

LOS JODĪ

(Hoti)

Egleé L. Zent y Stanford Zent



CONTEXTO CULTURAL, SOCIAL Y AMBIENTAL . 81

NOCIONES DE SALUD Y ENFERMEDAD . 89

Enfermedades tradicionales . 93

Causales . 98

Correlativas . 101

Contributivas . 101

TRATAMIENTOS . 102

Terapias jodí . 102

Terapias preventivas . 103

Terapias propiciatorias . 109

Terapias curativas . 111

Terapias biomédicas . 113

Caño Iguana (CI) . 115

San José de Kayamá (KA) . 119

Enfermedades sinérgicas . 123

SUGERENCIAS Y CONSIDERACIONES FINALES . 125

TABLAS Y FIGURAS

Figura 1. Recursos alimenticios . 90

Tabla 1. Aspectos y entidades inmateriales de la salud y la enfermedad . 90

Tabla 2. Molestias, síntomas y dolencias . 91

Tabla 3. Partes del cuerpo . 94

Tabla 4. Inventario de enfermedades . 114

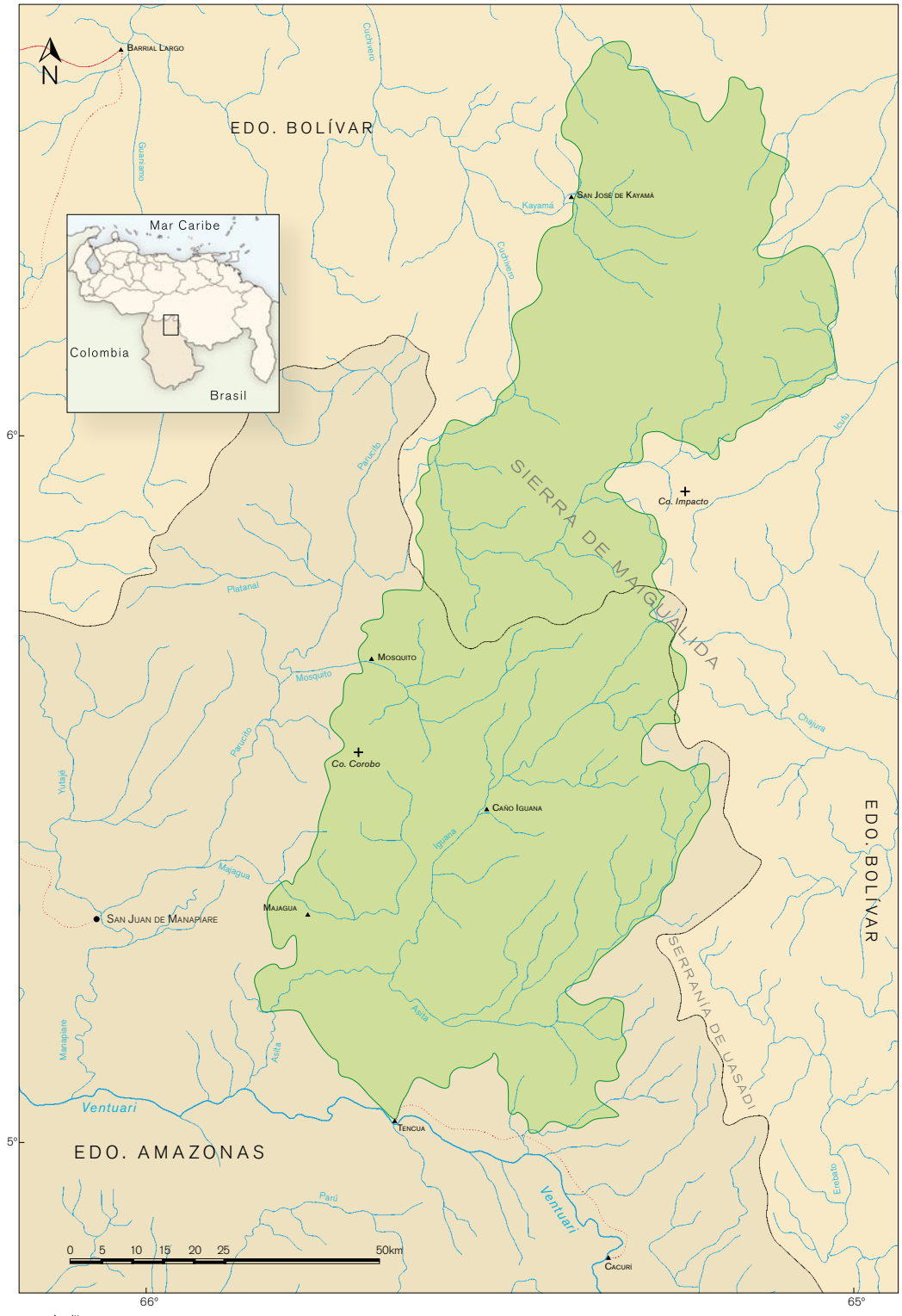
Tabla 5. Porcentaje de vacunaciones en Caño Iguana . 117

Tabla 6. Causas de muerte . 124

BIBLIOGRAFÍA . 126

Los Jodí son alrededor de 900 personas que se asientan de manera flexible y dispersa en ambientes ecológica y culturalmente diversos de la Sierra de Maigualida, al norte del Estado Amazonas, y al sur del Estado Bolívar, en la Guayana venezolana. A finales de la década de los sesenta se registraron las primeras referencias de contacto occidental con los Jodí y en los setenta se publicaron las primeras investigaciones antropológicas. Sin embargo, no fue sino hasta finales de los noventa que se iniciaron trabajos de campo sistemáticos y prolongados entre ellos, que continúan en el presente y de donde provienen el grueso de los datos aquí reportados. La mayoría de los Jodí son monolingües de un idioma probablemente afiliado a la familia Sáliva. Las 25 comunidades jodí censadas han estado expuestas a grados disímiles de contactos (con otros indígenas, criollos, científicos, misioneros, militares), lo cual ha generado un rango multipolar de cambios culturales. No obstante, la mayoría mantiene una forma de vida consistente con las descripciones aquí presentadas. Su economía se basa en la caza y la recolección de recursos silvestres, la agricultura y la pesca; dedicando alrededor del 80% de su tiempo de trabajo al complejo caza-recolección-pesca y 20% a las tareas agrícolas. Los Jodí tienen un complejo sistema de medicina tradicional, pero no contaron con ninguna forma de atención biomédica regular, sistemática y/o permanente por parte del estado venezolano sino hasta mayo del 2006, cuando se estableció el primer equipo médico en su territorio, conformado por un médico, un enfermero y un microscopista. Hasta ese momento, toda la ayuda médica occidental que habían recibido se canalizaba a través de las dos comunidades de misión (una católica, San José de Kayamá, en el Estado Bolívar, y otra protestante, Caño Iguana, en Amazonas). El único ambulatorio registrado en el Ministerio de Salud en territorio jodí se encuentra en Kayamá pero está pobremente dotado. CENASAI (Sociedad Civil para el Control de Enfermedades Endémicas y Asistencia al Indígena), una sociedad civil dependiente del estado, presta servicios médicos cuando puede cubrir los elevados costos de transporte hasta la comunidad, por tanto su atención es irregular, breve y muy esporádica. El dispensario de Amazonas ha recibido unas cuatro visitas de un médico del CAICET (Centro Amazónico de Investigación y Control de Enfermedades Tropicales "Simón Bolívar", Puerto Ayacucho) y en dos ocasiones de odontólogos privados, cuyo transporte y manutención fueron costeados en ambos casos por la misión. Los casos de emergencia médica son transportados en avioneta a los hospitales o clínicas de las ciudades (Puerto Ayacucho, Ciudad Bolívar, Caracas), y sus costos de transporte y atención médica fueron regularmente absorbidos por los misioneros de Kayamá y Caño Iguana, y en la actualidad han sido asumidos por las Fuerzas Armadas (CUFAN). Las enfermedades de mayor incidencia entre los Jodí son las afecciones bronquiales, las infecto-contagiosas, las gastrointestinales, las parasitarias (especialmente malaria y diarreas) y las bacteriales. Se registran al menos tres macro categorías etiológicas jodí: las enfermedades tradicionales (insertas en sus concepciones del cuerpo, salud-enfermedad, sistemas de creencias y cosmovisiones), las introducidas (generadas por el contacto con agentes foráneos, otros indígenas, criollos, blancos europeos, etc.) y las mixtas (producto de la sinergia de las dos anteriores). Los tratamientos apropiados culturalmente derivan del tipo de etiología: tradicional para las enfermedades tradicionales, introducido para aquellas introducidas y mixtos para las últimas. Variantes del etnónimo jodí (el sufijo dī indica plural de entes animados) son: Chicano, Shikana, Orechicano, Waruwarú, Waruwadú, Yabarana monteras, Jajá, Hoti, Hodí, Hoti, Joti, Jodi, Joti, Yuana, Yowana, Rua y Rue.





■ Jodí.

CONTEXTO CULTURAL, SOCIAL Y AMBIENTAL

Los Jodí fueron el último pueblo indígena de Venezuela en establecer contacto con las poblaciones aledañas no indígenas y, como consecuencia, son considerados uno de los pueblos menos conocidos. Son alrededor de 900 personas que se asientan de manera flexible y dispersa en ambientes ecológica y culturalmente diversos (pedemontes y valles intermontanos) de la Sierra de Maigualida, en el extremo nororiental del Estado Amazonas y el suroccidental del Estado Bolívar, en la Guayana venezolana. Esta región montañosa, de unos 7.000 km² (máxima altitud 2.400 msnm), se extiende por 300 km (Huber 1995b: 42) y está cubierta por bosques altos y densos (pluvial, rivereño, premontano, montano y de galería) –excepto por arriba de los 2.000 msnm, donde prevalece la flora tepuyana– y por mosaicos de formaciones transicionales de sabanas y arbustivas a alturas inferiores. La diversidad botánica local, inter-local y regional registrada en Maigualida es la más alta reportada para la Guayana venezolana, siendo las familias botánicas más ricas y dominantes las siguientes: Fabaceae, Burseraceae, Moraceae, Sapotaceae y Arecaceae (Zent y Zent 2004c). La gran irregularidad topográfica del terreno montañoso y la carencia de ríos navegables, así como la costumbre jodí de alterar poco el dosel del bosque al abrir conucos o construir viviendas (limitando su visibilidad desde el aire), pueden explicar en parte el poco acercamiento a este grupo hasta fechas recientes, cuando comenzaron a actuar cinco vectores de cambio: científicos, misioneros, indígenas, criollos aledaños y militares. Se cree que la primera mención de los Jodí la proporciona Theodore Koch-Grünberg (1913: 468), quien los denomina *Waruwadu*, y los describe como a un grupo de “salvajes y hostiles” que han ocupado las cuencas de los ríos Caura, Erebató y Ventuari. Sin embargo, Koch-Grünberg jamás vio o contactó a un solo jodí y su información proviene de la tradición oral, probablemente de guías indígenas ye'kwana, dada la denominación que usa para describir a los Jodí. Reportes acerca de la existencia de los Jodí coinciden con los años de fundación de San Juan de Manapiare (1945), el único pueblo criollo fronterizo del territorio jodí. La historia oral de la zona reporta en esos días encuentros aislados con grupos de indígenas desconocidos que se presume eran jodí (Coppens 1983: 254). Sin embargo, no es sino hasta 1961 que se registra en forma escrita y certera el primer contacto de occidente con los Jodí, cuando se divisó en la cuenca baja del Río Kayamá (afluente del Cuchivero) una banda jodí de 14 personas. En ese momento los Jodí usaban hachas de piedra y hacían fuego frotando pequeños maderos. Sus únicas relaciones interétnicas conocidas consistían en encuentros intermitentes con los E'ñapa (de filiación



lingüística caribe) que habitaban áreas cercanas (Cruxent 1961). Aún en los setenta se reportó que los Jodí usaban cuchillos de bambú (Eibl-Eibesfeldt 1973) y se consideró que los instrumentos de metal eran una introducción relativamente reciente pues la mayoría de los grupos poseían sólo pequeñas piezas, usadas y desgastadas (Coppens 1983). A finales de 1969 un equipo de misioneros norteamericanos afiliados con la Misión Nuevas Tribus (MNT), guiados por indígenas piaroa, contactaron algunas comunidades jodí en la región de Caño Iguana, en el Estado Amazonas (Ron Bodin 1969, James Bou 1970, Paul Dye 1970). Al año siguiente la MNT construyó una base en el área y se estableció el contacto occidental permanente. La misión ha estado ocupada casi de manera continua por 2 a 4 familias de misioneros que han mantenido desde sus inicios un dispensario de salud bien dotado que constituye la única fuente de acceso de atención biomédica de los Jodí del Amazonas. Desde hace aproximadamente una década, además, los misioneros han impartido enseñanza literaria (lecto-escritura) en jodí a la población mayor de 7 años, por lo que el grueso de los indígenas son alfabetos en su propia lengua. El *ethos* cristiano protestante, centrado en el individuo, prevalece en términos de las interacciones socio-económicas entre los misioneros y los Jodí particulares. En 2006, sin embargo, la expulsión de la Misión Nuevas Tribus, por decreto presidencial, del Estado Amazonas, ha cambiado radicalmente las dinámicas sociales de los Jodí¹.

Durante la década de los setenta, los Jodí fueron visitados por varios exploradores científicos que produjeron las primeras relaciones etnográficas acerca de sus hábitos de subsistencia, modos de asentamiento, tecnología nativa, organización social y vocabulario (Coppens 1975, 1983; Coppens y Mitrani 1974; Corradini 1973; Cruxent 1961; Eibl-Eibesfeldt 1973; Guarisma 1974; Guarisma y Coppens 1978; Jangoux 1971; Villalón, com. pers. 1971). Hacia 1983 se estableció una misión en el sector jodí norte, cuando misioneras católicas de la orden María Inmaculada, o Hermanas de la Madre Laura, fundaron un asentamiento religioso en las márgenes del río Kayamá. La misión inicialmente se fundó y orientó a atender exclusivamente a los E'ñapa, pues para este momento se desconocía la existencia de los Jodí en la zona. Al igual que en Caño Iguana, la atención médico-sanitaria fue el factor determinante para que, un lustro más tarde, algunas comunidades jodí se asentaran en la misión. Las migraciones hacia la misión son parte de un proceso que se extiende hasta

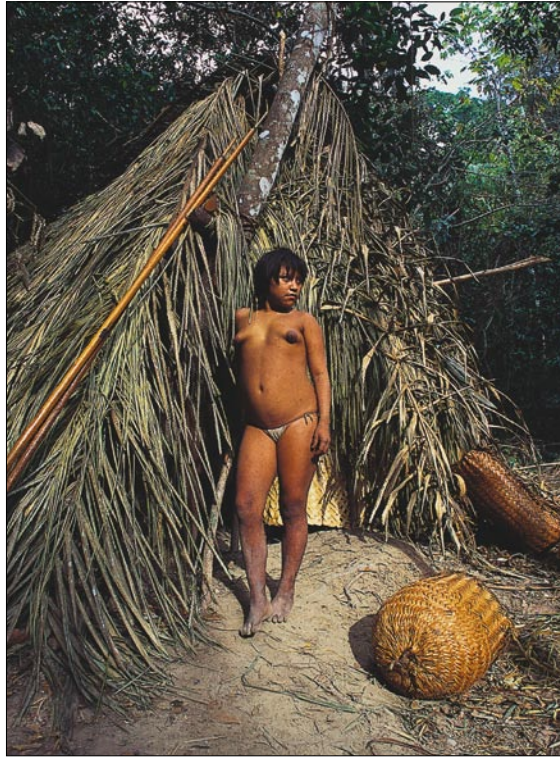
1. El cambio más significativo es el ingreso de miembros de la Fuerza Armada Venezolana al territorio, quienes convirtieron la instalación de las MNT en una base militar. Con éstos entraron también un equipo de profesionales de la salud y una pareja de especialistas en agricultura del Instituto Nacional de Tierras (INTI). El equipo del INTI inició sesiones de enseñanza del español y el equipo médico

está instalado y conformando ya un ambulatorio funcional. En tanto, 7 militares están permanentemente asentados en los predios de Iguana e instalaron en septiembre una antena de comunicaciones que permite el acceso a internet. Es aún temprano para emitir juicios acerca de la dirección o resultado de estas introducciones, pero es evidente que acarrearán cambios importantes.

el día de hoy, cuando siguen llegando grupos de aldeas y asentamientos lejanos en busca de atención biomédica. La coexistencia de dos grupos étnicos tan diferentes como los E'ñapa y los Jodí moldea, sin duda, las dinámicas sociales de esta misión. El *ethos* católico colectivo prevalece en términos de las relaciones socio-económicas entre las misioneras y los Jodí. Esto se expresa en las formas de organizar el trabajo, la asignación de las obligaciones y deberes y la distribución de bienes introducidos. Sendas parcelas agroforestales comunitarias, escuelas y otras edificaciones asociadas a la misión por grupo étnico (unas exclusivamente jodí y otras exclusivamente e'ñapa) evidencian en la praxis tal ideología. La misión ha contado en la última década con una escuela básica de Fe y Alegría donde maestros indígenas (con cursos y salones exclusivos para cada grupo étnico) y misioneras imparten educación bilingüe (de 1° a 6° grado). Cuentan también con un ambulatorio rural tipo 1, inscrito en el Ministerio de Salud, pobremente dotado. También, desde finales de los ochenta y durante la década de los noventa se acentuaron las incursiones de mineros tradicionales indígenas (yabarana, piaroa, hiwi, ye'kwana, criollos venezolanos, colombianos y brasileños) así como de turistas (nacionales y extranjeros), a algunos sectores ocupados por los Jodí del Amazonas, vinculándose para intercambios de bienes, información y servicios; además de estudios científicos antropológicos, botánicos y ecológicos (Storrie 1999, 2003; Zent 1999; Zent *et al.* 2001; Zent y Zent 2002, 2004a, 2004b, 2004c).

La producción literaria acerca de los Jodí es, por lejos, la más escasa del país si se la compara con la de otros grupos guayaneses asentados en lo que es hoy Venezuela; en especial si se la compara con aquellos pueblos que fueron contactados en el siglo XVI. Los Jodí de 1970-75 eran descritos como un pueblo asociado a la llamada cultura marginal del bosque tropical (subtipo: nómadas no fluviales del bosque, Steward y Faron 1959), cuyas características principales son: orientación geográfica interfluvial, ocupando ambientes montañosos de tierras altas (~250-1000 msnm); socialmente organizados en bandas pequeñas y cambiantes, ocupando un determinado territorio; sin navegación o uso de curiaras; principalmente cazadores recolectores y secundariamente horticultores (con maíz y plátano como principales cultivos); casas simples en forma de **A**, o alperces o paravientos de una sola agua; asentamientos típicamente muy pequeños, dispersos y nómadas; tecnología nativa cruda, con muchos artefactos (cestas, cerámica, guayucos) en versiones menos elaboradas de la cultura material e'ñapa; y con una notable escasez de bienes occidentales. Puede deducirse de los reportes etnográficos iniciales que varios elementos ahora comunes, tales como fósforos, ollas de metal, anzuelos, ropas y mostacilla de vidrio, eran raros o desconocidos para entonces.





Imágenes de la vida jodí. Fotografías Raúl Sojo.

El panorama social, económico y cultural de los Jodĩ de la década de los noventa difiere de aquel de veinte años atrás. En una sola generación los Jodĩ han experimentado cambios considerables, aunque debemos subrayar que el proceso de cambios ha afectado de maneras y grados diferentes a las diversas comunidades y sectores de su sociedad. En este sentido podría hablarse de una suerte de amplia gama de variación, derivada del tipo de contacto interétnico, accesibilidad a la tecnología occidental, orientación económica, patrón de asentamiento, ambiente ecológico de asentamiento y, en general, del nivel de aculturación. Creemos incluso que algunas comunidades jodĩ (asentadas en el Alto Cuchivero, Alto Parucito, Caura) no han sido contactadas aún por occidental alguno.

Actualmente, la mayoría de los jodĩ son monolingües de un idioma afiliado a la familia Sá-liva. Las 25 comunidades jodĩ censadas han estado expuestas a grados disímiles de contacto, lo que ha generado un rango diferenciado de cambios culturales. Sin embargo, la mayoría de su población mantiene una forma de vida bastante similar a la aquí descrita. Un 40% de los Jodĩ vive en comunidades pequeñas (5-25 personas) y dispersas y 60% de la población se ha nucleado en dos comunidades de misión en las últimas dos décadas. Su población está organizada en bandas variables, altamente móviles y con pocas definiciones estructurales precisas (Storrie 1999: 41). Poseen en cambio sentidos de pertenencia esencial por interacción cotidiana que trascienden la consanguinidad y están sustentados en la circulación y transmisión de bienes, materias, sustancias, servicios y alimentos que dan forma a la socialización, identidad y consubstanciación de los miembros del grupo residencial (Londoño 2003: 181; Rival 1998: 354; Storrie 1999: 34). Incluso en las comunidades de misión las casas se disponen en vecindarios ocupados por parientes provenientes de las mismas regiones territoriales, que se parecen en tamaño, cooperación económica y estructura de parentesco a sus bandas originarias (Zent y Zent 2002b). Los Jodĩ no observan una marcada división del trabajo, tienen un mínimo repertorio de roles sociales, carecen de segmentación social y tienen una notable ausencia de nombres personales (cf. Storrie 1999: 44). Poseen, sin embargo, un formidable sentido ceremonial que exalta ciclos vitales liminales y una actualización permanente del tiempo primordial cosmológico (Zent 2005a, López 2006). Los procesos diacrónicos filogenéticos, así como las ontologías cosmológicas que explican el presente se manifiestan en la práctica de su vida cotidiana (caza, aprehensión espacial, recolección, expresión residencial, etc.), develando una gran riqueza en su cosmología que contrasta con la relativa austeridad de su cultura material (cf. Viveiros de Castro 1992: 2).

Los líderes jodĩ son aquellos que han mostrado pericia en la cacería o son considerados sabios (diestros en el arte de soñar, curar y comunicar) pero su ascendencia es ética más



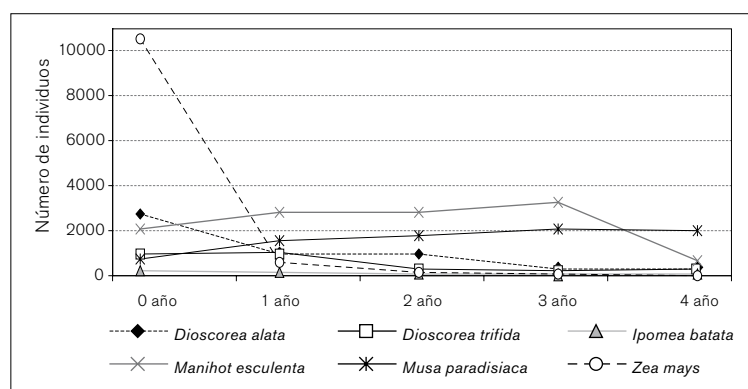
que política y su opinión una sugerencia de acción más que una orden. Un ensayo reciente en la comunidad de Kayamá, posiblemente promovido por la necesidad de un nuevo orden orientado a cubrir las nuevas demandas y necesidades de la misión, consiste en la selección consensuada de voceros que son denominados *jefes* y actúan como tales. El éxito relativo de los jefes en términos de organizar y asignar deberes a los miembros de la comunidad fluctúa y se observa una tensión entre el bien comunal y el individual al registrar la insatisfacción de algunos jodí, que no encuentran una vía de comunión entre sus necesidades y aspiraciones personales y las colectivas de la misión. Aparte de las misiones no existen otras instituciones, gubernamentales o no, asociadas a las comunidades jodí. Una comunidad jodí del bajo caño Mosquito de 11 miembros se encuentra actualmente vinculada a trabajos asalariados, presuntamente explotada por dueños de hatos en tierras yabarana. La migración relativamente reciente de estos jodí, con poco dominio del español, aunada a sus esfuerzos por conectarse con la sociedad nacional han generado esta situación de explotación.

La economía jodí se basa en la caza y la recolección de recursos silvestres, la agricultura y la pesca. Ellos dedican alrededor del 80% de su tiempo de trabajo al complejo caza-recolección y alrededor del 20% a las tareas agrícolas (Zent y Zent 2002). Aunque inventarios realizados en 125 conucos jodí arrojaron un total de 55 diferentes cultivos (entre los que destacaban: aguacate, ají, algodón, arroz, auyama, batata, calabaza, cambur, caña de azúcar, cocura, curagua, frijoles, guama, guayaba, jengibre, lágrimas de San Pedro, lechoza, limoncillo, maíz, mango, maní, mapuey, ñame, onoto, patilla, pijiguao, piña, plátano, tabaco, totumo, yuca), estudios cuantitativos de los recursos alimenticios cosechados en conucos (durante 1074 días) muestra que los cultivos que exhibían las mayores frecuencias eran cinco: *Zea mays* L., *Ipomea batata* L., *Musa paradisiaca* x L., *Dioscorea* spp. y *Manihot esculenta* Crantz, que constituían la fuente primordial de carbohidratos cultivados en la dieta jodí (figura 1). La ingesta de estos carbohidratos está determinada por la disponibilidad de los productos durante las diversas épocas del año (maíz, agosto-octubre; ñame, diciembre-febrero; batata, enero-abril; yuca, mayo-julio). El complejo plátano-banana se consume durante todo el año y en este sentido se lo puede considerar el más importante desde el punto de vista energético (Zent *et al.* 2001).

El registro de diversos eventos (589) de extracción de recursos silvestres, junto a recolecciones botánicas genéricas (2500 muestras en series de cinco), entrevistas, conversaciones y observaciones múltiples permitieron alcanzar una medida aproximada de la cantidad y calidad de animales y plantas alimenticias del bosque. Un total de 233 especies botánicas no cultivadas (en 61 familias) y 43 aún no determinadas sirven de alimen-

to silvestre a los Jodí, siendo las más significativas, nutritiva y socialmente, las Areceas (*Astrocaryum gynacanthum* Mart., *Attalea butyraceae* [Mutis ex L.f.] Wess. Boer., *A. mari-pa* [Aublet] Mart., *Euterpe precatoria* Mart., *Mauritia flexuosa* L., *Socratea exorrhiza* [Mart.] Wendl, *Oenocarpus bacaba* Mart.).

Figura 1. Recursos alimenticios cosechados en conucos a lo largo de cuatro años.



Entre los Jodí, las tareas son ejecutadas de manera flexible por hombres o mujeres generalmente emparentados y que ocupan la misma unidad residencial. Los Jodí son gregarios y raramente se observa un individuo solo realizando una tarea de subsistencia. La pareja de esposos es habitualmente la unidad de producción, reproducción, captura y distribución de los recursos en tareas de recolección, agrícolas, de cosecha y cacería. Grupos etáreos del mismo género pueden asociarse para llevar a cabo una actividad (cazar, buscar cangrejos, cosechar frutos silvestres, buscar productos en el conuco, etc.). La obtención de productos silvestres o cultivados se asocia con la disponibilidad y accesibilidad más que con el trabajo o la propiedad en un ambiente caracterizado por la dispersión de recursos y las irregularidades estacionales y espaciales. Aunque los Jodí están aún desvinculados del mercado capitalista de manera directa, es decir no producen excedentes para insertarse con ellos a la red de intercambios comerciales monetarios, sí reciben ingresos en moneda nacional por su trabajo como maestros en la escuela de San José de Kayamá, en el lado norte, y hasta febrero de 2006, por concepto de pago de servicios que prestaban a los misioneros en Caño Iguana, en el sector sur. Trascendiendo la esfera material, en la economía jodí están enlazadas un *continuum* de disposiciones, deseos, necesidades e intenciones manifiestas en seres humanos y no-humanos que modulan las estrategias de creación, intercambio,





Recolectando y procesando miel.
Mujeres trabajando. Fotografías Raúl Sojo.

distribución y circulación de recursos. Los recursos provienen de la interacción favorable con seres sobrenaturales (*jkati jadi, jtijadi*) que co-habitan ésta y otras esferas de la realidad con los humanos, y no sólo son el resultado del trabajo.

NOCIONES DE SALUD Y ENFERMEDAD ENTRE LOS JODĪ

Origen de la enfermedad. Los JodĪ no parecen tener un mito explicativo de la presencia de males, dolencias o afecciones que podrían tener un equivalente con nuestra concepción de enfermedad. Poseen más bien argumentos cosmológicos implícitos en otros mitos de los que derivarían las afecciones del ser. Una de las versiones mitológicas más directas indica que las enfermedades surgieron como dispositivos para estimular la muerte cuando el ser humano perdió la inmortalidad. El mito relata que al incumplir la petición de la palabra, según la cual debía gritarse cuando moría y resucitaba el sol para restituir los ciclos, se hizo la oscuridad de la noche y la maldad se hizo palpable, personificada en ciertos seres (*aweladi, yewidi, ñajadi, ejkodi jlue, jwajilo, jkyo mujkete idijle, jetö jluwena, ajkuwayu*, etc.) a los que se atribuye el origen de muchas enfermedades (ver tabla 1). La enfermedad es causada también por la trasgresión a ciertas normas ético ecológicas hacia entes o contextos (en especial hacia los *jkyo aemo* o maestros de animales y plantas), por el incumplimiento de prácticas rituales (en momentos liminales: al nacer, cazar, durante la adolescencia, al morir), por no observar las reglas sociales que garantizan la vida (como la generosidad y la no violencia), por contacto con ambientes de sabana habitados por otros indígenas (sobre todo é ñapa); o bien la enfermedad puede ser un aviso de algo más complejo, que requiere actuar sobre el cuerpo afectado. Algunos sencillamente afirman que la enfermedad existe porque “los antiguos lo dijeron así y lo hicieron palabra”, *baede jodi undima jawa*.

Nociones de enfermedad. El ser es el asiento de la enfermedad humana, sea ésta tangible o intangible. Sin embargo, la complejidad de las nociones del ser entre los grupos amerindios (Conklin 1995; Conklin y Morgan. 1996; Fausto 2002; Gajewski 2000; Londoño 2003; Pollock 1996; Rival 1998; Taylor 1996; Viveiros de Castro 1979, 1992, 2002) exhortan a explorar las especificidades de tal concepto entre los JodĪ para aproximarse a sus nociones de enfermedad. Sin adjudicarnos un conocimiento exhaustivo o completo de la compleja concepción del ser humano y la enfermedad jodĪ, esperamos que esta síntesis interpretativa describa con fidelidad sus voces, conceptos y prácticas. El metalenguaje comparativo aquí son las nociones de cuerpo y enfermedad en la tradición occidental.



Tabla 1. Breve glosario de algunos aspectos y entidades inmateriales que intervienen en la noción de salud – enfermedad entre los Jodí.

<i>ajkuwayu</i>	Hipóstasis [*] de la araña-persona.
<i>aweladi</i> , sing. <i>awela</i>	Fantasma, espectro, monstruo. Término polisémico que define innumerables seres, temidos depredadores polimórficos que pueden ser temporales o eternos.
<i>baede Jodí undima jawa</i>	Conocimiento de la palabra y modos ancestrales jodí.
<i>ejkodi ja</i>	Culebra-persona, ser depredador.
<i>ijkwö ju</i>	Componente trascendente de la persona: corazón, vida; traducido como alma por jodí hablantes de español.
<i>inë ja dodo</i>	Componente de la persona que muta al morir; cuerpo, envoltorio de carne.
<i>jetö jluwena</i>	Anaconda-persona, ser depredador.
<i>jkajo jadi</i> sing. <i>jkajo ja</i>	Hombres sabios, chamanes, espíritus poderosos que se hicieron inmortales y cambian su apariencia. Pueden ser un animal, una planta, un hongo, un astro, etc.
<i>jkawajke</i>	Escarificación e instrumento usado para escarificar.
<i>jkojto, uli jkojto</i>	Coronas, capas elaboradas con fibra de palmas.
<i>jkwanajka</i>	Collares elaborados con semillas silvestres y cultivadas, huesos de animales, plumas, partes de insectos, etc.
<i>jkyo ae</i> pl. <i>jkyo aedi</i>	Demiurgo que puede asumir varias formas, aunque suele ser representado por el trueno; también es llamado <i>jkëmbajka</i> [el que es] o <i>uli jkonajto</i> (<i>Psarocolius</i> sp.).
<i>jkyo aemodi</i> , sing. <i>jkyo aemo</i>	Dueños o protectores de los animales y las plantas. También se refieren a padres e hijos como a grupos <i>aemodi</i> .
<i>jkyo balebi</i>	Cazar, recolectar, explorar, salir, deambular en el bosque.
<i>jkyo mujkete idijle</i>	Depredador de personas asociado a las cerbatanas.
<i>jlojoi uli ja</i>	Hipóstasis de la lagartija, depredador.
<i>jnamodi</i>	Espíritu, ánimo, aliento; componente vital de la persona. Cada individuo tiene de uno a cuatro <i>jnamodi</i> y pueden ser compartidos con otras personas o seres.
<i>jtawibo o jtonemo manajto jkwali</i>	Flautas de caña y hueso de venado respectivamente.
<i>jtumie uli ja</i>	Demiurgo que inventó/enseñó sobre el veneno.
<i>jwaijlo</i>	Sapo-persona, ser depredador.
<i>maluwë najna duwidekae</i>	Pintura corporal con resinas, esencias vegetales y partes de animales (huesos pulverizados, partes del corazón de las presas, etc.).
<i>ña ja</i> fem <i>ñajau</i> pl. <i>ñajadi</i>	Desánimo, tristeza y/o irracionalidad.
<i>ñaja bai bujtebi</i>	Enfermedad, estar enfermo.
<i>ñajabae ma dejkani</i>	El/la que cura.
<i>ñajadi</i> sing. <i>ñaja</i> fem. <i>ñajau</i>	Ser malvado, malevolente, dañino.
<i>ñëdo jadi</i>	Brujos, sabios del veneno pueden ser personas o espíritus. Son herederos del conocimiento traído por <i>jtumie uli ja</i> .
<i>ño jkale</i>	Perforación nasal, marcador simbólico del rito de pasaje de la adolescencia.
<i>wareba ja</i>	Mariposa-persona, ser poderoso.
<i>yewidi</i> sing. <i>yewi</i>	Tigre-persona, ser depredador.
<i>yu</i> o <i>yunëdiye</i> sing. <i>iyu</i>	Bendición, soplado y breve conversación con el espacio donde muere una presa, con su carne y el resto de sus componentes corporales, así como en el espacio de donde se extraen recursos botánicos y animales.
<i>yuyujto</i>	El/la que bendice/sabe dar comida.

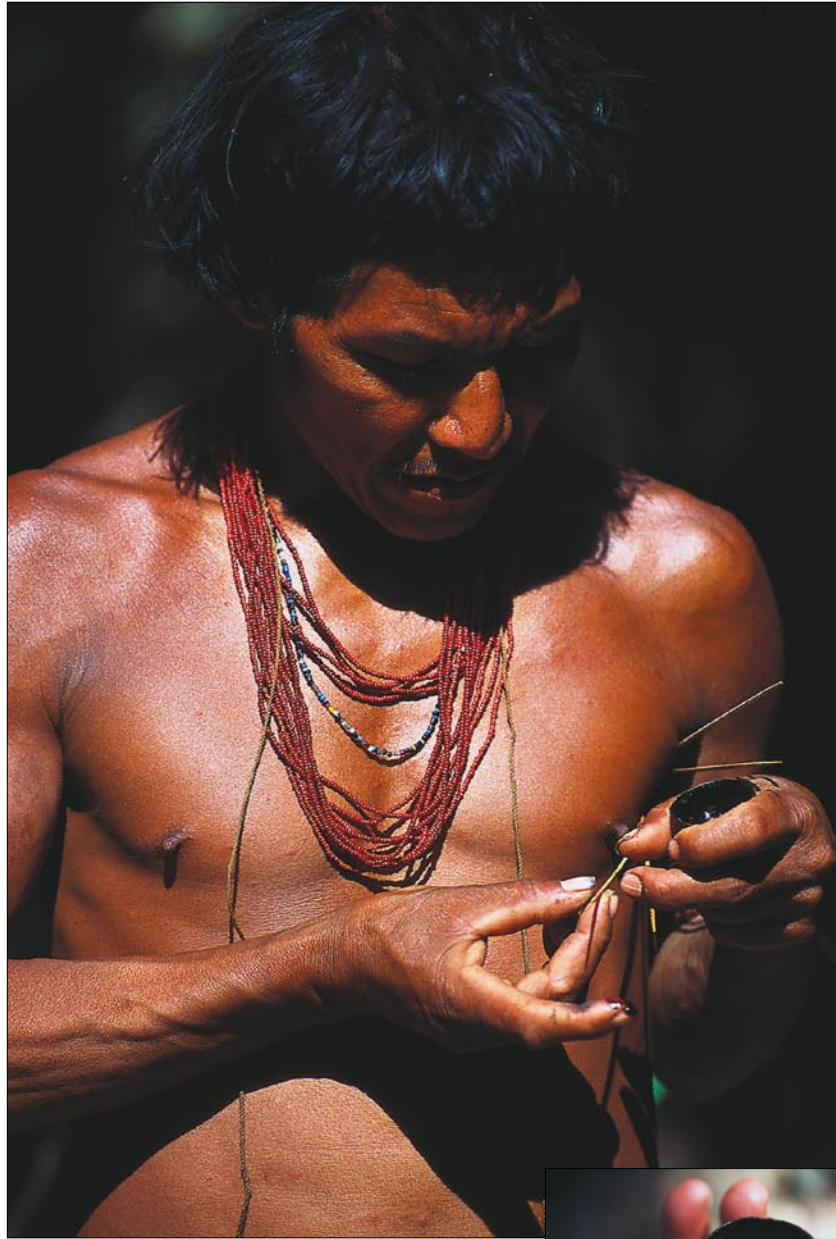
* Unión de naturaleza humana y divina.

La noción de enfermedad (*ñaja bai bujtebi*) entre los Jodí se define parcialmente en términos análogos a los occidentales (tabla 2); es decir, como una condición anormal del cuerpo o la mente que causa incomodidad, dolor, molestia, disfunción, angustia, pena, ansiedad y/o desasosiego a una persona o grupo. Implícita en esta noción aparece en

Tabla 2. Algunas molestias, síntomas y dolencias en español y jodi.

Molestias / dolor	julu / ñete
aburrido	wēidēwa
atragantarse	jkwajunē
cabeza, dolor de	jtu julu
caer	jwí
cansancio, fatiga	idewajto jā
cicatriz	jyaliní dejae
cuerpo, dolor del	inē kwa juluwede
débil	jkenowano jā
desánimo, inapetencia, malestar	ilejtaibujtebī
diarrea	waiyo iki
diarrea severa	iki ejlau
diarreas	iki ejlau
dolor de miembros inferiores	mēna jkwa julu
dolor de oído	oneka julu
dolor/molestia estomacal	ekyo kwa julu
envenenada	ñedoja
envenenado	ñedoja
erisipela	duwewe jwa
eructo	eteike / jteike
escalofrío	jkyodaibwō
estar enfermo	ñajade daibī inē
estomacal, dolor/molestia	ekyo jkwa julu
estornudar	ño jīka
fiebre	jtowejto
garganta, dolor de	jkwajunebī
gripe con mucosa	ño dīlī
herida	ñedeja
herido	ñedeja
inapetencia	ilejtaibujtebī
infección de ojo, lagaña	bule dīlī
leishmaniasis	jlewa idī
malaria	jkule jkyiejo
menstruación	jtaunī o jnamana jawanī
orzuelo	iye jtuju
prurito	luwiē inēja
quemadura	dīlī
resfriado	ño jījtiwa
sed	jkwajkaibī
sed	jkwa miyeli
pulmón, sequedad del	mē jule
silencioso, mudo	udīde maja
sordo	oneka akude
temor/miedo	idiyu
tos (puede generar neumonía/bronquitis)	jkwajunebī
tristeza	yalu
vista borrosa	bule jkoibī
vómito	jlowekato baibo irte





Curare. Fotografías Raúl Sojo.

ambas tradiciones una equivalencia entre enfermedad y anormalidad, como la oposición diacrítica negativa, y salud y normalidad como referentes positivos. Sin embargo, la normalidad se construye bajo parámetros que cambian históricamente tanto en occidente como entre los Jodĩ (cf. Foucault 1963). Igual que para los Jodĩ, en la tradición médica occidental el diagnóstico es el proceso de identificar una afección por sus signos, síntomas y características. La afección jodĩ es concebida como una suerte de aviso de un estado anómalo, expresado por una serie de signos y síntomas patológicos que experimenta el individuo afectado. Tales signos se expresan en sensaciones, transformaciones o cambios asentados en algunos de los componentes del ser jodĩ.

Ñajá bai bujtebĩ [el término más equivalente a enfermedad en su lengua] es un estado diagnosticado en al menos tres categorías globales entre los Jodĩ: las afecciones consideradas dolencias desde el inicio de los tiempos; las introducidas y establecidas en virtud del contacto con los no jodĩ; y las generadas por la sinergia de estas dos patologías. La etiología, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades –no así la sintomatología– dependen de la categoría a la que pertenecen. Es decir, las enfermedades conocidas desde siempre serán objeto de tratamientos nativos jodĩ y sólo a través de ellos podrán ser curadas. Correspondientemente, las enfermedades introducidas serán erradicadas y curadas sólo con tratamientos introducidos. A la última categoría, mucho más compleja en etiología y tratamiento, le suelen atribuir un desenlace fatal.

Enfermedades tradicionales

La enfermedad jodĩ, bien entendida, es sinónimo de ser y estar incompleto, y por tanto débil, adjudicándosele un estado de desánimo, tristeza y/o irracionalidad [*ñá ja*], opuesto a la alegría y plenitud de estar completo, ser normal o no anómalo. Por ello, para comprender sus nociones de salud y enfermedad es importante conocer mínimamente sus concepciones sobre el funcionamiento del cuerpo humano.

La biomedicina asume que las nociones de corporalidad y mentalidad del ser son universales. Esto es, se entiende al cuerpo humano como la materia física integral de un individuo (que contrasta con el alma, la personalidad o la conducta) compuesto siempre de sistemas (muscular, nervioso, respiratorio, digestivo, óseo, circulatorio, urinario, endocrino, reproductor) y una mente asociada a las funciones cerebrales (pensamiento, razón, memoria, emoción). El ser jodĩ, en cambio, posee al menos tres componentes integrales



Tabla 3. Partes del cuerpo en español y jodi.

antebrazo	<i>mojtuno / ajkulejtuno</i>
antepierna	<i>mějnajtuno / mějna wawa</i>
bigote	<i>abie</i>
boca	<i>a</i>
boca, interior de	<i>abeka jkukě</i>
brazo	<i>mojtunō / mo wawa</i>
brazo, hueso de	<i>ajkule wawa</i>
cabeza	<i>jtu</i>
cachete	<i>abeka</i>
cadera	<i>ikyukajka / jtuběka</i>
cara	<i>bule mi</i>
ceja	<i>bule iō</i>
cerebro	<i>jtu jnajna / jtu modě</i>
clavícula	<i>ajkulě wawa / jkwakajkabě</i>
cintura	<i>ikyulejkě</i>
codo	<i>mojkwado / mojukanukě</i>
codo, hueso de	<i>molajo ichu</i>
columna	<i>jwí jele</i>
corazón	<i>ikwō ju</i>
cordón umbilical	<i>anuwě</i>
costilla	<i>uluwejte / me jele</i>
costillas	<i>uluwejtədō jtuwañowa</i>
cóccix	<i>ikyújkě</i>
cráneo	<i>jtu jyu jejta</i>
crystalino	<i>bule kyawě</i>
cuello	<i>jkwa jlabo / jkwajwí</i>
dedo	<i>jtělě</i>
dedo anular	<i>oneka jnenimajejta</i>
dedo corazón	<i>jtěbōjkya jejta / emona jtělě</i>
dedo índice	<i>jani jtělě / jtela lajo</i>
dedo meñique	<i>oneka jejta</i>
dedo pulgar	<i>jani jtělě / luli jtělě</i>
dedos de la mano	<i>jteliye</i>
dedos del pie	<i>mějna jteliye</i>
dedos, huesos de	<i>jteliye wawa</i>
diafragma	<i>lajo</i>
dientes	<i>ujku</i>
embarazo	<i>ini ekyonima</i>
encia	<i>ujku ichu</i>
esófago	<i>jwabo</i>
espalda	<i>ikyulějko / jwí</i>
estómago	<i>ulí ekyo</i>
fémur	<i>ijkye wawa</i>
frente	<i>bule mině</i>
hígado	<i>ojtete</i>
hombro	<i>ajkulě jtujkojko</i>
hombros	<i>ajkuyě</i>
intestinos	<i>jani ekyo</i>
iris	<i>bule dale</i>
labios	<i>ajedodo</i>

lengua	<i>anene</i>
mano	<i>mo / mojwí</i>
mano, huesos de	<i>mo jwajwa</i>
médula espinal	<i>me jele</i>
muñeca	<i>mo meko / mojkojko</i>
nalga	<i>ikyu</i>
nariz	<i>ño</i>
nuca	<i>jkwa lolo</i>
nuca, huesos de	<i>jkwa jele</i>
oído	<i>onekajkajka</i>
ojo	<i>bule</i>
omóplato	<i>jkēmame wawa</i>
oreja	<i>oneka dodo</i>
orificio nasal	<i>ño jkajka</i>
paladar	<i>nojķějkuke</i>
páncreas	<i>jñě mudijae / jyěli ekyo</i>
pecho, seno	<i>ojte</i>
pechos, senos	<i>ojtedo</i>
pelo de la cabeza	<i>jtu iō</i>
pene	<i>inena</i>
pestaña	<i>bule jenono iō</i>
pie	<i>mějna</i>
pie, hueso de	<i>mějna wawa weya</i>
pies	<i>mějniě</i>
pierna	<i>ijkye</i>
pierna, hueso de	<i>mějna wawa</i>
placenta	<i>ini jkwa majae mēō</i>
pulmones	<i>jkao jae</i>
quijada	<i>ajkajtuno</i>
riñón	<i>jwí dale</i>
riñones	<i>jwí adeda</i>
rodilla	<i>měkujto / mějna lajo</i>
sangre	<i>ijkwō</i>
sien	<i>bulo doka</i>
talón	<i>mějna jkanujke</i>
testículos	<i>inenadale</i>
tetilla	<i>ojteko</i>
tobillo	<i>jtanemo jkwejte</i>
tórax	<i>mebaba</i>
torso	<i>jkěwame</i>
útero	<i>ini jkwa majae</i>
vagina	<i>jkajka</i>
vejiga	<i>duli waña</i>
vena	<i>mojlajla</i>
venas	<i>jlěya</i>
vértebra	<i>jwíjele jae</i>
vesícula	<i>waña</i>
vientre	<i>jtawíjki baebí decae</i>
vulva	<i>yetejkwa</i>

diferenciales, el *ijkwö ju* [lit. corazón, vida], el *inë ja dodo* [lit. envoltorio de carne animado palpable] y los *jnamodï* [lit. espíritus, ánimo]. La complejidad de la concepción del ser jodï implica como aspecto inherente su potencialidad de no ser discreto, de transformarse y hacer difusos sus límites. En términos prácticos, comprender estos atributos es esencial para tratar una patología determinada. Los mitos y praxis jodï explican con profusión la ontología, filogenia y dinámicas de los tres macro elementos mencionados (Zent 2005b).

El *ijkwö ju*² es un complejo componente de muchos entes (sol, luna, animales, hombre, plantas, etc.) que conforma también el corazón, donde se asienta. Éste es la esencia humana que dota al ser de sensibilidad y subjetividad. Es lo primero que se crea del ser y, como el *inë ja*, se genera en la concepción; proviene de ambos progenitores y crece en el vientre de la madre.

Los Jodï no parecen tener un término que traduzca la expresión ‘cuerpo’ en el sentido occidental, refiriéndose a éste sólo en su aspecto material. El equivalente más cercano sería *jo* (lit. ser humano), palabra que implica mucho más que el cuerpo material. El *inë ja dodo* es un equivalente aproximado a las nociones de cuerpo y piel. El *inë ja* se refiere a la persona, en su aspecto material, a la vez que define su *habitus* (los afectos y disposiciones que dan forma a la vez que limitan las prácticas sociales); éste es potencialmente mutable y constriñe al *ijkwö ju*. Es además el asiento de los sentidos: *jajkwe wikë dekae* [gusto], *aku majte* [oído], *wë majte* [vista] y *miki dekae* [olfato]. En cambio, existen múltiples y muy específicos términos para describir las diferentes partes del cuerpo (tabla 3), donde se expresan los síntomas (avisos) de las enfermedades.

Los *jnamodï* son componentes intangibles e invisibles del ser humano que insuflan razón, volición, conocimiento, sensibilidad y son el asiento de la salud. Pueden ser situacionales, contextuales y discretos o colectivos; es decir acompañan a una persona o a su grupo, pero pueden ser también compartidos por otros entes concebidos como personas (incluyendo algunos astros, plantas, animales, hongos, etc.). Los *jnamodï* son altamente móviles y resulta muy difícil determinar su ubicación exacta. El número de *jnamodï* de una persona varía de uno a cuatro de acuerdo a la edad, la experticia o el entrenamiento espiritual de la persona. Los *jnamodï* son tanto fabricados como otorgados a la persona en tres momentos liminales de su socialización: al nacer, durante la adolescencia –en el curso de un rito esencial de pasaje– y durante algunos entrenamientos específicos. Los *jnamodï* están dentro, al lado y en torno a la persona (en el bosque, las casas, los conucos, los ríos) con la que crecen y adoptan su materialidad exacta. Dentro del *inë ja*, los *jnamodï*

2. Los Jodï hablantes de español lo traducen como alma.



están asentados en el *ijkwö ju* o corazón de la persona, siendo por ello ésta la parte más cuidada por el *jodï*. Los *jnamodï* impregnan, absorben, detienen o desvían seres malevolentes tangibles e intangibles. La volición de los *jnamodï* es infundida contextualmente por el *ijkwö ju* y el *inë ja* de la persona. Los *jnamodï* intervienen en tres prácticas que son determinantes del bienestar y la plenitud (es decir salud) de la persona: la comunicación con seres intangibles, el sueño y *jkyo balebï* (cazar, recolectar, explorar, salir, deambular por el bosque).

El tercer elemento, el *ijkwö ju*, es más difícil de precisar, pues mientras el *inë ja* es tangible y los *jnamodï* son intangibles, el *ijkwö ju* puede asumir ambos estados dependiendo del contexto. Gracias al *ijkwö ju* vemos, sentimos, presentimos, conocemos, aprehendemos y vivimos como seres sensibles. Gracias al *inë ja*, apercibimos, pensamos, nos movemos, somos y estamos en el espacio de los sentidos, nos individualizamos, materializamos y transformamos nuestro *habitus*. Gracias a los *jnamodï* soñamos, pensamos, entendemos, comprendemos, estamos calientes y no enfermamos. Los *jnamodï* escuchan y comunican todo lo que ven en sus andadas durante los sueños al *ijkwö ju* e inyectan volición contextual al *inë ja dodo*. En tanto que es factible vivir sin *jnamodï* (nosotros, los criollos, *dodo ma jodï*, no los poseemos, por ejemplo, aunque podemos adquirirlos de seguir los ritos necesarios), no se puede existir en el mundo sensible sin *ijkwö ju* o sin *inë ja dodo*. Vivir sin *jnamodï*, sin embargo, implica vivir en un estado incompleto, sin capacidad de aprehender o apercibir como persona ni serlo (como sucede con los locos). No tener *jnamodï* implica ser y estar enfermo. En este sentido, no puede hacerse una equivalencia directa entre las nociones de componentes inmateriales occidentales, tales como alma o espíritu, y las de los *Jodï*, entendidas generalmente como más subjetivas cultural y temporalmente. El alma, por ejemplo, según diversas tradiciones filosóficas y religiosas (Helenística, Cristiana, Judía, Budista) se concibe como un principio o una sustancia etérea, incorpórea e inmortal, análoga al espíritu, dotada de conciencia y razón, particular a un único ser que le permite estar vivo en el mundo sensible. Esto difiere significativamente de la concepción *jodï*, según la cual, los componentes de la persona poseen una alta capacidad para transformarse, así como una enorme potencialidad de ser compartidos (no discretos), es decir de ser/estar en diversos entes al mismo tiempo o en diferentes contextos espacio-temporales. Por ejemplo, los *jnamodï* podrían estar en uno o más individuos sin constituir contradicciones, pues ésta es una sociedad altamente gregaria que subsume al individuo y prioriza la colectividad. Un concepto difícil de aprehender en virtud del énfasis individual de nuestra tradición renacentista occidental.

El *ině ja*, por su parte, se construye por el consumo continuo de sustancias determinadas (plantas, animales, hongos) al interior del grupo residencial. La repetida, constante y frecuente práctica de ser penetrados por las mismas sustancias neutraliza las diferencias entre los co-residentes de un grupo. La co-sustanciación constituye un vínculo más estrecho que la consanguinidad al interior del grupo de co-residentes. La penetración de sustancias indebidas facilita, promueve e insta a la posible transformación del *habitus* del individuo al punto de convertirlo en otro ente, conductual o materialmente.

Debe subrayarse que algunos jodí, aquellos más insertos en el sistema de creencias cristianas, expresan cierta resistencia o desconocimiento de la concepción de persona aquí descrita, que sin embargo proviene del testimonio al que se adscribe la mayoría de los Jodí, verbal y conductualmente. Los procesos de cambio, probablemente, conduzcan a nuevas concepciones.

La razón última de la enfermedad es la salida o ausencia de los *jnamodí* o del *ijkwö ju* del cuerpo y entorno del individuo. La ausencia prolongada de los *jnamodí* del cuerpo se traduce en síntomas patológicos concretos que pueden implicar consecuencias tan fatales como la muerte, que catapultan la salida del *ijkwö ju*. Sin embargo, todo el ser es objeto de raptos, acechos y depredaciones con consecuencias fatales, observándose incluso una cierta especialización o predilección de los depredadores por uno u otro componente del ser³. La degradación depredatoria y de debilitamiento del ser generalmente ataca en primera instancia al *ině ja*, en una segunda al *ijkwö ju* y finalmente a los *jnamodí*, precipitando la muerte. Etiológicamente, podrían establecerse al menos tres categorías de incitadores que inducen la salida de los *jnamodí* del ser: causales (dadas por una relación directa de causa-efecto poco controlable); correlativos (dadas por relaciones causales propicias asociadas a otros factores controlables o volitivos); y contributivos (conductas que generan o no la enfermedad en ciertos contextos). La salida del *jnamodí* es propiciada por concomitantes tangibles (sustancias, materias, conductas) o intangibles (palabras, pensamientos, ideas) en cualquiera de los casos. Sin duda esta categorización es artificial en el contexto jodí, pero es útil para exponer y tratar de explicar lo que interpretamos como la etiología de la enfermedad jodí.

3. Por ejemplo, los *bulu jadı* (seres enormes con una especie de hacha temible en la quijada, cola larga, abundante pelo

blanco, protectores de árboles, que viven en los dos picachos de Maigualida) buscan el *iněja* e *ijkwö ju* de la persona.



Causales

El rapto de los *jnamodi* es la causa más comúnmente citada ante la aparición de ciertos síntomas corporales. Las patologías repentinas y la muerte súbita pueden atribuirse al rapto y depredación total del *ijkwö ju* por parte de algunos seres siempre al acecho en el universo jodi. Estar enfermo, *ñajade daibi iñe*, es una condición muchas veces determinada sintomáticamente por el *jtú julu* [dolor de cabeza]; con menor frecuencia, otros signos corporales que indican la salida de los *jnamodi* son *idewajto ja* [cansancio, fatiga], *inë kwa juluwede* [dolor del cuerpo], *ekyo jkwa julu* [dolor/molestia estomacal] y *jtowejto* [fiebre].

Existen múltiples entes poderosos que quieren apoderarse y raptar el *jnamodi*, y en algunos casos el *ijkwö ju* de la persona, que aunque podrían considerarse depredadores (cf. Århem 1996) tienen por fin verdadero transformar el componente inmaterial de las personas en uno de ellos. Tales entes, generalmente hipostáticos (unión de naturaleza humana y divina), ocupan lugares determinados del bosque (raudales, montañas, árboles) y se irritan ante la mención de sus nombres en sus hábitats particulares o ante la presencia de ciertos humanos (embarazadas, barbados). Estos buscan con especial avidez a los niños, pero sus predilecciones y especificidades varían todo a lo largo del territorio jodi.

Los depredadores más temidos por los Jodi se agrupan bajo el término *aweladi* [sing. *awela*], seres altamente peligrosos que pueden asumir varias formas, pero tienen una gran predilección por transformarse en *yewidi* [tigres]. *Awela* [fantasma, espectro, monstruo] es un término polisémico que define innumerables seres que difieren en su temporalidad esencial: pueden ser eternos o finitos. Los *aweladi* finitos son la materialización de lo malevolente, la flojera, la enfermedad, el dolor del que muere; tienen volición propia pero no sentido ni palabra. La orina, las heces, las uñas y la saliva de una persona pueden convertirse en *awela* (en cuyo caso depredarán con predilección al *inë ja* de los niños, en especial el de sus propios hijos). Los *aweladi* eternos son personas profusamente peludas, negras, altas, enormes y tienen una gran avidez por comer los ojos de las personas (según algunas versiones, de hecho, sólo comen ojos) y son derivaciones o transformaciones de *habitus* diversos, pueden personificar/materializarse en el oso hormiguero u otros animales. Los *aweladi* eternos son aquellos que quedaron encerrados en el subsuelo durante el último caos y viven en lo profundo de las montañas, de donde no pueden salir; no hay comunicación con este mundo.

Además de los *aweladi*, los mayores raptos directos de *jnamodi* son los *jkyo aemodi* [en plural o *jkyo aemo* en singular] seres divinos vigorosos, equivalentes a los *Dueños* o protec-

tores de los animales y las plantas. Generalmente, el término *jkyo aemo* se refiere a padres e hijos como grupo *aemodi*. Existe un grupo de *jkyo aemo* para cada especie orgánica. Son seres hipostáticos humanos de *habitus* polimórfico e intencionalidad variable, benigna unas veces y depredadores otras; sus hijos son tigres escondidos; ocupan hábitats particulares de los bosques, ríos, cuevas, formaciones rocosas, cielo, subsuelo, o en algunos árboles, fuentes de aguas estancadas, raudales o correntías. Entre los móviles fundamentales de los *jkyo aemo* para atacar a las personas se encuentran las trasgresiones a una compleja ética ambiental (abusar en la manipulación de recursos zoológicos o botánicos, o desperdiciarlos) o el incumplir el rito del *yu* o *yunëdiye* [sing. *iyu*] una suerte de soplado y breve conversación con el espacio donde muere una presa, con su carne y el resto de sus componentes corporales, así como con el espacio de donde se extraen recursos botánicos o animales. La bendición de las abejas y su miel en este caso es particularmente importante. En tal conversación, en voz muy baja, se purifica y promete compartir las sustancias o alimentos obtenidos. El *yu* es una suerte de convención donde se agradece, se previene la enfermedad (el rapto), se sugiere la continuidad de esta forma de vida (la de la cultura jodi), se sustenta una sólida ética ambiental y se compromete al individuo con su grupo. Los Jodi hablan-tes de español traducen *iyu* como una suerte de bendición que debe realizar el individuo cuando consume cualquier tipo de alimento o en los eventos de cacería (práctica común entre muchos amerindios, Århem 1996). Es fundamental practicar el *yu* con los alimentos introducidos por vez primera a los niños. El *iyu* transforma el sujeto-animal en objeto-alimento, cuando el cazador actúa como chamán por excelencia. La ausencia del *yu* puede instar al *jkyo aemo* del animal o planta ingerida a raptar o depredar el *ijkwö ju* o *jnamodi* de las personas que lo consumen; y hacerlo uno de ellos. En este caso el *iyudë* comunica, verbaliza la intención de consumir para que la parte trascendente del alimento reconozca que debe irse al lugar del sol donde se originó e iniciar otro ciclo de vida⁴. El no practicar el *yu* inevitablemente produce enfermedades.

Otra causa directa de enfermedades es la vida en la sabana, donde la molestia de las quemas y el humo afectan a múltiples seres que, a través del aire, envían dolencias y llaman o seducen a los *jnamodi* de las personas. Los agentes que transmiten patógenos por el aire y la brisa son el *jkyo ae* [pl. *jkyo aedi*] –un ser poderoso hipostático primordial también llamado

4. Otros depredadores son: *yewidi* [lit. tigres, personifican seres poderosos depredadores por excelencia; habitan muchas lagunas subterráneas]; *uli jkwayo jawabo* [parecido al mono marimonda pero más grande y peludo], que vive en rocas enormes, al igual que *jkwayitubo bouma ja* [parecido al venado pero negro y más grande] y *jwayo jikana* [semejante al ratón pero más grande y oscuro];

jtukuli uli ja [persona-colibrí, hipostático, dueño del tabaco, *jkawine jkojko* y *bule wajko*, plantas usadas en medicina y cacería], que vive en el cielo; *waijlo* [persona-sapo hipostático, oculta y descubre el fuego y regresa a donde se oculta el sol desde tiempos primordiales], vive en áreas rocosas y el subsuelo; etc.





Caminando en la selva.
Cacería. Fotografías Raúl Sojo.

jkëmbajka [el que es]; el *uli jkonojto* (*Psarocolius* sp.) –polimorfo pero con predilección por materializarse como el trueno; y la *wareba ja* [mariposa-persona]. La manifestación corporal de sus ataques son una fuerte sudoración, detenimiento del fluir de la sangre (en virtud del rapto del *ijkwö ju* y la carencia de movimiento) e incapacidad para articular palabra.

Correlativas

La seducción del *jnamodi* es facilitada en este mundo sensible por hombres o mujeres con conocimientos profundos acerca de la correlación de sustancias, conocidos como *ñëdo jadi* [brujos, sabios del veneno, que pueden ser personas o espíritus], herederos del conocimiento traído por *jtumie uli ja* [persona que inventó/enseñó todo sobre el veneno]. Estos brujos raptan los *jnamodi* para ellos mismos o para cualquier otro depredador al acecho, siendo el fin último del *ñëdo ja* causar la muerte del individuo. La causa más frecuente para sus ataques es la envidia, aunque también los estimula la venganza. Generalmente la efectividad del veneno no depende en lo absoluto de la penetración de la sustancia en la víctima, siendo además altamente contagioso y transmisible a través de la vista (desde el afectado a otros seres). El veneno se envía por varios medios: el aire (soplando mezclas de sustancias a grandes distancias de la víctima); la idea/pensamiento (deseando insistentemente el mal); el contacto visual (mirando al afectado al tiempo que se porta una determinada pintura corporal, elaborada con una mezcla de resinas, flores, huevos y partes de culebras, etc.); el contacto perceptual (aparición repentina e inesperada de entes diversos); el contacto táctil tardío (tocando con ciertas sustancias la huella o restos de comida de la víctima); o ingiriendo sustancias (mediante alimentos sólidos o líquidos). El efecto del envenenamiento se manifiesta casi de inmediato, a escasos minutos del hechizo se detiene la sangre de la víctima, y su resultado suele ser fatal si no es tratada el mismo día.

Contributivas

La tercera categoría de incitadores que inducen la salida del *jnamodi* es una expresión seudo-combinatoria de las dos categorías anteriores, e incorpora casos de enfermedades que involucran la volición, en algunos casos, o la casualidad e ignorancia, en otros. Tal es el caso del contacto táctil retardado (cuando una mujer con *jtauni* o *jnamana jawani* [menstruación] camina sobre la huella de hombres o niños; cuando prepara comidas o



lava para ellos sin saber que no debe hacerlo, o con la intención de dañarlos), e inmediato (paso y vista de ríos grandes donde habitan seres hipostáticos que no quieren ser perturbados o escuchan al humano y se sienten tentados a depredarlos).

A la sangre menstrual se le adjudican enormes e inmediatos poderes fatales, prácticamente insoslayables, pues ocasiona *më jule*, una condición que produce la sequedad completa del pulmón y la boca, conduciendo a la muerte a menos que se ingieran inmediatamente una serie de plantas que inducen el vómito, que debe caer en lugares muy concretos y sobre plantas específicas. De usarse esta terapia, la mujer menstruante que originó el mal muere como contrapartida. En esta categoría se encuentran también conductas desviadas del *ethos* integral del “ser jodĩ” que contribuyen al establecimiento de la sintomatología patológica. Entre estas conductas se encuentran el egoísmo (no compartir no sólo los recursos sino la información sobre las localidades donde puede accederse a éstos y su distribución, expresada perceptualmente con *luwië inëja* [prurito]); no cumplir con ritos fundamentales, como los postmortem (ayuno, abstinencia, quema de habitaciones, abluciones, lavados, silencio, etc.); no actuar recíprocamente (no cocinar para la pareja, no cazar con la pareja, etc.); robar o esconder recursos (extraer productos de conucos ajenos acarrea el riesgo de ser mordido por un ente materializado como una culebra, que atiende la solicitud de quien sembró el producto y del *jkyo aemo* de éste, extraído en forma de maíz, batata, etc.); o el maltratar individuos particulares, sus sustancias o materias (un animal, un árbol, un hongo, cuando se ve abusado produce dolencias y patologías).

TRATAMIENTOS DE LAS AFECCIONES JODĨ

Dividiremos esta sección en terapias jodĩ, biomédicas e híbridas.

Terapias jodĩ

Del diagnóstico de una dolencia depende la selección del tratamiento considerado más apropiado. Las terapias jodĩ están basadas en procedimientos inmateriales y materiales, y podrían categorizarse como terapias preventivas, propiciatorias y curativas. Nuevamente, aquí la categorización es heurística y permite organizar la información más que clasificarla tal y como la perciben los Jodĩ. Como se verá, la cotidianidad jodĩ hace mucho

énfasis en las prácticas preventivas y propiciatorias, fundamentalmente en los momentos liminales de la vida del individuo (nacimiento, adolescencia, muerte). Sin duda las praxis e ideologías para evitar las dolencias son mucho más complejas y numerosas que las terapias exclusivamente curativas o restaurativas. Éstas consisten en prácticas insertas en la socialización y construcción del ser jodī⁵. Para los Jodī, pareciera que la curación es el último recurso, consecuencia de pensamientos, conductas y modos no apropiados culturalmente. Más que fatalidad, creemos que en el mínimo énfasis de la curación se oculta una predilección, en su escala de valores, por el *ethos* y la ética ambiental jodī. Tras la lógica de restauración de la salud (normalidad) jodī, se esconden fundamentos básicos de su cosmovisión ecológica. Esto es, los entes relacionales (astros, animales, plantas, hongos, gente, etc.) surgieron de una fuente primordial única a partir de la cual se diferenciaron y especializaron funcionalmente (presas, depredadores, dadores, personas). Originalmente, las plantas, los animales, los astros y otros seres menos clasificables en nuestros términos, eran seres humanos que volitiva e individualmente decidieron diferenciarse, tomar la forma de las respectivas especies y astros que ahora percibimos (por aburrimiento la mayoría). Mucha de aquella conexión original persiste en el espacio y tiempo jodī, permitiendo la dinámica normal-anómalo o salud-enfermedad en términos contextuales (se puede ser presa o depredador, dar la plenitud o quitarla, según las condiciones). Por ejemplo, muchos insectos y plantas pueden producir dolencias pero también quitarlas pues fueron originalmente personas y aunque distributivamente ya no lo sean, sus *jkyo aemo* aún lo son y a través de ellos los individuos de su grupo acceden al poder para actuar. Dos atributos del ser y las conexiones jodī que tienen muchos seres, incluidos muchos hombres, son: la potencialidad de comunicación y la de transformarse (conductual, afectiva y en algunos casos morfológicamente).

Terapias preventivas

Nacimiento. La prevención de enfermedades se inicia desde antes de la conformación del ser. Cuando una mujer sabe que está embarazada, es decir, que un *ijkwö ju* late en su vientre, ella y su pareja se someten a una serie de prescripciones y proscipciones que incluyen: *jkawai jnain* [comer/mascar tabaco] durante el embarazo, evadir el contacto perceptual con ciertos animales (pereza, tigre, oso hormiguero, anaconda), no comer

5. Los ritos, prescripciones y proscipciones se sintetizan sin detalle.





Flauta jodí. Fotografía Raúl Sojo.

otros animales (ardilla, baba, monos araguato, capuchino, marimonda, comadreja), ni algunas plantas (cambur corto, auyama, ñame largo) y no cazar u ocupar algunos espacios (picachos de Maigualida, montañas bajas, raudales, formaciones rocosas) para evitar malformaciones y depredaciones al feto y para protegerlo de transformaciones corporales así como de su *habitus* jodi. El bebé nace en el chinchorro de su madre y sólo en presencia de su padre (alternativamente, aunque con menor frecuencia, la abuela u otra mujer u hombre adultos pueden ayudar, pero sólo una persona debe presenciar un nacimiento). El cordón umbilical es cortado por el padre si el neonato es varón y por la madre si es hembra. Desde ese momento crítico de separación el ser debe crearse íntegro y pleno, además de establecer conexiones esenciales con el resto de los seres que pueblan el universo sano, mediante la penetración de esencias y sustancias. Cuando nace un bebé el grupo residencial mantiene silencio por tres días, mientras el padre se interna en el bosque, donde entierra superficialmente la placenta y pide a *jkyo ae* [trueno] que el neonato tenga *jnamodi* fuertes y sanos, con grandes habilidades para la caza (ver Zent 2005a). Durante este período el padre recogerá diversas plantas (hojas, corteza, raíces, flores, resinas, frutos), hongos y/o artrópodos,⁶ los colocará todos juntos y los masticará hasta hacer un amasijo que mete en una estera de fibra. De esta manera fabrica los *jnamodi* que simultáneamente son liberados por *jkyo ae*. La creación de los *jnamodi* es un proceso triple de facilitación, fabricación y absorción, durante el cual se unen las sustancias de diverso origen y se mezclan con la saliva del padre para fabricarlos, al tiempo que el niño absorbe los entes etéreos e inmortales, dotados de cognición, que libera *jkyo ae*. La composición del amasijo fabricado por el padre es crucial, dado que éste deberá prevenir una serie significativa de enfermedades al establecer la conexión primordial del niño con los *jkyo aemodi* de todos los seres. Particularmente importantes son determinadas abejas, hormigas, árboles duros, bejucos, hongos y mamíferos grandes. Al cuarto día el padre regresa a la comunidad y la madre baña al bebé, frotándolo con ese compuesto de sustancias producidas por el padre, que penetran, protegen y conectan con sus esencias al neonato para siempre. Estas sustancias lo hacen fuerte, sano y animado. Mientras esto pasa, todos los miembros de la unidad residencial se azotan con ciertas plantas para que escarifiquen sus miembros y regrese el deseo de caminar y continuar con la vida social normal. Solo entonces finalizan las restricciones alimenticias que comenzaron con el embarazo.

6. No se proveen las determinaciones biológicas de ningún organismo que pueda tener bioactividad.



Alrededor del cuarto o quinto mes de vida se protege al bebé de dolencias o raptos potenciales colocando una cinta de algodón alrededor de su cintura y collares en su cuello, en medio de una fiesta comunitaria que lo introduce como ser humano social en formación. Los atuendos en este caso actúan como instrumentos de protección y prevención al establecer una clara distinción entre el bebé y muchos otros seres sensibles del entorno de la realidad jodí. El cinturón y los collares son una afirmación de su ser humanidad; un alerta a los predadores potenciales, que detestan estos adornos.

Infancia. Las prácticas asociadas al periodo de vida comprendido entre el primer año de vida y la adolescencia son pocas pero importantes. A partir del primer año, aproximadamente, se inicia la introducción de diversos alimentos, sustancias y esencias en el *inēja* del niño, inmersas en el *yu* o bendición de los alimentos (ver arriba). La práctica del *yu* puede ser realizada por cualquier adulto que se ha sometido al rito del *ño jkale* (ver sección de adolescencia) pero en especial por el *yuyujto* [el que bendice/sabe dar comida]. Es una práctica simple pero debe ser constante y sistemática. Alrededor de los dos años de edad se enseña a vomitar al niño, para lo cual se ingieren por vía oral y nasal ciertas sustancias (de origen vegetal o animal) que previenen dolencias. El vómito es una práctica constante y casi cotidiana entre los Jodí que propicia la expulsión o retorno (devolución a sus *jkyo aemo* o sus lugares de origen) de agentes no deseados en el cuerpo. El vómito evita la atracción de predadores o salda molestias (de diversos *jkyo aemodí* generalmente) por transgresiones al *ethos* y a la ética ambiental. Al niño se lo enseña a vomitar sobre plántulas, raíces, tubérculos, ríos secos, lagunas, caños rojos, nidos de insectos, hormigas, alacranes, etc., según la dolencia.

A los 4 años se enseña al infante a realizarse preventivamente el *jkawajke* [escarificación]. Para ello se enseña al niño/a a realizarse por sí mismo/a múltiples incisiones superficiales en todo su cuerpo; en especial en miembros inferiores, área abdominal y rostro. La escarificación se practica cíclicamente unas dos veces al año. Con este fin, los Jodí solían portar fragmentos de cangrejo amarrados a la cintura pero más recientemente se utilizan pequeños pedazos de latas. La terapéutica de la escarificación está asociada (como en muchas otras culturas) directamente con el notable poder adjudicado a la sangre. En este caso, facilitar la salida de la sangre (mala, cansada, negra) permite conservar la integridad del ser.

Una práctica menos comunitaria y más familiar (al interior del grupo residencial) consiste en perforar las orejas de los niños y niñas alrededor de los 9 años. A los orifi-

cios se acredita el facilitar el paso del *baede jodi undima jawwa* [conocimiento de la palabra y modos ancestrales jodi].

Adolescencia y adultez. En general todos los jodi previenen las enfermedades evitando el contacto (visual, auditivo, oral, táctil) con contextos (ej. no debe verse el arco iris; los niños no deben acercarse ni mirar la canoa receptáculo de la bebida de las fiestas), lugares (ej. mujeres embarazadas, hombres barbados y cazadores adolescentes deben evitar las estructuras rocosas o casas de ciertos seres) o seres particulares (árboles-personas, animales-personas) según la condición de la persona. De particular importancia es el respeto por las prohibiciones relacionadas con la palabra: no deben mencionarse los nombres de seres, lugares o contextos si se está cerca de ellos, para evitar agresiones que degeneran en dolencias, enfermedades o fatalidades; se evitan los gritos o mover súbita y fuertemente los chinchorros cuando el que duerme está de *jkyo balebi*, pues asustan al *jnamodi* y provocan su salida. Además se evita orinar en el mismo lugar en el que orinó una persona del sexo opuesto, para prevenir males, y se construye una puerta pequeña a la habitación para uso exclusivo de las mujeres menstruantes, de manera de evitar los males asociados a la menstruación; las mujeres menstruantes tampoco pueden cocinar ni lavar para otras personas, sólo para sí mismas.

Muerte. Ésta es una suerte de transformación cíclica constante entre los Jodi. La muerte sucede con la salida definitiva del cuerpo de los componentes intangibles del ser. Los rituales *post mortem* tienen una gran importancia en la prevención de males y enfermedades asociadas a ésta. Actualmente, cuando muere un jodi los deudos cumplen una serie de conductas prescritas, análogas en estructura al rito de iniciación y que permiten ser analizadas también en tres etapas (restricciones y aislamiento; marcador y depuración corporal; actividad y desborde). Luego de enterrar el cadáver la gente se aleja de éste para evitar ataques (enfermedades, secuestros de niños, de *jnamodi*), acechos o sustos de *awela*. De no practicarse la purificación *post mortem* se incitaría al muerto/*awela* a producir calamidades o enfermedades en un estado de *ilejtaibujtebi* [desánimo, inapetencia, malestar] que pueden ser crónicas y fatales (Århem 1996). Si los ritos funerarios se cumplen a cabalidad, en cambio, se viabilizan las transformaciones del *jnamodi* y el *ijkwö ju* del difunto, con lo que se evitan más enfermedades y muertes, a la vez que se garantiza la continuidad de la vida normal.





Esperando a ser atendidos en el ambulatorio.
Ambulatorio en Kayama y Gustavo Ijté atendiendo un paciente.

Terapias propiciatorias

Infancia y niñez. Una práctica propiciatoria que expresa continuidad y beneplácito por una nueva vida, se produce cuando los padres del neonato bendicen porciones de una serie de plantas, que son diferentes para cada padre, y se bañan con ellas una vez que el *jnamodi* penetra a su hijo. Unos meses más tarde se celebra una fiesta que reafirma la continuidad de la plenitud de vida. La fiesta de la imposición del cinturón, al igual que otras festividades entre los Jodí (cacería, imposición del guayuco, muerte, introducción del tabaco, etc.), tiene como fin afirmar el deseo de vivir sanos, plenos y alegres. Éste es un contexto propicio para crear y usar atuendos fabricados con fibras específicas que actúan como instrumentos (*jkojto*, *uli jkojto* [coronas, capas], *jkvqñajka* [collares], *maluwě najna duwidekae* [pintura corporal], etc.) que alejan o curan enfermedades para restituir y hacer permanentes la alegría y la plenitud. Durante esta fiesta se aplican pinturas corporales al bebé, así como a los demás participantes de la festividad. Las pinturas corporales varían según la edad y el sexo en su composición y están compuestas por resinas, semillas, hojas y pedazos de árboles mezclados con polvos de flores, líquidos del corazón de mamíferos, partes óseas y exoesqueletos quemados de avispas, alacrán, hormigas, orugas, cartílagos de peces, etc. Las pinturas actúan como armaduras que protegen a la persona contra seres potencialmente malevolentes o peligrosos, estableciendo una clara diferencia perceptual y factual con otros entes, en especial con los *aweladi*. La pintura corporal, en síntesis, tiene las siguientes funciones: 1) protege a la persona de depredaciones divinas, cósmicas o terrenales, y asusta, aleja o confunde la percepción de criaturas dañinas (ancestros, animales, espíritus); 2) atrae, complace y gusta *al jkyo aemo* de los animales, depredadores potenciales y a las presas mismas; y 3) actúa como un sensor (localizado físicamente en el cuerpo de los hombres, las plantas y los animales) que conecta al ser con el mundo primordial. También son instrumentales en la socialización del niño (a partir de los 5-6 años) los cantos, la producción de música con *jtawibo* o *jtonemo manajto jkwalí* (flautas de caña y hueso de venado respectivamente) y los bailes. La fiesta es un evento propiciatorio de la vida por excelencia, que trae al presente un suceso primordial generador, una expresión y llamado a la plenitud.

Adolescencia. Esta etapa marca un hito en la vida espiritual y cotidiana de los Jodí. La menstruación es la señal de que se debe practicar el *ño jkale* [rito de pasaje marcado por la perforación nasal] y consolidar a la persona. El rito involucra como iniciados a individuos solos o a una pareja de potenciales esposos, e incluye elementos espaciales, corporales, simbólicos, conductuales y ontológicos en un ciclo de tres fases (restricciones



y enseñanzas; marcador corporal y salida; e hiperactividad y desborde) que puede tener una duración de 7 días a 3 meses. Durante este tiempo el iniciado se prepara para su vida futura y a mayor duración y contacto con sustancias y entes orgánicos e inorgánicos mayor será su éxito como adulto.

No describiremos aquí el ritual completo sino que subrayaremos algunas de sus características asociadas a la prevención de enfermedades (para más información ver Zent 2005b). Este ritual conecta integralmente al adolescente con la posibilidad de vivir como *jodī* propiamente. El rito completa el entrenamiento de soñar que se inició al nacer (a través de baños con ciertas plantas) y se abre la vida de depredación y cacería del individuo en planos simbólicos y materiales. Éste ritual busca comunicar al iniciado con los ancestros y muchos otros seres sensibles y adquirir el poder de curar, además posibilita que el individuo alcance exitosamente el espacio eterno al morir (Zent 1999). La marca corporal es una seña para *jlojkoī uli ja* [un ser enorme, personificación de la lagartija, que vive en el cenit y que depreda al *jnamodī* y, en menor grado, al *ijkwö ju*] ya que éste no se come a las personas que tienen perforada la nariz. Una vez concluido el ritual y perforada la nariz, el iniciado tendrá un cuerpo más fuerte, mantendrá a las enfermedades lejos de sí, mejorará su capacidad de comprensión y conocimiento, estará protegido de depredaciones, estará atento e hipersensible a los sonidos (en especial los producidos por infantes, hijos, depredadores, etc. en la noche) y podrá mascar tabaco. Con el ritual la persona aprende a soñar bien, tener sexo apropiado (meses después del encierro), reproducirse y poder hacerpedir *jnamodī* para sus hijos. Luego del rito el *jodī* adquiere habilidades chamánicas que posibilitan y modelan la comunicación con espacios y entes inmateriales (Zent 2005b). Aunque la socialización acerca de la salud y la enfermedad se inicia a muy corta edad, a partir de este ritual el iniciado puede convertirse en *ñajabae ma dejkanī* [el que cura] pues puede manipular básicamente todas las sustancias.

Aduldez. El nacimiento e inicio de la adolescencia son etapas liminales biológica y culturalmente vulnerables. Cuando la persona ya es considerada adulta, los momentos liminales o de mayor vulnerabilidad (en términos de salud, enfermedad, continuidad o discontinuidad) están asociados a actividades de potencial contacto directo con entes o entidades del entorno *jodī*. En ese sentido, los *Jodī* poseen un código de conducta ideal que sintetiza una ética ecológica de maneras de ser y estar apropiadas con el entorno, y que de muchas maneras garantiza la salud y la vida. Este código ético ecológico se encuentra en narrativas, mitos, recuentos cosmológicos y anecdóticos de tradiciones pasadas y presentes.

Igualmente, durante la etapa adulta la mayoría de los jodí poseen un conocimiento significativo de muchas plantas y animales que poseen propiedades curativas, y que alivia eventuales transgresiones a las esferas sociales o ecológicas (egoísmo, glotonería, exceso de cacería, manipulación errada de presas o partes de las presas, etc.). Pero por encima de todo, muchas dolencias se evitan al propiciar contactos positivos y armónicos con entidades materiales e inmateriales. Algunos fluidos requieren de un particular cuidado, como por ejemplo, la sangre, cuyo poder se sustenta en el respeto que se adjudica a la muerte de un animal de presa. Cualquier exceso de sangre debe enterrarse, pues la misma formará al nuevo animal en un futuro cercano, en un proceso de reciclaje eterno. El respeto a las formas de vida garantiza, en síntesis, la continuidad y la vida.

Terapias curativas

En grado de importancia, las terapias curativas primordiales son la palabra, el diálogo de seducción y el llamado realizado por sabios que dejaron la tierra en el pasado⁷. Los *jkajo jadí* [sing. *jkajo ja*, hombres sabios, chamanes, espíritus livianos, poderosos, devenidos en seres inmortales que pueden asumir forma animal, vegetal, astral, etc.] curan a las personas con el pensamiento, pues se comunican en sueños o mediante la transformación de su ser, haciendo volver a los *jnamodí* o al *ijkwö ju* de la persona afectada a su cuerpo. Su deseo, como idea o enunciado verbalmente, es suficiente para auspiciar la entrada de la fuerza vital al ser afectado. Los *jkajo jadí* tienen la habilidad de conectarse con todos los entes e intervenir en la prevención de raptos de *ijkwö ju* o *jnamodí*. El diálogo tiene tres interlocutores-personas: *jkajo ja*, el *jnamodí* alejado y la gente-árbol o gente-animal (sustancias que actúan como vehículos de seducción) que contribuyen a hacer entrar de nuevo al *jnamodí* al *ijkwö ju* de la persona afectada. Las terapias tangibles involucran la penetración a través del *inēja* de esencias (humo de tabaco, plantas, hongos, savias específicas), o propiciar la expulsión de sangre del cuerpo (a través de la escarificación corporal), con lo cual se estimula a las hormigas a comunicarse con el mundo del subsuelo y pedir a los *jnamodí* que regresen al cuerpo del enfermo.

Prácticamente todas las terapias involucran el uso de plantas silvestres (*jtabali*, *jnejkana*, *jkaya*, *muli*, *jmajtune jkojko*, *iye jyëi*, *jkaille*, *jniñi*, etc.) y, en menor medida, de plantas

7. Los sabios soñadores existen aún, si bien se cree que dejaron esta realidad sensible. Algunos jodí de 40 a 50 años de edad relatan que sus padres, hermanos o abuelos fueron *jkajo jadí* y nunca murieron sino que migraron a sectores del *kyo* [afuera, cielo, interior del bosque] y

dejaron la tierra de manera permanente, aunque pueden existir actualmente muchos *jkajo jadí* en la tierra (bajo formas y *habitus* diversos). Nadie admite hoy abiertamente ser practicante del chamanismo aunque sus efectos se corroboran por doquier (véase Storrie 1999: 65).





Ambulatorio de Kayama.
Samuel, microscopista en Kayama.
Niño jodí con parasitosis en Mosquito Bajo.

cultivadas (*jnajtai* [ají], *jtamu* [maíz], *jkawai* [tabaco], *bule inənajkojko* [jengibre], etc.). Las terapias curativas más comunes consisten en baños, lavados, abluciones e infusiones con partes específicas de diversas plantas. Las terapias están además sinérgicamente asociadas al *jkawajke* [corteza interna del tronco de las plantas, análogo al *ijkwö ju*], que alivia un sinnúmero de dolencias. Los sahumeros de tabaco son muy frecuentes en los tratamientos de dolencias asociadas a los raptos de los elementos intangibles del ser y otras terapias. También es muy común el uso de artrópodos y anélidos (hormigas, bachacos, orugas, termitas, lombrices, alacranes, coleópteros y gusanos), hongos y partes de animales vertebrados (peces, dantas, monos, lagartijas, culebras), además de sustancias como la miel, partes interiores de algunos animales (como del cuerpo interno del cangrejo o el corazón de la danta) y agua caliente. Algunos fluidos corporales femeninos, como la sangre (menstrual), la leche materna, y el líquido amniótico son consideradas altamente curativos. La sola posesión de tales fluidos hace al *jnamodĩ* de la mujer portadora un vehículo de comunicación directa con los entes de su entorno. Este potencial comunicativo deriva del poder inherente de los fluidos vitales que la mujer posee en abundancia en momentos específicos de su vida. En ocasiones, el solo ver a una mujer (menstruando, embarazada, lactando) alivia ciertas formas de envenenamiento, raptos, incapacidades y rupturas de conexiones, devolviendo la normalidad a la persona afectada. También son usados en las terapias jodĩ elementos considerados inorgánicos, tales como piedras, barro y arena. Las terapias suelen ser acompañadas de prohibiciones alimenticias para todo el grupo residencial, pero en especial para los seres afectivamente más cercanos del afectado.

Los sueños pueden informar y formar enfermedades, mediante ellos se pueden predecir, ver o enviar dolencias pero especialmente puede restaurarse la integridad del ser, siendo el medio más efectivo de seducir y atraer al *jnamodĩ* al cuerpo de la persona afectada.

Terapias biomédicas (dolencias introducidas)

Un número creciente de enfermedades son abierta y conscientemente consideradas como introducidas por el contacto con otros pueblos indígenas y con los criollos. Aunque los Jodĩ asocian la enfermedad con una tradición heredada de la palabra del principio de los tiempos [*baede jodĩ undĩma*], la mayoría enfatizaba que antes del contacto con otras



Tabla 4. Inventario de enfermedades entre los Jodi.

Categorías de Dolencias	Dolencias específicas
Infecciosas y parasitarias	Parasitosis intestinales múltiples (amiba, giardia, etc.), gastroenteritis, diarreas, tuberculosis, neumonía, bronquitis, meningitis, erisipela, infecciones pulmonares, tosferina, meningitis, estreptococo, encefalitis, dengue, varicela o lechina, escarlatina, paperas, sarampión, rubéola, hepatitis A y B, conjuntivitis, dermatitis múltiples, lechina, candidiasis, micosis múltiples, malaria (unos 500 casos al año tanto <i>Plasmodium vivax</i> como <i>P. falciparum</i>), leishmaniasis, oncocercosis (filaria), bilharzias, sarna, piojos, liendres, infecciones por picadas de insectos y cortadas, etc.
Neoplasmas	Se han conocido dos casos de cáncer, uno fatal de cáncer uterino de una joven (alrededor de 20 años) y otro de un hombre adulto (sobre 40 años) tratado en un hospital del Ciudad Bolívar de cáncer en el pie. Ambos de individuos provenientes de progenitores Jodi-E'ñapa.
Sistema Sanguíneo	Anemias y deficiencias vitamínicas (especialmente complejo B y hierro). Comunes entre mujeres embarazadas y recién paridas.
Sistema Endocrino	Carencias vitamínicas, bocio.
Desordenes conductuales y mentales	Se conoce un caso severo de problemas psíquicos producto de la ingesta no supervisada e inapropiada (en un solo evento) de sustancias utilizadas en rituales, retardo mental, un caso de manía depresiva.
Sistema Nervioso	Meningitis, múltiples dolores de cabeza y neuralgias, apatía, tartamudez. Se conoce un caso de epilepsia y otro de Parkinson.
Oculares	Miopía, abscesos, furúnculos, orzuelos, vitiligo, leishmaniasis, ceguera por filaria (3 casos conocidos), impétigo, infecciones (bacterianas, virales) múltiples, conjuntivitis, catarata, estrabismo.
Auditivas	Otitis, infecciones múltiples, sordera y mudez (por ingesta de la madre de quinina durante el embarazo).
Sistema Circulatorio	Hipotensión en casos de enfermedad severa.
Sistema Respiratorio	Gripes virales y bacteriales, asma, congestiones, faringitis, sinusitis, laringitis, neumonía, bronquitis, bronconeumonía, se conoce un caso fatal de muerte por hongos alojados en las cavidades pulmonares.
Sistema Digestivo	Infecciones y abscesos bucales múltiples, caries, ulceraciones bucales, infecciones severas de encías, abrasión dental, erosión dental, degeneración de la pulpa, vómitos, diarreas (rotavirus, bacterianas, indeterminadas), inflamaciones linfáticas por severas infecciones producto de caries con resultado fatal, hernias, cirrosis a consecuencia de múltiple malaria.
Piel y tejidos subcutáneos	Impétigo, celulitis, dermatitis, hongos múltiples (tineas, pie de atleta, etc.), seborrea, gangrena.
Sistema Músculoesquelético	Artrosis, deformaciones conductuales de pies y dedos, deformaciones cervicales y de miembros por accidente (columna vertebral, brazos, piernas), callosidades, fracturas de espalda, cadera, huesos tarsales, miembros (húmero, radio, fémur, tibia, peroné), esguinces, dislocaciones de dedos, vértebras.
Sistema Genital-urinario	Obstrucción uretral, inflamación de la próstata, inflamación de senos, mastitis, fibroma uterino, fibromas, inflamación del útero, asumida infertilidad femenina y masculina, infecciones urinarias.
Embarazo, parto y postparto	Embarazo ectópico, septicemia, múltiples abortos espontáneos, muerte de la embarazada y el feto por estrechez pélvica durante el parto, infección pélvica, hemorragias severas y medias asociadas al parto, cordón umbilical presionando el cuello del feto, hombro del feto atascado en el parto, placenta inserta, complicaciones postparto culminando en fatalidades, hemorragias durante el embarazo, bajo peso durante el embarazo, complicaciones por gestación múltiple, neonatos prematuros, partos antes del término, fatalidades por largos partos, niños prematuros (7).
Malformaciones y deformaciones congénitas	Malformación congénita de la nariz, labio leporino, dislocación de la cadera, deformidades de pies (al menos 5, pie zambo torcido), polidactilia.
Otras	Se conoce un caso de alergia a la penicilina (mujer de 17 años). En comunidades de Bolívar la mayoría de individuos no mostraron ninguna reacción a la prueba cutánea PPD de tuberculosis pese a tener síntomas clínicos del bacilo.

culturas (e'ñapa, criollos, europeos) no existían muchas de las enfermedades que existen hoy en día y se conocían solamente los síntomas del dolor de cabeza, la sed, el dolor del cuerpo, la inapetencia, la erisipela, las enfermedades eruptivas asociadas sólo a los *jkyo aemo* y la fiebre (malaria).

En el sector norte del territorio, el contacto original con no-jodí tuvo lugar con los E'ñapa, a quienes se les adjudica el introducir las enfermedades infecto-contagiosas bronquiales (tos, gripe con mucosa, dolor de garganta, dolor del pecho). Antes del contacto más constante con poblaciones no indígenas (inicio de la década de 1970), los Jodí atribuían el control de cualquier dolencia a la presencia corporal y permanente de *jkajo jadi* en sus comunidades.

La tabla 4 registra un inventario de enfermedades y afecciones que se han observado o han sido citadas por informantes jodí y los misioneros en algunas comunidades jodí y que éstos consideran introducidas. La información suministrada por los misioneros es particularmente útil ya que son los únicos que proveen atención biomédica a este grupo étnico de manera constante. De hecho, hasta febrero de 2006 fueron la única fuente de atención biomédica en comunidades jodí de Amazonas. Sin embargo, esta tabla no constituye de ninguna manera un inventario exhaustivo o completo.

El dolor no es un signo o síntoma definitivo de afección o enfermedad para los Jodí. Aunque la medicina occidental incluye también como dolencias las heridas, los accidentes (quemaduras, cortadas, caídas, dislocaciones, fracturas, etc.), las discapacidades, los síndromes, las conductas inapropiadas y las variaciones atípicas de estructura y función corporal, para los Jodí tales fenómenos no son enfermedades sino síntomas asociados al dolor momentáneo (*julu* [dolor al tacto]) o más permanente (*ñete* [dolor constante]).

En términos de su acceso a la medicina occidental, los Jodí sólo tienen acceso a los servicios biomédicos suministrados por las dos misiones mencionadas al inicio de este texto, Caño Iguana (Estado Amazonas) y San José de Kayamá (Estado Bolívar); aunque una minoría de individuos ha buscado, por sus propios medios, atención biomédica (en caso de emergencias especialmente) en San Juan de Manapiare.

Caño Iguana (CI)

A la comunidad de CI se accede de tres maneras: 1) por vía aérea, alrededor de hora y 35 minutos de vuelo desde Puerto Ayacucho, pues CI cuenta con una pista de 400 metros rodeada por colinas rocosas cubiertas de selvas densas tropicales. Ésta es una opción signifi-



cativamente costosa; 2) una mezcla de vía aérea-fluvial-terrestre, desde Puerto Ayacucho se vuela a San Juan de Manapiare (1 hora de vuelo) para luego remontar el trayecto fluvial por los ríos Manapiare-Parucito-Asita y llegar al Caño Iguana, que flanquea la comunidad jodí pero que no permite remontarlo de manera continua por diversos raudales insalvables para las embarcaciones, por lo que debe aún caminarsse unas 4 horas para llegar a la comunidad; y 3) por vía terrestre, desde comunidades de los Estados Bolívar (Alto Cuchivero) o Amazonas (Caños Majagua, Mosquito, etc.) a través de trochas poco transitadas y mantenidas que con facilidad se cierran por el dinamismo de los bosques.

En términos logísticos (dificultad y costos de acceso) y lingüísticos (población 100% monolingüe) la comunidad de CI presenta particularidades propias que hacen difícil la prestación de servicios biomédicos. Aunque el CAICET y el Ministerio de Salud han visitado y tratado pacientes en CI esporádicamente, los misioneros son los únicos que han ofrecido atención médico-sanitaria a los Jodí de manera gratuita y permanente en el sector de Amazonas desde la fundación de la Misión en 1970. Aparte de ofrecer este servicio, en los últimos diez años han ofrecido entrenamiento a algunos jodí como auxiliares de enfermería y medicina simplificada (AMS), cinco de los cuales se han especializado en el diagnóstico de malaria. Estos AMS jodí saben administrar medicamentos básicos (por peso, no por edad), inyecciones, tratar heridas y accidentes, registrar historias de vida, pesar pacientes, determinar la historia o causas de una enfermedad para diagnosticar y administrar un tratamiento, registrar los tratamientos de los pacientes, reconocer la diferencia entre tratar síntomas (acetominofén para el dolor) y causas (antibióticos, quinina) de una dolencia, etc. Aunque en varias oportunidades los misioneros han estado en contacto con personal del Ministerio de Salud (antes de Sanidad y Asistencia Social, a través de la Comisionaduría del Estado Amazonas, Hospital de Puerto Ayacucho y el CAICET) y se les ha dotado de tratamientos antimaláricos y vacunas, el dispensario de CI no ha recibido dotaciones constantes de órganos gubernamentales ni cuenta con ningún tipo de plan de salud, financiamiento ni ingreso oficial. En términos de medicina preventiva, el Ministerio de Salud ha suministrado vacunas que han sido preservadas y administradas por los misioneros (BCG, HB, Fiebre Amarilla, Rubéola, Sarampión, Toxoide Tetánico, Polio, Triple viral, PPD, Hib). En la tabla 5 se presentan algunos datos sobre la cobertura que han tenido estas campañas de vacunación, que es significativa si se toma en cuenta que ésta es una población altamente móvil. La significancia epidemiológica de la aplicación de vacunas es difícil de ponderar cuantitativa y comparativamente dada la carencia de estadísticas continuas. Cualitativamente, en cambio, se cuenta con el testimonio de las historias de vida y fertilidad de diez

mujeres jodí que reportan una mortalidad infantil mucho más alta en el pasado (>30-50%) que la contemporánea y que puede atribuirse a la aplicación de vacunas.

Tabla 5. Porcentaje de vacunas aplicadas a 308 Jodí de Caño Iguana desde 1976.

Vacuna	%
BCG	45,5
Fiebre Amarilla	88,0
HB 1	48,4
HB 2	68,8
HB 3	86,0
HIB	24,7
Polio 1	79,5
Polio 2	51,9
Polio 3	34,4
Polio R	13,3
PPD	9,1
Rubéola	12,3
Sarampión	78,9
T. Tetánico R	41,2
Toxoide Tetánico	73,7
Triple 1	53,9
Triple 2	33,4
Triple 3	18,2
Triple R	2,3

	Total	%
♀	133	43,2 %
♂	175	56,8 %

	Total	♀	♂
≤ 30 años	67	38	29
> 30 años	241	95	146
Total	308	133	175

Además, los misioneros han suministrado información y entrenamiento constante a toda la comunidad en términos de aseo, conocimiento de transmisión de las enfermedades e importancia, diseño y construcción de letrinas. En términos de medicina curativa se ha suministrado atención en la comunidad, a través de un dispensario dotado por donaciones privadas, y cuando no se tiene la posibilidad de encontrar alivio a la afección en el dispensario, y según la gravedad de la dolencia, los misioneros han costeado los gastos del traslado de pacientes a Puerto Ayacucho, Caracas, Puerto Ordaz o Ciudad Bolívar –muchos de los cuales se atendieron en clínicas privadas– a lo largo de los últimos 35 años. Tanto los tratamientos como la atención en los centros urbanos es difícil, debido a que los Jodí de Amazonas son monolingües, por lo que han requerido de la presencia permanente de misioneros en las Clínicas y Hospitales. El dispensario de CI provee atención a poblaciones y comunidades jodí satelitales que vienen en búsqueda de tratamiento y luego regresan a sus áreas de residencia.

Las enfermedades de mayor incidencia y gravedad reportadas en CI son las siguientes: 1) malaria, donde se registraron más de 300 casos al año (para una población total de 275



personas, es decir, el registro incluye reincidencias). La malaria es diagnosticada en CI mismo pues, como mencionamos, cinco jodí fueron entrenados por los misioneros en la técnica de diagnóstico con microscopio y están en capacidad de determinar si el *Plasmodium* es *vivax* o *falciparum*. También saben administrar el tratamiento y aplicar la dosis apropiada. Las medicinas contra la malaria provienen en su mayor parte de donaciones privadas, con un porcentaje mínimo aportado por la Dirección Regional de Salud de Puerto Ayacucho, en respuesta a las peticiones de la misión al reportar los casos de malaria; 2) anemia, muchas veces asociada a la malaria. Para ayudarlos a reconstituir la sangre en la misión se les proporciona vitaminas y hierro; 3) infecciones y congestiones bronquiales, neumonías, bronquitis, bronconeumonías, asma, diagnosticadas por los Auxiliares de Medicina Simplificada jodí, para lo cual prescriben lavados con solución salina, pastillas de mentol y descongestionantes, broncodilatadores comerciales (Clenbunal, Robitusin, Vicks, etc.). Además, los AMS jodí saben administrar antibióticos por peso y cuentan con instrucciones escritas para ello (Pronapen, Amoxicilina, Ampicilina, Eritromicina, Cefalexina) –también tienen conciencia de la potencialidad de alergias a la penicilina, pues se ha registrado al menos un caso; 4) infecciones de oído y ojos (usan otoscopio); 5) parásitos múltiples, que reconocen por la sintomatología asociada y ofrecen tratamientos diversos asociados con medicamentos comerciales (genérico Albendazol, ameba Tinidazol), aunque la frecuencia e incidencia de las parasitosis ha disminuido significativamente en menos de una década pues casi todas las casas cuentan con letrinas; 6) infecciones por cortaduras o picadas de insectos o artrópodos tratadas tópicamente con antibióticos en pomadas y boro-zinc; para las mordeduras de culebras venenosas sugieren tomar líquidos y antídotos, además de antibióticos en caso de infección. Reconocen también reacciones alérgicas suaves, que tratan con antihistamínicos (Benadryl) y quemaduras que tratan con sulfadiazine con plata y sávila; 7) dermatitis, impétigo, celulitis, hongos de piel (Tonafaltan, Piodidex), sarna; 8) leishmaniasis, que afecta al 15% de la población jodí amazónica. Ha sido tratada pocas veces por la dificultad de acceder al tratamiento, aunque los misioneros han llevado algunos pacientes a Caracas y Puerto Ayacucho. En estos casos se suministra polvo de sulfa, con lo que han observado mejorías; 9) oncocercosis, diagnosticada por médicos del CAICET que practicaron la prueba a toda la población residente de CI. Los pacientes han sido tratados con Ivermectina pero el tratamiento no ha sido culminado y no cuentan con dosis para completarlo; 10) gastroenteritis, vómitos (tratados con Bonadolina, Metoclopramida) y diarreas; 11) se han presentado múltiples casos de complicaciones de parto tratadas por los misioneros, tales como hemorragias severas (oxitoxin y presión

uterina para detener el flujo de sangre), cordones umbilicales rodeando el cuello, hombros o placentas atascadas, septicemias de madres y neonatos. En alguna oportunidad fue necesario trasladar a dos mujeres para practicarles cesáreas, una de la cuales estaba en coma con malaria (*P. falciparum*), y a otras dos pacientes se les practicó un curetaje por infección; 12) fracturas de huesos; 13) uno de los enfermeros fue entrenado por un odontólogo para extraer dientes y muelas con caries, previa desinfección con antibióticos. En tres ocasiones se ofreció atención odontológica a la comunidad y regularmente reciben instrucción sobre el aseo bucal en la misión, incluyendo la distribución de pastas y cepillos dentales; 14) dos casos de tuberculosis (hombres adultos), uno de los cuales fue trasladado a Caracas y recibió tratamiento en la Clínica Metropolitana por más de dos meses. Toda la población residente recibió la prueba cutánea PPD a través de CAICET; 15) un reemplazo de cadera a un hombre adulto.

La mayoría de muertes registradas se debieron a malaria (*P. falciparum*), neumonía o infecciones, pero especialmente en casos de personas que habían salido de campamento y no llegaron a tiempo para recibir atención médica. Cinco personas han muerto por mordeduras de culebras (4 adultos, 1 niña). Las entrevistas de fertilidad a mujeres adultas, así como los registros de los misioneros, muestran que la mortalidad infantil descendió una vez que se introdujeron las vacunas a la población infantil y adulta. Algunos jodí han expresado temor a ser trasladados fuera de CI para recibir tratamiento biomédico debido a algunos casos de muertes en los centros de atención urbanos. Un hombre adulto murió en el Hospital de Puerto Ayacucho, por ejemplo, cuando un corte de energía eléctrica detuvo el tanque de oxígeno que lo mantenía vivo; otra mujer murió en el Hospital de Ciudad Bolívar debido a que su pierna se gangrenó mientras esperaba, por varios días, que se la tratara por otra afección. A partir de mayo de 2006 entró un equipo biomédico permanente, integrado por un médico, un enfermero y un microscopista coordinados por la Dirección Regional de Salud del Estado Amazonas.

San José de Kayamá (KA)

A la comunidad de San José de Kayamá se puede acceder a través de dos vías: 1) aérea, pues cuenta con una pista de sobre 1100 metros ubicada en una sabana de fácil ubicación desde el aire; aunque, una vez más, el vuelo es muy costoso –la tarifa más económica (Bs. 2.250.000 sólo ida) parte de ciudad Bolívar y tiene una duración aproximada de una hora y cuarenta minutos; y 2) por vía terrestre, a través de trochas poco transitadas y com-



plejas, que requieren caminar por unos 5 días. Al igual que en CI, en KA la dificultad y costos de acceso y transporte hacen más difícil el proporcionar tratamiento biomédico.

KA cuenta con los siguientes recursos en el área de salud: unos meses después de la fundación de la misión, en 1985, se estableció un dispensario y unos años más tarde se registró como Ambulatorio Rural tipo I en el Ministerio de Salud. Sin embargo, su dotación ha dependido siempre de donaciones privadas más que de instancias gubernamentales. El ambulatorio es atendido por una hermana misionera que se ha encargado desde 1991 de la prestación de servicios biomédicos en calidad de enfermera, beneficiándose de un salario por su dedicación. El ambulatorio cuenta también con un indígena jodí voluntario, Gustavo Ijté Yalúa que tomó parcialmente el curso de Auxiliar de Medicina Simplificada en Agosto de 2004 en Caicara del Orinoco, pero no completó su educación por dificultades de salud y del idioma. KA cuenta también con un microscopista muy bien entrenado, Samuel Baiyeja Yaluja, que realizó un curso en 1994 de microscopista por dos meses en el Instituto de Medicina Tropical de la Universidad Central de Venezuela, en Caracas. Posteriormente, en 1998, tomó el curso de tres meses de *Diagnóstico de la Malaria* en el Instituto de Salud Pública, Región III de Malariología y Saneamiento Ambiental del Estado Bolívar, Min. Salud, Ciudad Bolívar. Además de ello, desde 1993 KA se ha beneficiado del convenio de salud entre la Corporación Venezolana de Guayana (CVG), la Gobernación del Estado Bolívar y el Ministerio de Salud, que financia y coordina CENASAI, un proyecto de salud itinerante dirigido a la población indígena del Estado Bolívar. La labor de CENASAI consiste en visitar periódicamente (cada tres meses) diversas comunidades indígenas (en 1998 visitaba 60) de distintas etnias y prestar de manera gratuita atención médico-sanitaria-odontológica. Actualmente el Dr. Cárdenas del Ministerio de Salud está a cargo del programa, pero en virtud de los costos de transporte e insumos las visitas son muy esporádicas, registrándose años donde no han podido visitar KA ni una sola vez. CENASAI contribuye con la dotación del ambulatorio con materiales para el diagnóstico de enfermedades, además de costear el salario del microscopista. En julio-agosto 2005, una de las hermanas misioneras y dos indígenas recibieron entrenamiento del Ministerio de Salud por dos meses para tratar y controlar la leishmaniasis. Sin embargo, el Ministerio de Salud no ha suministrado material de diagnóstico ni tratamientos para la leishmaniasis al ambulatorio de KA. Desde el 2007 la Oficina Regional de Salud Indígena, bajo la dirección del Dr. Luis Borges, ha asumido la asistencia médico-sanitaria de Kayamá.

En términos de medicina preventiva, las hermanas, a través del ambulatorio, han proporcionado vacunas a la población bi-étnica de KA (BCG, HB, Fiebre Amarilla, Sarampión, Polio, Triple, PPD, Hib), aunque en muchas ocasiones la dificultad de preservarlas hace imposible las vacunaciones (las hermanas cuentan solamente con paneles solares y en muchas ocasiones se quedan completamente sin energía eléctrica). Actualmente dependen de CENASAI para obtener el suministro de vacunas. Las hermanas también han proporcionado entrenamiento a los indígenas en términos de aseo (limpieza), disposición de desechos (basura, heces y orina humana), así como reuniones regulares con mujeres embarazadas y parejas que tienen bebés para proporcionar información sobre control familiar, aseo y cuidados neonatales. A través de las escuelas se proporciona de manera regular información sobre la prevención de enfermedades infecto-contagiosas.

La mayor parte del gasto, énfasis y tiempo, sin embargo, se invierten en medicina curativa. La incidencia de enfermedades en KA es análoga a la de CI, aunque con sus particularidades: 1) sin lugar a dudas la enfermedad introducida considerada más dañina es *ño dīlī* [gripe con mucosa] asociada a *jkawajunebi* [tos] que degenera en neumonía, bronquitis y bronconeumonías que han ocasionado muchas muertes y epidemias, llegando a generar terror al contacto con foráneos. Las últimas cuatro muertes jodī por epidemias gripales sucedieron en diciembre del 2005, en cuya ocasión el Dr. Jacobus De Waard, del Instituto de Biomedicina de la Universidad Central de Venezuela, determinó que se trataba de una epidemia bacteriana y no viral como se pensó al principio. En este caso, además, las hermanas misioneras y los Jodī (a través de los ingresos que obtienen como maestros en la escuela de Fe y Alegría y que constituyen un recurso comunitario) costearon el tratamiento de toda la comunidad (unas 100 personas enfermas) y tuvieron que trasladar a 25 personas a Ciudad Bolívar, 14 de las cuales fueron hospitalizadas debido a las complicaciones asociadas a infecciones bronquiales. La severidad de las epidemias jodī por infecciones bronquiales ha generado la hipótesis de que dado el pequeño pool genético de esta sociedad, marcadamente endogámica, exista una cierta debilidad o carencia enzimática genética (De Waard com. pers.). También se ha diagnosticado un caso de asma. La hermana enfermera considera que tal vez las formas tradicionales de convivencia contribuyen a la transmisión de enfermedades (casas cerradas, modos de compartir la comida, fiestas, etc.); 2) malaria, tiene una incidencia real baja (en comparación con CI) en los meses de agosto a noviembre de alrededor de 10 casos por mes; principalmente *P. vivax*. El microscopista ha reportado una incidencia baja o casi nula



del *P. falciparum* aunque sí se tratan casos aislados provenientes principalmente de Amazonas. Según el microscopista, la diagnosis de la malaria ha reducido el diagnóstico de afecciones consideradas tradicionalmente como “venenos”; 3) leishmaniasis, en virtud del número significativo de casos, las hermanas se han visto en la necesidad de trasladar a Ciudad Bolívar a los pacientes, que deben recibir una vacuna una vez por mes durante tres meses. Los costos de transporte, que son enormes, corren por cuenta de las hermanas y la comunidad. La hermana enfermera mencionó que antes se conseguía Glucantime como tratamiento para la leishmaniasis, con lo que se aliviaba aunque no se curaba completamente al paciente, pero ahora es muy difícil conseguirlo y, cuando lo hay, es demasiado costoso para la misión. En este momento hay tres casos esperando tratamiento; 4) infecciones y dolor de oídos y oculares (*oneka julu* [dolor de oído], *bule dili* [infección de ojo, lagaña]); 5) *iki ejlau* [diarreas], mucha parasitosis y carencias vitamínicas asociadas. Según los Jodí la diarrea es una enfermedad reciente pues antes no existía. Para tratarla se administra un antihelmíntico y se proporciona información sobre cómo manipular las heces y basuras; 6) problemas serios de caries y/o salud dental; 7) caídas, cortaduras, accidentes; 8) múltiples complicaciones de embarazos y partos. Durante el período reportado se registró un parto con neumonía que tuvo que ser trasladado a Ciudad Bolívar. Frecuentes casos de abortos naturales y/o muertes de neonatos de pocos días de nacidos; 9) tuberculosis; 10) tres casos de bocio; 11) dos casos de trastorno mental por ingesta de yerbas (plantas indebidas), un niño que terminó en fatalidad y un adolescente que sobrevivió en dos eventos no relacionados; 12) cuatro casos de epilepsia (una niña que aún está en tratamiento; tres miembros de su familia han muerto presuntamente de epilepsia). Se han observado casos de convulsiones por fiebre alta también; 13) miopía, astigmatismo, cataratas; 14) tendencia a la hipotensión, pero no se considera un problema de salud; 15) tres casos de flebitis; 16) tres caso de úlceras gástricas y algunas hernias; 17) un caso de hepatitis por contagio en el Hospital; 18) un caso de colestomía.

Para todos estos casos los Jodí buscan atención biomédica pues no son consideradas enfermedades como tales. Además de las mencionadas, son también comunes las mordeduras de culebra, para las que pueden buscar ayuda (suero antiofídico y antibióticos) en los dispensarios de los misioneros. Los casos de emponzoñamiento ofídico, con casos de muerte, son frecuentes durante los meses de septiembre a noviembre. Menos comunes pero ocurrentes son las picaduras de alacranes y otros artrópodos. Cabe mencionar que entre los Jodí no se conocen ni se han registrado casos de adicciones o dependencias (alcoholismo, drogadicción) ni suicidios.

Enfermedades producto de la sinergia de enfermedades tradicionales e introducidas

Los Jodĩ consideran críticas las enfermedades producto de la interacción o sinergia entre las enfermedades tradicionales y las de reciente introducción. La propagación de estas enfermedades es facilitada por la creciente concentración de población y el distanciamiento de los patrones de asentamiento itinerantes y altamente móviles propios de los Jodĩ, lo que facilita la transmisión de patologías contagiosas. Algunas personas mencionan como causal de estas enfermedades el contacto con cosas artificiales o sencillamente no jodĩ. El punto más crítico de este tipo de enfermedades es justamente el diagnóstico, pues determinar su etiología es fundamental para la administración de un tratamiento apropiado. La dificultad de diagnosticar una enfermedad de esta categoría estriba en que comparte la sintomatología de enfermedades consideradas tanto tradicionales como occidentales (fiebre, dolores neurálgicos, musculares, óseos, etc.). Por esto afirman que para cuando logra determinarse la causalidad dual o triple de una patología el resultado suele ser fatal, no sólo por el crítico tiempo invertido en el diagnóstico, sino por la improbabilidad de encontrar un tratamiento igualmente dual o triple. Entre éstas, destacan las enfermedades que a voluntad se confunden con dolencias occidentales, como las producidas por los *aweladi* o los *ñēdo jadi* –envenenadores. Por ejemplo, el *ilejtaibijtebi* [inapetencia, inacción, pasividad] es atribuido al rapto de los *jnamodi* por un *awela*, que da de comer *uli baba ñajkino* [un tipo de hongo] al *ñēja* de la persona, haciéndola sentir permanentemente satisfecha y por tanto sin apetito, engañada al extremo de precipitar su muerte y la salida del *ijkwö ju* de su cuerpo.

Los síntomas de enfermedades que los Jodĩ consideran potencialmente sinérgicas son: *jtu julu* [dolor de cabeza], *idewajto ja* [cansancio, fatiga], *ñēkwa juluwede* [dolor del cuerpo], *ekyo kwa julu* [dolor/molestia estomacal], *jtowejto* [fiebre], *jkule jkyiejo* [malaria], *mēna jkwa julu* [dolor de miembros inferiores], *jlēwa idi* [leishmaniasis], *duwewe jwa* [erisipela], *iye jtujtu* [orzuelo], *waiyo iki* [diarrea], *iki ejlau* [diarrea severa], *jlowekato baibo ijte* [vómito]. Reconocen además la posibilidad de que existan muchas otras dolencias de las que no conocen su etiología ni tratamiento.

La carencia de estadísticas acerca de la morbilidad y mortalidad jodĩ impide realizar análisis cuantitativos sistemáticos. Algunos datos cualitativos nos permiten, sin embargo, dar un vistazo general al estado de salud y la mortalidad de los Jodĩ. La tabla 6 enumera las causas de muerte de 160 jodĩ mencionados en entrevistas conducidas con 15 jodĩ de la comunidad de Kayamá.



Tabla 6. Causas de muerte de 160 Jodí a partir de entrevistas a 15 adultos.

		Total	♀	♂	Niños	Niñas	Infantes
<i>nēdo jādī</i>	veneno	48	16	34	3	2	0
<i>ño dīī</i>	gripe mucosa	35	17	18	1	0	4
<i>jtainde</i>	desconocido	33	15	18	4	3	17
	sustancias indebidas	5	1	4	0	0	2
	asesinato	5	2	3	0	0	0
<i>jkule jkyiejo</i>	malaria	5	3	2	0	0	1
<i>jnamana jawanī</i>	menstruación	4	0	4	1	0	0
<i>titoa jā lidi</i>	parto	4	4	0	0	0	0
<i>baide jā</i>	muerte natural por vejez	3	2	1	0	0	0
	ahogado	2	0	2	0	0	0
	susto	2	0	2	0	0	0
<i>iki waiyo</i>	diarrea	2	0	2	0	0	0
<i>jludé</i>	desaparecidos	2	2	0	0	0	0
	aborto	2	2	0	0	0	0
<i>ijko</i>	culebra	2	2	0	0	0	0
<i>ña jādī</i>	malevolentes indefinidos	1	0	1	0	0	0
	cordón umbilical	1	0	1	0	0	0
<i>ekyo julu</i>	dolor de estómago	1	0	1	0	0	0
<i>jtu ñaja</i>	problemas cerebrales	1	0	1	0	0	1
	accidentes	1	0	1	0	0	0
	tiroide	1	1	0	0	0	0
		160	67	95	9	5	25

SUGERENCIAS Y CONSIDERACIONES FINALES

Por ser uno de los últimos pueblos indígenas contactados del territorio venezolano, la sociedad jodí es muy vulnerable desde el punto de vista epidemiológico, situación que se agrava por la ausencia (en comunidades como Mosquito, Alto Caura, Alto Parusito, Majagua, etc.), o escasa presencia permanente, de un sistema biomédico de control de enfermedades en su territorio. Los Jodí han integrado muchas terapias biomédicas a sus visiones y prácticas médicas tradicionales, favoreciendo la extensión del sistema nacional de salud a sus comunidades. Sin embargo, su complejo sistema de representaciones del cuerpo y la salud, imponen la adaptación de los programas de monitoreo y control; un proceso que requiere de medidas de formación, creación de infraestructura y adecuación logística de carácter inmediato.

En este sentido, se deben comenzar a formar Auxiliares de Medicina Simplificada jodí, que ayuden en la interacción entre las políticas de salud pública del estado y la inmensa mayoría de su población –monolingüe– a la vez que se deben crear ambulatorios en sectores desatendidos del territorio, bien dotados y adecuados a las particularidades de la región, especialmente en el sector sur, entre Caño Iguana, donde reside ya una población nucleada de más de 300 personas, y la región del Alto Parucito (Caño Mosquito) – Alto Cuchivero (Caño Flauta), que atienda a los Jodí que no están cerca de la misión y que justamente son el sector de la población más frágil desde el punto de vista epidemiológico.

Un obstáculo para la prestación de servicios biomédicos en el territorio es el transporte, que como vimos es, además de prohibitivamente costoso, poco confiable. El estado ha empezado a implementar, a través del CUFAN, el transporte aéreo para emergencias médicas, pues hasta el 2006 éste dependía completamente de la caridad de las misiones o la capacidad de organización de las comunidades. Consideramos necesario complementar este sistema con el transporte fluvial de emergencias médicas, para las comunidades que no cuentan con pistas de aterrizaje. Es temprano para evaluar el impacto del mismo, pero no cabe duda de que su continuidad y sistematización beneficiarían en mucho a las comunidades Jodí. En el pasado la carencia de recursos para transporte ha resultado en fatalidades que pudieron ser fácilmente atendidas en un centro médico urbano.

Finalmente, deben crearse las condiciones para que la población jodí sea protagonista de los procesos de adaptación de estos servicios a su sociedad, donde la comunicación es esencial, facilitándose el entrenamiento en español de aquellos jodí que deseen aprenderlo, y trabajar en la creación de medios de comunicación entre los planes de salud del estado y sus comunidades, de manera que respondan a sus necesidades, prioridades y visiones.



BIBLIOGRAFÍA

- Århem, K. 1996. *The Makuna social organization: an Amazonian people*. SANS, Papers in Social Anthropology: Goteborg University.
- Balée, W. 1986. "Análise preliminar de inventário florestal e etnobotânica Ka'apor (Maranhão)", en *Boletim do Museu Goeldi, Botânica* 2: 141-167.
- Balée, W. 1987. "A etnobotânica quantitativa dos índios Tembé (Río Gurupi, Para)", en *Boletim do Museu Goeldi, Botânica* 3: 29-50.
- Balée, W. 1988. "Indigenous Adaptation to Amazonian Palm Forests", en *Principles* 32(2): 47-54.
- Balée, W. 1989. "The Culture of Amazonian Forests", en *Resource Management in Amazonia: Indigenous and Folk Strategies*. Advances in Economic Botany. Vol. 7, editado por D.A. Posey y W. Balée. New York: New York Botanical Garden.
- Balée, W. 1994. *Footprints of the Forest*. New York: Columbia University Press.
- Balick, M.J. 1984. "Ethnobotany of Palms in the Neotropics", en *Ethnobotany in the Neotropics*. Advances in Economic Botany Vol. 1., editado por G.T. Prance y J.A. Kallunki. New York: The New York Botanical Garden.
- Balick, M. 1986. *Systematics and Economic Botany of the Oenocarpus-Jessenia (Palmae) complex*. Bronx, N.Y.: New York Botanical Garden.
- Balick, M. 1988. *Jessenia and Oenocarpus: Neotropical oil palms worthy of domestication*. Rome: FAO.
- Barbour, M., J. Burk y W. Pitts 1987. *Terrestrial Plant Ecology*. Menlo Park, California: The Benjamin/Cummings Publishing Company.
- Berlin, B. 1992. *Ethnobiological Classification*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Berlin, B., D.E. Breedlove, y P.H. Raven 1974 *Principles of Tzeltal Plant Classifications*. New York: Academic Press.
- Bodin, R. 1969. "Finding Brown Gold", en *Brown Gold* 27(12): 7,9.
- Boom, B. 1987 "Ethnobotany of the Chácobo Indians, Beri, Bolivia", en *Advances in Economic Botany* 4:1-68.
- Boom, B. 1989. "Use of Plant Resources by the Chácobo", en *Resource Management in Amazonia: Indigenous and Folk Strategies*. Advances in Economic Botany. Vol. 7, editado por D. Posey y W. Balée. New York: the New York Botanical Garden.
- Boom, B. 1990. "Useful Plants of the Panare Indians of the Venezuelan Guayana", en *New Directions in the Study of Plants and People: Research Contributions from the Institute of Economic Botany*. Advances in Economic Botany. Vol. 8, editado por G.T. Prance y M.J. Balick. New York: The New York Botanical Garden.
- Bou, J. 1970. "Found ... But Lost", en *Brown Gold*. 28(3):6-7.
- Brown, C. 1985. "Mode of Subsistence and Folk Biological Taxonomy", en *Current Anthropology* 26: 43-62.
- Conklin, B. 1995. "'Thus Are Our Bodies, Thus Was our Costum': Mortuary Cannibalism in an Amazonian Society", en *American Ethnologists*. 22(1): 75-1001.
- Conklin, B y L. Morgan. 1996. "Babies, Bodies and the Production of Personhood in North America and a Native Amazonian Society", en *Ethos* 24(4): 657-694.
- Coppens, W. 1975. "Contribución al estudio de las actividades de subsistencia de los Hotis del río Kaima", en *Boletín Indigenista Venezolano*. nueva época XVI(12): 65-78.
- Coppens, W. 1983. "Los Hoti", en *Los Aborígenes de Venezuela*. Vol. II, editado por W. Coppens. Caracas: Fundación La Salle/Monte Avila Editores.
-

- Coppens, W. y P. Mitrani. 1974. "Les Indiens Hoti: compte rendu de missions", en *L'Homme* XIV(3-4): 131-142.
- Corradini, H. 1973. "Los Indios Chicanos", en *Venezuela Misionera*. XXXV(405): 6-9; (406):42-44; (407):88-91.
- Cruxent, J.M. 1961. *Los Shikana del río Kaima*. Manuscrito.
- Cunningham, A.B. 1996. "Professional Ethics and Ethnobotanical Research", en *Selected Guidelines for Ethnobotanical Research: A Field Manual*, editado por M. Alexiades y J. W. Sheldon. New York: The New York Botanical Garden.
- Durbin, M. 1977. "A survey of the Carib Language Family", en *Carib-speaking Indians: culture, society and language*, editado por Ellen Basso. Tucson: University of Arizona Press.
- Dye, P. 1970. "Yowana contact", en *Brown Gold* 28(8): 3-5,15.
- Early, J.D. y J.F. Peters. 1990. *The Population Dynamics of the Mucajai Yanomami*. New York: Academic Press.
- Eibl-Eibesfeldt, I. 1973. "Die Waruwádu (Yuwana), ein kurzlich entdeckter, noch unerforschter Indianerstamm Venezuelas", en *Anthropos* 68(1-2): 137-144.
- Fausto, C. 2002. "Banquete de Gente: Comensalidade e Canibalismo na Amazônia", en *Mana* 8(2): 7-44.
- Foucault, M. 1963. *La naissance de la clinique: une archéologie du regard médical*. Paris: PUF.
- Gajewski, K.A. 2000. "The Myth of Biological Personhood", en *The Humanist* 60(5) 4 S/O.
- Guarisma, V. 1974. *Los Hoti: introducción etno-lingüística*. Caracas: Universidad Central de Venezuela, tesis de grado.
- Guarisma, V. y W. Coppens. 1978. "Vocabulario Hoti", en *Antropológica* 49: 3-27.
- Heinen, H. D. y R. Lizarralde. 1991. "El ecosistema morichalero del delta Orinoco y su utilización humana", en *Enfoques de ecología humana aplicados a los sistemas agrícolas tradicionales del trópico americano*, editado por J.J. San José y J. Celecia. Caracas: CIET/UNESCO.
- Heinen, H. D., J. San José, H. Caballero Arias, y R. Montes. 1995. "Subsistence activities of the Warao Indians and anthropogenic changes in the Orinoco Delta vegetation" en *Naturaleza y Ecología Humana en el Neotrópico*. Scientia Guaianea No. 5, editado por H. D. Heinen, J. J. San José, y H. Caballero Arias. Caracas: REFOLIT C.A.
- Henley, P. 1982. *The Panare. Tradition and change on the Amazonian frontier*. New Haven: Yale University Press.
- Howell, N. 1979. *Demography of the Dobe !Kung*. New York: Academic Press.
- Huber, O. 1982. *Esbozo de las Formaciones Vegetales del Territorio Federal Amazonas*. Caracas: Ministerio del Ambiente y de los Recursos Naturales Renovables. Dirección General Sectorial de Información e Investigación del Ambiente, Dirección de Suelos, Vegetación y Fauna. Serie Informe Técnico DDSIIA/11/103.
- Huber, O. 1995a. "Vegetation", en *Flora of the Venezuelan Guayana, Volume 1: Introduction*, editado por Paul Berry, Bruce Holst y Kay Yatskievych. St. Louis: Missouri Botanical Garden.
- Huber, O. 1995b. "Geographical and Physical Features", en *Flora of the Venezuelan Guayana, Volume 1: Introduction*, editado por Paul Berry, Bruce Holst y Kay Yatskievych. St. Louis: Missouri Botanical Garden.
- Huber, O. y C. Alarcón. 1988. *Mapa de vegetación de Venezuela*. 1:2.000.000. Caracas: Ministerio del Ambiente y de los Recursos Naturales Renovables, The Nature Conservancy.
- Huber, O. y R. Riina. 1997. *Glosario Fitoecológico de las Américas. América del Sur: Países hispanoparlantes*. Vol. 1. Caracas: Fundación Instituto Botánico de Venezuela/UNESCO.
- Jangoux, J. 1971. *Observations on the Hoti Indians of Venezuela*. Manuscrito



- Johnson, A. 1975. "Time Allocation in a Machiguenga community", en *Ethnology* 14: 301-310.
- Jordan, C. 1982. "Rich Forest Poor Soil", en *Garden*. January/February.
- Keogh, F.K. 1995. *Where Rocks Grow and God has Shoes: Reflections and Shifting Realities in the Venezuelan Amazon*. University of Michigan, tesis doctoral.
- Koch-Grunberg, T. 1913-16. "Die Betoya-Sprachen Nordwestbrasilens und der angrenzenden Gebiete", en *Anthropos* 8.
- Laird, S. 2000. "Ethics: Response 2", en *Society for Economic Botany Newsletter*. 14: 9-11.
- Londoño Sulkin, C.D. 2003. "Paths of Speech: Symbols, Sociality and Subjectivity among the Muinane of the Colombian Amazon", en *Ethnologies* 25(2): 173-94.
- López, E. 2006. "Noções de corporalidade e pessoa entre os Jodí", en *Mana*. 12(2): 359-388.
- López-Zent, E. 1998. "A Creative Perspective of Environmental Impacts by Native Amazonian Human Populations", en *Interciencia* 23(4): 232-240.
- MARNR. 1983. *Sistemas Ambientales Venezolanos. Región Guayana Territorio Federal Amazonas*. Dirección General Sectorial de Planificación y Ordenación del Ambiente. Serie VII, Estudios Regionales, Documento N° II, Código VII-II. Caracas: MARNR, vol I.
- MARNR-ORSTOM. 1988. *Atlas del Inventario de Tierras del Territorio Federal Amazonas*. Caracas: MARNR-DGSIIA.
- Martin, G. 1995. *Ethnobotany: a methods manual*. London: Chapman & Hall.
- Mattéi-Müller, M., P. Henley y H. Reid. 2000 (1997). Relaciones entre los Jodí de Venezuela y los Makú de Brasil y Colombia. Nuevo enfoque referente a la clasificación de las lenguas Makú", en *Historia y Etnicidad en el Noroeste Amazónico*, editado por A. Zucchi y S. Vidal. Mérida: Universidad de los Andes. Consejo de Publicaciones, IVIC.
- Morcote-Ríos, G., G.Cabrera-Becerra, D. Mahecha-Rubio, Carlos E. Franky-Calvo, y Inés Cavellier-F. 1998. "Management of palms by groups of hunter-gatherers from the Columbian Amazons region", en *Caldasia* 20(1): 57-74.
- Mori, S, B. Boom, A. De Carvalho y T. Dos Santos. 1983. "Southern Bahian Moist Forests", en *The Botanical Review* 49(2): 155-232.
- Peters C.M. 1996. "Beyond Nomenclature and Use: A Review of Ecological Methods for Ethnobotanists", en *Advances in Economic Botany* 10: 241-276.
- Petratis, P.S., R.E. Latham y R.A. Niesenbaum. 1989. "The maintenance of species diversity by disturbance", en *Quarterly Review of Biology* 64: 418-464.
- Phillips, O.L., P. Hall, A.H. Gentry, S.A. Sawyer, y R. Vasquez. 1994. "Dynamics and species richness of tropical rain forests", en *Proceedings of the National Academy of Sciences* Vol. 91: 2805-2809.
- Phillips, O. y A. Gentry. 1993a. "The useful plants of Tambopata, Perú: I. Statistical Hypothesis Tests with a New Quantitative Technique", en *Economic Botany*. 47(1): 15-32.
- Phillips, O. y A. Gentry. 1993b. "The Useful Plants of Tambopata, Peru: II. Additional Hypothesis Testing in Quantitative Ethnobotany", en *Economic Botany* 47(2): 15-31.
- Pickett, S.T., V.T. Parker, y P.L. Fiedler. 1992. "The new paradigm in ecology: Implications for Conservation Biology above the species level", en *Conservation Biology: The Theory and Practice of Nature Conservation Preservation and Management*, editado por P. L. Fiedler y S. K. Jain. New York: Chapman and Hall.
- Pollock, Donald. 1996. "Personhood and Illness among the Kulina", en *Medical Anthroptology Quarterly*. New Series. 10(3): 319-341.
- Posey, D.A. 1983a. "Indigenous Ecological Knowledge and Development of the Amazon", en *The Dilemma of Amazonian Development*, editado por E. Moran. Boulder, Col.: Westview Press.

- Posey, D.A. 1983b. "Folk Apiculture of the Kayapó Indians of Brazil", en *Biotrópica* 15(2): 154-158.
- Posey, D. A. 1984. "A preliminary report on diversified management of tropical forest by Kayapó Indians of the Brazilian Amazon", en *Ethnobotany in the Neotropics*. Advances in Economic Botany Vol. 1, editado por G.T. Prance y J.A. Kallunki. New York: The New York Botanical Garden.
- Prance, G., W. Balée, B. Boom y R. Carneiro. 1987. "Quantitative Ethnobotany and the Case for Conservation in Amazonia", en *Conservation Biology* 1(4): 296-310.
- Pyne, S. 1998. "Forged in Fire: History, land and anthropogenic FIRE", en *Advances in Historical Ecology*, editado por W. Baleé. New York: Columbia University Press.
- Rival, L. 1998. "Androgynous parents and guest children: the Huaorani couvades", en *The Journal of the Royal anthropological Institute* (N.S.) 4(4): 619-42.
- Romney, K., S. Weller y W. Batchelder. 1986. "Culture as Consensus: A Theory of Culture and Informant Accuracy", en *American Anthropologist* 88(2): 313-338.
- Romney, A.K., W.H. Batchelder, y S.C. Weller. 1987. "Recent Applications of Cultural Consensus Theory", en *American Behavioral Scientist* 31(2): 163-177.
- Schultes, R.E. 1994. "The Importance of Ethnobotany in Environmental Conservation", en *American Journal of Economics and Sociology*. 53(2): 202-206.
- Shepard, G. 1998. "Gift of the Haroy Eagle, Hunting Medicines of the Machiguenga", en *South American Explorer*. 51, Spring: 9-11 y 21.
- Sioli, H. 1984. "The Amazon and its main affluents: hydrography, morphology of the river courses and river types" en *The Amazon Limnology and Landscape Ecology of Mighty Tropical River and its Basin*, editado por H. Sioli. Dordrecht: Dr. W. Junk Publishers.
- Steward J. y L. Faron. 1959. *Native Peoples of South America*. New York: McGraw-Hill.
- Storrie, R.1999. *Being Human: personhood, cosmology and subsistence for the Hoti of Venezuelan Guiana*. University of Manchester, tesis doctoral.
- Storrie, R. 2003. "Equivalence, Personhood and Relationality: Processes of Relatedness among the Hoti of Venezuelan Guiana", en *Journal of the Royal anthropological Institute* (N.S.) 9: 407-428.
- Taylor, A.C. 1996. "The Soul's Body and Its States: An Amazonian Perspective on the Nature of Being Human", en *The Journal of the Royal anthropological Institute*. (N.S.) 2(2): 201-215.
- Vilera, D. 1985. *Introducción morfológica de la lengua Hoti*. Caracas: Universidad Central de Venezuela, tesis de grado.
- Viveiros de Castro, E. 1979. "A Fabricação do Corpo na Sociedades Xinguana", en *Sociedades Indígenas e Indigenismo no Brasil*, editado por João Pacheco de Oliveira Filho. Rio de Janeiro: UFRJ, Editora Marco Zero. Estudos Críticos e Propositivos para Abordagem ás Sociedades Indígenas e ao Indigenismo no Brasil.
- Viveiros de Castro, E. 1992. *From the enemy's point of view: humanity and divinity in an Amazonian society*. Chicago: U. Chicago Press.
- Viveiros de Castro, E. 2002. *A inconstância da alma selvagem e otros ensayos de antropología*. São Paulo: Cosac & Naify Edições. 551 pp.
- WideSmiles Website - (www.widesmiles.org) 1996
- Wilbert, J. 1966. *Indios de la Región Orinoco-Ventuari*. Instituto Caribe de Antropología y Sociología. Fundació La Salle de Ciencias Naturales. Monografía No. 8. Caracas: Editorial Sucre.
- Zent, E.L. 2005a. "The Hunter-self: Perforations, prescriptions and primordial beings among the Hodï, Venezuelan Guayana", en *Tipiti* 3(1): 34-76.
- Zent, E.L. 2005b. "Espacialización del tiempo, contrapunteo de silencios y alteridad entre los Hodï", sometido a arbitraje en *Journal of Latin American Anthropology*.
- Zent, S. 1992. *Historical and Ethnographic Ecology of the Upper Cuao River Wothïñhã: Clues for an Inter-*



- pretation of Native Guianese Social Organization*. New York: Columbia University, tesis doctoral.
- Zent, S. 1997. "Piaroa and the Cracidae: Game Management under Shifting Cultivation", en *The Cracidae: Their Biology and Conservation*, editado por S. Strahl, S. Beaujon, D.M. Brooks, A.J. Bezazo, G. Sedaghatkish, y F. Olmos. Hong Kong: Hancock House Publishers, LTD.
- Zent, S. 1999. "The Quandary of Conserving Ethnoecological Knowledge: A Piaroa Example", en *Ethnoecology: Knowledge, Resources, Rights*, editado por T. Gragson y B. Blount. University of Georgia Press.
- 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 *On Biocultural Diversity: Linking Language, Knowledge, and the Environment*, editado por L. Maffi. Smithsonian Institution Press.
- Zent, E.L. y S. Zent. 2002. "Impactos Ambientales Generadores de Biodiversidad: Conductas Ecológicas de los Hoti de la Sierra Maigualidad del Amazonas Venezolano", en *Interciencia*. 27(1): 9-20.
- Zent, E.L. y S. Zent. 2004a. "Los Jodi: sabios botánicos del Amazonas Venezolano", en *Antropológica*. 97/98: 29-70.
- Zent, E.L. y S. Zent. 2004b. "Amazonian Indians as Ecological Disturbance Agents: the Hoti of the Sierra Maigualida, Venezuelan Amazon" en *Ethnobotany and Conservation of Biocultural Diversity Advances in Economic Botany*, editado por Thomas Carlson y Luisa Maffi. NYBG 15: 79-112.
- Zent, E.L. y S. Zent. 2004c. "Floristic Composition of Four Forest Plots: Sierra Maigualida, Venezuelan Guayana", en *Biodiversity and Conservation*. 13: 2453-2483.
- Zent, S. y E.L. Zent. 2004. "Ethnobotanical Convergence, Divergence, and Change Among The Hoti", en *Ethnobotany and Conservation of Biocultural Diversity. Advances in Economic Botany*, editado por Thomas Carlson y Luisa Maffi. NYBG. 15: 37-78.
- Zent, E.L., S. Zent y T. Iturriaga. 2004. "Knowledge and Use of Fungi by a Mycophile Society from the Venezuelan Amazon", en *Economic Botany*. 58(2): 214-226.
- Zent, S., E.L. Zent y L. Marius. 2001. *Informe Final del Proyecto "Etnobotánica Cuantitativa de los Indígenas Hoti de la region Circum-Maigualida, Estados Amazonas y Bolivar, Venezuela*. CONICIT, Caracas.
-



EGLEÉ L. ZENT es Investigadora Asociada del Centro de Antropología del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas (IVIC). Tiene estudios en historia del arte, antropología, botánica, y biología de la conservación, con los que completó una maestría en el IVIC, enfocada en la etnobotánica de grupos parameros del Estado Mérida, Venezuela, y de PhD, en 1999, entre la Universidad de California-Berkeley y la Universidad de Georgia, EEUU, que se enfocó en la etnobotánica de los Jodí. Trabaja con los Jodí desde 1994 y sus investigaciones con ellos han abarcado aspectos de ecología humana (etnoecología, etnobotánica, etnomicología, ecología del comportamiento, etc.), etnocartografía, etnogeografía (autodemarcación de territorios indígenas), ecocosmología, aspectos de su cultural material e ideológica, así como enfoques transdisciplinarios cualitativos y cuantitativos. Tiene varias publicaciones al respecto y desde el 2001 participa como asesora, junto con Stanford Zent, en la auto-demarcación de su territorio. Dirección: Centro de Antropología, IVIC, Carretera Panamericana km 11, Caracas; email: elzent@ivic.ve

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 L. Zent. Dirección: Centro de Antropología, IVIC, Carretera Panamericana km 11, Caracas; email: szent@ivic.ve

