

Caracterización de la salud familiar en el municipio Maroa, Amazonas, República Bolivariana de Venezuela.

Characterization of family health in the Maroa municipality, Amazonas, Bolivarian Republic of Venezuela.

Elsa J. Luna Ceballos,^I Juan C. Perdomo Arrién,^{II} Miriam Portuondo Sao.^{III}

Resumen

La experiencia de trabajo en el estudio de discapacidades en las comunidades indígenas del municipio Maroa de la selva amazónica en la República Bolivariana de Venezuela, permitió constatar la situación de salud en las familias de esta región. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal para determinar los factores de riesgo socioeconómicos y la situación de salud que influyen en la salud familiar en esta región. Entre los indicadores de salud desfavorables encontrados el parasitismo intestinal estuvo presente en 69,06 % de las familias, la sepsis bucal en 74,29 %; la carencia de control de la gestación y asistencia médica al parto se presentó en 79,22 % y 77,36 % de las mujeres, respectivamente. Estos resultados permiten diseñar una estrategia integral para mejorar la salud familiar en Maroa.

Palabras clave: Salud familiar/ familias indígenas/ familias del Amazonas/ Indicadores de salud en familias indígenas.

Abstract

The work experience in the study of disabilities in the native communities of the Maroa municipality, in the Amazonian jungle of the Bolivarian Republic of Venezuela, allowed confirming the family health situation in this region. A descriptive cross-sectional study was carried out in order to determine the socioeconomic risk factors and the health situation influencing the family health in this region. Among the unfavorable health indicators found 69,06 % of the families had intestinal parasitism, buccal sepsis in 74,29 %; lack of gestation control and medical assistance during childbirth was found in 79,22 % and 77,36 % of women respectively. These results allow designing an integral strategy for improving family health in Maroa.

Keywords: Family health, native families, Amazonian families, health indicators in Amazonian families.

Introducción

La salud familiar es el resultado de la interrelación dinámica del funcionamiento de la familia, sus condiciones materiales de vida y la salud de sus integrantes. Las condiciones sociales y económicas que cada sociedad genera, determinan la salud de la población.

Desde la antigüedad se encuentran antecedentes del enfoque social de la salud citados por Hipócrates 460-370 A.C. y Galeno en el siglo II, quienes plan-

teaban la influencia de las condiciones de vida y trabajo sobre la salud de la población. Engels en su obra “El origen de la familia, la propiedad privada y el estado”, describe las modificaciones de las relaciones familiares como “producto de las diferentes condiciones sociales y económicas de vida”.^{1,2}

En 1974 Lalonde presenta el modelo de salud para el análisis de la situación de salud de los canadienses, el cual propone: la biología, el ambiente, los servicios de salud y los estilos de vida, que destaca los aspectos

^I Master en Ciencias en Atención Integral a la Mujer. Doctora en Medicina. Especialista de Segundo Grado en Genética Clínica. Profesor Auxiliar. Centro Provincial de Genética Médica. Provincia Matanzas. Cuba. E-mail: genética.mtz@infomed.sld.cu

^{II} Master en Ciencias en Atención Integral a la Mujer. Doctor en Medicina. Especialista de Primer Grado en Genética Clínica. Profesor Asistente. Centro Provincial de Genética Médica. Provincia Matanzas. Cuba.

^{III} Master en Ciencias en Genética Médica. Doctor en Medicina. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y de Segundo Grado en Genética Clínica. Profesor Instructor. Centro Nacional de Genética Médica. La Habana. Cuba

sociales.³

La Organización Mundial de la Salud en 1990, hace una propuesta de 80 indicadores relacionados con los factores sociales, económicos y culturales, que describen la situación de salud en la población. La familia como institución social cumple funciones básicas: biológica, económica, cultural y espiritual, pero el resultado de su realización es el cumplimiento de la función educativa, todas dependientes del sistema socioeconómico.^{4,5}

La oportunidad única de participar en el estudio clínico-genético, psicopedagógico y social de las personas con discapacidad llevado a cabo por la Misión Solidaria del ALBA “Dr. José Gregorio Hernández” en la República Bolivariana de Venezuela, nos permitió estudiar las condiciones de vida y de salud de las comunidades indígenas del Amazonas con vistas a mejorar la salud familiar en las mismas.

Método

Se realizó una investigación de tipo descriptivo, de corte transversal en el municipio Maroa, estado Amazonas, como parte del estudio clínico-genético, psicopedagógico y social realizado a las personas con discapacidades en la República Bolivariana de Venezuela, en el período comprendido desde el 16 al 30 de septiembre de 2008, con el objetivo de conocer el estado de salud de las comunidades indígenas de esa región.

Se realizó la visita a toda la población correspondiente a las 459 familias que componen el municipio Maroa en una pesquisa activa, “casa a casa” para conocer el número de familias indígenas y sus condiciones de vida. Se utilizaron cuatro instrumentos de recolección de datos diseñados y validados para el estudio.

La informatización de los datos recogidos en cada instrumento se realizó utilizando una aplicación informática desarrollada por la Universidad de Ciencias Informáticas de La Habana (UCI), Cuba.

Resultados

En la tabla 1 se reflejan los principales problemas de salud encontrados en el estudio en las comunidades indígenas del municipio Maroa. Como puede apreciarse los mayores indicadores estuvieron en el índice de parasitismo intestinal y la sepsis bucal, encontrados en el 69,06 % y 74,29 % de las familias, respectivamente.

Tabla 1. Caracterización de la situación de salud en las familias del municipio Maroa. Estado Amazonas. 2008.

Situación de salud en las familias	Familias	
	Nº	%
Hipertensión arterial	48	10,45
Diabetes mellitus	6	1,30
Parasitismo intestinal	317	69,06
Anemia	87	18,95
Sepsis bucal	341	74,29
Matrimonios consanguíneos	26	5,66
Discapacidades	63	13,72
Consumo de agua de río sin tratar	289	62,96
Fecalismo al aire libre	261	56,86
No existe disposición adecuada para desechos sólidos	273	59,47
Total	459	100

En la tabla 2 se presentan indicadores que muestran la situación de salud de la mujer en las familias indígenas estudiadas. Es de destacar que el 82,74 % de las mismas tienen sus partos en el hogar, el 81,07% no utilizan métodos anticonceptivos, el 79,22 % no tienen control de la gestación por personal médico y en correspondencia, un alto porcentaje de ellas, el 77,36 %, pare sin asistencia médica.

Tabla 2. Caracterización de salud en las mujeres del municipio Maroa según indicadores estudiados. Estado Amazonas. 2008.

Indicadores de salud en la mujer	Número	%
Embarazos en la adolescencia	324	60,11
Lactancia materna	539	100
No control de la gestación	427	79,22
Parto sin asistencia médica	417	77,36
Parto en el hogar	446	82,74
No utilizan métodos anticonceptivos	437	81,07
Alguna discapacidad	28	5,19
Hernias inguinales	28	5,19
Total	539	100

Discusión

De acuerdo con lo observado, enfermedades como anemia, hipertensión arterial y diabetes mellitus, son menos frecuentes en estas familias que lo reportado por la literatura científica en comunidades indígenas o de pobreza marcada, mientras existe coincidencia en la alta frecuencia del parasitismo intestinal.⁶⁻¹⁰

En las enfermedades de origen multifactorial, como la Diabetes Mellitus tipo 2 y la hipertensión arterial, se pone de manifiesto la interacción de los genes con factores de riesgo ambiental a los cuales están expuestos.^{11,12} Ambas enfermedades presentan baja frecuencia en estas familias, a pesar de sus hábitos alimentarios, caracterizados por la ingesta de abundantes productos ricos en carbohidratos consumidos durante años en una dieta poco variada, lo que constituye un factor ambiental adverso, favorecedor de la aparición de estas enfermedades.

Lo anterior hace pensar en un posible factor protector presente en los genes que pudiera ser explicado en estas poblaciones indígenas por la conservación durante siglos de los mismos, favorecido, por cruzamientos sucesivos entre las individuos de las propias familias, lo que resulta en matrimonios consanguíneos, dadas las características de aislamiento en medio de la selva y los escasos pobladores de las comunidades, todas separadas a lo largo de la vía fluvial, además de un ambiente libre de productos tóxicos contaminantes.

De acuerdo con la dinámica de las poblaciones humanas, aunque estas enfermedades no constituyen hoy un problema de salud demostrado en Maroa, estos factores ambientales adversos constituyen un riesgo potencial por lo cual se impone la necesidad de un trabajo educativo con fines preventivos.

Por otro lado, investigadores como Peña y Kirk señalan el consumo de agua no tratada, la falta de servicios

sanitarios como letrinas, la deficiente disposición de los desechos sólidos, entre otros, como factores que favorecen las enfermedades infecciosas a controlar para evitar los problemas de salud que prevalecen en comunidades pobres.^{13,14}

En las zonas urbanas de América Latina donde la población accede con mayor facilidad a los servicios de educación, salud y los canales de información, la fecundidad ha disminuido en los últimos años, por el contrario en las familias que viven en zonas rurales apartadas y no disponen de los beneficios ya referidos, como es el caso del municipio objeto de investigación, la fecundidad aún se mantiene alta,¹⁵ lo que fue constatado en las visitas realizadas por los investigadores a las familias indígenas.

Resulta evidente que la mujer embarazada sin control ni seguimiento de su gestación, se hace vulnerable a todos los factores de riesgo prenatal de tipo ambiental o genético que afectan el desarrollo embriofetal y de los cuales no se puede proteger por desconocimiento, lo que deviene en consecuencias posteriores, principalmente malformaciones congénitas y discapacidades de todo tipo.

Atendiendo a los resultados de esta investigación es factible diseñar un sistema de actividades dirigido al mejoramiento de la salud familiar en relación con los principales problemas identificados, el cual debe involucrar a todas las esferas sociales para lograr una integración de acciones, adecuadas al contexto en que se desenvuelve la vida de las familias, en interrelación directa con la comunidad.¹⁶ Para ello se hace necesario una reorientación del concepto de salud en la familia con un nuevo enfoque integrador aprovechando las fortalezas que ofrece el nuevo sistema económico político y social del país, que ubica al individuo y a la familia en el centro de todas sus proyecciones.

Referencias bibliográficas

1. San Martín H, Carrasco JL, Yuste J, Breihl J, Pastor V, Granda R. Salud. Sociedad y Enfermedad. Estudios de Epidemiología Social. Madrid: Ed.Ciencia;1986.
2. Engels F. El origen de la familia, la propiedad privada y el estado. La Habana: Ed. Política;1963.
3. Lalonde MA. New perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Ed. Minister of National Health and Welfare; 1974.
4. Litman TJ. The family as a basic unit in health. En: Donati P. Sociología de la Salud. Madrid: Ed. Díaz de Santos;1994.
5. Arés P. Psicología de Familia. Una aproximación a su estudio. La Habana: Ed. Félix Varela; 2002.
6. Hoy WE. "Closing the gap" by 2030: aspiration versus reality in Indigenous health. Med J Aust. 2009 May 18;190(10):542-4.
7. Murray-Lee M. Nutrition in Africa. New Afr. 1989 Jul;(262):8-9.
8. Maia MM, Fausto MA, Vieira EL, Benetton ML, Carneiro M. The prevalence of malnutrition and its risk factors in children attending outpatient clinics in the city of Manaus, Amazonas, Brazil. Arch Latinoam Nutr. 2008 Sep;58(3):234-40.
9. Sanz Barbero B. Comment. Sociodemographic variables, life-styles, and self-perceived health immigrants. Gac Sanit. 2008 Sep-Oct;22(5):404-12.

10. Zhao Y, Connors C, Wright J, Guthridge S, Bailie R. Estimating chronic disease prevalence among the remote Aboriginal population of the Northern Territory using multiple data sources. *Aust N Z J Public Health*. 2008 Aug;32(4):307-13.
11. Turnpenny P, Ellard S. Emery's Elements of Medical Genetics. 13 ed. Philadelphia, Estados Unidos: Editorial Churchill Livingstone Elsevier; 2007. 219-133.
12. González Suárez, R. Un nuevo paradigma para la época de la prevención de la diabetes. *Revista Cubana de Endocrinología*. 2009;20(2):40-50.
13. Kirk MD, Kiedrzyński T, Johnson E, Elymore A, Wainiqolo I. Risk factors for cholera in Pohnpei during an outbreak in 2000: lessons for Pacific countries and territories. *Pac Health Dialog*. 2005 Sep;12(2):17-22.
14. Peña R, Pérez W, Meléndez M, Källestål C, Persson LA. The Nicaraguan Health and Demographic Surveillance Site, HDSS-Leon: a platform for public health research. *Scand J Public Health*. 2008 May;36(3):318-25.
15. Pinto JM. Urbanización, redistribución espacial de la población y transformaciones socioeconómicas en América Latina. Santiago de Chile: Ed Serie Población y Desarrollo 30. CELADE-FNUAP.CEPAL; 2002.
16. Martínez González L.E. El sistema de actividades como resultado científico en la maestría en ciencias de la educación: ¿ser o no ser? Cuba, Matanzas: Universidad Pedagógica "Juan Marinello" ; 2008.