

## **PREVENCIÓN INTERCULTURAL DE LA DIABETES TIPO II EN PUEBLO PEMON KAMARAKOTO**

Msc. Fabiola Bautista  
Doctoranda e Antropología  
Universidad Bolivariana de Venezuela- Mérida  
fibibau@gmail.com  
05 de julio de 2014

### **RESUMEN**

El presente trabajo sistematiza una experiencia dialógica intercultural acerca de la amenaza que representan las enfermedades crónicas en contextos vulnerables y la construcción colectiva de un criterio útil para la prevención, específicamente, se trata de la Diabetes mellitus en el pueblo pemon kamarakoto de la comunidad de Kamarata, ubicada en el Valle de Kamarata, Sector II “Kamarata-Canaimo”, municipio Gran Sabana, estado Bolívar en la República Bolivariana de Venezuela. En la subcuenca del río Caroní y dentro del Área Bajo Régimen de Administración Especial Parque Nacional Canaima.

Palabras clave: programas de salud, diabetes, grupo étnico Pemón, región de Sabana Grande, Venezuela.

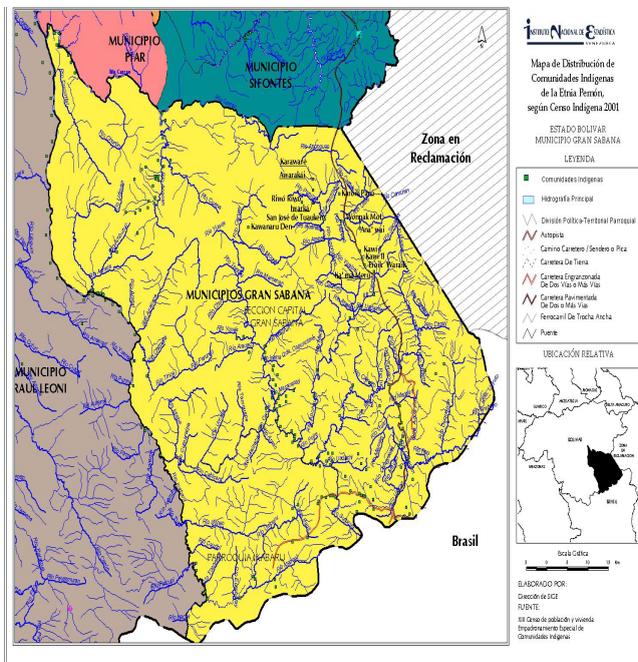
### **AN INTERCULTURAL APPROACH TO THE PREVENTION OF DIABETES TYPE 2 IN THE TOWN OF PEMON KAMARAKOTO**

#### **ABSTRACT**

This paper presents an overview of an intercultural dialogue concerning the presence of chronic disease, its onset and prevention. Diabetes type 2, or diabetes mellitus, is found amongst the Pemon Kamarakoto tribe in a community called Kamarakoto located in the Kamarata Valley District II, also known as the Kamarata-Canaimo in the municipality of the Gran Sabana in the state of Bolivar in the Bolivarian Republic of Venezuela. The site of the town is on the basin of the Caroni River within the area that falls under the jurisdiction of the Special Administration of the Canaima National Park.

Key words: health program, diabetes, ethnic group Pemon, region Sabana Grande, Venezuela.

Kamarata fue fundada como reducción indígena por la Misión de los capuchinos catalanes en el año 1954, entre este año y 1990, en una relación de franca dominación, emprenden el conuco misional, la cuadrícula urbana, el proyecto educativo, pista de aterrizaje, proyecto de electrificación, proyecto alfarero, el aserradero, el acueducto, el trabajo minero, un proyecto ganadero, el proyecto piscícola, el campamento turístico comunitario, el convenio turístico con la línea Aeropostal venezolana, erigen las primeras casas de cemento, traen por avión el primer vehículo automotor y construyen las trochas para este vehículo. Se evidencia que las misiones religiosas han sido la principal fuente de cambio cultural en el pasado y ciertamente los capuchinos catalanes podrían caracterizarse como los misioneros más industrioses en la Guayana venezolana.



**Figura 1. Distribución de comunidades indígenas de la etnia pemón. Fuente: INE-SIGE. XIII Censo de población y vivienda, Empadronamiento especial de comunidades indígenas. 2001. Se señala aproximadamente el Valle de Kamarata.**

Con los capuchinos catalanes llega la biomedicina a Kamarata, primero como enfermería prestada por Fray Víctor de Carvajal, luego jornadas de vacunación, más tarde la medicatura, para 1972 instalan el Ambulatorio Rural tipo II (en adelante AR-II), para 2005 la Fundación Maniapure instala su servicio de Telemedicina, a partir de 2011 con frecuencia anual la Fundación SIGMA y otras ONG hacen operativos de salud y talleres.

Entre 2005 y 2006 por instancia nacional, Kamarata se designa Núcleo de Desarrollo Endógeno (NUDE,) desde entonces empresas y organismos del estado venezolano como CORPOELEC y FUNDACITE (Fundación para Ciencia y Tecnología), la Fundación INFOCENTRO de informática, la compañía MOVILNET de telefonía celular apoyan la comunidad. Todos estos emprendimientos generados “desde arriba”, convierten a Kamarata en una ‘comunidad periférica’ de las urbes criollas (Ciudad Bolívar, Puerto Ordaz, Santa Elena de Uairén o La Paragua), a nivel estatal y nacional, pues articula la sociedad criolla con las comunidades (11) del Valle de Kamarata, muchas de las cuales tienen características de “comunidades de tierra adentro” y sus habitantes acuden a Kamarata para comerciar, resolver problemas de salud, educación, información, “entrada y salida”, servicios religiosos, comunicación e inclusive organización social y acceso a proyectos socio-económicos.

Otra particularidad de Kamarata estriba en ser “una comunidad aérea”, pues carece de acceso terrestre desde las urbes criollas, se accede por vuelos chárter comerciales, con apoyo aéreo del SAER del estado Bolívar y/o de la Aviación Militar Bolivariana. Existe una red de caminerías y trochas intercomunitarias además de la vía fluvial tradicional.

Los kamarakoto como los arekuna, los taurepan, los makushí y los patamona conforman el pueblo pemón, de familia lingüística Caribe. Se encuentran en la Guayana venezolana y en las zonas fronterizas de la República asociativa de Guyana y la República federativa de Brasil.

La presente investigación se inicia en el año 2011 cuando según la percepción local aumenta la incidencia de la Diabetes mellitus y me solicitan apoyo documental para compartir con la comunidad, capturo dos aspectos correlacionados, a saber:

a) La prevalencia etnocida de la Diabetes mellitus tipo II (DM-2), la hipercolesterolemia e hiperlipidemia en las poblaciones indígenas del mundo, incluyendo amerindios, debido a la alteración de sus Estilos de vida al confrontar el cambio cultural o transición cultural rápida (una o dos generaciones), el

cual incluye cambios abruptos en la selección dietaria y en los niveles de sedentarismo. Localizable en fecha 13 de noviembre de 2011 en <http://www.vulcanusweb.de/dialogando/Indigenas-en-peligro-de-extincion.htm> y <http://www.vivirmejor.com/la-diabesidad-podria-extinguir-a-los-pueblos-indigenas>.

b) La diferencia metabólica de origen genético que predispone a los pueblos amerindios a enfermedades crónico-degenerativas incluyendo la DM-2 estudiada por Howard, 1991, con indígenas pima de EEUU; Alvarado, 2001, con indígenas otomí de México; Carrasco, 2004, con indígenas mapuches y aymaras de Chile; Rosique, 2010, con indígenas embera de Colombia.

Obtenido el permiso de investigación exigido por la Ley Orgánica de Pueblos y Comunidades Indígenas (LOPCI), 2005, Capítulo III, De la consulta previa e informada, Artículos 14, 15, 16 y 17, de rigor en la República Bolivariana de Venezuela, solicitado desde 2010, para el tema de desarrollo endógeno, que incluye aspectos políticos, organizativos, socio-productivos, educativos y de salud; se plantea estudiar la Diabetes mellitus como problema socio-antropológico ante el Capitán de Kamarata (A.S.) y el Ambulatorio Rural tipo II de Kamarata. Se diseña la investigación articulando el enfoque paradigmático interpretativo, el enfoque paradigmático crítico, en transdisciplinarietà, desde la lógica dialéctica, con la Investigación Acción Participativa (IAP) y el método etnográfico de hoy, que involucra al pueblo. Para ello se requiere conformar un voluntariado de co-investigadores kamarakotos y criollos. Se invita a dos auxiliares de medicina indígena del AR-II de Kamarata, una es Licenciada en Educación Intercultural Bilingüe, a un enfermero, a una artesana familiar de paciente, a un Capitán paciente de diabetes y a un estudiante de derecho. Entre los criollos se invita a los profesionales de la salud del AR-II de Kamarata (médico y odontólogo), una médica urbana, un estudiante de Biología (asistente de campo) y mi persona como etnóloga.

El voluntariado<sup>1</sup> plural desarrolla una acción colectiva con intención preventiva: investigar, construir sentido compartido entre las culturas, construir las estrategias contextualizadas tomando en cuenta los ‘factores de riesgo’ hereditarios, ambientales, sociales y culturales; difundir el propósito, motivar la corresponsabilidad en salud y aproximar la comunidad – voluntariado - AR-II de Kamarata. Se intentará superar el epistemocentrismo con empatía y horizontalidad, y aclarar que la necesidad de prevención no se define a partir de normas institucionales o de criterios profesionales, esto sería reduccionista e impediría captar la complejidad y la génesis social de las necesidades, como argumentan Pereda, de Prada y Actis (2003; 3).

La Diabetes mellitus en la comunidad pemón de Kamarata se manifiesta en un abanico de diez (10) aspectos o factores inherentes que se definen y visualizan desde las perspectivas Etic-Emic, contextualizados y en una relación de agregación, que advierte la necesidad de prevenir para evitar una situación crítica en un futuro próximo. Tales factores son los siguientes: El Incremento de casos, la Falta de vigilancia epidemiológica, la Coexistencia de dos racionalidades médicas, Falta de interculturalidad en la medicina hegemónica, la Falta de prevención, el Factor genético, el Tipo de Diabetes mellitus presente, la Baja actividad física, el Factor alimentario y el Cambio cultural.

### **1.El incremento de casos**

Según los censos del AR-II de Kamarata para 2011 con una población de 727 habitantes hubo 15 casos de diabetes, para el año 2013 con una población de 750 habitantes hubo 22 casos, respectivamente el 2,6% y el 3,2%<sup>2</sup>.

### **2.Falta de vigilancia epidemiológica**

La data epidemiológica de períodos previos a 2012 presenta inconsistencias, evidencia de que la vigilancia epidemiológica es irregular debido a períodos sin atención médica o debido a la discrecionalidad médica.. A nivel de Distrito Sanitario no se preocupan por las inconsistencias. En Kamarata hasta el año 2012 no se hacían visitas domiciliarias o comunitarias sistemáticas. Hay kamarakotos que padecen diabetes y no acuden al AR-II, existe un subregistro.

Muchos Ambulatorios rurales carecen de presupuesto, el reporte epidemiológico determina y justifica las asignaciones, por ende, revelar la incidencia de la Diabetes, puede significar aplicar el Programa Nacional de Salud Endocrino-Metabólico<sup>3</sup> con todos sus componentes: diagnósticos, acompañamiento, educación preventiva, y tratamientos gratuitos; esto último se cumple en el AR-II con demoras eventuales, es responsabilidad del Instituto de Salud Pública del estado Bolívar y de la Dirección Nacional de Salud Indígena.

### **3.Coexistencia de dos racionalidades médicas**

Una racionalidad médica según Madel (2000), es un conjunto integrado y estructurado de prácticas y saberes, compuesto por las dimensiones interrelacionadas de morfología humana o anatomía, dinámica vital o fisiología, diagnóstico, terapéutica, médico y doctrina médica; basada en la explicación del origen, causa, evolución y tratamiento de la enfermedad, todos implícitos y explícitos en la

Cosmología. En Kamarata la racionalidad biomédica de la cultura criolla occidentalizada se superpone desde 1954 a la racionalidad socio-mágica tradicional pemon kamarakoto, sin que medie un conocimiento de las respectivas cosmovisiones. Si bien el contexto kamarakoto parece homogéneo, es importante señalar que existen familias más alienadas por la sociedad criolla y la neo-colonización, menos alienadas y otras que conservan una cosmovisión tradicional pemon, a pesar del galopante proceso de cambio cultural.

La racionalidad biomédica prioriza el diagnóstico, el conocimiento teórico de la patología y la intervención o clínica; siendo hegemónica se impone sobre los que acuden al ambulatorio, suele ser cerrada y exclusivista. Contrariamente, la racionalidad médica socio-mágica tradicional prioriza el tratamiento y la prevención sobre un fundamento ancestral, se mantiene en algunos grupos eventualmente subsumida, suele ser más integradora.

Cada racionalidad médica implica un sistema médico y como no estamos aislados supone contacto con otros sistemas. Los sistemas médicos se componen de unas representaciones simbólicas acerca de la salud y la enfermedad, los cuidados terapéuticos, el cuerpo y de unas prácticas terapéuticas que le corresponden. Más, si la sociedad se encuentra en un proceso de transición o de cambio cultural las representaciones simbólicas y las prácticas terapéuticas pueden estar en contraposición (Clarac, 1996; 73).

Las representaciones simbólicas se hallan generalmente a nivel inconsciente en la cultura, son estables y cambian lentamente, mientras que las prácticas médicas o terapéuticas, dependen de la conducta para realizarse, implican un grado mayor de consciencia; permiten con mayor facilidad la observación y el aprendizaje (Clarac, 1996; 37-74), debido a ello cambian con mayor facilidad y rapidez. Esto explica la situación de yuxtaposición o hibridización presente en Kamarata, que en algunos casos se participa de ambas por descarte.

Las cosmovisiones son muy diferentes. En la cosmovisión kamarakoto existe una interacción energética primordial solar y terrestre (esewon y meruntö o chiwön), que conecta e iguala a todos los seres: los pemon, animales, árboles, plantas alimenticias, montañas “eran todos iguales y se entendían”. Así mismo, la noción tradicional del cuerpo es una unidad de eteesak, o carne (pun, ipun) con ekaaton kamununpö, el alma, que constituyen la persona.

Al respecto explica Le Breton (2008; 8) que en las sociedades tradicionales no se distinguen entre el hombre y el cuerpo, las materias primas que componen el

espesor del hombre son las mismas que le dan consistencia al cosmos, a la naturaleza, de manera que entre el hombre, el mundo y los otros, se teje un mismo paño con motivos y colores diferentes que no modifican en nada la trama común (Le Breton, 2002; 8). Mientras que las sociedades modernas de la cultura occidental lo hacen de modo dualista.

Contestes con ello, desde la perspectiva Emic, el origen o etiología de las enfermedades es complejo, puede ser un maleficio (ahora entendido como un taren maléfico), la transgresión a un tabú, el contagio y la transmisión de enfermedades nuevas provenientes del mundo criollo. El maleficio o mui mandok es la causa primordial del mal, las enfermedades, la incomprensión, las angustias y la muerte, proviene del tiempo originario y sus agentes son seres energéticos muy poderosos: los Makunaima, los Piaimá en las selvas, Rató en las aguas, los Mawarítón en las montañas o töpö, Amayikok y Urutú; también algunos animales pueden causar debilidad y enfermedad (Perera, 2010; 223-224). Luego, esa capacidad maléfica (imoronek) pasó a todos los seres (ahora sereware) como actualización del tiempo original (Gutiérrez, 2001; 27-28).

Esto significa que los piasanes podían “manejar” o “conectarse” con estos seres y manipular la enfermedad, causar daño y muerte, pero en Kamarata la religión católica satanizó a los piasanes hasta su desaparición, también descalificó su sistema médico socio-mágico mientras consolidaba su propio sistema. Ahora cualquier pemon puede “echar un maleficio” y provocar enfermedad o malestar, a través de un taren por causa de enemistad, odio o envidia. Precisamente, el origen de la Diabetes en la perspectiva tradicional pemon es un Taren muy fuerte, se la considera “incurable”, no obstante creen que sólo puede mejorarse con otro taren más fuerte o “cantado por el mismo que lo mandó”. La vigencia de esta creencia se constata durante el trabajo de campo.

Es importante comprender que el tarén, el tabú y/o los poderes energéticos son integrales, tienen aspectos benéficos y maléficos. Los Tabú, de tapú, término de origen polinesio que se traduce como lo prohibido, se refiere a conductas moralmente inaceptables para la cultura, debido a ello, romper un tabú supone una sanción o daño al individuo, a su familia, a su grupo, que consisten en la enfermedad o la muerte, el tabú inspira temor. Así mismo, el contagio como causa de enfermedad es un principio que se teme, al punto que se solía aislar un poco al enfermo. Actualmente se comprende como la transmisión de enfermedades por agentes patógenos “de afuera”.

A la Diabetes se la conoce desde tiempo atrás, se le teme, el factor psico-social asociado a la diabetes implica una reacción de defensa perceptual, que rechaza

una idea, objeto o situación amenazadora; con una aparente resignación o fatalismo, elusiva que manifiesta no querer saber ni hacer nada al respecto: “de algo hay que morirse”. Porque cualquier enfermedad representa un suceso perturbador que hace perder a “la persona”, deja de ser quien es, la inhabilita porque pierde autonomía, causa sufrimiento, traspasa lo individual y afecta a la familia y por contacto a otros, se le teme e implica una relativa separación.

Desde la perspectiva Etic o racionalidad biomédica, la Diabetes mellitus es una enfermedad multifactorial, originada por trastornos metabólicos del páncreas; falla en la producción y/o secreción de insulina o falla la acción de la hormona insulina, e impide movilizar la glucosa del torrente sanguíneo hacia las células donde debe almacenarse como fuente de energía. La presencia prolongada de alta concentración de glucosa en la sangre o Hiperglicemia crónica, trae complicaciones a nivel de la vista, insuficiencia renal, problemas cardiovasculares y enfermedades cerebro-vasculares, es grave. Siempre tiene una prolongada fase asintomática durante la cual la persona es diabética sin notarlo. Es una enfermedad crónica, porque no es curable, solo es tratable.

La Diabetes mellitus tiene varias clasificaciones, las más comunes son la Tipo 1, la Tipo 2 y la Diabetes Gestacional. Básicamente, para la diabetes tipo 1 el tratamiento consiste en la aplicación de inyecciones diarias de insulina. Para la diabetes tipo 2, se debe vigilar el índice de glucosa en sangre mediante una dieta adecuada, practicar diariamente una actividad física y controlar el estrés.

#### **4.La falta de interculturalidad en la medicina**

Interculturalidad es una actitud, señala Fornet-Betancourt (2003), que abre al ser humano y lo impulsa a un proceso de reaprendizaje y de reubicación cultural y contextual; sale de su ámbito de comodidad y seguridad epistémica y práctica, y se percata de que su manera de interpretar al mundo no es la única, esto lo cual impele a la traducción y comprensión de otras interpretaciones. La actitud intercultural se opone al etnocentrismo, a las formas de discriminación, a las múltiples formas de dominación, en este sentido involucra el pensamiento político descolonizador. Debe complementarse con la intraculturalidad que consiste en la revaloración de los saberes y prácticas culturales de los pueblos originarios que les ha permitido vivir en equilibrio con su entorno.

En Venezuela existe jurídicamente el reconocimiento a la diversidad cultural y sus derechos desde la Revolución Bolivariana, no obstante, los pensa de la bio-medicina desconocen la conformación socio-antropológica del país. Se convirtió

en hegemónica porque durante los siglos XVIII-XX fue la única oficialmente reconocida mientras se perseguía a las demás, ya que su fundamento epistemológico positivista correspondía al paradigma epocal, de allí que se sustenta y es sustentada por una visión etnocéntrica y endorracista, excluyente, condicionando generaciones de profesionales de la salud a cerrarse ante los sistemas médicos tradicionales o populares, que juzgan como “ignorancia, atraso, charlatanería y estafa”, sin considerar la diversidad cultural, la esencia socio-médica de la salud o la antropología de la medicina<sup>4</sup>, como argumenta Clarac (2000; 6). Si bien el siglo XXI logra cierta apertura en la biomedicina; por descontento de los usuarios, el impulso de los nuevos paradigmas, las comunicaciones y los viajes difunden racionalidades diferentes, surgen las medicinas alternativas y algunas fusiones de terapias diversas, haciendo que la biomedicina sea hegemónica pero no la única. No obstante en el AR-II de Kamarata queda a discreción del personal de salud romper el enfoque unidisciplinario y monocultural reduccionista; excepcionalmente algunos se abren al pueblo pemón, aprenden el idioma, recorren el valle y regresan periódicamente (como M.M. y F.M.).

### **5. Falta de prevención**

Hacer prevención implica defender la salud y la vida como derechos sociales, y al hacer prevención con enfoque intercultural se concreta además el reconocimiento a la diversidad cultural del territorio venezolano en el área de la salud. Se incrementa la responsabilidad hacia la igualdad social, la equidad, se desmonta el etnocentrismo institucionalizado, y se mejora la eficacia del mensaje médico con el uso intrateórico del conocimiento bicultural diverso.

En el sistema biomédico, la Salud Pública subdivide la prevención de la siguiente forma: La Prevención Primaria, aplica medidas generales y específicas para evitar las condiciones favorables a la enfermedad (nutrición, vacunación). Se aplica al individuo sano. La Prevención Secundaria, se refiere al diagnóstico y al tratamiento precoz, antes que aparezcan síntomas, detectan los factores de riesgo y acciones para cambios de conducta oportunos al pre-diabético. La Prevención Terciaria se refiere a la rehabilitación, una vez contraída la enfermedad. Es una estrategia aplicada al paciente diabético y su familia para evitar las complicaciones y sus consecuencias. He allí la importancia de difundir los factores de riesgo e incitar a hacer la pesquisa pre-diabética, pues un diagnóstico temprano permite un control más eficaz.

En la concepción socio-mágica se concibe como prevención respetar el Conocimiento, respetar los tabú, evitar los riesgos, usar tarén de protección, obtener y

portar un kumí, y también celebrar rituales y ceremonias de limpieza/protección asociados a las creencias religiosas (protección del mal para una familia, un bautizo católico, la bendición católica, la conexión con el bien en el Areruya y el Chochiman).

Un aspecto fundamental del tabú que funciona como mecanismo de prevención es el temor que inspira, insta a respetar y obedecer las normas de la cultura, educa el comportamiento y la actitud, sobre un riesgo conocido que advierte sobre una sanción conocida. En cambio el aspecto preventivo del taren es el conjuro del mal; los taren son invocaciones de carácter secreto con forma de oración o canto de tipo mágico-simpático, que evoca esencias simbólicas o arquetípicas para prevenir o desmontar la maldad (Gutiérrez, 2001: 50), se “echan”, se “soplan” o se “cantan” (Barceló, 1982; 119). Funcionan como protector, “contra”, “preparan para una situación”, “consiguen permiso a los dueños”, curan. Coincide con los kumi; amuletos hechos de ciertas especies vegetales que se usan como escudo contra maleficios y circunstancias de riesgo. También interesa a los fines de la prevención el disciplinamiento alimenticio tradicional respecto a la moderación en el comer y beber salvo en ocasiones festivas (Gutiérrez, 2001; 215).

## **6.El Factor genético**

La propensión a la Diabetes mellitus en pueblos indígenas según la Harvard Medical School, el Massachusetts General Hospital y el Instituto de Investigaciones Biomédicas de la UNAM, 2013-2014 se debe al gen SLC16A11 detectado y codificado a partir de estudios con indígenas en Norteamérica y México. Esto significa que en comunidades endogámicas, heredar de ambos padres el gen equivale al 50% probabilidades de desarrollar la Diabetes tipo II. Heredar una sola copia del gen equivale al 25% de probabilidades.

## **7.Tipo de diabetes**

Los estudios sobre propensión a la Diabetes tipo 2 en pueblos indígenas se asocian al exceso de peso y sugieren un cambio radical en el estilo de vida: reducir peso, disminuir la ingesta de sodio y alcohol e incrementar la actividad física. En Kamarata existen dos (02) casos de síndrome metabólico, un (01) caso de DM2 con obesidad severa y los demás casos son DM2 con peso normal cuyo Índice de Masa Corporal (IMC)<sup>5</sup> no alcanza el exceso de peso.

Carnethon (2012) para estos casos indica la posibilidad de predisposición genética, basada en un estudio estadounidense con 2.625 hombres y mujeres mayores

de 40 años pacientes de DM2, donde un subgrupo de adultos, con peso normal al momento del diagnóstico de la incidencia de diabetes, no procedentes de la población “blanca”, representó un 10%; aunque estos casos han sido poco estudiados por la medicina, advierte que en la DM2 también inciden factores familiares, étnicos y etarios; y destaca que la propensión a padecerla se incrementa con la edad y que este subgrupo padece un riesgo doble de mortalidad por Diabetes no asociada a cardiopatías que los pacientes obesos o con exceso de peso (Carnethon, 2012).

### **8. Baja actividad física**

La actividad física o el ejercicio aeróbico se aconseja para adelgazar y para reducir la grasa en el hígado, donde se produce mayor daño metabólico. Esta debe rebasar lo regular o lo acostumbrado en intensidad y frecuencia; el pueblo kamarakoto camina grandes distancias, monta bicicleta, nada, siembra en el conuco, acarrea pesos durante intervalos prolongados, juega fútbol. Solo los asalariados y los adultos mayores muestran tendencia a la vida sedentaria.

### **9. Factor alimentario**

El factor alimentario se refiere a la dieta tradicional o ideal dietario, la disponibilidad de los alimentos, las costumbres alimenticias y la nueva selección dietaria. Según Gracia-Arnaiz (2007; 237), las prácticas alimentarias no corresponden sólo a la necesidad biológica de dar combustible al cuerpo, según propondría una visión mecanicista del organismo humano (Vigarello, 2006 en Gracia-Arnaiz, 2007), sino a las condiciones materiales y las representaciones simbólicas que articulan las relaciones sociales en las diferentes sociedades. Por ello los usos y las actitudes hacia los alimentos son tantos como variados y se manifiestan al expresar el significado de comer, su utilidad o la razón de hacerlo (Contreras, 2005 en Gracia-Arnaiz, 2007). La dieta entonces, tiene un contexto simbólico, social, cultural y temporal, por eso se investiga la dieta kamarakoto tradicional y transicional.

En la concepción pemon tradicional el eteesak (cuerpo) se vitaliza por el principio energético meruntö o chiwün que le da armonía y crecimiento a través del poder nutritivo y gustativo de alimentos del conuco y la selva, como el ají y la yuca, y también por la sal y el sol (wei) que como energía (esewon) hace vivir y crecer las plantas. La yuca, las bebidas fermentadas, los picantes y la miel, se consideran parte de una dieta protectora, son alimentos “calientes” que protegen de las enfermedades “frías”; que según Butt-Colson y Armellada (1985) suponen

mayor riesgo pues el frío es síntoma de pérdida temporal del alma (ekaton) y puede incluir desmayos, sustos, sueños, gravedad y muerte; mientras que las enfermedades “calientes” suponen la entrada de algo maligno al cuerpo, no asociado directamente con la pérdida del alma.

Al estudiar la alimentación tradicional kamarakoto o ideal dietario en campo (2008-2012), comparativamente con el material etnográfico de Simpson (2010 [1940]); se constata y se determina su vigencia con dos cambios importantes, la disminución de fuentes cárnicas de cacería y pesca, probablemente por el impacto demográfico sobre los ecosistemas guyaneses con fragilidad biótica (Rosales, 2005) y la preeminencia del ideal dietario en cualquier familia kamarakoto, la cual, consta de productos agrícolas y silvestres, carne de aves, mamíferos, peces e insectos (ver tabla 1), preparados hervidos y asados, como el casabe, el tumá, el kumachi, el sakura, el kachiri y el paracari.

**Tabla 1. Categorización de los productos de la dieta tradicional kamarakoto**

**Fuente: Entrevistas en la comunidad de Kamarata, año 2009.**

<b>CATEGORIZACIÓN</b>	<b>DIETA TRADICIONAL</b>
Primarios o básicos	Yuca (casabe, almidón, kachiri, paracari, sakura), pescado, ajíes.
Secundarios (o despensa)	Batata, ocumo, ñame, cambures, auyama, pescado, aurosá, plátano, caña de azúcar, fruto de moriche, frutas de guamo, insectos.
Terciarios (condimentos u alimentos accesorios).	Tortas de almidón, carne de aves, carne de mamíferos.

Es una dieta baja en azúcares (sacarosa/glucosa), baja en grasas, baja en sal, alta en fibra (que retrasa la absorción del azúcar al torrente sanguíneo, es recomendable) y moderada en proteína animal; el animal de consumo predominante es el pescado que también es bajo en grasa y aporta minerales, que podría considerarse efectivamente como “protectora” ante la Diabetes. Sin embargo, esta dieta abunda en picantes y bebidas fermentadas a base de carbohidratos, no recomendables, pues son bebidas alcohólicas.

El consumo abusivo o compulsivo de bebidas de alto grado alcohólico elevan la glucosa sanguínea e incrementan el riesgo de complicaciones médicas, como cetoacidosis, enfermedad vascular periférica, neuropatía, enfermedades del corazón y cerebrovasculares (Fleming y Mundt, 2004; Wannamethee, Shaper, Perry, Alberti, 2002, en Razvodovsky, 2006; 276).

La dieta que llamo transicional, agrega una ingesta casual o frecuente de productos industrializados como pasta, arroz, pan, aceite, margarina, mayonesa, ketchup, atún enlatado, bebidas artificiales en sobre, bebidas gaseosas, saborizantes concentrados, pollos beneficiados y bebidas alcohólicas, que se comercializan en Kamarata a precios elevadísimos. Se adquieren según el poder adquisitivo y como símbolo de status. Representan grasas saturadas, harinas refinadas, productos sin fibra, ricos en sacarosa y glucosa, carbonatos y sodio, cuyo alto contenido calórico y la abundancia del consumo los hace nefastos para la Diabetes.

### **10.El cambio cultural**

Puede considerarse un desintegrador del sistema cultural tradicional pues disocia el vínculo energético entre todos los seres de manera que se suscitan choques, caos y mixtificaciones. Tras 60 años en proceso de cambio cultural, algunos kamarakotos se van asimilando a los criollos, voluntariamente o inducidos, otros se perciben ‘en transición’ y otros se perciben tradicionales.

La experiencia del diálogo de saberes, hace emerger de las entrevistas etnográficas sobre la Diabetes mellitus con un grupo focal de parientes de diabéticos (2012) y su análisis de discurso, de discusiones grupales, asambleas comunitarias, listas de cotejo (de 2010) trianguladas con el voluntariado en 2013, los factores mencionados, así, se construye y jerarquiza un listado de propuestas que conforman un criterio intercultural para crear herramientas y estrategias de prevención, que luego como productos, con formato de presentaciones y cartilla que se llevan a evaluación y reorientación colectiva (ver tabla 2). Se requiere articular con instituciones solidarias con la lucha preventiva de la Diabetes mellitus tipo II en el pueblo pemon kamarakoto para desarrollar estos conceptos en medios más atractivos como el video.

Tabla 2. Criterio para crear herramientas de prevención intercultural. Escala:  
 1. Muy importante. 2. Importante. 3. Culturalmente favorable. 4. Interesante.

1	Prevenir la Diabetes mellitus tipo II en el pueblo pemon kamarakoto.
1	Contar con un fondo económico, equipos e insumos para la prevención de la Diabetes (regulador de voltaje, video-beam, laptop, glucómetros/lancetas, entre otros) considerando viajes a otras comunidades del Valle de Kamarata.
1	Que los médicos hagan visitas comunitarias al diabético y al adulto mayor.
1	Tener una estadística de la prevalencia y de la mortalidad de la Diabetes mellitus en el Valle de Kamarata.
1	Conocer qué productos alimenticios industrializados hacen daño a la salud y recomendar no comerlos.
2	Que los médicos del AR-II que llegan a Kamarata conozcan y cumplan estas consideraciones.
2	Que se cumpla en Kamarata el Programa Nacional de Salud Endocrino Metabólico.
2	Usar más mensajes orales que mensajes escritos.
2	Usar predominantemente el idioma pemon kamarakoto.
2	Respetar las creencias en el tarén e incluirla.
2	Respetar al paciente que tiene otras creencias.
2	Dar clase a l@s jóvenes del liceo y los niñ@s del colegio.
2	Hablar de las bebidas alcohólicas a todos, especialmente a los hombres.
3	Informar sobre las consecuencias de la Diabetes mellitus.
3	Generar alarma o impacto, para que asuman evitar los riesgos.
3	Dar clase, explicaciones, enseñar a las mujeres de la casa porque son quienes más cocinan.
3	Usar presentaciones dinámicas con figuras en asambleas comunitarias.
4	Tener una historia de la diabetes en Kamarata.
4	Conocer los tratamientos herbolarios tradicionales contra la Diabetes mellitus.

Fuente: Voluntariado, 2013.

## REFERENCIAS

ALVARADO, C. (2001). Prevalencia de diabetes mellitus e hiperlipidemias en indígenas otomíes. Salud Pública Méx. v.43 n.5 Cuernavaca sep./oct. 2001

BARCELÓ, L. (1982). Pemontón wanamari. Monte Ávila Editores. Caracas.

BUT-COLSON, A. y ARMELLADA C. (1985). El origen amerindio de la etiología de enfermedades y su tratamiento en América Latina, en Montalbán 16: 123-176.

CLARAC, J. (1996). La enfermedad como lenguaje en Venezuela. Universidad de Los Andes CDCHT. Mérida.

CLARAC, J. (2000). El discurso de la salud y la enfermedad en la Venezuela de fin de siglo. CIET. GRIAL. Universidad de Los andes. Mérida, Venezuela.

CARNETHON, M. (2012). Association of weight status with mortality in adults with incident Diabetes. JAMA. The journal of the American Medical Association. University of Northwestern. USA.

CARRASCO, E. et al (2004). Prevalencia de diabetes tipo 2 y obesidad en dos poblaciones aborígenes de Chile en ambiente urbano. Rev. Méd Chile 132:1189-1197.

FORNET-BETANCOURT, R. (2003). Interculturalidad: Asignatura pendiente de la filosofía latinoamericana. Para una revisión crítica de la filosofía latinoamericana más reciente. (PDF)

GRACIA-ARNAIZ, M. (2007). Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario. Salud Pública, México.

GUTIÉRREZ, M. (2001) Los pemones y su código ético. UCAB. Caracas.

HOWARD B, et al., (1991). Studies of the etiology of obesity in Pima indians. Am J Clin Nutr 1991. Jun; 53n (6 Suppl):1577S-1585S

MADDEL, L. (2000). PDF. La salud en forma y las formas de la salud: superando paradigmas y racionalidades. En Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales. Briceño-León, R. y De Sousa, M. Editora Fiocruz. Río de Janeiro. Págs. 25-39.

LE BRETON, D. (2002 [1990]). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Nueva Visión. Buenos Aires.

PEREDA, M., DE PRADA, A. y ACTIS, W. (2003). *Investigación Acción Participativa: Propuesta para un ejercicio activo de la ciudadanía*. Colectivo IOÉ. Madrid.

PERERA, M. et al (2010) *Salud Indígena de Venezuela*, Vol. II. Caracas.

RAZVODOVSKY, YU (2006). El efecto de agregación entre consumo alcohólico y la tasa de mortalidad por diabetes mellitus. En *Adicciones*, 2006, Vol. 18. Número 3. Págs. 275-282. Facultad de medicina del Estado de Grodno. Bielorusia.

ROSALES, J. y HERNÁNDEZ, L. El Centro de Investigaciones Ecológicas de Guayana: la conjugación de voluntades individuales y apoyo institucional. *Revista Copérnico*. N° 2, Ene-Jun, 2005. pp. 207-217.

ROSIQUE. J. et al (2010). *Estudio nutricional y hábitos alimentarios en indígenas Embera de Colombia*. Universidad de Antioquia. Colombia.

SIMPSON, G. (2010 [1939]). *Los indios kamarakotos*. Angel Conservation. Fundación Étnika. Caracas.

<http://www.vulcanusweb.de/dialogando/Indigenas-en-peligro-de-extincion.htm>  
capturado en fecha 25 de septiembre de 2011.

<http://www.vivirmejor.com/la-diabesidad-podria-extinguir-a-los-pueblos-indigenas>  
capturado en fecha 25 de septiembre de 2011.

## FUENTES JURÍDICAS

Ley Orgánica de Pueblos y Comunidades Indígenas. Gaceta Oficial N° 38.344.  
Fecha 27 de octubre de 2005. República Bolivariana de Venezuela.

## FUENTES VIVAS

Entrevista con Antonio José Calcaño y con Emilio Manrique, agosto 2012.  
Entrevistas con Milagros Manrique, Enedina Sigala Bigot, Quintiliana Pérez,  
José Antonio Calcaño, Lisbeth Abati, Flora Méndez, agosto-septiembre 2012  
Encuestas, listas de cotejo y entrevistas etnográficas con Alexander Sifontes,  
Hortensia Berti, Enrique Carballo, Junior Calcaño, Juan Carlos Sigala, Aurora  
Sifontes, Gilberto Abati, Máximo Martínez, Damián Palacios, Zulema Arocha,  
Johnatan, Arsenio Abati, Jesús Barreto, Johnny Calcaño, Aníbal Sandoval, Eme-  
renciana Sandoval, Melquíades Calcaño, años 2008-2013.

## NOTAS

1. Fabiola Bautista, Enedina Sigala Bigott, Constantino Clothier, Johnny Calcaño, Mérida Marcano, Francisco Marco, Jesús Martínez, Milagros Consorcia Berti y luego Gilberto Abati y Gilberto Israel Abati.
2. La Diabetes mellitus en la República Bolivariana de Venezuela se considera un problema de Salud Pública, para el año 2012, un 6% de los venezolanos padece diabetes sobre una población total de 27.150.095 (censo INE 2011), y entre 2010-2011 la mortalidad directa por diabetes alcanza la cifra de 9.570 personas, 26 muertes diarias.
3. Creado por iniciativa de María Elena Cañizales en 1998.
4. El sistema biomédico se impuso con pretensión de exclusividad sobre el pueblo venezolano hasta la llegada del siglo XXI cuando los usuarios insatisfechos comienzan a abrirse hacia las medicinas “alternativas”.
5. Índice de Masa Corporal: Peso sobre altura al cuadrado. Normal= 18,5-24,9. Sobrepeso=25-29,9. Obeso= 30-34,9. Obeso severo= 35-39,9. Obeso mórbido= $\geq 40$ .

**Artículo aceptado para la publicación el 15 de agosto de 2014.**