piaroa y lo Invisible: Ejercicio Preliminar a un Estudio sobre la Religión Piaroa", en *Boletín Informativo de Antropología* 7: 5-21.
- Monod, J. 1987. *Wora: La déesse cachée*. Paris: Editeurs Evidant.
- Morales N., M. E. 2004. *De la Huarepã a la Tuberculosis. Historia, etnografía y epidemiología de la tuberculosis en San Pablo de Cataniapo, Amazonas, Venezuela*. Informe Final Proyecto ICM/ CAICET. Puerto Ayacucho: CAICET.
- OCEI. 1985. *Censo Indígena de Venezuela: nomenclador de comunidades y colectividades*. Caracas: Taller Gráfico de la OCEI.
-

- OCEI. 1993. *Censo Indígena de Venezuela: nomenclador de comunidades y colectividades*. Caracas: Taller Gráfico de la OCEI.
- Oldham, P. 1997. "Cosmología, shamanismo y práctica medicinal entre los Wothíha (Piaroa)", en J. Chiappino y C. Alés (eds.) *Del Microscopio a la Maraca*. Caracas: ExLibris. pp. 225-249.
- Overing, J. 1975. *The Piaroa. A People of the Orinoco Basin*. Oxford: Clarenton Press.
- Overing, J. 1993. "Death and the Loss of Civilized Predation among the Piaroa of the Orinoco Basin", en *L'Homme XXXIII(2-4)*: 191-211.
- Overing, J. y M. R. Kaplan. 1988. "Los Wóthuha (Piaroa)", en J. Lizot (ed.) *Los Aborígenes de Venezuela*. Volumen III. Caracas: Fundación La Salle. pp. 307-411.
- Oyalbis Ch., J.M. 1997. "Evaluación nutricional antropométrica en comunidades guahibo (Hiwi) y piaroa (Wotuha) del Amazonas venezolano", en M. A. Perera (ed.) *Salud y Ambiente: Contribuciones al Conocimiento de la Antropología Médica y Ecología Cultural en Venezuela*. Caracas: FACES/Vicerrectorado Académico, Universidad Central de Venezuela. pp. 129-149.
- Rodd, R. 2002. "Snuff synergy: Preparation, use and pharmacology of yopo and Banisteriopsis caapi among the Piaroa of southern Venezuela", en *Journal of psychoactive drugs* 34(3): 273-280.
- Rodd, R. 2003. "Maripa Teui: A radical empiricist approach to Piaroa shamanic training and initiation", en *Antropológica* 96: 53-82.
- Rodd, R. 2004. *The Biocultural Ecology of Piaroa Shamanic Practice*. University of Western Australia. PhD Dissertation.
- Román, M. 1970 [1749]. "Informe del P. Manuel Román S.J. sobre la misión del Orinoco", en J. Gumilla. *Escritos varios*. J. del Rey (compilador). Fuentes para la Historia Colonial de Venezuela, Vol. 94: 313-320. Caracas: Academia Nacional de la Historia.
- Royero, R. 1989. "Contribución al conocimiento de la etnoictiología Piaroa (Dearuwa)", en *Antropológica* 72: 61-75.
- Solano, J. 1893 [1762]. "Informe al Rey de 1762", en A. B. Cuervo (compilador) *Geografía y la historia de Colombia*, Vol. III. Bogotá.
- Toro, M. 1997. "Diagnóstico económico del dispositivo sanitario en el estado Amazonas. Hacia una socialización de la medicina hipocrática", en M. Perera (ed.) *Salud y Ambiente*. Caracas: Universidad Central de Venezuela.
- Vega, A. de 1974 [1750]. "Noticia del principio y progresos del establecimiento de las misiones de gentiles en el río Orinoco por la Compañía de Jesús", en *Documentos jesuíticos relativos a la historia de la Compañía de Jesús en Venezuela* [Tomo II]. J. del Rey (compilador). Fuentes para la Historia Colonial de Venezuela, Vol. 118: 3-149. Caracas: Academia Nacional de la Historia.
- Velez-Boza, F. y J. Baumgartner. 1962. "Estudio general, clínico y nutricional en tribus indígenas del Territorio Federal Amazonas de Venezuela", en *Archivos Venezolanos de Nutrición* 12(2): 143-225.
- Winkelman, M. 2000. *Shamanism: The neural ecology of consciousness and healing*. London: Bergin & Garvey.
- Wilbert, J. 1958. "Datos antropológicos de los indios Piaroa", en *Memoria de la Sociedad de Ciencias Naturales la Salle*. Caracas: Fundación La Salle.
- Zent, S. 1992. *Historical and Ethnographic Ecology of the Upper Cuao River Wóth)hā: Clues for an Interpretation of Native Guianese Social Organization*. Columbia University. PhD Dissertation. Ann Arbor: University Microfilms International.
- Zent, S. 1993. "Donde no hay médico: las consecuencias culturales y demográficas de la distribución desigual de los servicios médicos modernos entre los Piaroa", en *Antropológica* 79: 41-84.



- Zent, S. 1995. "Clasificación, Explotación y Composición de Bosques Secundarios en el Alto Río Cuao, Estado Amazonas, Venezuela", en *Scientia Guaianae* 5: 79-113.
- Zent, S. 1997. "Reinventando los Sistemas de Atención Médica para las Comunidades Indígenas: El Papel de las Medicinas Tradicionales", en J. Chiappino y C. Alés (eds.) *Del Microscopio a la Maraca*. Caracas: Exlibris. pp. 339-349.
- Zent, S. 1999. "The Quandary of Conserving Ethnoecological Knowledge: A Piaroa Example", en B. Blount y T. Gragson (eds.) *Ethnoecology: Knowledge, Resources, and Rights*. University of Georgia Press. pp. 90-124.
- Zent, S. 2001. "Acculturation and Ethnobotanical Knowledge Loss among the Piaroa of Venezuela: Demonstration of a Quantitative Method for the Empirical Study of TEK Change", en L. Maffi (ed.) *On Biocultural Diversity: Linking Language, Knowledge, and the Environment*. Smithsonian Institution Press. pp. 190-211.
- Zent, S. s/f. "The Historical Ecology of Interethnic Relations in the Middle Orinoco", en J.A. Tainter y R. B. Ferguson (eds.) *Environmental Dimensions of Cultural Conflict*. New York: Columbia University Press. En prensa.
-

GERMÁN FREIRE es antropológico social, con maestría y doctorado de la Universidad de Oxford (Inglaterra). Lleva trabajando con los Piaroa desde 1996 y ha escrito varios artículos y dos tesis de postgrado sobre sus estrategias de adaptación al contexto Amazónico contemporáneo. Sus trabajos con ellos incluyen aspectos de territorialidad, patrones de asentamiento, economía política, manejo de recursos naturales y cambios en sus patrones agro-productivos. En la actualidad es asesor de la Dirección Nacional de Salud Indígena del Ministerio de Salud de Venezuela para la evaluación y producción de información sobre el estado de la salud indígena en el país. Dirección: Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Salud Indígena, Centro Simón Bolívar, Edificio Sur, Caracas; e-mail: gfreire@cultures.org.uk

STANFORD ZENT se graduó de antropólogo en la Universidad de Tulane (New Orleans, Louisiana) y terminó sus estudios de maestría y PhD en Antropología en la Universidad de Columbia, New York, Estados Unidos, en 1992. Condujo trabajo de campo entre los Piaroa del Alto Cuao, en el Amazonas venezolano, del 1984 al 1988, y su tesis doctoral se enfocó en un estudio etnoecológico y de ecología histórica piaroa. Trabaja en el Centro de Antropología del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas desde 1992 y ocupó la jefatura del Centro de 1996 al 2001. En 1994 comenzó trabajos de campo entre los Jodí, especializándose en aspectos de etnobiología y etnogeografía. Ha publicado más de cuarenta artículos científicos en revistas especializadas o capítulos de libros acerca de diversos aspectos de sus estudios entre los Piaroa y los Jodí. Desde el 2001 viene participando como asesor en el proceso de autodemarcación de los Jodí, junto con Egleé López. Dirección: Centro de Antropología, IVIC, Carretera Panamericana km 11, Caracas; e-mail: szent@ivic.ve

