

APROXIMACIÓN A LA ACTITUD ANTE LA MALARIA, ETNIAS YANOMAMI, PIAROA Y YEKUANA, COMUNIDADES DEL ALTO ORINOCO. AMAZONAS, VENEZUELA – 2013.

APPROACH TO THE ATTITUDE TO MALARIA, ETNIAS YANOMAMI, PIAROA AND YEKUANA, HIGH ORINOCO COMMUNITIES. AMAZON, VENEZUELA - 2013.

APROXIMAÇÃO À ATITUDE À MALÁRIA, ETNIAS YANOMAMI, PIAROA E YEKUANA, ALTA COMUNIDADES ORINOCO. AMAZON, VENEZUELA - 2013.

Lisbeth Loaiza Borges¹, Rosa Cardozo², José Poveda³, María Zurlo⁴, Elizabeth Romano⁵

Fecha de recepción: 28.08.14

Fecha de aceptación: 28.09.14

RESUMEN

En los últimos 20 años se registró una alarmante progresión de la Malaria en el continente americano. Se investigó el Municipio Autónomo Alto Orinoco por ser un área hiperendémica y completamente aislada. Existen 17 grupos étnicos, destacando los Yanomami, Piaroa, Yekuana y Guahibo, cada uno con su lenguaje, religiones, tradiciones y costumbres diferentes. Se exploró a los indígenas encuestados desde el punto de vista epidemiológico y existencial, a través de la encuesta aplicada por Rifá en comunidades maláricas de Asia. Un total de 452 individuos fueron censados (58 % del total de la población de las comunidades visitadas), de las cuales 257 pobladores mayores de 19 años, fueron entrevistados, 53% de los Yanomamis, 26% de los Piaroas, y 21% del total eran Yecuanas. 48% fueron hembras y 52% hombres, predominaron los menores de 44 años, las viviendas de las cinco comunidades estudiadas de Yanomami fueron shaponos, y hubo mayor vulnerabilidad en las comunidades Yanomami a la adquisición de otras enfermedades transmisibles. En relación a la creencia acerca de la intervención de los espíritus en la evolución de la Malaria, 60% de los encuestados de la etnia Yanomami consideraron necesaria la intervención del Chaman en el tratamiento de la Malaria. La etnia más afectada es la Yanomami por estar muy dispersa, convivir en viviendas multifamiliares y abiertas denominadas shapono, sin servicios sanitarios básicos y la mayoría distante de escuelas, ambulatorios de salud y actividades de intercambio económico El chamán continúa jugando un papel vital en las comunidades de la etnia Yanomami estudiadas.

Palabras Clave: Malaria, cultura, situación epidemiológica

¹ Médico Magister en Medicina área de concentración Medicina Tropical. Doctor en Medicina. Universidad de Carabobo. loaizaborges@gmail.com

² Médico Especialista en Medicina Familiar. Doctor en Medicina. Universidad de Carabobo.

³ Doctor en Ciencias Médicas, Universidad Autónoma de Madrid.

⁴ Médico Cirujano. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo.

⁵ Odontólogo. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo.

ABSTRACT

In the past 20 years was recorded an alarming increase of Malaria in the Americas. It investigated the autonomous high Orinoco communities for being a hyperendemic area completely isolated. There are 17 ethnic groups, prominence Piaroa, Yanomami, Yekuana and Guahibo, each one with its language, religions, traditions and different customs. It explored the Indians surveyed from the existential, and epidemiological perspective through the survey by raffle in malarious from Asian communities. A total of 452 individuals were surveyed (58% of the total population of the communities visited), of which 257 residents over the age of 19, were interviewed, 53 per cent of the Yanomami, 26% of the Piaroas, and 21% of the total were Yecuanas. 48% were females and 52% men, predominated minors aged 44, dwellings of the five communities studied of Yanomami were shaponos, and there was increased vulnerability in the Yanomami communities in the acquisition of other communicable diseases. In relation to the belief about the intervention of the spirits in the evolution of Malaria, 60% of respondents of the Yanomami ethnic group considered necessary the intervention of the shaman in the treatment of Malaria. The ethnic group most affected is the Yanomami be very spread, live together in open and multi-family dwellings called shapono, without basic health services and the most distant of schools, health clinics and economic exchange activities the shaman continues to play a vital role in the communities of the Yanomami ethnic group studied.

Key words: Malaria, culture, epidemiological situation

INTRODUCCIÓN

Desde la antigüedad, la Malaria ha jugado un papel importante en la vida y desarrollo de comunidades; así médicos antiguos y medievales, a partir de Hipócrates, han realizado descripciones de esta enfermedad; siendo una evidencia material fuerte la presencia del antígeno HRP-2 de *Plasmodium falciparum* encontrado en momias de hasta 3200 A.C., en Egipto (1).

Los estragos de la Malaria condujeron a la interrupción del desarrollo socioeconómico de sociedades y civilizaciones. Dicho impacto en la salud y en el desarrollo económico de las poblaciones humanas es mayor en los trópicos y sub-trópicos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que cada año ocurren entre 300 y 500 millones de nuevos casos clínicos y hasta 2,7 millones de muertes. Aunque la mayoría de estas muertes ocurren en el África al sur del Sahara, la malaria ocasiona considerable morbilidad en las Américas, principalmente en la Cuenca Amazónica (2).

La Malaria es la causa de muerte en más de un millón de personas al año, la mayoría de ellas en el África subsahariana. En las Américas, el número de casos ha bajado en un 20% y el número de defunciones en un 70% desde el año 2000 cuando se aumentaron los esfuerzos en el control de la enfermedad (3). Sin embargo, en el Informe Mundial sobre el Paludismo 2012 de la OMS, basado en la información epidemiológica de 104 países endémicos de Malaria, de estos, 99 países con transmisión activa en el año 2011, solo 58 enviaron datos suficientemente completos y consistentes de los casos de Malaria entre el 2000 y el 2011, para así poder analizar la tendencia epidemiológica de esta enfermedad, evidenciándose que 50 países, incluyendo a 9 de la Región Africana, están en vías de reducir en 75% los casos de Malaria para el año 2015. Entre las principales acciones se encuentran la vigilancia de la resistencia a los fármacos antipalúdicos, el rociamiento interno de las viviendas con insecticida y proporcionar mosquiteros a todas las personas que vivan en áreas endémicas, con seguimiento de su utilización y deterioro para nueva dotación en el tiempo (4).

En el continente americano se registró una alarmante progresión de la Malaria durante los últimos 20 años. De un análisis por sub-regiones se desprende que Brasil es el país que notificó el mayor número absoluto de casos de Malaria (50,5%), seguido por los países de la sub-región andina, que notificaron lo que representa 32,3% del total de casos. Sin embargo, el riesgo mayor de transmisión se observó en la sub-región que abarca la Guayana Francesa, Guyana y Suriname (IPA = 127,5/1.000), seguida de ciertas partes de Brasil (IPA = 118,8/1.000), siendo *P. vivax* la causa más importante de morbilidad de malaria en la región de las Américas (5).

Tan grave ha resultado la infestación por *Plasmodium sp*, que se ha convertido en un problema de salud pública en Venezuela, registrándose en los últimos años un incremento en el número de casos de malaria. Desde 1985, las zonas con mayor incidencia malárica del país han sido los Estados Bolívar y Sucre, seguidos de Amazonas, Delta Amacuro y Apure, con algunas excepciones. Esto representa en la actualidad un 20% del territorio venezolano con una población cercana al millón de habitantes o en otras palabras, un 5% de la población que vive en áreas ecológicamente aptas para la transmisión (5,6). En el Boletín Epidemiológico de la semana 35 del año 2013 (mes de agosto), se reportaron 618 casos por *P. vivax*, 347 por *P. falciparum* y 42 por infección mixta (*P. vivax* + *P. falciparum*), menor número de casos en comparación con la semana 35 del año 2012. Por otra parte, disminuyó la incidencia de Malaria en un 15,3%, en relación a la semana epidemiológica 34 con 1.189 casos, no obstante el acumulado de casos para el año 2013 lo supera con creces (*P. vivax* 34.651, *P. falciparum* 16.045, infección mixta 3.656 casos) en comparación al 2012 (*P. vivax* 23.079, *P. falciparum* 6.690, infección mixta 1.042) (7).

La epidemiología de la malaria en Venezuela muestra que la enfermedad está confinada a estratos micro-epidemiológicos asociados a movilización de poblaciones, fundamentalmente sobre un eje de interés económico (minería, agricultura, etc.) o cultural (2), así para la semana 35 (agosto, 2012), de los 1.007 casos de malaria autóctonos del país, el estado Bolívar reportó el 87,6% de la casuística nacional con 882

casos, seguido de los estados Amazonas, Delta Amacuro, Sucre y Zulia. Con un acumulativo de 54.381 casos de Malaria, lo que representa un aumento en 83,6%, con respecto al periodo homólogo del año 2012 (29.614 casos) (7).

Los Municipios con mayor incidencia parasitaria anual (por 1000 habitantes) se encuentran: en el estado Bolívar (Municipios Sifontes, Raúl Leoni, Gran Sabana, Cedeño y Sucre), en el estado Amazonas (Municipios Autana y Atures); registrándose que la morbilidad malárica es más frecuente en la población masculina en 70,9% que en la femenina con 69,91%, y tienen una edad comprendida entre 10 y 39 años. (7).

El ciclo biológico de los *Plasmodium* evoluciona en dos huéspedes: el hombre y el mosquito hembra del género *Anopheles*, cuyas diversas especies presentan variaciones estacionales que se vinculan a las epidemias. Dichas variaciones a su vez están en relación con los lugares en donde reposan y su actividad hematofágica, lo cual determina su domiciliación y permanencia en áreas específicas (7); por lo que la OMS, el Fondo Mundial y Presupuestos de cada nación involucrada, hicieron posible una expansión en el financiamiento e implementación de Programas de Control de Malaria, para su eliminación con estrategias específicas para el diagnóstico oportuno, acceso a la terapéutica, control vectorial (uso de insecticidas, protección con mosquiteros impregnados de insecticidas), a través del Plan Mundial para el Manejo de Resistencia a Fármacos Antimaláricos y de Resistencia a los Insecticidas (4), sin embargo estos programas deben adaptarse a las creencias, costumbres y hábitos de los seres humanos que viven en áreas endémicas .

Es por ello, que es tan amplio el campo de las investigaciones y propuestas realizadas sobre la terapia antimalárica, que se hace necesario estudiar los aspectos ecológicos y sociales de esta enfermedad, al igual que su ciclo biológico. En la dinámica de la malaria influyen varios factores a saber: factores naturales, sistemas productivos, organización económica y social; patrones demográficos en especial la colonización y la migración;

cultura y procesos políticos, alcance e impacto de los programas de control, variabilidad genética del parásito, y la ecología y genética del huésped (8,9).

Igualmente, para realizar un abordaje integral de las comunidades, se deben tener en cuenta los factores culturales, sociales, climáticos, creencias entre otros, que pueden interferir no solo en la enfermedad como tal, sino en la transmisión y permanencia de la misma (10).

Aramburú y col, estudiaron una epidemia presentada en Perú en el año 1997, con una incidencia que ha tenido una fluctuación estacional y llega a su máximo durante las lluvias de noviembre a junio (11).

Said y González con el objetivo de caracterizar la situación epidemiológica de la malaria y la vivienda como factor de riesgo para su transmisión, durante el primer semestre del año 2005, realizaron un estudio en niños de 5–14 años de edad residentes en Honduras; obteniendo como resultado que la tasa de incidencia fue 15,4 /1.000. El tipo de vivienda de desecho, las viviendas sin mallas metálicas en puertas y ventanas y aquellas de tierra se asociaron casi 5 veces más con los casos. Los niños que vivían en zonas inundables presentaban 3 veces más riesgo de contraer malaria que aquellos que vivían en zonas no inundables. Siendo estos pues, factores determinantes para la transmisión de la malaria (12).

Según el Centro de Análisis de Imágenes Biomédicas Computarizadas del Instituto de Medicina Tropical de la UCV, existe una clara periodicidad anual de la transmisión malárica asociada con la entrada y salida de las lluvias, la cual condiciona un incremento del número vectores. Noya y col, lograron asociarla con el fenómeno de El Niño. En el caso de Venezuela y Colombia, la incidencia malárica se incrementa al año siguiente de dicho fenómeno. No obstante, las variaciones pudieran asociarse a otros factores, como los de tipo administrativo, pues, existe una relación inversamente proporcional entre inversión en salud y los indicadores malariométricos (13).

Izaskun y col, en el año 2005 publicaron un análisis de la situación epidemiológica de la malaria en Venezuela desde 1936 hasta el 2002. Los resultados indicaron incremento de la distribución geográfica de la malaria y la estabilización de focos de la enfermedad en los estados Sucre, Bolívar y Amazonas; incremento sostenido del número de casos debidos a *Plasmodium vivax* y el consecuente incremento de la discapacitación humana por Malaria; y, la importancia de algunos elementos ambientales y socioculturales para el manejo integral de la malaria (diversidad y variabilidad ambiental; manejo y explotación humana del ambiente; vulnerabilidad de algunos grupos humanos, entre otros) (14).

Durante el año 2004-2005 Guevara y col, realizaron un estudio cuyo objetivo fue describir el perfil de la malaria en la población indígena del Municipio Sifontes del Estado Bolívar entre 2004-2005 donde se diagnosticaron 704 casos de malaria. Las etnias Kariña, Pemón y otras, sufrieron 80,8 %, 18,6% y 0,5 % casos de malaria respectivamente. La mediana de la edad fue de 12 años; más de la mitad de los indígenas tenían antecedentes de malaria y la mayoría de casos fueron debidos a *Plasmodium vivax*. (15)

Venezuela logró hacer una incorporación de los pueblos indígenas en materia de consulta pública sobre todos los temas que tienen que ver con la salud de estas comunidades en el seno de la Organización Panamericana de la Salud. Además de ello, tuvo acogida dentro del Consejo Directivo la capacitación de algunas personas de los grupos indígenas para formar parte del equipo de salud (promotores de salud) y la inclusión del tema de la interculturalidad en todas las etapas de la formación académica en aquellas carreras afines a la salud (16).

La resolución aprobada por los Ministros de Salud de las Regiones, contempla que la diversidad cultural inmensa, la cual se encuentra determinada por la presencia de aproximadamente 45 millones de indígenas que pertenecen a más de 400 grupos étnicos diferentes distribuidos en 24 países (16).

A pesar de que las tasas de mortalidad promedio en toda la Región de las Américas han disminuido en los últimos años, los indicadores de salud para los pueblos indígenas demuestran que se deben adoptar medidas urgentes. En comparación con las comunidades no indígenas, la mayor parte de las comunidades indígenas adolecen de alfabetismo y de los niveles más altos de pobreza y desempleo, y de una falta de acceso a los servicios básicos de salud (16).

La población indígena venezolana representa el 2.3% del total nacional (532.743 habitantes), distribuidos en aproximadamente 36 grupos étnicos que habitan en diez estados diferentes (17). Las enfermedades que prevalecen en estas poblaciones son tuberculosis, paludismo, hepatitis, parasitosis intestinales, malnutrición, oncocercosis enfermedades respiratorias y digestivas. El Centro Amazónico de investigación y Control de Enfermedades Tropicales (CAICET) reporta que la incidencia de tuberculosis en las comunidades Yanomamis del Alto Orinoco es diez veces más alta que las poblaciones no indígenas. En los estados de Amazonas y Bolívar, las cuatro principales causas de muerte en grupos indígenas, son paludismo (40.1% de mortalidad reportada), malnutrición, Hepatitis B e infecciones intestinales (gastroenteritis, disentería amebiana y helmintiasis). Por otra parte, las poblaciones indígenas, en particular los Yanomami y Añú, son altamente vulnerables a las infecciones de transmisión sexual por sus contactos con mineros y turistas (18).

A pesar del bajo porcentaje de la población indígena del país, en el estado Amazonas solo viven 38.258 habitantes dispersos 177.00 Km², por lo que se decide realizar esta investigación, en el Municipio Autónomo Alto Orinoco por ser un área hiperendémica por tasa de población, completamente aislada, ya que solo es posible el acceso aéreo militar o por río en una travesía desde la capital del estado Amazonas (Pto. Ayacucho) a la capital del municipio (Esmeralda) con un recorrido de 3 días de duración por río. Existen 17 grupos étnicos, destacando entre éstos, los Yanomami, Piaroa, Yekuana y Guahibo, cada uno con su lenguaje, religiones, tradiciones y costumbres diferentes. (16,17)

METODOLOGÍA

Se exploró a los indígenas encuestados desde el punto de vista epidemiológico y existencial, a través de la encuesta aplicada por el Dr. Héctor Rifá en comunidades maláricas de Asia (19) Utilizando este método se identificaron las características epidemiológicas de las comunidades en estudio como tipo de vivienda, uso de mosquiteros, existencia de servicios públicos, ambulatorios y escuelas; cumplimiento del tratamiento, entre otras; y actitudes en el comportamiento de los indígenas ante el padecer el paludismo, entender y traducir su propia actitud, según el esquema social de la etnias, donde el chamán juega un papel preponderante en el quehacer diario de comunidades indígenas (20).

Según los objetivos planteados y alcance de los resultados, se enmarcó en una investigación descriptiva transeccional y observacional.

La muestra la conformaron 432 habitantes mayores de 19 años de edad de una comunidad de la etnia Piaroa, una a la etnia Yecuana y cinco a la etnia Yanomami, ubicadas en el Alto Orinoco del Estado Amazonas, Venezuela. La selección se realizó al azar, ya que las condiciones de traslado acuático por el Rio Orinoco dependen en gran parte de las condiciones ambientales encontradas a diario. Así se visitan las siete comunidades, resaltando que las comunidades Piaroa y Yecuana contaban con viviendas unifamiliares de paredes de bloque, techo con tejas y todos los servicios sanitarios, iglesia, escuela y ambulatorio porque las mismas pertenecieron a misioneros evangelizadores norteamericanos, por lo que estas comunidades también practican el cristianismo: evangélico, mientras que las cinco comunidades Yanomami visitadas viven en Shapono (vivienda comunitaria multifamiliar realizada de palma, totalmente abiertas. y sin servicios sanitarios), con traslados en canoas a iglesias, dispensarios de salud y los niños a las escuelas, ubicadas en dos comunidades de las 5 de la etnia Yanomami visitadas, donde se encuentran médicos y padres salesianos.

Las características socio económicas de las dos comunidades de las etnias Piaroa y Yecuana, les han permitido ser comunidades establecidas, con acceso permanente a la educación y a la religión evangélica, lo que ha traído como consecuencia que los individuos sean monogámicos y practican la religión evangélica, mientras que los individuos pertenecientes a la etnia Yanomami practican la poligamia y no tienen religión establecida, igualmente son pseudonómanas por las características ecológicas, sus creencias y la falta de acceso permanente a la educación formal, a la iglesia católica y a los centros de salud.

El instrumento aplicado es una modificación de la Encuesta Epidemiológica aplicada por Héctor Rifa, investigador de la Universidad de Oviedo, España, empleado a comunidades endémicas de Malaria de Asia, a través de la Organización Mundial de la Salud, explorándose a los indígenas encuestados desde el punto de vista epidemiológico y existencial (16). Utilizando este método se trata de identificar las características epidemiológicas de las comunidades en estudio como tipo de viviendas, uso de mosquiteros, cumplimiento del tratamiento, entre otras; y actitudes en el comportamiento de los indígenas ante el padecer el paludismo, entender y traducir su propia actitud, según el esquema social de la etnia donde conviven chamanes y promotores de salud. Luego de la modificación fue validada por 3 expertos en el área, Los datos que se presentan en esta investigación son producto de la técnica de la entrevista (Encuesta Epidemiológica Rifa Modificada por Loaiza y cols.) y de observación de campo.

La información se presenta en tablas de distribución de frecuencias y de asociación con análisis descriptivo (porcentajes, promedios) y gráficos ajustados al tipo de variables. Para el análisis se trabaja con un nivel de significación del 95% ($p < 0,05$)

RESULTADOS

Se visitaron un total de siete comunidades indígenas ubicadas en el estado Amazonas, Venezuela; específicamente en el Alto Orinoco. Las cinco comunidades de la etnia Yanomami se encuentran dispersas y con distancias entre 12 y más horas en la lancha por el río Orinoco, conviviendo los mismos en una vivienda multifamiliar y abierta denominada shapono, en donde cada familia convive alrededor de su fogón, durmiendo en chinchorros sin mosquiteros en su mayoría, y los pocos que contaban con mosquiteros estaban deteriorados. De estas cinco comunidades, solo una contaba con un pequeño ambulatorio, el resto deben trasladar por horas para llegar a ambulatorios o escuelas. Los individuos encuestados de las comunidades Piaroa y Yecuana, viven en viviendas unifamiliares con paredes, cerradas las ventanas y puertas con tela metálica, y todos los servicios básicos, además de contar con escuela y ambulatorio.

En siete comunidades indígenas, las cuales solo se identificaron con siglas en protección de estos pobladores venezolanos, en el Alto Orinoco, estado Amazonas; un total de 452 individuos fueron censados (58 % del total de la población de las comunidades visitadas), de las cuales 257 pobladores que resultaron mayores de 19 años, quienes fueron entrevistados, 53% de los Yanomamis, 26% de los Piaroas, y 21% del total eran Yecuanas (Tabla N°1), encontrándose que el 48% fueron hembras y 52% varones no existiendo diferencias estadísticamente significativas de género ($Z: 0,02; P= 0,4915$ (Gráfico 1)

En cuanto a la edad, siendo un grupo de mayores de 19 años, predominaron los jóvenes menores de 44 años para las 3 etnias, distribuidos en 48% en 19 y 44 años, seguido de 36% entre 45 y 65 años, y 16% en mayores de 66 años. Según cada comunidad, se expone en el Gráfico N° 2.

Acerca del conocimiento que tienen los encuestados de la Malaria, se abordó en el encuesta epidemiológica la relación de la picada del mosquito y padecerla, de los 257 individuos estudiados, el 100% manifestó la asociación entre la Malaria y su relación con la

picada del mosquito, al igual que *se trata de una enfermedad infecciosa*. Así mismo el 100% manifestó la necesidad del uso del mosquitero para su prevención.

En relación a la creencia acerca de la intervención de los espíritus en la evolución de la Malaria, en el Grafico 3 se observan los resultados. En concordancia, en el Grafico 4 se registro que el 60% de los encuestados de la etnia Yanomami consideraron necesaria la intervención del Chaman en el tratamiento de la Malaria junto al tratamiento farmacológico y el 40% solo con el tratamiento farmacológico del Promotor de Salud, mientras que el 100% de los encuestados de las etnias Piaroa y Yecuana creían que solo era necesaria la intervención del Promotor de Salud para el tratamiento (Test exacto de Fisher: $P < 0,01$).

Igual porcentaje a los anteriores se obtuvieron al interrogarles acerca de la toma de la decisión para la búsqueda de apoyo y a la búsqueda de medicamentos y su cumplimiento.

DISCUSIÓN

La Malaria continua siendo un problema de salud pública en el estado Amazonas, tal como lo reportan los boletines epidemiológicos correspondientes a los años 2012 y 2013 (7), y relacionado a micro-epidemiológicos por movilización de poblaciones por causas económicas, ocupacionales que llevan a la explotación humana del ambiente y/o culturales, haciéndolos más vulnerables (2, 14).

En relación a la variable edad, concuerda con los datos suministrados por el Ministerio del Poder Popular para la Salud, Venezuela (7), donde se describen edades en menores de 44 años, mientras que en Honduras se realizó un estudio en niños entre 5 y 14 años, encontrándose una elevada incidencia para ese grupo de edad (12), o investigaciones en Venezuela que involucraban a todos los grupos de edad donde la edad media fue de 12

años (15). Igualmente no se observaron diferencias en la muestra en relación al género como se encuentran reportados en los boletines epidemiológicos oficiales de Venezuela (7).

Se observaron que las viviendas de las cinco comunidades estudiadas de Yanomami son shaponos, igual a lo registrado en honduras en el año 2006 (12), y en zonas inundables según los cambios climatológicos, épocas que aumenta la población del mosquito transmisor (12), y la cual varía en meses, según las estaciones del país (11, 13, 16). Mientras que las viviendas de las dos comunidades de Yecuana y Piaroa, eran de paredes de bloque, pisos de baldosas, completamente cerradas, con mallas contra los mosquitos en ventanas y puertas, y con los servicios sanitarios internos, además de contar con escuela, ambulatorio e iglesia, lo cual concuerda con lo obtenido por diferentes estudios de las poblaciones indígenas de las Américas, existiendo un grupo considerable de diferentes etnias y con su lenguaje, religiones, tradiciones y costumbres diferentes. (16,17), y la mayoría caracterizadas por analfabetismo y falta de acceso servicios básicos de salud (16, 13).

Al igual que los investigadores del CAICET, observamos una mayor vulnerabilidad en las comunidades Yanomami a la adquisición de otras enfermedades transmisibles por los frecuentes contactos con turistas y el trayecto que deben navegar para llegar a los ambulatorios/dispensarios, escuelas e iglesias, ubicados en esa amplia área (16, 18).

Con una variabilidad muy cercana a la encontrada por Rifa (19), en estudios de comunidades indígenas asiáticas, la mayoría de las etnias indígenas reconocen a la Malaria como una enfermedad infecciosa transmitida por la picada de mosquitos y donde la protección de puertas y ventanas con malla metálica fina, así como el uso de mosquiteros es necesaria, medida de prevención recomendada por la OMS (4), en esta investigación estas variables concuerdan donde se reconoce la enfermedad y su transmisión. Por otra parte, en el amplio trabajo de compilación de información epidemiológica de más de seis

décadas de los focos de Malaria en Venezuela, realizado por Izaskun y col (14), donde se evidencia la importancia de elementos socioculturales y ambientales en la estabilización de focos de transmisión, coincide con los resultados de la presente investigación, ya que los pobladores de las siete comunidades estudiadas, tanto de la etnia Yanomami como de Yecuana y la Piaroa reconocen a la Malaria, su transmisión y mecanismo de protección, existiendo solo diferencias en cuanto a la intervención de espíritus en la enfermedad, necesidad del tratamiento farmacológico y de la intervención del chaman en ese tratamiento (19, 20), como lo han establecido investigadores que forman parte de la OMS comunidades indígenas de Asia (19), y que tienen relación con el acceso a servicios de salud, escuelas y religiones, como se lo observado entre el contraste de las dos comunidades de Yecuanas y Piaroas, y las cinco de Yanomamis, estudiadas.

CONCLUSIONES

La Malaria es un problema de Salud Pública en comunidades indígenas que hacen vida en las zonas epidemiológicas de Venezuela, siendo el estado Amazonas uno de ellos. Entre las etnias que se encuentran en este estado, la más afectada es la Yanomami por estar muy dispersa en ese vasto territorio amazónico, por convivir en viviendas multifamiliares y abiertas denominadas shapono, sin servicios sanitarios básicos y la mayoría muy distante de las escuelas, los ambulatorios de salud y actividades de intercambio económico. Tanto mujeres como hombres son afectados por esta parasitosis, principalmente los menores de 44 años de edad. La muestra censada fue de 452 individuos (58% del total de la población de las siete comunidades visitadas), con un tamaño de la muestra fue de 257 individuos (33 % de la población total de las comunidades en estudio), y de las 7 comunidades indígenas estudiadas, 5 son de la etnia Yanomami, una pertenece a la etnia Piaroa y 1 a la etnia Yecuana. Representando el 51%, 27% y 22% respectivamente del total de individuos estudiados.

En relación a la creencia acerca de la intervención de los espíritus en la evolución de la Malaria, los individuos encuestados de la etnia Yanomami consideran que intervienen los espíritus en un elevado porcentaje en comparación encuestados de las etnias Piaroa y Yecuana. Sin embargo, todos los encuestados reconocen a la Malaria como una enfermedad infecciosa, transmitida por un mosquito y donde la utilización de mosquiteros es necesaria para su prevención, lo cual está directamente relacionado con la búsqueda de tratamiento farmacológico, sea o no necesario el acompañamiento del chaman según los individuos encuestados en las siete comunidades. El chamán continúa jugando un papel vital en las comunidades de la etnia Yanomami estudiadas.

La limitación de solo visitar una comunidad Piaroa y una Yecuana, en contraposición a las cinco comunidades Yanomami, no permite extrapolar las conclusiones de esta investigación, sin embargo servirá de herramienta para estudiar la Malaria, tomando en consideración la visión integral de los individuos objeto de estudio y tomar medidas de prevención, según las condiciones socioeconómicas y culturales de estos venezolanos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. WHO. World malaria situation in 1992, part I. Weekly Epidemiol Rec 1994; 42: 309-14.
2. Consenso Malaria. Sociedad Venezolana de Infectología. Puerto Ordaz, Octubre, 2006. Disponible en: <http://www.svinfectologia.org/Consenso%20malaria006.pdf>.
3. Situación Epidemiológica Internacional. Vigilancia en Salud. Nº 218, semana 2, viernes 11 de Enero 2008. ISSN 1028-4346 Disponible en: <http://209.85.173.104/search?q=cache:3Rs6W3-sOgOJ:www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/vigilancia/sei110108-.pdf+http://www.who.int/+Malaria+en+las+Am> .
4. Informe Mundial sobre el Paludismo 2012. Disponible en: http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2012/wmr2012_summary_and_keypoint_es.pdf Consulta: 31/1/2012
5. PAHO Situación de los Programas de Malaria en las Américas. Boletín Epidemiológico, Vol. 22 No. 1, marzo 2001 Disponible en: http://www.paho.org/spanish/sha/be_v22n1-malaria.htm. Consulta: 31/1/2012
6. (Aché, A. Situación actual de la Malaria en Venezuela. Boletín de la Dirección de Malariología y Saneamiento Ambiental.1998, 38 (1): 68-72
7. Boletín Epidemiológico de la semana 35, año 2013. Ministerio Popular para la Salud. Disponible en: [ministerio popular para la salud, Venezuela. www.ine.gov.ve](http://www.ine.gov.ve) Consulta: 12/07/2013
8. Buj Buj, A. De los miasmas a *malaria*. Permanencias e innovación en la lucha contra el paludismo. Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales. Universidad de Barcelona [ISSN 1138-9788] Nº 69 (42), 1 de agosto de 2000
9. Ceron R, Viviana. The malaria control model in the Department of Antioquia: a case study. *Rev. salud pública*, out. 2004, vol.6 supl.1, p.64-79. ISSN 0124-0064
10. Yadav SP, Kalundha RK, Sharma RC Sociocultural factors and malaria in the desert part of Rajasthan, India. *J Vector Borne Dis*. 2007 Sep;44(3):205-12.
11. Aramburú G, Ramal A, Witzig R. Malaria reemergence in the Peruvian Amazon region. *Emerg Infect Dis*. *Rev Panam de Salud Pública [revista on-line]* 1999. [acceso 30 de mayo de 2012]; 5(2) [209-215. ISSN 1020-4989]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020

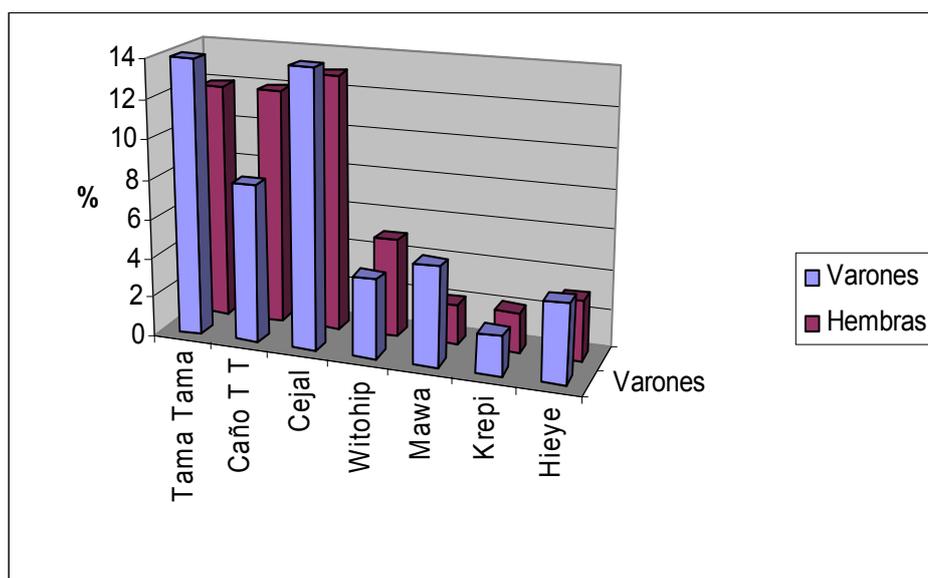
12. Said J, González L. La vivienda como factor de riesgo en la transmisión de la malaria en niños y niñas de 5 – 14 años, Municipio de Trujillo, Honduras. Rev Panam de Salud Pública [revista on-line] 2006. [acceso 3 de mayo de 2012]. Disponible en: www.bvs.hn/Honduras/pdf/III%20Congreso%20Resultados.pdf
13. Noya O, Zerpa N, Alarcón B. Malaria en América [on-line]. Venezuela: CAIBCO. [acceso 1 de junio de 2012]. Disponible en: <http://caibco.ucv.ve/CAIBCO/Vitae/VitaeUno/articulos/medicina%20tropical/completo.htm>
14. Izaskun P, Delgado L. Malaria en Venezuela: estabilización de focos maláricos y control de la enfermedad. Revista de la Facultad de Ingeniería de la U.C.V. [revista on-line] 2005. [acceso 3 de mayo de 2012]; 19(3) [pp.21 – 29]. Disponible en: www.revele.com.ve/programas/indice/ria.php?id=13150&rev=
15. Guevara M, Hernández N. Malaria En población indígena del Municipio Sifontes, Estado Bolívar, 2004-2005. Boletín Venezolano de Infectología. [revista en línea] 2006. [acceso 3 de mayo de 2012]; 17(2). Disponible en: www.svinfectologia.org/bolet17d.pdf
16. Oficina Panamericana de Salud. 2006. Health of the Indigenous Peoples of the Americas. <http://www.paho.org/>
17. Venezuela, Instituto Nacional de Estadísticas. <http://www.ine.gob.ve>.
18. Venezuela, Centro Amazónico de Investigación y Control de Enfermedades Tropicales “Simón Bolívar.” <http://www.innova.org.ve:8000/>.
19. Rifa, Héctor. Metodología Observacional aplicada a los pueblos indígenas de Asia. Psychological Methods. Vol 14: 3. 2009
20. Poveda, J. Chamanismo. El Arte Natural de Curar.2000.Editorial Temas de Hoy

Tabla 1
Distribución de los individuos según el grupo étnico.
Comunidades Indígenas del Alto Orinoco, Amazonas. Venezuela, 2012

Etnia	Población censada	Muestra	%
Yanomami	238	137	53
Piaroa	119	67	26
Yecuana	95	53	21
Total	452	257	100

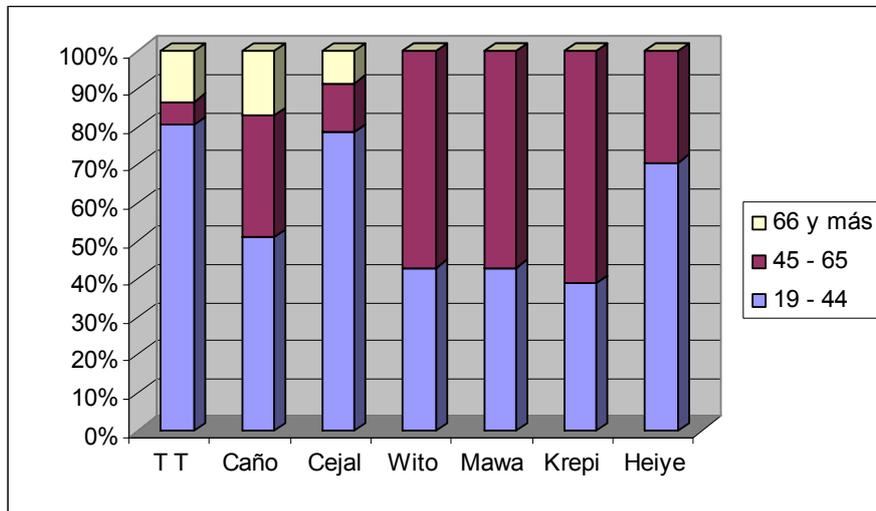
Fuente: Encuesta Epidemiológica

Gráfico 1
Distribución de las Comunidades Indígenas según Género.
Alto Orinoco, Estado Amazonas. Venezuela 2012



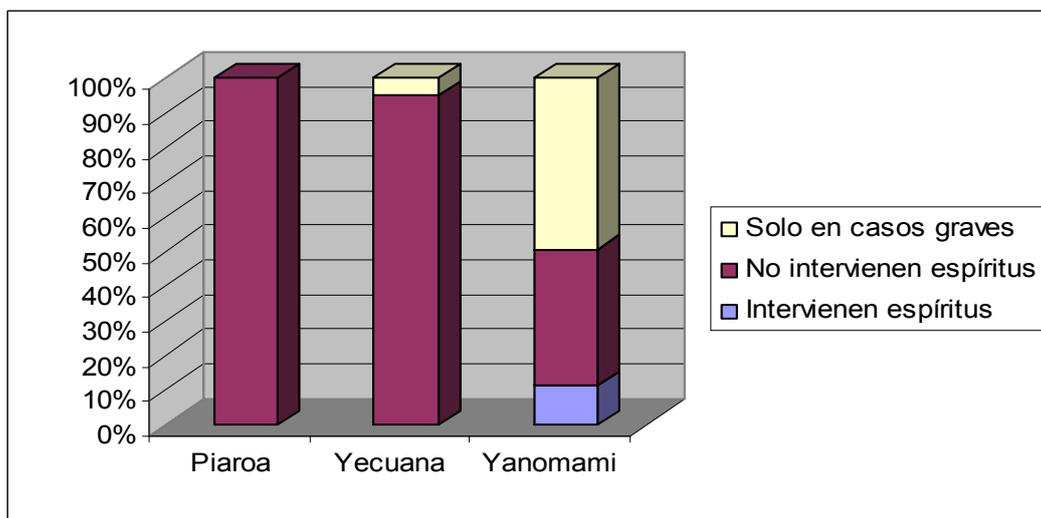
FUENTE: ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA

Gráfico 2
 Distribución según la Edad de las Comunidades Indígenas.
 Alto Orinoco, Estado Amazonas. Venezuela 2012



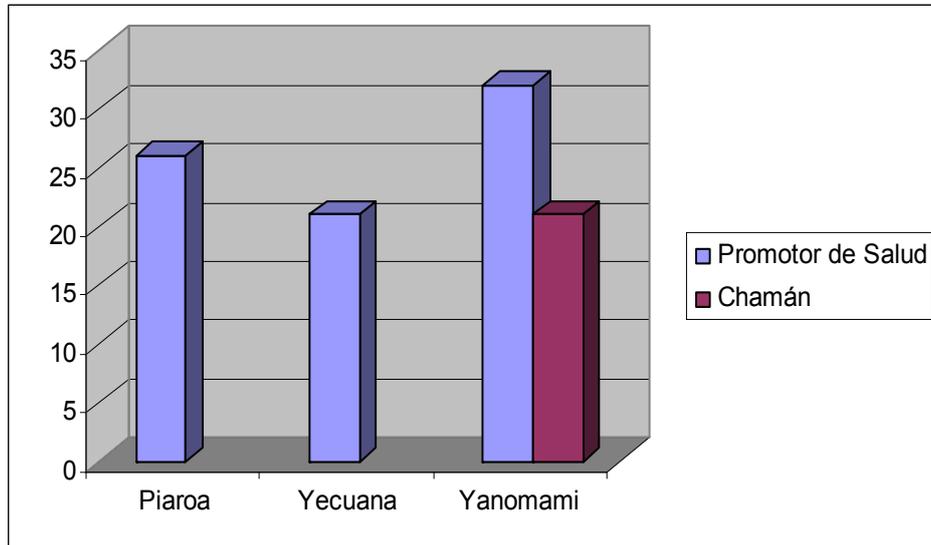
Fuente: Encuesta Epidemiológica

Gráfico 3
 Creencia acerca de la intervención
 de los espíritus en individuos con Malaria, distribuidos por etnias
 Alto Orinoco, Estado Amazonas. Venezuela 2012



Fuente: Encuesta Epidemiológica

Gráfico 4
Creencia acerca del tratamiento farmacológico de la Malaria
y de la intervención del chamán.
Alto Orinoco, Estado Amazonas. Venezuela 2012



Fuente: Encuesta Epidemiológica