



## PLAN DE TESIS

- I.- INTRODUCCION
- II.- OBJETIVOS
- III.- JUSTIFICACION
- IV.- HIPOTESIS
- V.- MATERIAL Y METODOS
- VI.- ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS
  - 1.- POBLACION
  - 2.- DAÑOS
  - 3.- SITUACION SOCIAL Y ECONOMICA
  - 4.- PERCEPCION DEL PROBLEMA
- VII.- CONCLUSIONES
- VIII.- RECOMENDACIONES
- IX.- BIBLIOGRAFIA

## I.- INTRODUCCION

El problema materno-infantil se plantea, al menos teóricamente, como una prioridad en la atención en salud, tanto a nivel de los servicios nacionales de salud (Plan Nacional de Salud), como de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos.

Si bien es cierto que se tienen algunos datos o fundamentos para designar ésta prioridad, como son:

1.- Que el grupo materno-infantil constituye más del 65% de la población total de nuestro país.

2.- Que, por sus propias características, es un grupo que se encuentra sometido a un mayor riesgo de enfermar.

También es cierto que no se tiene un diagnóstico real de la situación de este grupo, y, por ende, no se cuenta con datos concretos y precisos del nivel y estructura del mismo, que permitan encaminar programas adecuados que causen un impacto significativo en dicho nivel y estructura de salud.

## II.- OBJETIVOS

Al escoger el tema "Diagnóstico de Salud del Grupo

Materno Infantil en el Municipio de Concepción Chiquirichapa, Quezaltenango" se tomaron en cuenta los siguientes objetivos:

1.- Poner en práctica los conocimientos sobre investigación adquiridos durante la carrera de medicina.

2.- Fomentar una actitud favorable hacia la investigación científica y estimular la realización de todo estudio de este tipo.

3.- Determinar en forma objetiva la situación del grupo materno infantil para procurar una mejor orientación de los programas que en beneficio de dicho grupo se hayan establecido.

4.- Contribuir mediante un diagnóstico preciso a la orientación de los programas de atención materno-infantil que se elaboren en el futuro.

5.- Determinar la percepción que las comunidades y el personal de salud tienen de la problemática del grupo materno infantil así como su orientación para la solución de la misma.

### III.- JUSTIFICACION

A la fecha, en Guatemala, se encuentran en marcha programas de atención materno-infantil pero éstos programas no han causado impacto alguno en el nivel y estructu-

ra de salud de dicho grupo.

Para la implementación de estos programas no se cuenta con un diagnóstico preciso y completo, pues si bien es cierto que, en algunos casos, se cuenta con datos sobre los diferentes grupos etarios y sus características primordiales, no se ha hecho un análisis de la comunidad ni del personal de salud en cuanto a la percepción y conducta mostrada ante la problemática materno-infantil, no habiéndose realizado una evaluación de la situación económica y social de dicho grupo y de la influencia de ésta situación en los resultados de los programas que se han tratado de llevar a cabo.

Además, todavía se sustentan algunos criterios equivocados en cuanto al tipo de atención de la mujer embarazada, pues se le da más importancia a la atención institucional del parto que a un adecuado control prenatal y postnatal, así como a las coberturas que sería necesario alcanzar para influir en el nivel y estructura del grupo materno infantil.

### IV.- HIPOTESIS

De acuerdo a las consideraciones anteriores se plantean y se someten a prueba las siguientes hipótesis:

1.- La mayoría de los daños a la salud que se presentan en el grupo materno-infantil son en su mayoría de origen infeccioso y nutricional, teniendo como causa determi-

nante la situación socioeconómica del grupo familiar.

- II.- Que la percepción y la conciencia que se tiene del problema materno-infantil varía **significativamente** entre la comunidad y el personal de salud local, así como el enfoque de las posibles soluciones.

## V.- MATERIAL Y METODOS

Como material humano y físico se tomaron en cuenta:

- 1.- Las familias que integran la población total del municipio en estudio.
- 2.- Una muestra representativa de las familias de la cabecera municipal de dicho municipio.
- 3.- Las viviendas de las familias del municipio estudiado.
- 4.- Los libros del registro civil de la alcaldía municipal.
- 5.- Los archivos del centro asistencial del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- 6.- Guías y formularios diseñados para el efecto por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos.
- 7.- Mapas de la Dirección General de Estadística.

Metodológicamente se realizaron los siguientes procedimientos:

- 1.- Se realizó un censo general de población del municipio, obteniéndose por éste medio la población urbana y rural, así como las familias en tales áreas, entendiéndose por población urbana a los habitantes de la cabecera municipal, actualizándose el plano de la misma. Censo efectuado el mes de abril de 1975.
- 2.- Se tomó como universo de trabajo de la población el total de familias residentes en el área urbana (cabecera municipal), lo cual arrojó un total de 373 familias.
- 3.- Como muestra representativa se seleccionaron 75 familias de acuerdo a las siguientes criterios:
  - a.- 20% del total de familias para cabeceras municipales que tuvieran de 300 a 499 familias.
  - b.- Se empleó el sistema de muestreo sistemático de inicio al azar, determinando el módulo de acuerdo a la siguiente fórmula:
$$M = \frac{\text{Total de familias de la cabecera municipal}}{\text{Total de familias de la muestra}}$$
$$M = \frac{373}{75} : 5$$
  - c.- El número que dio el módulo representa la frecuencia con la cual se seleccionaron las familias, la cual se inició con la familia número 3 del cen

so de población, por medio de sorteo entre tantos números como había dado el módulo o sea, de 1 a 5.

- 4.- Se realizó una encuesta en las familias de la muestra para estudiar la situación nutricional y su relación con los factores socioeconómicos de la población así como un estudio de la percepción que del problema de salud del grupo materno-infantil tiene la comunidad y el personal local de salud.
- 5.- También se efectuó una revisión de los archivos municipales para determinar causas y tasas de mortalidad, así como de natalidad correspondientes al año de 1974. Para determinar el tipo y las tasas de morbilidad se revisó el registro correspondiente del Puesto de Salud del año de 1974, siendo éste el único centro asistencial del municipio.
- 6.- Duración y extensión: el presente trabajo se realizó en el Municipio de Concepción Chiquirichapa, departamento de Quezaltenango, con una duración de 6 meses, que comprendieron de febrero a agosto, inclusive, de 1975.

## VI.- ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

### I.- POBLACION

#### I.A.- Area Geográfica.

Concepción Chiquirichapa, municipio del departamento de Quezaltenango, se encuentra situado en la región occidental del país, a 2,502 metros sobre el nivel del mar, a 14° 52' 07" de latitud y a 91° 31' 18" de longitud, con una extensión territorial de 48 Km<sup>2</sup>.

Limita al norte con San Juan Ostuncalco, al este con San Mateo y Quezaltenango, al oeste con San Martín Sacatepéquez y al sur con El Palmar y San Martín Sacatepéquez, todos municipios del departamento de Quezaltenango.

El clima es frío, con fuertes vientos, presentándose únicamente 2 estaciones en el año, verano e invierno, aunque durante todo el año hay buena precipitación pluvial, sobre todo durante los meses de septiembre y octubre.

El suelo es predominantemente arenoso, presentando flora como encino, pino, ciprés, sauce y aliso. Los frutales son el manzano, durazno, membrillo, guinda y ciruela, tendiendo como plantas medicinales la yerbabuena, manzanilla y el pericón.

Entre los principales accidentes geográficos podemos mencionar los ríos Xeral-Exquichá o Tojcorral, Aguacate, Tojsup Grande, y Las Palmas; los cerros Tuicocaix, Tuicunchuhuitz, Xucubue, Pepibil y Tojxac; así como el volcán

## Siete Orejas.

En la fauna se encuentran animales silvestres como el clarinero, sanate, tecolote, lechuza, gavilanes, zopilotes, loros, colibrís, gorriones, ardillas, etc. y domésticos como gallinas, caballos, mulas, vacas, gatos, marranos, perros y otros.

### 1.B.- Constitución Política.

El municipio consta de una cabecera municipal, que es Concepción Chiquirichapa, una aldea, Duraznales, y doce caseríos: Telená, Tzicol, Tojlup, Tojcorral, Tuitzibil, Tojchan, Xuculbue, El Aguacate, Ixcamuchá, Tuichipech, Tuipox, Talmax y Tuilcanabaj.

El gobierno municipal tiene su asiento en la cabecera municipal, siendo la máxima autoridad el Alcalde Municipal, que desempeña a la vez el cargo de Juez de Paz, asistido por un concejo compuesto de 5 miembros titulares y 3 suplentes, un secretario, un tesorero y 48 auxiliares; estando la municipalidad clasificada como de cuarta categoría.

### 1.C.- Historia y Costumbres.

Se habla en medio del bosque y el pino, que, el Quetzal, en ondas de alegría, por jugar con el viento que es libre, transita por los cielos de Concepción Chiquirichapa. El aroma profundamente embriagante de sus mesetas, hace que nuestra ave símbolo, en gesto de rey majestuoso, lleve el aletear de su plumaje a su paraje, en donde la gente lo respeta y admira.

A través de la tradición de sus más viejos antepasados, se relata que, en tiempo pre-coloniales, Concepción Chiquirichapa era un vasto territorio indígena, unido al de Quezaltenango, a quien tenía por límite en sus 4 puntos, extendiéndose hasta el mar, por Ocós.

Una vez, hace mucho tiempo, se construyó sobre el río Ocós un puente llamado los Chiquirines, de cuya construcción existen aún viejos muros, y según una tradición, es por esto que el pueblo recibe el nombre de Chiquirichapa.

Etimológicamente Concepción Chiquirichapa significa en lengua Mam "Lugar del Chiquirín", pero según otra versión, el nombre se origina de la Virgen de Concepción y de las voces mexicana Chiquirichapan, que significa "Arroyo de las Cigarras o Chicharras", etimológicamente Chiqui lictly significa cigarra, pan, lugar y atl, agua.

Los aborígenes de Concepción Chiquirichapa son descendientes de la raza Mam, habiéndose mezclado con los españoles, de allí que en el pueblo existan apellidos de la legítima cepa hispánica, como de León, Villagrez, Sánchez y otros.

La lengua es el Mam y son muy pocas las personas que hablan castellano. El traje indígena consiste en güipil de color rojo o de múltiples colores, con bordados de seda y corte envuelto de color azul, los que son elaborados por los habitantes del lugar; los hombres usan el traje corriente, con una banda bordada en la cintura. Es costumbre el uso de collares de varias cuentas de coral o de monedas de plata antigua.

El matrimonio es una costumbre que se efectúa entre los indígenas a muy temprana edad y es tratado y llevado a cabo por los padres, sin que los futuros esposos puedan disponer en dicho compromiso.

La religión imperante es la católica, dirigida por un sacerdote que atiende la iglesia de la cabecera, construida por los españoles en tiempo de los españoles, habiendo sido reparada en una sola ocasión, después del terremoto de 1902.

Son fiestas patronales el 22 de julio, día de Santa María Magdalena, patrona de la cosecha de papas, y el 8 de diciembre, día de la Virgen de Concepción, patrona del pueblo, lo cual se celebra con bailes, ventas, convites y la feria del pueblo.

La principal ocupación es la agricultura, la cual se concentra casi exclusivamente en el maíz y la papa.

## 2.- Población Total.

Según el censo de población practicado en abril de 1975 se encontró una población total de 6,152 habitantes en el Municipio de Concepción Chiquirichapa, la cual se encontraba distribuida de la siguiente manera:

Cuadro No. 1.- Distribución de la población total por área geográfica y sexo.

URBANA			RURAL		
Masculina	1,162	18.8%	Masculina	1,998	32.4%
Femenina	1,136	18.5%	Femenina	1,856	30.2%
T o t a l	2,298	37.3%	T o t a l	3,854	62.6%

El 37.3% de la población se encuentra localizado en la cabecera municipal (área considerada como urbana), existiendo ligero predominio de habitantes del sexo masculino con 51.2% y 48.8% para el sexo femenino.

## 3.- Población Materno Infantil.

Tomando como población infantil a los niños menores de 15 años y las mujeres en edad reproductiva, 15 a 44 años, se encontraron los siguientes resultados:

Cuadro N° 2.- Distribución de la Población Materno-infantil por grupos etarios.

EDAD	#	%
Niños menores de 1 año	250	4.06
Niños de 1 a 2 años	212	3.44
Niños de 2 a 3 años	269	4.37
Niños de 3 a 4 años	273	4.37
Niños de 4 a 5 años	374	6.08
Niños de 5 a 14 años	1,721	27.98
Mujeres en edad reproductiva, 15 a 44 años	1,227	19.94
T o t a l	4,326	70.24

En el cuadro N° 2 podemos apreciar que la población materno infantil constituye el 70.25% de la población total del municipio, hecho ya mencionado en la introducción de este trabajo, el cual está constituido en un 19.94% por la población materna y 50.3% por la población infantil.

De acuerdo a las cifras anteriores y empleando las fórmulas estadísticas proporcionadas por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos fue posible

obtener las siguientes tasas y datos estadísticos.

Cuadro N° 3.-

Embarazos Esperados	307
Abortos Esperados	30
Partos Probables	277
Tasa de Fecundidad	297
Tasa de Natalidad	59.33
Crecimiento Vegetativo	43.57

Todas las cifras anteriores son elevadas, significando - que la población se incrementará, con el consiguiente - aumento de las necesidades socioeconómicas, mientras que los recursos para satisfacer dichas necesidades permanecen - rán estáticos, todo lo cual vendrá a agravar la situación - del grupo materno-infantil, ya mala de por sí.

## II.- DAÑOS.

Se trató de determinar la mortalidad y morbilidad propia del municipio, así como la situación nutricional en niños menores de 5 años, además de su relación con el medio ambiente.

### 1.- Mortalidad Infantil.

Se revisaron los archivos de la municipalidad, específicamente los registros de nacimientos y defunciones ocurridos durante el año de 1974, encontrándose registrados 365 nacidos vivos y 58 defunciones en menores de 15 años.

Cuadro N° 4.- Tasas de Mortalidad por Grupos Etarios en la Población Infantil del Municipio de Concepción Chiquirichapa.

GRUPO ETARIO	CASOS	TASA DE MORTALIDAD
Menores de 28 días	8	21.91 x 1,000 h.
De 29 a 364 días	21	57.54 x 1,000 h.
Menores de 1 año	29	79.45 x 1,000 h.
De 1 a 4 años	24	21.27 x 1,000 h.
De 5 a 14 años	5	3.48 x 1,000 h.

Para determinar la mortalidad de los grupos de 1 a 4 años y de 5 a 14 años, se tomó como denominador la población respectiva, es decir, el número de habitantes de 1 a 4 años y de 5 a 14 años.

### 1A.- Principales Causas de Mortalidad Neonatal (0 a 28 días).

Revisando el registro de defunciones municipal local se encontraron 8 defunciones y las causas se clasificaron de acuerdo a formularios dados por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos, de acuerdo al Código Internacional de Causas de Muerte, así como fórmulas para determinar la mortalidad específica para cada enfermedad. Todos estos datos corresponden al año de 1974.

Cuadro N° 5.- Principales Causas de Mortalidad Neonatal y su Tasa de Mortalidad Especifica por 100,000 h.

Orden	Código	Enfermedad	Casos	%	Mortalidad Especifica
1°	43	Síntomas y estados morbosos mal definidos	4	50.	65.01
2°	02	Disenteria bacilar y amebiasis	2	25.	32.05
3°	03	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	1	12.5	16.25
4°	07	Tos ferina	1	12.5	16.25

Que la principal causa de mortalidad deba clasificarse a los estados morbosos mal definidos revela el deficiente manejo de tales datos, que impiden obtener cifras exactas que son necesarias en la implementación de programas. Los registros erróneos no solamente son producto de la falta de capacidad de las personas encargadas de efectuarlas sino también por ignorancia por parte de la comunidad. Se puede apreciar que las enfermedades del sistema gastrointestinal causan el 37.5% de la mortalidad, lo que es demostrativo de la situación sanitaria del lugar, aún cuando no sea el dato más cercano a la realidad.

#### 1B.- Principales Causas de Mortalidad Post-Neonatal.

Se realizó igual procedimiento que en el caso anterior, encontrándose 21 fallecimientos comprendidos de 29 a 364 días de edad, durante el año de 1974.

Cuadro N° 6.- Principales Causas de Mortalidad Postneonatal y su Tasa de Mortalidad Especifica por 100,000 h.

Orden	Código	Enfermedad	#	%	Mortalidad Especifica
1°	03	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	7	33.52	113.78
2°	43	Síntomas y estados morbosos mal definidos	7	33.52	113.78
3°	02	Disenteria bacilar y amebiasis	6	28.19	97.52
4°	44	Todas las demás enfermedades	1	4.76	16.35

En este grupo las enfermedades del sistema gastrointestinal son causa del 61.71% de las defunciones, persistiendo las deficiencias por los registros, aunque aparentemente a mayor edad del fallecimiento es posible obtener una noción más aproximada de la causa del fallecimiento.

#### 1C.- Principales Causas de Mortalidad de 1 a 4 años.

Se encontraron 24 defunciones, cuyas causas se encontraban distribuidas de la siguiente manera (año de 1974).

Cuadro No 7.- Principales Causas de Mortalidad de 1 - 4 años y su Tasa de Mortalidad Específica por 100,000 h.

Orden	Código	Enfermedad	#	%	Mortalidad Específica
1°	03	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	13	54.16	211.31
2°	02	Disentería bacilar y amebiasis	4	16.64	65.01
3°	43	Síntomas y estados morbosos mal definidos	2	8.16	32.50
4°	07	Tos ferina	1	4.08	4.16
4°	21	Anemia	1	4.08	4.16
4°	29	Influenza	1	4.08	4.16
4°	30	Neumonía	1	4.08	4.16
4°	44	Todas las demás enfermedades	1	4.08	4.16

La principal causa de mortalidad son las enfermedades del tracto gastrointestinal, con un 70.8% del total, debidas principalmente a enteritis y diarreas en un 54.16% del total.

1D.- Principales Causas de Mortalidad de 5 a 14 años

Se encontraron registrados 5 casos, año de 1974.

Cuadro N° 8.- Principales Causas de Mortalidad de 1-14 años, y su Tasa de Mortalidad Específica por 100,000 h.

Orden	Código	Enfermedad	#	%	Mortalidad Específica
1°	03	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	3	60	48.76
2°	16	Todas las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	2	40	32.50

Al igual que en los demás grupos etarios, la causa principal de mortalidad son de origen gastrointestinal en un 60%, pero las enfermedades parasitarias e infecciosas la siguen con un 40%, causa no presente en las estadísticas anteriores.

2.- Mortalidad Materna.

Se investigó los mismos datos anteriores con respecto a las madres y los resultados se exponen a continuación.

2A.- Mortalidad durante el Embarazo.

No se encontró registrado ningún caso.

2B.- Mortalidad durante el Parto.

Se encontró un caso, registrado como "Murió de parto" (?) que daría una tasa de 2.73 por mil nacidos vivos.

## 2C.- Mortalidad por Abortos.

No se encontró ningún caso registrado.

## 2D.- Mortalidad durante el Puerperio.

No se encontró ningún caso registrado.

Obviamente existen casos de mortalidad materna en las circunstancias descritas anteriormente, las cuales no se registran ya sea por falta de capacidad de las personas encargadas de tal función y también porque en el libro respectivo solo se anota la causa de muerte sin especificar en que circunstancias.

Cuadro N° 9.- Resumen de Mortalidad General del Municipio de Concepción Chiquirichapa por Grupos Etarios en 1974.

EDAD	MUERTES	PORCENTAJE
0 a 28 días	8	10.81
1 a 11 meses	21	28.37
1 a 4 años	24	24.74
5 a 14 años	5	5.16
15 años en adelante	39	30.93
T O T A L E S	97	100

El grupo infantil (menores de 15 años) abarca el 69.07 % de la mortalidad general de la población correspondiente al año de 1974, cifra demostrativa de las precarias condiciones socioeconómicas y de la falta de programas preventivos.

## 2.- MORBILIDAD.

Para determinar la morbilidad, tipo y tasas, se revisó el registro del Puesto de Salud de Concepción Chiquirichapa correspondiente al año de 1974. No fue posible obtener más información de otras fuentes, pues el Puesto de Salud era la única institución de salud en todo el municipio.

### 2a.- Morbilidad en Menores de 1 año.

Se registraron 123 casos, los cuales se clasificaron y se cuantificaron de acuerdo a las normas dadas por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos.

Cuadro N° 10.- Morbilidad en Menores de 1 año y su Tasa Específica de Morbilidad por 100,000 h.

Orden	Código	Enfermedad	Casos	%	Morbilidad Específica
1°	29	Influenza	46	37.39	748.56
2°	03	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	41	33.33	666.44
3°	16	Todas las demás enfermedades infec. y parasitar.	10	8.15	130.03
4°	31	Bronquitis, enfisema, asma	10	8.15	130.03
5°	44	Todas las demás enfermedades	6	4.89	97.52
6°	30	Neumonía	4	3.25	61.18
7°	02	Disenteria bacilar y amebiasis	2	1.62	32.50
8°	21	Anemia	2	1.62	32.50
9°	37	Desnutrición proteico-calórica	2	1.62	32.50

La principal causa de morbilidad es la Influenza, en la cual se encuentran comprendidas las infecciones respiratorias superiores, con 37.39% del total, quedando en segundo lugar la enteritis y otras enfermedades diarreicas, con 33.33%, llamando la atención el bajo porcentaje de desnutrición proteico calórica, 1.62%, hecho tal vez explicable porque se registra como diagnóstico el motivo de consulta y no se toma en cuenta la morbilidad asociada.

Cuadro N° 11.- Morbilidad en Niños de 1 a 4 años y Tasas de Morbilidad Específica por 100,000 h.

Orden	Código	Enfermedad	Casos	%	Morbilidad Específica
1°	03	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	109	43.75	1171.03
2°	29	Influenza	62	24.51	1007.80
3°	16	Todas las demás enfermedades infecciosas y paras.	26	10.48	422.62
4°	31	Bronquitis, enfisema, asma	14	5.65	222.56
5°	44	Todas las demás enfermedades	13	5.34	212.93
6°	21	Anemia	11	4.52	178.08
7°	02	Disenteria bacilar y amebiasis	8	3.29	130.03
8°	37	Desnutrición proteico-calórica	5	2.05	81.27
9°	43	Síntomas y estados morbosos mal definidos	1	0.41	16.25
		T O T A L E S	243	100	

La enteritis y otras enfermedades diarreicas ocupan el primer lugar, con 43.75% del total y una morbilidad específica de 1771.03 por cada cien mil habitantes.

Cuadro No. 12.- Morbilidad en Niños de 5 a 14 años y Tasas de Morbilidad Específica por 100,000 h.

Orden	Código	Enfermedad	Casos	%	Morbilidad Específica
1°	16	Todas las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	55	28.	893.59
2°	29	Influenza	49	25.8	797.30
3°	03	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	32	16.9	520.48
4°	44	Todas las demás enfermedades	31	16.9	503.90
5°	21	Anemia	12	6.6	195.05
6°	62	Disenteria bacilar y amebiasis	4	2.8	32.52
7°	31	Bronquitis, enfisema, asma	2	1.06	16.25
8°	37	Desnutrición proteico-calórica	2	1.06	16.25
		T O T A L E S	188	100	

Conforme aumenta la edad, aumenta la incidencia de enfermedades infecciosas y parasitarias, 28%, aunque las enfermedades de los sistemas gastrointestinal y respiratorio sumen el 46.6% del total

2.- Morbilidad Materna.

2A.- Morbilidad Obstétrica.

No se encontraron casos registrados.

## 2B.- Morbilidad durante el Embarazo.

No se encontraron casos registrados.

## 2C.- Principales Causas de Morbilidad Obstétrica.

No se encontraron datos registrados.

La ausencia de datos puede ser interpretada en el sentido de que las mujeres embarazadas no asisten a control al Puesto de Salud o que se ha tomado como registro el motivo de consulta sin tomar en cuenta la gravidez agregada.

## 3.- Situación Nutricional.

Para efectuar este estudio se tomaron en cuenta los niños menores de 5 años pertenecientes a las familias seleccionadas como muestra durante el censo de abril de 1975, que arrojó un total de 83 niños, los cuales fueron evaluados de acuerdo a una tabla proporcionada por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos, encuesta de junio de 1975.

Cuadro N° 13.- Situación Nutricional. (Ver sig. pag.)

Cuadro N° 13.- Situación Nutricional.

CABELLO		
Fácilmente desprendible	58 niños	69.87 %
Cambio en: textura	5 niños	6.02 %
Cambio en: color	4 niños	4.81 %
Cambio en: textura y color	60 niños	72.38 %
OJOS		
Conjuntivitis no purulenta	5 niños	6.02 %
Manchas de Bitot	0 niños	-
Queratomalacia	0 niños	-
CUELLO		
Bocio Grado I	0 niños	-
Bocio Grado II	0 niños	-
Bocio Grado III	0 niños	-
CONJUNTIVAS		
Pálidas	62 niños	73.49 %
PIEL		
Hiperqueratosis folicular	0 niños	-
SISTEMA CELULAR SUBCUTANEO		
Edema bilateral de piernas	0 niños	-
Edema generalizado	0 niños	-

Los signos más frecuentes de carencia nutricional fueron el cabello fácilmente desprendible, 69.87%, cabello con cambios en textura y color, 72.38%, y la palidez de las conjuntivas, con 73.49%. No se encontraron signos de desnutrición extrema.

Cuadro N° 14.- Peso. Se clasificó por peso a los 83 niños de la muestra, de acuerdo a tablas del Departamento de Nutrición de la División Materno Infantil de la Dirección General de Servicios de Salud.

PESO	NINOS		NINAS		TOTALES	
Peso normal	1	1.20 %	0	-	1	1.2 %
Delgado	13	15.66 %	10	12.04 %	23	27.70 %
Desnutrido	22	26.50 %	23	27.71 %	45	54.21 %
Muy desnutrido	8	9.63 %	6	7.22 %	14	16.85 %
TOTAL	44	52.99 %	39	46.97 %	83	100 %

Solamente el 1.2% de los niños de la muestra presentaba el peso normal para su edad, mientras el resto presentaba algún grado de déficit, siendo más frecuentes los desnutridos con el 54.21%. En cuanto a sexo, existe similitud en los valores tanto para niños como para niñas.

### 3B.- Desnutrición en Embarazadas.

En la población tomada como muestra no se encontró ninguna embarazada, por lo cual no fue posible efectuar dicho estudio.

### 4.- Medio Ambiente.

Se investigaron las características de las viviendas del municipio durante el censo general de población del mes de abril de 1975, habiéndose obtenido los siguientes resultados.

Cuadro N° 15.- Vivienda. A continuación se presentan las características de las viviendas de las 373 familias del área urbana (cabecera municipal) y las de las 614 familias del área rural.

	URBANA		RURAL	
<b>PISO:</b>				
Tierra	265	71.06 %	556	91.60 %
Madera	6	1.60 %	55	8.92 %
Cemento	102	27.34 %	3	0.48 %
<b>CIELO:</b>				
Machimbre	47	12.59 %	60	9.77 %
Tela	10	2.68 %	18	2.93 %
Cartón	8	2.14 %	0	0 %
No tienen	308	82.59 %	536	87.30 %
<b>TECHO:</b>				
Lámina de zinc	190	52.02 %	246	40.06 %
Paja, mánaca o palma	123	32.97 %	314	51.16 %
Teja	44	11.79 %	31	5.04 %
Lámina de asbesto	10	2.62 %	23	3.74 %
Terraza	6	1.60 %	0	0 %
<b>PAREDES:</b>				
Bajareque-adobe	362	97.06 %	590	96.10 %
Block	8	2.14 %	24	3.90 %
Tabla	3	0.80 %	0	0 %
<b>INSTALACIONES:</b>				
Más de 3 cuartos	12	2.21 %	6	0.97 %
3 cuartos	8	2.16 %	6	0.97 %
2 cuartos	100	26.80 %	27	4.39 %
1 cuarto	253	68.83 %	575	93.67 %
Cocina	190	52.02 %	283	46.09 %

Cuadro N° 15.- Vivienda. (Continuación)

	URBANA		RURAL	
<b>ALUMBRADO:</b>				
Eléctrico	77	20.64 %	0	0 %
Candela	107	28.68 %	25	4.07 %
Gas	189	50.68 %	589	95.93 %
<b>AGUA:</b>				
Tubería Extradomiciliar	289	77.49 %	549	89.43 %
Tubería Intradomiciliar	84	22.51 %	52	8.46 %
<b>BASURA:</b>				
Barranco	373	100 %	614	100 %
Patío	373	100 %	614	100 %
<b>EXCRETAS:</b>				
A flor de tierra	299	79.63 %	536	87.30 %
Letrina insanaitaria	49	13.13 %	78	12.70 %
Letrina sanitaria	27	7.24 %	0	0 %

El cuadro anterior ilustra las precarias condiciones de vida en el Municipio de Concepción Chiquirichapa, cuyas familias viven en un medio ambiente completamente hostil, factor condicionante de la morbilidad pues favorece la acción de los agentes infecciosos, parasitarios, así como su diseminación y reproducción.

### III.- SITUACION SOCIAL Y ECONOMICA.

Los datos del presente capítulo se obtuvieron mediante el censo general de población de abril de 1975, así como la investigación de la muestra de junio del mismo año.

### 1.- La familia.-

#### 1a.- Distribución por Area.

Según el censo general de población, había en el municipio un total de 987 familias, de las cuales 373, 38%, se encontraban localizadas en el área urbana o cabecera municipal, y 614 familias, 62%, en el área rural.

#### 1b.- Grupo Etnico.

La población total del municipio era de 6,152 habitantes, de los cuales 57, 0.92%, eran ladinos, mientras que, 6,096, eran indígenas de raza Mam, constituyendo el 99.08 % de la población.

Aproximadamente las 2/3 partes de las familias se encuentran ubicadas en el área rural, siendo casi la totalidad indígenas, con un promedio de 6.43 miembros por familia. También es de hacer resaltar que el 100% de las familias del área rural eran indígenas.

El elevado promedio de miembros familiares y las características de las viviendas de dichas familias merece resaltarse pues reconfirma la importancia que se debe dar a la situación social en los programas sanitarios, así como también su adaptación a las características culturales de la población, en este caso los indígenas, que constituyen el 99.08% de la población total.

### 2.- Alfabetismo.

De los 6,152 habitantes que constituyen la población -

total del municipio, solamente saben leer y escribir 1,190, que representa el 19.34% de la población total.

La población en edad escolar está constituida por 1,623 niños, de los cuales asisten a la escuela 791, o sea, el 48.8% de la misma.

La situación escolar y educativa del municipio es francamente deficiente, representando el resultado de programas ineficaces y mal planificados, que no toman en cuenta factores culturales y socioeconómicos de las comunidades, y que no ejercen ninguna influencia de cambio en la comunidad.

### 3.- Hábitos y Creencias sobre Alimentos.

En el presente capítulo se realizó un estudio sobre la dieta típica de los habitantes del municipio, así como de sus tradiciones y costumbres con respecto a la alimentación, lo cual se investigó en 75 familias seleccionadas como muestra representativa según el método descrito en el inicio de este trabajo, el cual se realizó en la cabecera municipal durante junio de 1975.

#### 3A.- Alimentación Familiar.

Se realizó una encuesta para determinar el tipo y la calidad de la alimentación familiar en la comunidad.

### Cuadro N° 16.- Alimentación Familiar.

Representa el alimento consumido, la cantidad y cuantas veces al día y en la semana se consumía, así como el número de familias que lo consumía, cifras promediadas.

NUMERO FAMILIAS	ALIMENTO	CANTIDAD	VECES DIA	VECES SEMANA	PORCENTAJE FAMILIAS
75	Frijol	1 lb.	1	1	100%
75	Mafz	3 lbs.	3	7	100%
75	Arroz	1 lb.	1	1	100%
75	Carne	1 lb.	1	1	100%
75	Papa	2-3 lbs.	2	5-7	100%
75	Fideos	1 lb.	1	1	100%
75	Habas	2-3 lbs.	1	3-4	100%
75	Verdura	1-2 onzas	1	3-4	100%
75	Chile	1 onza	1	7	100%
30	Huevo	1-2 huevos	1	7	40%

La alimentación familiar está constituida básicamente por mafz, papa y habas, insuficiente en cantidad y calidad, la cual permanece invariable y dependiendo de la cosecha, influyendo en la precaria situación nutricional y favoreciendo la morbilidad y mortalidad general, agregada a condiciones de vida sub-humanas.

#### 3B.- Alimentación Suplementaria.

Se investigó si existía algún tipo de alimentación extra en la mujer embarazada y en la población pre-escolar y escolar, y se encontró que la alimentación permanece invariable, o sea que el 100% de la muestra investigada no recibía ninguna alimentación suplementaria, a pesar del

aumento de requerimientos.

### 3C.- Lactancia.

En la muestra estudiada se investigó el número de lactantes, que eran 31, de los cuales el 100% recibían lactancia materna, no existiendo otro tipo aparte de la misma.

### 3D.- Destete.

Se estudió una muestra de 44 niños menores de 5 años que habían lactado y que actualmente ya no lo hacían para tratar de determinar la edad del mismo.

Cuadro N° 17.- Destete y su Distribución por Edad.

EDAD	NINOS	%
9 meses	2	4.54
12 meses	3	6.80
14 meses	1	2.27
18 meses	9	20.45
20 meses	1	2.27
21 meses	1	2.27
24 meses	27	60.68
TOTAL	44	100

La edad del destete tiene como límites de los 9 a los 24 meses, siendo principalmente entre los 18 y los 24 meses, 85.67%, y más común a los 24 meses, 60.68%, todos datos representativos de la deficiencia nutricional.

### 3E.- Tradiciones Alimenticias.

Se investigó en las familias la existencia de creencias o costumbres con respecto a cierto tipo de alimentos que consideraran perjudiciales durante el embarazo, la lactancia o para el niño de pecho.

EPOCA	ALIMENTO	FAMILIAS	%
Embarazo	Aguacate, arroz	18	20
Lactancia	Aguacate, habas	16	21.33
Niño de Pecho	Aguacate, habas, arroz frijol	27	37.33

Los conceptos anteriores sobre tales alimentos son producto de costumbres transmitidas de generación en generación, sin explicaciones científicas.

### 4.- Medios de Producción.

Encuesta para determinar las características de la producción en las 75 familias de la muestra, junio de 1975.

#### 4a.- Tenencia de la Tierra.

De las 75 familias, 72 tenía tierra para sembrar, o sea, el 96%, mientras que sólo 3 familias no la tenían, (4%), encontrándose distribuida de la siguiente manera.

Cuadro N° 19.- Tenencia de la Tierra.

TENENCIA	FAMILIAS	%
Propia	62	86.11
Alquilada	1	1.39
Parte propia y parte alquilada	9	12.50

La tierra es propia en un 86.11% y, trabajada teniendo como herramientas principales el machete y azadón en un 100%.

#### 4B.- Extensión de la Tierra.

Se trató de determinar la extensión promedio de las tierras de cada familia, tomándose en cuerdas, cada una equivalente a 20 varas cuadradas.

Cuadro N° 20.- Extensión de la Tierra.

CUERDAS	FAMILIAS	%
1 a 10	29	40.13
11 a 20	28	38.88
21 a 30	10	13.88
41 a 50	2	2.77
61 a 70	1	1.38
71 a 80	1	1.38
Más de 100	1	1.38
TOTAL	72	100.00

El 79.01% de las familias tenían tierra comprendida entre 1 a 20 cuerdas, mientras que sólo el 1.38% más de 100 cuerdas, lo cual representa mala distribución de la tierra.

#### 4C.- Producción Agrícola.

La tierra cultivada la dedicaba el 100% de las familias al maíz y a la papa, con una producción promedio de 2 qq de maíz por cuerda y de 6 a 8 qq de papa por cuerda.

En cuanto al abono, emplean 2 arrobas de abono químico

por cuerda en promedio y 10 qq promedio de broza (abono orgánico) por cuerda.

La tierra es cultivada por miembros de la familia exclusivamente en 61 de éstas, 84.73%; mientras que 11 familias, 15.27%, tienen empleados además de los miembros familiares.

#### 4D.- Producción Pecuaria.

Cuadro N° 21.

ANIMAL	FAMILIAS	%
Gallinas	32	42.6
Chompipes	13	17.3
Cerdos	20	26.6
Vacas	1	1.3
Caballos	23	30.6

La producción pecuaria de las familias está dada principalmente por las gallinas, 42.6%, y los cerdos, 26.6%, mientras que sólo el 1.3% tenía vacas.

#### 4E.- Producción Artesanal y Fabril.

En la investigación de los puntos de dicho cuestionario no se encontró ninguna familia que tuviera producción artesanal o fabril.

#### 4F.- Consumo.

La producción está dada por la papa y el maíz, la primera se destina en parte al gasto (alimentación familiar, se

milla) y parte a la venta, mientras que el maíz está destinado en su totalidad al gasto familiar.

4G.- Ingresos.

El ingreso económico familiar anual promedio era de Q882.10 anuales y el ingreso per cápita anual de Q135.27 anuales.

La agricultura es el único medio de producción existente, caracterizada por el monocultivo y el minifundio, - siendo llevada a cabo con herramientas rudimentarias y mano de obra familiar principalmente, dando un ingreso familiar y per cápita anual ínfimo para satisfacer las necesidades básicas y dependiente de factores no controlables.

IV.- PERCEPCION DEL PROBLEMA.

1.- Por la Comunidad.

Se efectuó un análisis de la comunidad en cuanto a la percepción y conducta adoptada ante la problemática materno infantil en la muestra antes mencionada.

A.- Atención del Ultimo Parto.

MEDICO: 20.27 %	COMADRONA: 79.73 %
-----------------	--------------------

B.- Tipo de Atención Deseada.

MEDICO: 22.97 %	COMADRONA: 77.03 %
-----------------	--------------------

C.- Lugar de Atención Deseado.

CASA	CENTRO DE SALUD	HOSPITAL
90.54 %	6.7 %	2.7 %

La mayoría de los partos, 79.73%, son atendidos por comadronas por ser éste el tipo de atención deseado en el 77.03%, lo cual se ve favorecido pues el 90.54% de las mujeres desea que su parto sea atendido en su casa.

D.- Existencia del Control Prenatal.

SI	NO
16.66 %	83.44 %

E.- Lugar de Control Prenatal.

CENTRO DE SALUD	HOSPITAL
75 %	25 %

F.- Conveniencia del Control Prenatal.

SI	NO
36.48 %	63.52 %

El bajo control prenatal, 16.66%, es un índice de la escasa cobertura del programa a pesar de que el 36.48% de las familias crean en su conveniencia, pero no les es posible llevarlo a cabo por problemas socioeconómicos o de costumbres, y en caso de llevarlo a cabo lo hacen en el centro de salud por ser el lugar más asequible para ellos.

G.- Atención Hospitalaria del Parto.

SI	NO
21.61 %	78.39 %

A pesar de que el 21.61% creen en la conveniencia de la atención hospitalaria del parto, solamente el 2.7% (cuadro C) lo efectúa, debido a los mismos problemas antes mencionados, como no ser lo acostumbrado, imposibilidad de poder desplazarse hasta el hospital, problemas con el idioma, etc.

N.- Atención Primaria para el Niño.

Se interrogó a las madres sobre el tipo de atención que desearían para sus hijos en caso de enfermedad.

Médico	70 %
Farmacéutico	12 %
Brujo	8 %
Remedios Caseros	8 %
Médico Particular	2 %

El médico del puesto de salud local ocupa el primer lugar en cuanto a tipo de atención deseada, mientras que el 16% apela en primer lugar al brujo local o a remedios caseros, 16%. El médico particular es requerido solamente por el 2% debido a que la mayoría no cuenta con recursos económicos para hacerlo.

I.- Vacunación en Niños Menores de 5 Años.

Se investigó un total de 83 niños, encontrándose que

71, el 87.93%, habían sido vacunados, y solamente 12, 12.07%, no habían recibido ningún tipo de vacuna. En estos datos pudo haber influido el hecho de que el municipio había presentado una epidemia de sarampión causante de gran morbilidad durante los primeros meses de 1975 influyendo en el aumento del número de vacunados, como reacción de la población ante dicha epidemia.

J.- Aceptación de las Vacunas.

Se investigó la aceptación de las vacunas en las 75 familias, que dieron los siguientes resultados.

ACEPTACION	FAMILIAS	%
SI	70	93.24 %
NO	5	6.76 %

El 93.24% acepta las vacunas y dan como razón que los niños no se enferman, mientras que el 6.76% restante aduce que dan demasiada reacción o que no les gusta a los niños.

K.- Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño Según

Se investigó si las familias llevaban a los niños a dichos controles que dio como resultado que ninguna de las 75 familias, 100%, cumplía con dicho control, pues no comprenden el objeto de llevar a un niño a ver a un médico si dicho niño no padece de ninguna enfermedad; o por causas socioeconómicas.

Este dato es representativo de la ineficacia y fracaso -

del programa de salud establecido, el cual se desarrolla en el aspecto curativo pero no preventivo.

L.- Morbilidad Materno-Infantil.

Se investigó los tipos de morbilidad según la comunidad y se registró según los conceptos propios de la misma.

Cuadro N° 22.- Morbilidad Materno Infantil.

MATERNA			INFANTIL		
ENFERMEDAD	ORDEN	%	ENFERMEDAD	ORDEN	%
Tos	1°	45.5	Asientos	1°	49.4
Calentura	2°	39.0	Tos	2°	40.5
Asientos	3°	10.0	Calentura	3°	10.1
Cansancio	4°	3.8			
Dolor de Cabeza	5°	2.7			

Según la percepción de la comunidad, la morbilidad materna está caracterizada principalmente por cuadros de tos y calentura, 84.5%, de la morbilidad total, mientras que la infantil tiene los asientos y tos como morbilidad principal, 89.9%, de la morbilidad total o sea compatible con enfermedades del tracto gastrointestinal y respiratorio que ya se había hecho constar en las estadísticas anteriores de morbilidad.

M.- Mortalidad Materno-Infantil.

Se efectuó el mismo procedimiento para tratar de determinar la percepción de la comunidad de las causas de

mortalidad más frecuentes, según su propio concepto.

Cuadro N° 23.- Mortalidad Materno Infantil, y su percepción por la comunidad.

MATERNA			INFANTIL		
ENFERMEDAD	ORDEN	%	ENFERMEDAD	ORDEN	%
Calentura	1°	60.3	Asientos	1°	69.4
Asientos	2°	39.7	Calentura	2°	20.0
			Sarampión	3°	10.6

La principal causa de mortalidad materna según la comunidad misma, es la calentura, 60.3%, aparentemente compatible con cuadros infecciosos, mientras que en la población infantil, el primer lugar lo ocupan las enfermedades gastrointestinales, con el 69.4%, en cuanto al sarampión, este dato puede interpretarse como resultado de la epidemia de sarampión que se había presentado poco tiempo antes.

2.- Por Parte del Personal Local de Salud.

La única institución de salud local estaba constituida por el Puesto de Salud Tipo "C", que contaba solamente con una enfermera auxiliar como personal fijo, a quien se le efectuó el mismo cuestionario que a las familias de la muestra.

La atención de su último parto había tenido lugar en el Hospital Nacional de Quezaltenango, atendido por médico.

Considera necesario el control prenatal efectuado por médico ya sea particular o en hospital, pues permite una sana orientación del embarazo y previene complicaciones.

Considera que la atención primaria de todo niño enfermo debe ser por médico, por considerar que es la persona más capacitada para hacerlo.

Se declara partidaria de la vacunación de los niños por ser una medida profiláctica que, previene enfermedades y que carece de reacciones graves.

Tanto el control de niño sano y de crecimiento y desarrollo son aceptados pues permiten evaluar el correcto desarrollo de los niños y al mismo tiempo, prevenir enfermedades.

Considera que la morbilidad en los niños está dada principalmente por las enfermedades del tracto gastrointestinal y respiratorio, mientras que en las madres son las respiratorias.

Con relación a la mortalidad, considera las mismas causas como principales, aunque en los niños hay que agregar la desnutrición.

## VII.- CONCLUSIONES

- 1.- Que la población total del municipio de Concepción Chiquirichapa es de 6,152 habitantes, siendo el 99.08% de raza indígena y con una población materno-infantil que constituye el 70.24% de la población total.
- 2.- Las tasas de morbilidad y mortalidad son elevadas y las causas principales están dadas por las enfermedades gastrointestinales y respiratorias.
- 3.- El registro de las causas de mortalidad efectuada en los libros municipales es deficiente, no permitiendo datos estadísticos exactos que permitan una adecuada elaboración de programas.
- 4.- La desnutrición es grave en la población de niños menores de 5 años, con solamente el 1.2% presentando el peso normal para su edad, según clasificación del departamento de nutrición de la división materno-infantil de los servicios de salud.
- 5.- La vivienda familiar no reúne las condiciones básicas sanitarias, constituyendo un medio ambiente hostil a la familia y favorable a todo proceso infeccioso para la misma.
- 6.- El 19.34% de la población total es alfabeta y solamente el 48.8% de la población en edad escolar asiste a la escuela.

- 7.- La alimentación familiar es insuficiente en cantidad y calidad, siendo a base del maíz y la papa, no existiendo la alimentación suplementaria a pesar del aumento de requerimientos.
- 8.- La principal fuente de producción es la agricultura, efectuada con medios rudimentarios, mano de obra familiar y caracterizada por el monocultivo y minifundio.
- 9.- El ingreso per cápita anual es de Q135.27 anuales, cantidad insuficiente para satisfacer las necesidades básicas y factor determinante en la situación de salud del grupo materno infantil.
- 10.- Que la percepción del problema materno infantil por parte de la comunidad, pone de manifiesto que la mayor parte de los partos en el municipio son atendidos por comadrona, en la propia casa de la embarazada y sin control prenatal. Existe actitud favorable hacia la vacunación y consideran como principales causas de morbilidad a las enfermedades gastrointestinales y respiratorias.
- 11.- El personal local de salud cree en la atención hospitalaria del parto por médico y su correspondiente control prenatal.  
  
Es positiva su actitud hacia la vacunación y está de acuerdo en que las principales causas de morbilidad son las enfermedades gastrointestinales.
- 12.- La situación social y económica es factor determinan

te en las tasas de morbilidad del grupo materno infantil del municipio de Concepción Chiquirichapa.

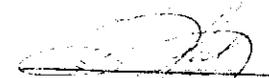
## VIII.- RECOMENDACIONES

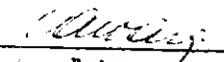
- 1.- Elaborar programas de salud que contemplen el mejoramiento social y económico de la población sin pretender modificar sus valores culturales.
- 2.- Promover programas de desarrollo agrícola con técnicas más modernas.
- 3.- Incrementar los recursos educativos, elaborando programas adecuados a la realidad nacional y proveer los recursos necesarios que permitan la continuación de los estudios primarios.
- 4.- Que los registros estadísticos sanitarios sean supervisados o llevados a cabo por personal capacitado.
- 5.- Tratar de lograr un ejercicio profesional supervisado integrado conjuntamente por todas las facultades de la Universidad de San Carlos.
- 6.- Proyectar más los programas de salud al área rural.

## IX.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- Bethancourt, Dra. Julia. Diagnóstico de la Situación de Salud del Municipio de Concepción Chiquirichapa. Informe EPS final, 1974.
- 2.- Izaguirre, Dr. Víctor Manuel. Investigación de la Mortalidad en el Municipio de Concepción Chiquirichapa. Tesis, marzo de 1975.
- 3.- De León, Oscar y Chinchilla, Raúl., Dres. Análisis del Programa Materno Infantil. 1a. Ed. M. de S. P. y A. S. 1973.
- 4.- Población Calculada, Año 1972-80, Departamento de Quezaltenango. Unidad de Planificación y Estadística. M. de S. P. y A. S.
- 5.- Zavala, Silvio. Contribución a la Historia de las Instituciones Coloniales de Guatemala. Editorial Universitaria. Universidad de San Carlos de Guatemala.

BR.   
Carlos Alberto García-Salas Pellecer

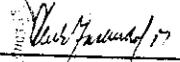
  
asesor.  
Dr. Carlos García Salas

  
Revisor.  
Dr. Carlos A. Waldheim Cerdón

  
Director de Fase III. ENTRENAMIENTO  
Dr. C. A. WELSHIM

  
  
Secretario General  
Dr. Mariano Guerrero Rojas

Vo. Bo.

  
  
Decano  
Dr. Carlos Armando Soto Gómez