



**AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD Y COMPOSICIÓN CORPORAL
EN MUJERES MIGRANTES VENEZOLANAS**

Betty M. Pérez^{1,2}, Ángel Reyes Cañizales,
Adelaida Struck, Mony Vidal-Aguilera

¹Unidad de Bioantropología, Actividad Física y Salud,
Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales.

FACES - UCV.

²Red MeICYTED

bioantropologiaucv@gmail.com

I.- INTRODUCCIÓN

El problema de la migración y su impacto en la salud es de naturaleza muy compleja, así mismo las motivaciones de tales movimientos son igualmente múltiples. Destacan entre otras, la búsqueda de espacios de mayor estabilidad económica, mejores condiciones de vida, salarios más atractivos, acceso a servicios públicos más eficientes y mayores oportunidades educativas para los hijos.

Una de las características de estos movimientos migratorios la observamos cada día de manera creciente, cómo se involucra más al sexo femenino, a tal punto que, en base a las estadísticas de las Naciones Unidas (2001), el 49% de la población migrante a nivel mundial, está conformado por mujeres, de manera que en la actualidad se habla del fenómeno de la “feminización de las migraciones”. Este hecho conduce a la consideración de la mujer como componente fundamental del flujo migratorio, pero al mismo tiempo, algunas investigaciones sugieren tomar en cuenta, el impacto que dichos movimientos femeninos generan en todos los campos, especialmente en la salud (Amigo, 2000; Saldaña Pérez, 2005).

Venezuela en el sentido amplio del movimiento migratorio, no escapa a este fenómeno, es así como la migración rural-urbana se ha incrementado en el país a partir de la segunda mitad del siglo XX, con una migración interna que en el año 2001 alcanzó la cifra de 847.392 individuos, y trayendo como consecuencia, un acelerado crecimiento de la población urbana (CELADE, 2007).

Tal como lo han reportado diversos estudios (Saldaña Pérez, 2005), uno de los aspectos más sensibles a los nuevos entornos que reciben a los migrantes, es la salud. Sus efectos pueden ser igualmente diversos, de modo que los nuevos ambientes pueden favorecer o por el contrario tener una negativa repercusión en el estado de salud de los sujetos.

La percepción del estado de salud desde la mirada del propio sujeto, aunque un tanto subjetiva, tiene una relación muy estrecha con el estado de salud propiamente dicho, y se manifiesta en alta concordancia con la edad y el sexo; así los hallazgos de Abellán (2003), revelan que las mujeres más jóvenes, valoran positivamente su propio estado de salud, a diferencia de lo que se aprecia entre las más adultas. Es importante destacar sin embargo, que la autopercepción es uno de los indicadores de uso recurrente en las encuestas de salud poblacional, tales como el Panel de Hogares Británico y el Panel de Hogares de la Comunidad Europea (López, 2008).

En este orden de ideas, el propósito de este trabajo fue estudiar la autopercepción de la salud en un grupo de mujeres adultas migrantes y analizar, en una sub-muestra, la relación de dicho aspecto con algunos indicadores antropométricos de la composición corporal que evalúan riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles.

II.- METODOLOGÍA

El estudio que se presenta de corte transversal, combina enfoques cualitativos y cuantitativos. El contacto con la población participante se realizó a través de los Consejos Comunales y la Alcaldía del Municipio Chacao del estado Miranda.

La información emanada de la fase de sondeo, llevada a cabo entre los meses de noviembre 2009 y febrero 2010, se realizó ajustada al principio ético que rige la recolección de los datos con seres humanos, contenidos en la declaración de Helsinki de 1964, con revisión en el año 2000 (Lolas, 2002). En el caso que nos ocupa, la participación voluntaria de las encuestadas, interesadas en participar en un estudio sobre “Las Migraciones Internas. Impacto Biológico y Repercusiones Sociales en Mujeres

Venezolanas” (Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico. Universidad Central de Venezuela. PG-05006667-2007), se materializó mediante un consentimiento informado, en el cual se sintetizan las condiciones de participación de los sujetos en la investigación.

La muestra estuvo conformada por 144 mujeres en edades comprendidas entre 21 y 90 años ($49,22 \pm 17,20$ años), quienes habitan en 8 sectores populares del Municipio Chacao: Pedregal (5; 3,47%), Barrio Nuevo (8; 8,56%), La Floresta (2; 1,39%), La Manguera (13; 9,03%), San José (15; 10,42%), Bello Campo (21; 14,58%), Pajarito (8; 5,56%) y La Cruz (72; 50,00%), seleccionadas mediante un muestreo de opinión.

Los criterios de inclusión se centraron en ser mujer, y haber migrado desde diferentes partes del país hacia la ciudad capital, Caracas. Las interesadas fueron encuestadas y evaluadas en un espacio, con adecuada privacidad, cedido por la Junta Comunal y la Alcaldía del Municipio Chacao.

Se aplicó un cuestionario de tipo cualitativo, que contempla los siguientes aspectos: Concepción y auto percepción de la salud, principales enfermedades y dolencias, así como también el consumo de tabaco y alcohol.

La recolección de los datos antropométricos se realizó en una submuestra de 16 mujeres, quienes fueron las únicas del grupo inicial, y aceptaron de manera voluntaria, participar en la evaluación antropométrica. El levantamiento de la información se efectuó de acuerdo a los lineamientos establecidos por el Programa Biológico Internacional (Weiner, 1981).

El equipo antropométrico utilizado se compuso de una balanza electrónica marca TANITA TBF-305® con precisión de 0,1 kg que permite apreciar el peso corporal y el porcentaje de grasa, por impedancia bioeléctrica. Se empleó un antropómetro portátil con variación de 0,1 cm para evaluar la talla; y una cinta métrica marca Lufkin®, de metal, flexible, calibrada en centímetros, con gradación milimétrica, para valorar el perímetro de cadera y la cintura mínima (en expiración, punto medio entre el reborde costal y la cresta ilíaca).

A partir de las dimensiones directas se calculó el índice de masa corporal y el de cintura-cadera, como indicadores antropométricos de adiposidad corporal total y regional (Maestre López, 2009; World Health Organization, 1990). Se realizó un contraste de medias (ANOVA) de las variables antropométricas, relacionadas con la adiposidad corporal, considerando las categorías de percepción de la salud.

Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS, versión 17.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

III.- RESULTADOS

La muestra estudiada está conformada por sujetos urbanos. En la tabla 1 se muestra que la concepción de salud que maneja la mayor parte de las encuestadas (73,61%), está asociada a la ausencia de enfermedad, dolencia o anomalía, especialmente aquellas con expresiones corporales observables, como el síndrome de Down. Asimismo, asociaron el concepto de salud a la idea de completo bienestar, tanto físico como psicológico. Adicionalmente se encontró que, cerca del 20% de las mujeres afirman que la salud viene condicionada en gran medida con la práctica de conductas saludables (buena alimentación y práctica frecuente de actividad física), así como también del abandono de hábitos nocivos (consumo de drogas, tabaco o alcohol). Cabe señalar que curiosamente, una proporción menor de mujeres (6,25%) -pero no por ello debe dejarse de comentar-, refirió que la salud estaba asociada a la consecución de la felicidad y la belleza corporal.

Tabla 1.- Concepto de salud / persona sana que manejan las mujeres encuestadas.

Concepto de salud - Persona sana	n	%
Completo bienestar – equilibrio	27	18,75
Ausencia de enfermedad o anomalía	79	54,86
Hábitos saludables - abandono de conductas nocivas	29	20,14
Felicidad - Independencia – Belleza	9	6,25
Total	144	100,00

Al solicitar que indicasen como consideraban su estado de salud actual, un poco más de la mitad de las mujeres opinó que su salud era buena, muy buena o excelente (56,64%). Sólo una pequeña proporción del grupo (2,80%) manifestó que su salud era mala (tabla 2).

Tabla 2.- Autopercepción de la salud entre las mujeres encuestadas.

Autopercepción de la salud	n	%
Excelente	12	8,39
Muy buena	9	6,29
Buena	60	41,96
Regular	58	40,56
Mala	4	2,80
Total	143	100,00

En general, las mujeres más jóvenes manifestaron tener una percepción más positiva de su propia salud que las de más edad [F=3,959; p=0,005], (Tabla 3).

Tabla 3.- Edad de las mujeres encuestadas según autopercepción de la salud.

Autopercepción de la salud	n	Media	DS
Excelente	12	49,50	15,121
Muy buena	9	57,56	17,910
Buena	59	43,07	16,703
Regular	58	53,47	16,623
Mala	4	59,50	11,902
Total	142	49,24	17,211

La tabla 4 muestra los padecimientos y trastornos más referidos, los cuales en el 67,69% de los casos, fueron aquellos relacionados con el metabolismo (hiperlipidemia e hiperglicemia) y las afecciones cardiovasculares (presión arterial), articulares u osteológicas (artrosis y osteoporosis); todos ellos, asociados con la edad, el envejecimiento y hábitos de vida poco saludables.

Tabla 4.- Principales afecciones y padecimientos referidos por las mujeres encuestadas.

Afecciones	n	%
Afecciones inmunológicas (alergias)	4	6,15
Afecciones ósteo-articulares (artrosis, osteoporosis)	20	30,77
Trastornos metabólicos (HTA, hiperlipidemia, hiperglicemia)	24	36,92
Otros (miopía, afecciones renales, hepáticas)	17	26,15
Total	65	100,00

Como conducta favorable, se observó que casi la totalidad del grupo no fuma cigarrillos de manera habitual (83,9%), sin embargo, se encontró un elevado consumo de productos alcohólicos, aunque con variaciones en cuanto se refiere a la frecuencia de consumo (66,9%).

Como un abordaje adicional, en una sub-muestra (n=16) se analizó de manera conjunta la autopercepción de la salud y algunas variables antropométricas indicadoras de la adiposidad corporal, como factores de riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente metabólicas.

Se encontró que una alta proporción de las integrantes de este grupo (10/16) presentó sobrepeso y obesidad (grados I y II), hallazgo que está relacionado con la presencia de una elevada adiposidad corporal total ($\geq 30\%$ de grasa), observada en 9 de las 12 mujeres a quienes se les estimó dicho componente. Este comportamiento también se aprecia cuando se analizan los valores de cada uno de los indicadores antropométricos, los cuales sugieren una elevada adiposidad corporal, localizada especialmente en la región abdominal (tabla 5).

Al analizar este comportamiento respecto a la percepción de la propia salud, no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre ambas variables, sin embargo, pudo notarse menor peso corporal relativo y menor adiposidad entre aquellas mujeres que consideraron que su salud es buena.

Tabla 5.- Indicadores antropométricos de las mujeres encuestadas según autopercepción de la salud.

Resúmenes de casos				
Percepción salud (recodificada)		Cint / Cad	IMC	Porcentaje Grasa
Buena - Muy buena	N	5	6	6
	Media	,8606	25,6489	31,6833
	Desv. típ.	,10035	5,82444	8,28092
Regular - Mala	N	10	10	6
	Media	,8391	30,5329	37,9167
	Desv. típ.	,05775	5,73509	6,54535
Total	N	15	16	12
	Media	,8463	28,7014	34,8000
	Desv. típ.	,07163	6,08326	7,82560

IV.- DISCUSIÓN

La movilización de la mujer del campo hacia la ciudad en busca de mejores condiciones de vida, y el constante incremento de dicho movimiento, plantea la urgente necesidad de ahondar en el conocimiento sobre las condiciones de vida de estos grupos en los nuevos entornos receptores. La salud, es sin lugar a dudas, uno de los aspectos más vulnerables de estos colectivos, de allí la importancia de conocer los elementos que la modulan.

Si bien es cierto, que la percepción de la propia salud es un reflejo subjetivo de la misma, la naturaleza del concepto –entendida como un estado de bienestar relativo- permite emplearla como un indicador indirecto, pero bastante útil, del estado de salud de las poblaciones (Abellán, 2003). Las ideas relacionadas con la salud, referidas por las mujeres entrevistadas, no se diferencian en modo alguno a las ideas comúnmente encontradas en casi todos los estudios que se realizan en poblaciones urbanas occidentales contemporáneas. Tal comportamiento es expresión del efecto que ejerce el modelo biomédico reinante, derivado en su mayor parte de las ideas griegas que asocian salud con equilibrio, bienestar y ausencia de padecimiento (Álvarez, 2002; Comelles, 1993; Lain, 1987).

En el caso que aquí se presenta, el concepto que manejan las mujeres entrevistadas, se acoge a la idea organicista de salud, el cual se sustenta principalmente en la ausencia de enfermedad, en la presencia de equilibrio y en la capacidad de realizar las actividades cotidianas con libertad e independencia. Al igual que lo han referido otros estudios (Abellán, 2003), las mujeres más jóvenes tienen una percepción más positiva de su propia salud. Es probable que esta percepción, esté fuertemente modulada por la presencia de mayor cantidad de afecciones relacionadas con el envejecimiento que suelen presentarse en el grupo de mujeres de más edad.

La mayor parte de las afecciones reportadas por las entrevistadas son las relacionadas con trastornos metabólicos, cardiovasculares y ósteo-articulares, en su mayoría, padecimientos relacionados con la edad, el envejecimiento y algunos hábitos de vida poco saludables.

Al analizar de manera conjunta los indicadores antropométricos de adiposidad, sugerentes del riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles, con los aspectos relacionados con la percepción de la salud, no se encontraron asociaciones estadísticas importantes, hallazgo que podría reflejar la complejidad del concepto de salud a nivel individual y colectivo, en tanto que no está determinando por un solo aspecto de manera directa. La salud, debe ser entendida, tal como lo reflejan

diversos estudios, como un concepto multidimensional, subjetivo y que está modulado por factores biológicos y socioculturales (Nuviala Nuviala, et al., 2009).

V.- BIBLIOGRAFÍA

Abellán, A. (2003), “Percepción del estado de salud”, *Rev Mult Gerontol*, 13 (5), pp. 340-342.

Álvarez, B J. (2002), *Estudio de las creencias, salud y enfermedad*, Trillas, México.

Amigo, I. (2000), *El precio biológico de la civilización*, Celeste Ediciones, Colección Divulgadores Científicos Españoles, Madrid.

CELADE: Centro Latinoamericano de Demografía. (2007), “División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe”, en: *Panorama Social de América Latina*.

Comelles, J; Martínez, A. (1993), *Enfermedad, Cultura y Sociedad*, Eudema, Madrid.

Lain, P. (1987), *La medicina hipocrática*, Alianza Editorial, Madrid.

Lolas, S.F. (2002), *Temas de bioética*. Editorial Universitaria, Santiago de Chile.

López, Nicolás A. (2008), “Desigualdad, equidad y eficiencia en salud”, *Cuadernos Económicos de ICE.75*, pp.5-10.

Maestre López, M.I.; Ordaz Romay, E. (2009), “Proporcionalidad corporal” en: Cabañas, María Dolores; Esparza, Francisco (eds.), *Compendio de Cineantropometría*, CTO Editorial, Madrid, pp.199-236.

Naciones Unidas (2001), *World Population monitoring 2000*, Population, Gender and Development, New Co.

Nuviala Nuviala, A.; Grao Cruces, A.; Fernández Martínez, A.; Alda Schönemann, O.; Burges Abad, J.A.; Jaime Pons, A. (2009), “Autopercepción de la salud, estilo de vida y actividad física organizada”, *Rev.int.med.cienc.act.fís.deporte*; 9 (36), pp. 414-430.

Saldaña Pérez, I. (2005), Los problemas de la migración desde la perspectiva de género. I Foro Internacional de Mujeres Parlamentarias. Senado de la República. Estados Unidos Mexicanos [Congreso en línea]. Disponible: <http://www.espacinsular.org/IMG/pdf/ALLOC-Migrati>.

Statistical Package for the Social Sciences. © SPSS Inc.

Weiner, S.L.; Lourie, J.A. (1981), *Practical Human Biology*, Academic Press, London.

World Health Organization (1990), *Technical Report Series 797: Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*, WHO study group, Geneva, pp. 203.