

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE SALUD
DEL GRUPO MATERNO INFANTIL
EN EL AREA DE TIQUISATE, AÑO DE 1975

TESIS

Presentada a la Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

ALFREDO ANTONIO HERRERA SOTO

en el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

I. DATOS GENERALES

II. INTRODUCCION

III. OBJETIVOS

IV. JUSTIFICACION

V. HIPOTESIS

VI. MATERIAL Y METODOS

VI.1 MATERIAL

VI.2 METODOS

VII. DURACION Y EXTENSION

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

VIII.1 DESCRIPCION

VIII.1.1 DESCRIPCION DEL AREA

VIII.1.2 VIAS DE COMUNICACION

VIII.1.3 ADMINISTRACION Y GOBERNACION DEL MUNICIPIO

VIII.1.4 HISTORIA DEL ORIGEN DE TIQUISATE

VIII.2 POBLACION

VIII.2.1 POBLACION GENERAL

VIII.2.2 POBLACION POR SEXO Y EDAD

- VIII.2.4 EMBARAZOS ESPERADOS
- VIII.2.5 ABORTOS ESPERADOS
- VIII.2.6 PARTOS PROBABLES

VIII.3 TASAS

- VIII.3.1 TASA DE FECUNDIDAD
- VIII.3.2 TASA DE NATALIDAD

VIII.4 CRECIMIENTO VEGETATIVO

VIII.5 SITUACION SOCIAL Y ECONOMICA

- VIII.5.1 LA FAMILIA
- VIII.5.2 ESTADO CIVIL
- VIII.5.3 ESCOLARIDAD

VIII.6 DAÑOS

- VIII.6.1 MORTALIDAD GENERAL
- VIII.6.2 MORTALIDAD EN MENORES DE
1 AÑO
- VIII.6.3 MORTALIDAD EN NIÑOS DE 1
A 4 AÑOS
- VIII.6.4 PRINCIPALES CAUSAS DE MOR-
TALIDAD EN NIÑOS DE 0 A
4 AÑOS
- VIII.6.5 MORTALIDAD MATERNA
- VIII.6.6 MORBILIDAD

VIII.7 SITUACION NUTRICIONAL INFANTIL

- VIII.7.1 DESNUTRICION EN MENORES -

DE 5 AÑOS

VIII.7.2 ANEMIA

VIII.7.3 AVITAMINOSIS A

VIII.7.4 BOCIO

VIII.8 HABITOS Y CREENCIAS SOBRE LOS ALI-
MENTOS

VIII.9 SITUACION NUTRICIONAL DE LAS EM-
BARAZADAS

VIII.9.1 DESNUTRICION PROTEICO CA--
LORICA

VIII.9.2 ANEMIA

VIII.9.3 BOCIO

VIII.9.4 AVITAMINOSIS A

VIII.10 MEDIOS DE PRODUCCION

VIII.10.1 TENENCIA DE LA TIERRA

VIII.10.2 TENENCIA DE LOS INSTRUMEN-
TOS DE TRABAJO

VIII.10.3 PRODUCCION AGRICOLA

VIII.10.4 PRODUCCION PECUARIA

VIII.10.5 PRODUCCION ARTESANAL Y FA-
BRIL

VIII.10.6 FUERZA DE TRABAJO

VIII.10.7 INGRESOS

VIII.11 PERCEPCION DEL PROGRAMA POR PAR-
TE DE LA COMUNIDAD

VIII.12 PERCEPCION DE LA SITUACION MATER-
NO INFANTIL POR EL PERSONAL -
LOCAL DE SALUD

IX. CONCLUSIONES

X. RECOMENDACIONES

XI. BIBLIOGRAFIA

DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE SALUD DEL GRUPO MATERNO-INFANTIL EN EL AREA DE TIQUISATE, FEBRERO-JULIO DE 1975

II. INTRODUCCION

Sabiendo que el grupo materno-infantil forma o constituye el sesenta y cinco por ciento, de nuestra población en el país. Y que por sus propias características es el grupo que se encuentra sometido a mayor riesgo de enfermedad.

Sabemos también que no se tiene un diagnóstico real de la situación de este grupo, por lo que no se cuenta con datos reales concretos y precisos de la situación de este grupo, así como de su estructura en salud, por lo que no se puede encaminar planes de salud y atención, bien estructurados que causen el efecto deseado en este grupo.

Por lo anterior, pienso y deseo que este trabajo unido a otros similares, ayuden a tener el material de trabajo e información que se necesite para poder satisfacer las necesidades y resolver en parte los problemas de este grupo de población que como se dijo antes, es el mayor de nuestra sociedad.

III. OBJETIVOS

DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS:

- 1.- Brindar al estudiante de EPS la oportunidad de practicar sus conocimientos sobre investigación adquiridos en años posteriores.
- 2.- Fomentar la actitud hacia la investigación científica y estimular este tipo de investigación para practicarla en el futuro como profesionales.

DEL TRABAJO EN SI:

- 1.- Determinar en forma objetiva la situación de este grupo, para lograr una mejor orientación de los programas ya establecidos.
- 2.- Contribuir a la percepción de la comunidad y el personal de salud, acerca del "problema" materno-infantil y su orientación para la solución del mismo.

Queremos hacer constar que los objetivos de tanto los señalados por la facultad como los del trabajo en sí, se adaptan a la forma de pensar y sentir de su autor.

IV. JUSTIFICACION

Sería relativamente fácil el encontrar mil y una justificación, para la ejecución de este trabajo, pero quiero resaltar que la mejor y más valedera es que no existen datos acerca del grupo en cuestión y que tratándose de salud es al médico a quién le corresponde la recopilación de estos datos, para un mejor conocimiento de la situación materno infantil GUATEMALTECA, así como de otros grupos de población.

V. HIPOTESIS

De acuerdo a las consideraciones mencionadas anteriormente, se plantea y se someterá a prueba las siguientes hipótesis:

- 1.- La mayoría de los datos que presentan en el grupo MATERNO-INFANTIL son prevenibles con acciones concretas contra las causas de estos daños que en su mayoría son nutricionales e infecciosos, teniendo éstos como causa determinante, la situación económica-social de las personas.
- 2.- Que la percepción y la conciencia que se tiene del problema materno-infantil, varía significativamente entre la comunidad y el personal de salud así como el enfoque para las posibilidades resoluciones.

VI. MATERIAL Y METODOS

Estos varían de acuerdo al punto específico investigado a lo largo del trabajo.

VI.1 MATERIAL:

Las familias que integran la población total del municipio. Pero en el caso de Tiquisate, se me permitió tomar como universo a estudiar, solo las familias de las áreas urbanas; (población municipal y aldeas). Los libros del registro civil municipal, los archivos de los C/S. (Tres)

Mapas de la Dirección General de Estadística y Cartografía. Así como guías y formularios, facilitados por la facultad, para el efecto.

VI.2 METODOS:

Se realizó una encuesta de población del municipio - en la forma descrita anteriormente, con la participación de estudiantes de los dos últimos años de Perito Contador y el personal de salud del Municipio.

En esta encuesta por separado se obtuvo:

Población urbana y se tomó como rural la de las al-

deas; pues como dije antes se me permitió usar las aldeas - como rural por motivo de distancia, y no contar con ningún medio de transporte, puesto que la aldea más cercana, se encuentra a 31 Kms. de distancia de la cabecera municipal.

Se efectuó un estudio de las defunciones en el registro civil municipal para determinar la mortalidad para 1974.

Se realizó una encuesta solo en la cabecera municipal para estudiar la situación socioeconómica y nutricional de las personas del municipio. Así como la percepción del problema materno-infantil.

Se seleccionó una muestra de acuerdo al criterio siguiente:

El 30%	para poblaciones que tienen de 0 a 299 familias
El 20%	" " " " " 200 a 499 familias
El 15%	" " " " " 500 a 799 "
El 10%	" " " " " 800 o más "

En mi caso tocó estudiar al 10% de la población por tener más de 800 familias en el casquete municipal de Tiquisate; para ello se empleó el sistema de muestreo sistemático de muestreo de inicio al azar.

Se determinó el Módulo (M) de acuerdo a la fórmula siguiente:

$$M = \frac{\text{Total de Familias del Casquete}}{\text{Total de Familias de la muestra}} = \frac{1360}{136} = M = 10$$

POR LO QUE EL MODULO FUE DE 10.

VII. DURACION Y EXTENSION

El presente trabajo se llevó a cabo durante la práctica de EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO EPS RURAL durante los meses comprendidos de febrero a julio de 1975, que comprendieron el tiempo de mi práctica de E.P.S. RURAL.

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

VIII.1 DESCRIPCION:

VIII.1.1 DESCRIPCION DEL AREA DEL MUNICIPIO DE TIQUISATE:

Es uno de los municipios de más reciente fundación en el departamento de Escuintla.

Su clima es cálido ya que su promedio de altura es de 222 pies sobre el nivel del mar. Tiquisate colinda al Norte con los municipios de Río Bravo y Patulul del departamento de Suchitepéquez; al Sur con el océano Pacífico; al Este con el municipio de la Nueva Concepción, recientemente fundado en el departamento de Escuintla (año de 1974) el cual perteneció antes a Tiquisate; al Oeste con los municipios de Río Bravo y Sto. Domingo del departamento de Suchitepéquez.

Las tierras de Tiquisate son muy fértiles, gracias a que en casi toda su totalidad se encuentran ríos, zanjones, quebradas y lagunetas, pudiendo mencionar entre los principales ríos:

El Nahualate, Madre Vieja, Bravo, Mascalate, Sigüacán, Mapán, Cardoza, Seco, Zarco, Chicales, Algodón, Juilín, La Noria, Sanviente,

Placentas, El Chagüite, Tecojate y Verde.

Cuenta con aldeas reconocidas por Estadística y por Gobernación, las cuales son:

El Porvenir Barra del Nahualate, antes llamada El Semillero, y Aldea Huitzizil. Actualmente se elevan a categoría de aldeas Los Caseríos de San Francisco, Madre Vieja, San Juan La Noria, Almolonga, Las Trozas, Pinula y Champas Pinula, y que en el trabajo se tomaron como área rural, por los motivos antes expuestos.

También cuenta con los caseríos de: La Noria Los Barriles, Chicales, Ticanlú, Poza Verde, El Arisco.

También cuenta con parcelamientos de gran importancia en su desarrollo, como son:

El Arisco, Los Barriles, Pinula, Almolonga y Madre Vieja.

Son base también para la economía del municipio más de 200 fincas dedicadas a la agricultura y a la ganadería, siendo esta última un aliciente para la región ya que han obtenido primeros lugares en diferentes certámenes o ganaderos, por ejemplares logrados en haciendas de la jurisdicción de Tiquisate.

Entre sus productos agrícolas de mayor importancia encontramos:

Algodón, Caña de Azúcar, Banano, Ajonjolí, Citronela y granos básicos, como Maíz, Frijol y Maicillo.

VIII.1.2 VIAS DE COMUNICACION:

Tiquisate cuenta con dos vías de acceso al macizo municipal, por dos cintas asfaltadas, una proveniente del municipio de la Nueva Concepción el cual se desprende de la carretera que conduce de Escuintla a Mazatenango y que se encuentra en el lugar denominado Cocales, al cual llega también la carretera de reciente construcción que conduce al bello lago de Atitlán. La otra vía de acceso es la cinta asfáltica que se desprende de dicha carretera (Escuintla-Mazatenango) a la altura del lugar denominado Guatalón. Llegando el asfalto hasta la playa marítima del Semillero.

También cuenta con caminos de tierra que son transitables en verano y los cuales se encuentran distribuidos dentro de las fincas y parcelamientos anteriormente citados.

VIII.1.3 ADMINISTRACION Y GOBERNACION DEL MUNICIPIO:

Tiquisate está regido por el gobierno municipal el cual está integrado por un alcalde, sus alcaldes auxiliares en cada una de las aldeas y caseríos, un consejo municipal y comités de vecinos pro-mejoramiento de Tiquisate.

VIII.1.4 HISTORIA DEL ORIGEN DE TIQUISATE:

Sabiendo que casi toda la región costera del sur de Guatemala estuvo habitada en época precolombina, por los Pipiles, quienes al igual que otras tribus de origen Nahuatl

teca, vinieron del Norte y quedan vestigios de su adelanto en pinturas, esculturas y relieves que se pueden apreciar en arqueologías nacionales, en los museos nacionales.

En Tiquisate las regiones arqueológicas exploradas fueron: Fincas: Ixtepeque, La Flora, La Noria, Moyuta, Solola y Zunil.

Según se sabe ya por el año de 1600 existía el municipio de San Juan Mixtán, que posteriormente dio origen a Santa Ana Mixtán, por un suceso de origen MISTICO. El primero de los mencionados fue fundado por cédula real en tiempo de la colonia.

Haciendo una reseña caso cronológica de la evolución del área, encontramos que el 6 de Agosto de 1910 fue establecido como municipio a Santa Ana Mixtán, procediéndose a medir y lotificar entre los vecinos de aquel municipio, 40 caballerías que tenía titulado dicho pueblo, quedando el resto para astilleros municipales. Sus habitantes se dedicaron a la agricultura, teniendo también explotaciones de sal, en el antiguo puerto de Tecojate.

El 6 de Octubre de 1923, el gobierno de Guatemala celebró un contrato con el Sr. Arturo Wallemborg dueño de la finca Concepción La Grande y Anexos, por medio del cual se le autorizaba a construir en la costa del Pacífico y en terrenos de su propiedad entre las barras de los ríos Nahualate y Madre Vieja, un embarcadero, el cual tendría la finalidad de exportar e importar productos a esta zona. Este contrato se le otorgó por 50 años y fue aprobado por el acuerdo gubernativo del 8 de Octubre de 1923.

El Sr. Wallenberg cedió esta concesión a una compañía extranjera que a su vez lo cedió a otra, siendo esta la "GUATEMAL PLANTATION LIMITED" quien cumplió todas las cláusulas comprometidas en el contrato original exceptuando de la construcción de dicho puerto, pues al estar próximo el inicio de la construcción del mismo se vio bloqueada por una cía. mayor en capital y en influencia, por lo que tuvo que retirarse impidiéndose así la construcción de dicho puerto se hubiera llamado "CONCEPCION DEL MAR".

Luego se sucedieron tres compañías más en la región siendo la última de estas la Compañía Agrícola de Guatemala C.A.G. quien obtuvo su autorización para operar en el país el 9 de Diciembre de 1930. Nuevamente se contrajo el compromiso de construcción de un moderno puerto en la costa del Pacífico donde los ingenieros de esta compañía lo consideraran propicio, a una distancia no mayor de 7.5 Kms al este del río Coyolate. Obligándose a construir un muelle o malecón que permitiera atracar a dos barcos simultáneamente, en marea baja y con un calado de no menos de 22 pies ingleses.

Lo anterior no pasó de ser un proyecto, pues 6 años después, el gobierno prácticamente dispensó a esta compañía de la construcción de dicho puerto.

No se puede negar que estas compañías trajeron el desarrollo a esta región, pues se introdujeron 500 millas de vía férrea, una estación radiográfica y un hospital, así como la construcción de casas y escuelas para sus laborantes, pero también lograron grandes ganancias con la explotación de las tierras dadas a dichas compañías, y que tam-

bién hubieran podido brindar un mejor aporte al país con la construcción del puerto, del cual hablamos anteriormente.

El 24 de Junio de 1937 el Gral. J. Ubico estableció como aldea a Tiquisate y el 5 de Marzo de 1947 se sancionó el decreto por el cual se convertía a Tiquisate en municipio y como cabecera municipal a PUEBLO NUEVO TIQUISATE.

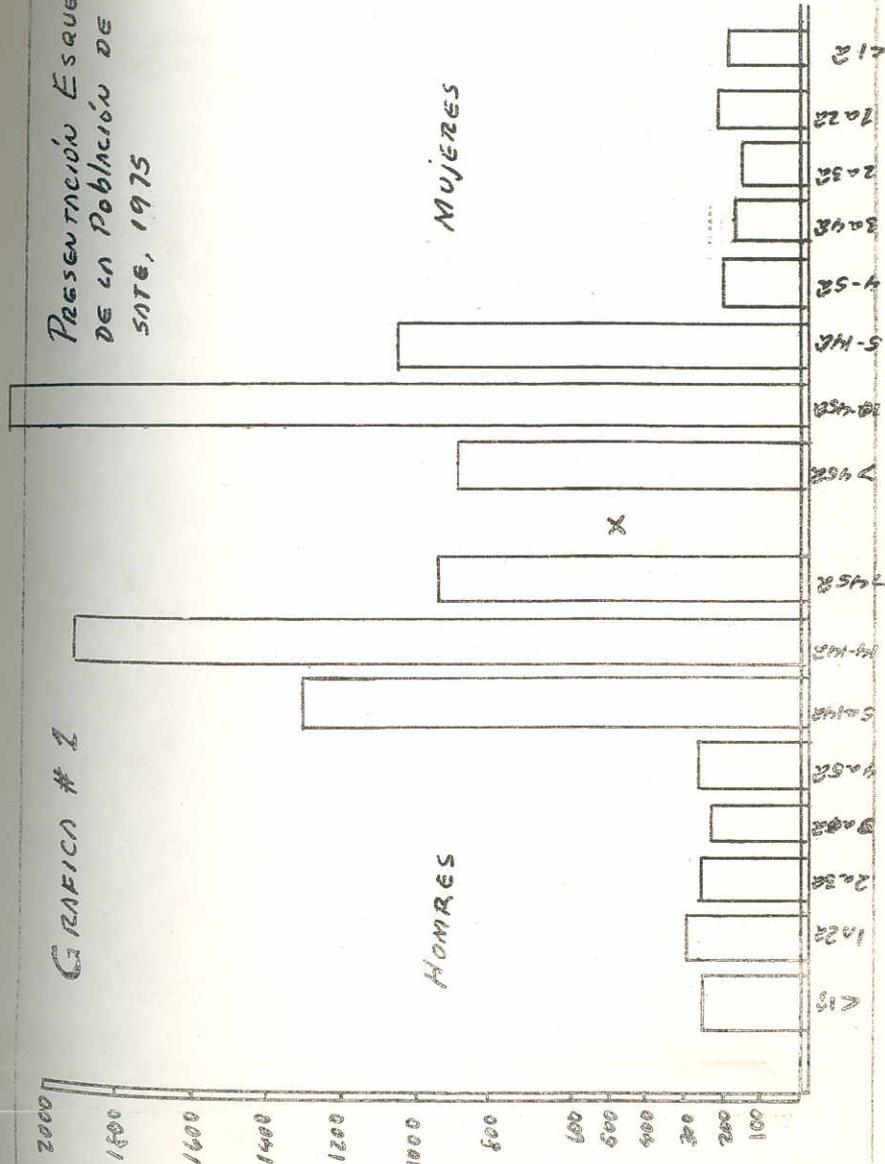
VIII.2 POBLACION:

Como se dijo anteriormente se tomará como población urbana la de Pueblo Nuevo Tiquisate, ya que ésta es la cabecera municipal y como rural a los habitantes de las aldeas reconocidas por gobernación y las que están en vías de ser ascendidas.

VIII.2.1 POBLACION GENERAL:

Población total:	9928 habitantes.
Población urbana:	7362 habitantes.
Población rural:	2566 habitantes.

Presentación Esquemática
de la Población de Tiquipate, 1975



GRAFICA # 2

HOMRES

MUJERES

VIII.2.2 POBLACION POR SEXO Y EDAD (AÑO, TIQUI SATE)

Intervalo	# de Individuos		%		Totales Ambos Sexos
	Hom- bres	Muje- res	Hom- bres	Muje- res	
Menor de 1 año	251	189	4.85	3.96	440
1 a 2 años	266	207	5.14	4.34	473
2 a 3 años	234	186	4.52	3.90	420
3 a 4 años	217	191	4.19	4.00	408
4 a 5 años	251	195	4.85	4.09	446
5 a 14 años	1219	968			2187
15 a 44 años	1212	1035	23.42	21.72	2247
Mayores de 45 a.	1866	1912	36.06	40.13	2778
Totales:	859	782	16.60	16.41	1641
	5174	4764	52.00	47.94	9938

TABLA #1

NOTA: LOS % ESTAN EN RELACION AL SEXO

Como podemos apreciar al sumar los cinco primeros años que forman los cinco primeros intervalos vemos que en el caso de los hombres rebasa al intervalo siguiente que sigue siendo aún más amplio por contar con individuos de nueve años de diferencia, también rebasa notablemente a los "ancianos" por lo que al construir la piramide nos muestra un pueblo en vías de desarrollo.

VIII.2.3 MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA:

1912 mujeres a las que les corresponde el 40.13%. Su número de conformidad con la tabla anterior es de 1912 por experiencia propia en el área creo que podría ser mayor pues tuve muchas pacientes en control prenatal menores de 14 años.

VIII.2.4 EMBARAZOS ESPERADOS:

Siendo el 5% de la población total le corresponde 496.9 pero como no hay décimas de embarazos serán 497 embarazos esperados para 1976.

VIII.2.5 ABORTOS ESPERADOS:

Se toman como abortos esperados el 10% de los embarazos esperados. Correspondiendo en este caso a:

Embarazos esperados 497 para 1976

Siendo su 10% = 49.7

Por lo que el número de abortos esperados es de 50 para 1976.

VIII.2.6 PARTOS PROBABLES:

Lógicamente esto resulta de la diferencia de los embarazos esperados menos los abortos esperados

$$497 - 50 = 447$$

El número de partos probables es de 447 partos para 1976.

VIII.3 TASAS:

VIII.3.1 TASA DE FECUNDIDAD:

En el área de Tiquisate, como se dijo anteriormente se tuvo el problema de la separación de la Nueva Concepción para la formación de un nuevo municipio y puesto que hasta diciembre del año pasado (1975), tuvo lugar el acontecimiento, los datos usados no son completamente dependientes del municipio de Tiquisate.

$$\text{Tasa de fecundidad} = 156.066 \times 1,000$$

VIII.3.2 TASA DE NATALIDAD:

Por la razón expresada anteriormente la natalidad de Tiquisate corresponde a:

$$\text{Tasa de Natalidad} = 30.056 \times 1,000$$

VIII.4 CRECIMIENTO VEGETATIVO:

Este se logra determinar restando las tasas de natalidad menos la de mortalidad.

30.056 - 10.112 = 19.944

VIII.5 SITUACION SOCIAL Y ECONOMICA:

VIII.5.1 LA FAMILIA:

El grupo familiar está constituido por un jefe, que es el padre, la madre y los hijos, con estos pueden vivir parientes o en algunos casos servidumbre.

Como es el padre quién gobierna la familia, podemos decir que es un patriarcado.

No podemos conocer la distribución (urbana o rural) de la familia por la forma en que se procedió a efectuar la encuesta, la cual explicamos anteriormente.

VIII.5.2 ESTADO CIVIL:

No se puede evaluar el estado civil de las personas, pues el instrumento de trabajo que nos facilitó la Escuela de Medicina, adolecía de ese inciso. Pero en la práctica se podía observar que predomina el MATRIMONIO DE UNION O HECHO.

Rural: 491 familias
Urbano: 1360 familias.

VIII.5.3 EL NUMERO DE MIEMBROS POR FAMILIA:

El número de miembros por familia es de 4.51 por lo que se aproxima a 5 miembros por familia.

NUMERO DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS: 142 niños.

ESCOLARIDAD DE LA FAMILIA:

No se puede efectuar por edades por la forma del instrumento del censo, por lo que se efectuó de la siguiente forma:

ALFABETAS: 5767

ANALFABETAS: 4161

NUMERO DE MIEMBROS DE 7 A 14 AÑOS QUE ASISTEN A LA ESCUELA: 1501 ASISTEN.

VIII.6 DAÑOS:

Para efectuar este capítulo, se tendrá que tomar en cuenta, que los datos serán combinados tanto los de morbilidad logrados obtener del año pasado con los nuestros tomados de la encuesta efectuada. Tal es el caso de puntos anteriores, tales como Natalidad, Crecimiento Vegetativo, etc.

VIII.6.1 MORTALIDAD:

Tomada la tasa de mortalidad como la resultante de dividir el número de muertes entre la población y se expresa por 1,000 es igual a 10.112.

Tasa de mortalidad: 10.112×1000

VIII.6.2 MORTALIDAD EN MENORES DE 1 AÑO:

Tasa de mortalidad en menores de 1 año = 13.270×100

Tasa de mortalidad en menores de 7 días = 43.00×100

Tasa de mortalidad neonatal = 32.17×1000

Tasa de mortalidad post-neonatal = 30.0000×1000

VIII.6.3 MORTALIDAD EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS:

La tasa específica de mortalidad en niños menores de 4 años dio el resultado siguiente:

T. M. menores 4 años = 51.09×100

VIII.6.4 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN NIÑOS DE 0 A 4 AÑOS:

El mayor número de defunciones, es referida por gente profana por lo que la mayor causa de defunción, está comprendida entre los estados morbosos mal definidos y los reglones de infección, enteritis y otras enfermedades diarreicas.

Referente al renglón de "Estados Morbosos mal Definidos" podemos citar diagnósticos de defunción como "Calentura y Fríos", "Fiebre Cerebral", "Ataque de Lombrices", etc.

Por lo que podemos observar claramente que los diagnósticos de defunción son dados por personas que carecen de toda clase de conocimientos médicos, y que da la impresión de que muchos de estos diagnósticos son dados a capricho de estas personas.

VIII.6.5 MORTALIDAD MATERNA:

En los datos obtenidos se encontró únicamente ocho defunciones por causa obstétrica, no pudiendo determinar causas que se pedían en el protocolo, lo que se tratará a continuación: solo se pudo identificar las defunciones intraparto.

Con respecto al párrafo anterior, y como se ha dicho anteriormente en este trabajo, las defunciones no son diagnosticadas o certificadas por facultativos, se pierden por esta razón diagnósticos de defunción de personas embarazadas o puerperas, las cuales forman o pueden formar parte del renglón de Estados morbosos mal definidos o simplemente diluirse entre otros diagnósticos dejando sin manifestar la gravidez o no de la paciente y tal vez con mucho mayor frecuencia en los abortos complicados, criminales o no, pues el aborto en si es una patología, que podríamos llamar secreta, por la ideología de nuestro pueblo.

Tasa de Mortalidad Materna = 2.68×1000

Los diagnósticos de mortalidad materna encontrados fueron:

Trabajo de parto prolongado con paro cardio-respiratorio = 2
Anemia aguda post-parto = 2
"Muerte por Parto" = 2

Como se puede apreciar por el tipo de diagnóstico cuando murieron en el hospital, bajo tratamiento médico, dos pudieron haber sido llevadas bajo condiciones muy graves al hospital el cual NO CUENTA CON UN BANCO DE SANGRE y dos fueron diagnosticadas por personas que desconocen de medicina y sus términos; esto podría dar una idea falsa de la verdadera situación pues tendríamos que más del 70% de las defunciones maternas ocurren en el hospital, pero como sabemos que mujeres embarazadas y puerperas mueren y cuyos diagnósticos no se encuentran bien definidos o simplemente no se encuentran, nos hace pensar que la mortalidad materna ocurrida en el hospital o con médicos particulares es sumamente baja en el municipio.

VIII.6.6 MORBILIDAD:

Desgraciadamente esto no se pudo obtener como hubiésemos querido, pues representaba un trabajo muy laborioso y como es fácil suponer, además del servicio médico prestado en el centro de salud como consulta y la encuesta realizada tanto en las aldeas como en la cabecera municipal, absorbía prácticamente todo nuestro tiempo, y para poder sacar la morbilidad hubiésemos tenido que revisar todo el archivo tanto del centro de salud como el del hospital, puesto que el hospital y el centro de salud quedan en el

mismo edificio la gente consulta indistintamente a los dos, por lo que fácilmente se puede palpar la imposibilidad de la tarea y por lo que decidimos tomarla de datos ya tabulados tanto del hospital como del centro de salud, pero los cuales no se encontraban por edades, ni por grupos étnicos, sino solamente como un número de casos X, por lo que para hacerlo más objetivo se presenta en forma de gráficas y se comentarán las mismas.

VER GRAFICA #2: ANEMIA DE ETIOLOGIA A DETERMINAR, TIQUISATE 1974

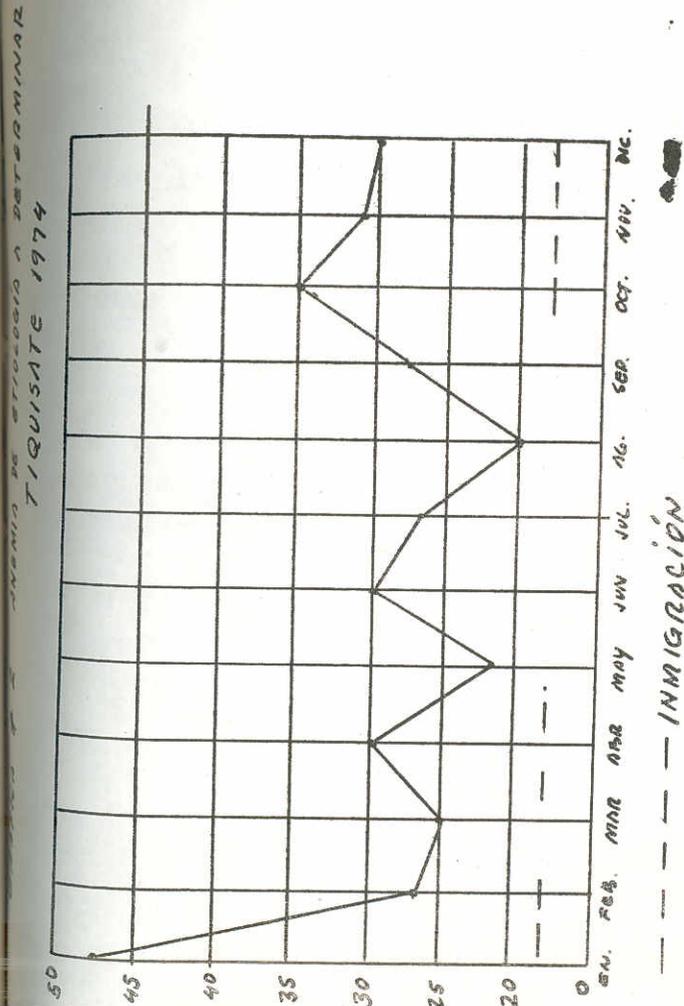
Podemos observar que la curva en la gráfica se hace más alta durante los meses de inmigración, que son los meses que corresponden a la recolección de las cosechas y la nueva siembra de los campos, lo cual requiere lógicamente más mano de obra, correspondiendo la mayor cantidad de los casos al mes de enero con un total de 48 casos en el mes, y el menor a agosto por tener únicamente 20 casos, hay que hacer la salvedad de que no a todos los pacientes se les efectúa hemoglobina de rutina cuando consultan al hospital sino que hasta que esta se encuentra clínicamente por lo que a muchos pacientes que pueden presentar anemia relativamente baja pasan desapercibidos, pues como sabemos sería un gasto grande el efectuarle el examen a todos los pacientes; también el número de pacientes aumenta durante la inmigración, fenómeno que explica fácilmente la mayor incidencia durante estos meses.

VER GRAFICA #3: GASTRO-ENTERO-COLITIS DE
ETIOLOGIA A DETERMINAR
(1974)

Como dijimos anteriormente la inmigración a la región aumenta el número de consultas efectuadas tanto en el hospital como en el centro de salud; también observamos que esta ocurre durante la época de verano pudiendo observar que durante la misma aumenta considerablemente la incidencia de diarreas, lo cual es contrario a lo que se esperaría, puesto que es en invierno con las primeras lluvias cuando bajan aguas más abundantemente contaminadas desde el altiplano se esperaría que la incidencia de diarrea fuera mayor; por otro lado tenemos que cuando se efectúa la inmigración los inmigrantes cambian relativamente su dieta, no teniendo datos concluyentes acerca de lo anterior, pues esto ocurre en las fincas donde no se pudo efectuar el estudio. En resumen en los primeros meses de la inmigración aumenta todo tanto las consultas, como la incidencia de diarrea en el área.

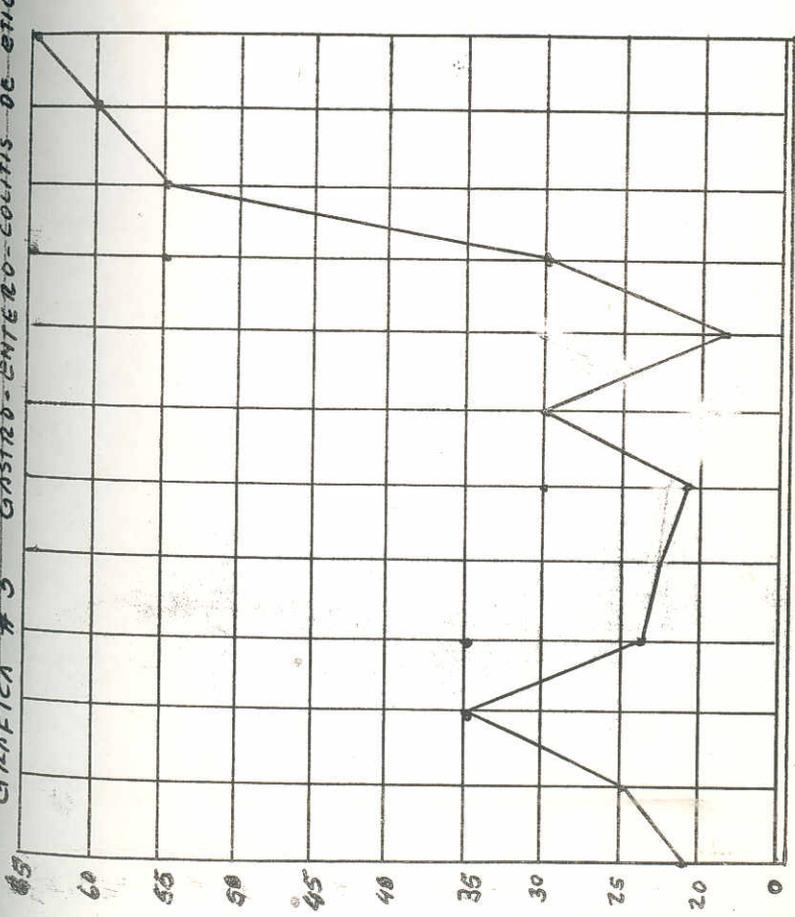
GRAFICA #4: AMEBIASIS DIAGNOSTICADA POR
LABORATORIO, 1974

Como el Centro de Salud de Tiquisate se encuentra en el mismo edificio que el Hospital, se pueden efectuar algunas pruebas de laboratorio, haciendo uso del mismo, y entre ellas podemos contar el de Heces en Fresco; y como se puede observar en la gráfica anterior la mayor incidencia se encuentra en los meses de octubre y enero; pero si toma-



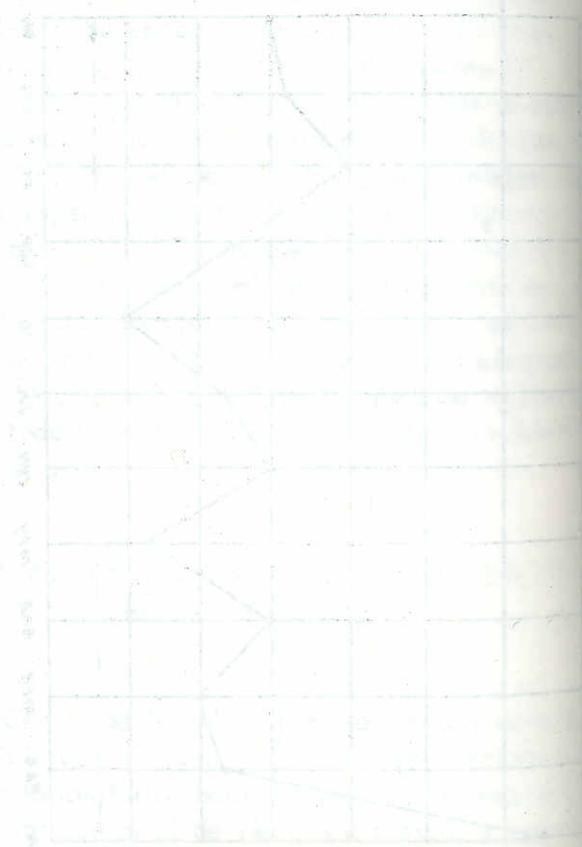
GRAFICA # 3 GASTRO-ENTERO-COLITIS DE ETIOLOGIA A DETERMINAR (1974)

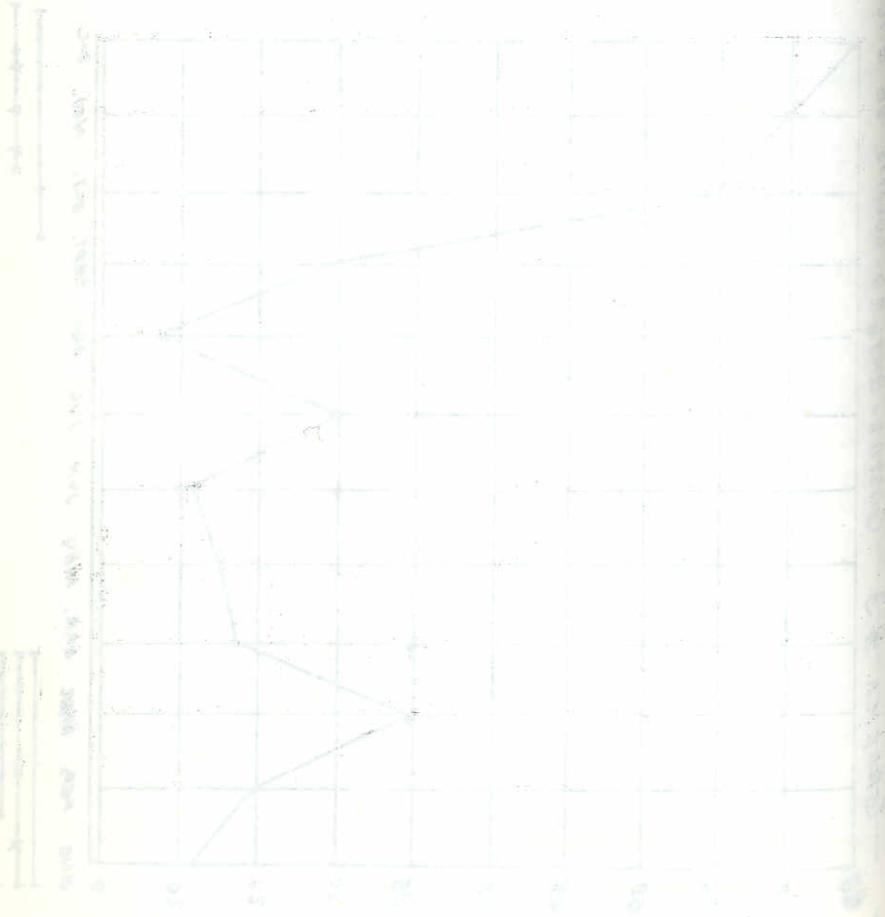
VERANO
 INMIGRACION
 EPOCA MAS SECA



ENE FEB. MAR. ABR. MAY JUN JUL AGO. SEPT. OCT. NOV. DIC

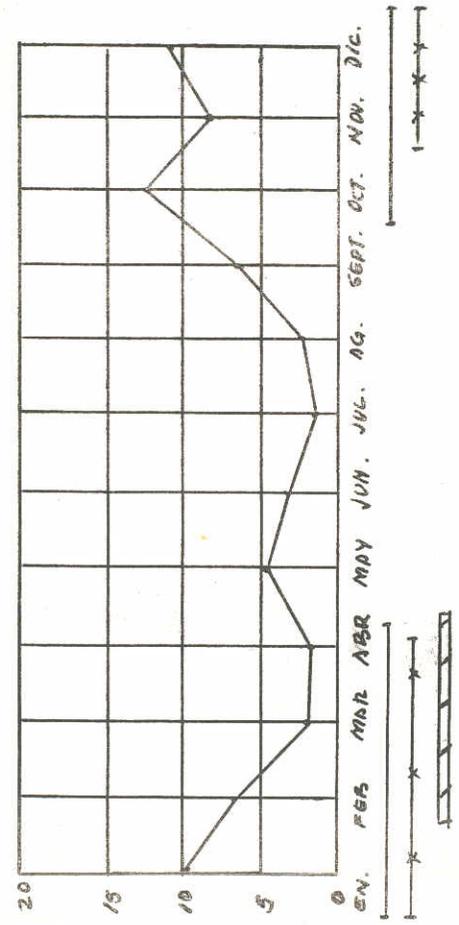
INMIGRACION





GRAFICA # 4 AMEBIASIS DIAGNOSTICADA POR LABORATORIO, 1974

┌───┐ VERANO
 ┌ * * * ──┐ INMIGRACION
 ┌ ── * ──┐ ÉPOCA MÁS SECA



INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
 LABORATORIO DE PARASITOLOGÍA Y PATOLOGÍA DE LOS ANIMALES

mos en cuenta que enero es uno de los meses dónde hay ma yo r de ns id ad de p ob l a ci o n, es fácil poder comprender que para el año 1974 la mayor incidencia en los habitantes del área fue el invierno en la costa sur.

También podemos observar que el número de casos es bajo, no llegando a 15 en ninguno de los dos meses y comparando mutuamente la densidad de población en los dos meses citados anteriormente, podemos corroborar que hay mayor incidencia en el mes de octubre llegando a su máximo a finales del mes, para 1974.

GRAFICA #5: PARASITISMO INTESTINAL, POR LA LA B O R A T O R I O, 1974

Como se dijo antes, en gráfica anterior se podía ver coincidir un patrón más o menos de acuerdo a las gráficas anteriores, y así lo vemos en esta gráfica en la cual podemos observar que la curva se encuentra baja en el invierno y muy alta en los períodos secos marcándose más en los últimos meses del año al principio del verano en algunas gráficas.

Como se dijo antes, no se pudo obtener una explicación científica a este fenómeno pero se pudo descartar la acción de "lavado" de las primeras lluvias en el área de Tiquisate.

VER GRAFICA #6: BRONCONEUMONIAS EN 1974.

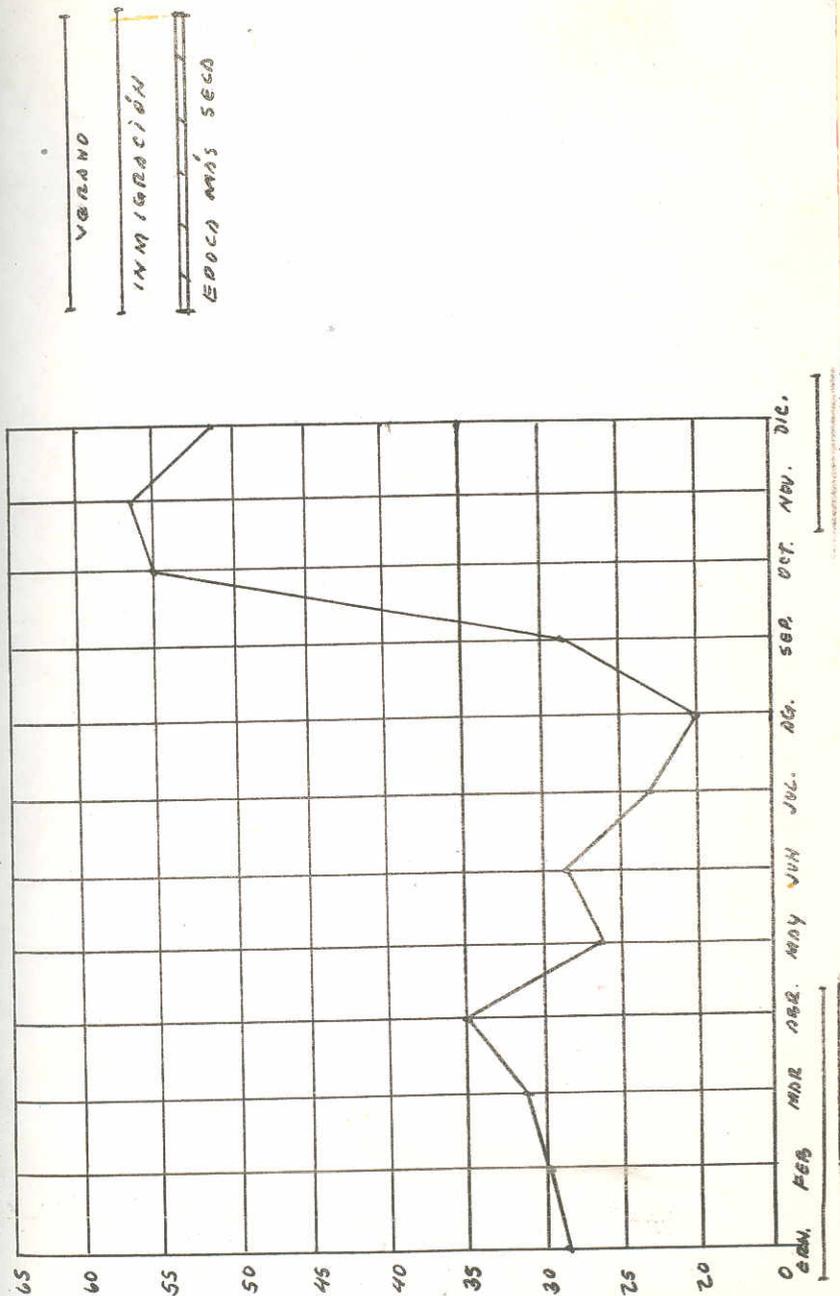
Podemos observar que los problemas respiratorios si aumentan en el invierno dónde lógicamente la humedad es mayor y se evita bastante el problema de desecación que en Tiquisate es muy elevada debido a sus campos algodone ros los cuales tienen muy poca vegetación, dando así mayor área de exposición de sus suelos al sol, por lo que gran parte de los microorganismos infectantes mueren por desecación.

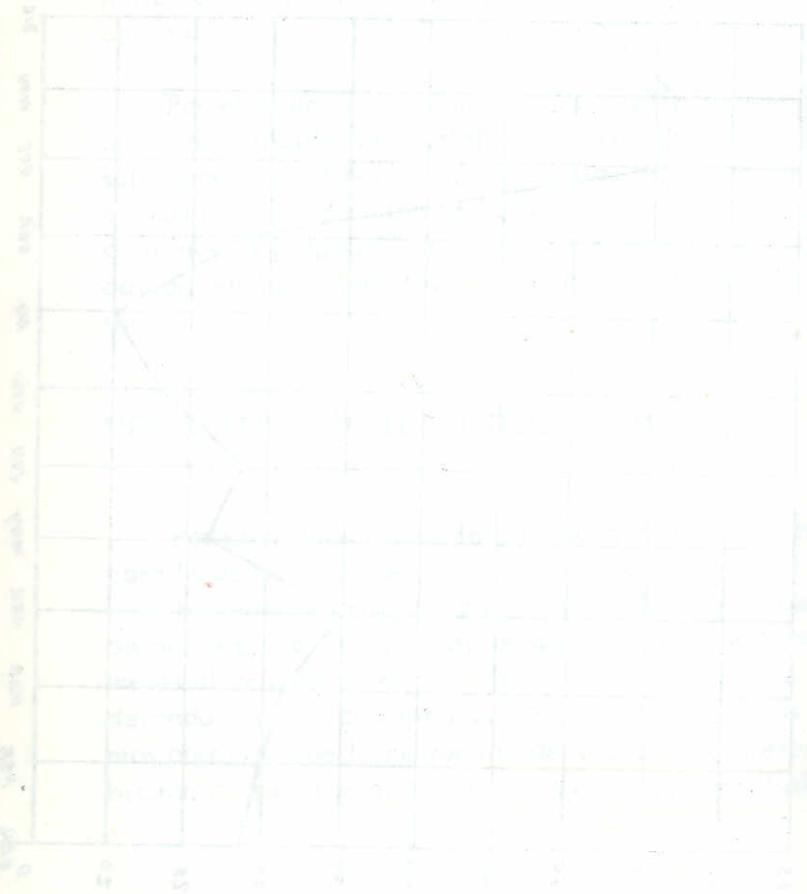
Por el mismo mecanismo podría explicarse que las aguas descendidas del altiplano al principio del invierno sólo hacen una "siembra" a las orillas de los ríos y los así contaminados extienden la infección por los diferentes mecanismos de propagación, sin tener el problema de la desecación por la humedad relativa máxima al final del invierno.

VER GRAFICA #7: DESNUTRICION 1974.

Podemos observar en la gráfica que la curva de 1974 para la desnutrición en área de Tiquisate es relativamente baja teniendo su mayor alza a finales de año de los meses de octubre, noviembre y diciembre, correspondiendo estos meses al principio de la inmigración del territorio. Considerando las gráficas anteriores y viendo sus curvas podemos observar que la mayor incidencia de los diferentes problemas de salud se encuentran en dichos meses, bajando

GRAFICA # 5. PARASITISMO INTestinal, POR LABORATORIO, 1974





GRAFICA # 5. BRONCONEUMONIAS EN 1974

→ VERANO
 × INMIGRACIÓN
 □ EPOCA MAS SECA

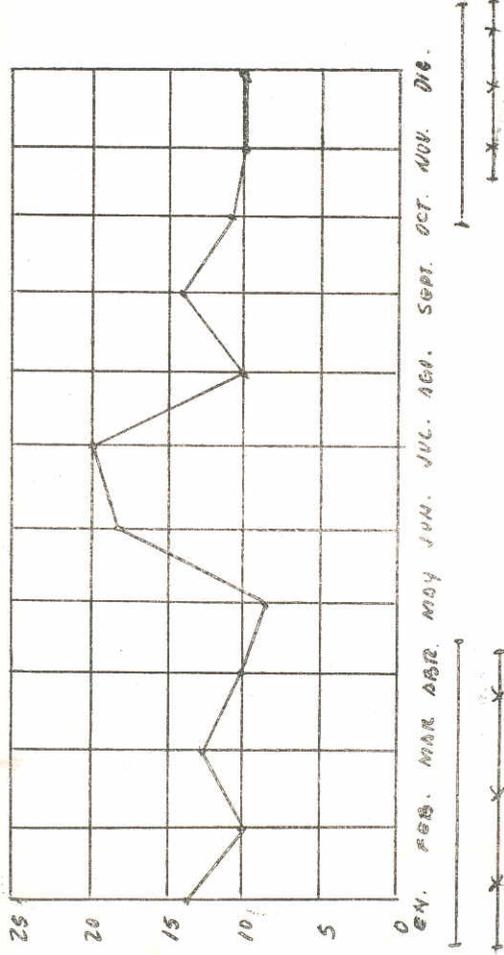
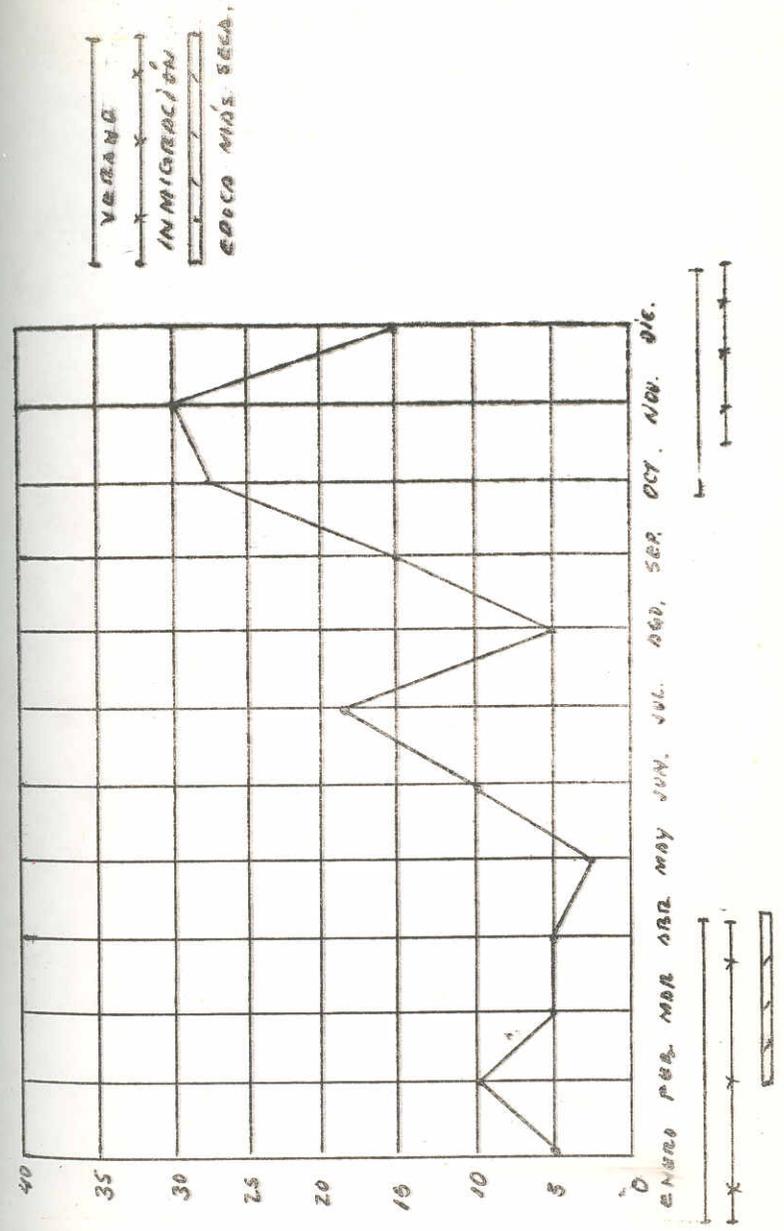




GRAFICO # 7 DESNUTRICIÓN, 1974



paulatinamente hacia la finalización de la recolecta de cosechas a donde termina la inmigración al territorio, por lo que la población lógicamente baja. Creo que parte del fenómeno se debe a que el número de consultas baja al final de la inmigración por lo que aparecen resueltos la mayoría de los problemas de los inmigrantes.

VIII.7 SITUACION NUTRICIONAL INFANTIL:

VIII.7.1 DESNUTRICION EN MENORES DE 5 AÑOS:

Niños menores de 5 años	146
Niños normales	90
Niños desnutridos	56
Desnutrición grado I :	35 Niños
Desnutrición grado II :	20 Niños
Desnutrición grado III:	1 Niño

VIII.7.2 ANEMIA

De la muestra de 146 niños, 90 niños presentaron conjuntivas pálidas, pero como es lógico no se les puede hacer hematología a todos por lo que representa económicamente.

VIII.7.3 AVITAMINOSIS A:

No se encontró ningún signo de avitaminosis a en los pacientes examinados de la muestra.

Creo que esto se debe al tipo de dieta ya que el área contiene muchos árboles productores de frutos ricos en carbohidratos y proteína como el roteno.

VIII.7.4 BOCIO:

En la muestra analizada no se encontró ningún nódulo tiroideo, ni en la práctica tuve la oportunidad de encontrar alguno por lo que creo que en Tiquisate no se encuentra bocio.

VIII.8 HABITOS Y CREENCIAS SOBRE LOS ALIMENTOS

Podemos decir que la dieta habitual de las familias de Tiquisate se compone básicamente de carbohidratos y que es deficiente en proteína de calidad óptima como lo es la proteína animal, puesto que casi un 97% tienen una alimentación de carbohidratos tres veces al día por siete días a la semana y muy pocas comen carne todos los días, pero más del 90% lo hacen por lo menos una vez por semana, aunque en la práctica no sea esta la realidad, esta fue la información recogida en los instrumentos de encuesta; y creo que esto se debe a que los consejos dietéticos del médico en el centro de salud y a la situación económica de las personas; pues es fácil comprender que muchas personas mencionaron la carne como parte de su dieta puesto que quien la estaba interrogando le ha recomendado que la incluya en su dieta, pero económicamente esta persona no puede efectuar esta compra, puesto que como se observará más adelante en el trabajo, el ingreso per-cápita en Tiquisate es muy bajo.

La alimentación de las Embarazadas y de los niños pre escolares no cambia mucho a su dieta habitual salvo en la ingestión de ATOLES los cuales los reportaron escasamente, no sabemos si se deba al fenómeno antes descrito.

VIII.9 SITUACION NUTRICIONAL EN EMBARAZADAS:

VIII.9.1 DESNUTRICION PROTEICO CALORICA:

Total de embarazadas en la muestra: 11
Normales: 11 no presentaron ningún grado de desnutrición.

VIII.9.2 ANEMIA:

Seis de las once pacientes presentaron conjuntivas pálidas.

De las once se les efectuó hemoglobina (solo hemoglobina reporta el laboratorio de Tiquisate) a siete de las embarazadas, estando las siete entre 10 gr y 13 gr siendo sólo una la que presentó 14 gr, las cuatro restantes no se les practicó el examen por falta de colaboración de parte de ellas.

Pero la experiencia de la práctica revela que la mayoría de pacientes embarazadas en Tiquisate presentan algún grado de anemia comprobada por el laboratorio.

VIII.9.3 AVITAMINOSIS A:

Como se dijo anteriormente de los parámetros que se daban en el instrumento II sólo una paciente presentó conjuntivitis no purulenta pudiéndose demostrar posteriormente una rinitis alérgica.

VIII.9.4 BOCIO:

Fueron negativas las palpaciones y observación de la tiroidea para investigar Bocio.

VIII.10 MEDIOS DE PRODUCCION:

Como se dijo antes la encuesta se realizó en la población de Tiquisate y en las aldeas y los datos de producción fue de la segunda muestra la cual fue tomada del Casquete Municipal, por lo que no aparece datos de las Grandes Fincas Algodoneras y Ganaderas de Tiquisate, que representan el renglón más fuerte de la economía del municipio, ya que de ellas depende muchos de los moradores del municipio en general, siendo la mayoría de la población. La parte urbana se dedica a labores propiamente urbanas, como pudimos comprobar por la encuesta y se expone más adelante.

También Tiquisate cuenta como se dijo antes en la descripción del área con varios parcelamientos los cuales también son grandes en extensión, pues anteriormente fueron fincas de las compañías agrícolas que funcionaron en el municipio y que luego se trasladaron al departamento de Iz...

bal dónde establecieron las fincas bananeras ahora de la actual compañía BANDEG UA.

En resumen: Las parcelas y las fincas de Tiquisate, que representan la economía agrícola del municipio, no se encuentran en la muestra puesto que sus moradores viven en ellas, en su mayoría, y no se encuestó el área rural propiamente dicha, por ser físicamente imposible efectuarlo con un grupo tan reducido (5 personas). Pero aun así podemos decir que las personas que viven en esas fincas viven en condiciones malas pues tienen más promiscuidad entre ellos puesto que viven en construcciones llamadas yardas en las cuales viven hasta ocho familias separadas únicamente por débiles divisiones que en ocasiones son de cartón. Y esto es sin tomar en cuenta a los inmigrantes que viven infra-humanamente debajo de estas yardas.

VIII.10.1 TENENCIA DE LA TIERRA:

La cantidad de familias que tienen tierra para sembrar es de: 10, en el casquete municipal, y 126 familias no las tienen. De las 10 familias terratenientes, 8 familias son propietarios de las tierras y 2 familias tienen tierras a "medias" o sea que hay otro dueño conjuntamente con ellas.

VIII.10.2 TENENCIA DE LOS INSTRUMENTOS DE TRABAJO:

Las diez familias que poseen tierras o las tienen a "medias" poseen sus instrumentos de trabajo, pero estos varían de tipo con respecto al tipo de tierra, al grado de cultura -

del individuo, a la labor que ejecuta, a su poder económico y adquisitivo. Por lo que el tipo de instrumentos van desde el simple machete, hasta la maquinaria agrícola, aun que esta última no sea completa.

Por lo antes descrito podemos decir que todos los agricultores del área de Tiquisate son propietarios de sus instrumentos de Labranza en mayor o menor grado.

VIII.10.3 PRODUCCION AGRICOLA:

Las 10 familias poseedores de tierra tenían parcelas, las cuales en Tiquisate son de 384 cuerdas de 1666 v².

Como se dijo antes no todas las familias son propietarias únicas de dichas tierras, o no todas las siembran en su totalidad o las dedican a la ganadería.

- 2 familias dedican su tierra a la ganadería.
- 2 familias siembran caña de azúcar.
- 4 familias siembran maíz y 2 familias más, maíz a medias con familiares.

Entre las dos familias ganaderas poseen alrededor de 600 cabezas, incluyendo vacas, toros y becerros.

Las familias que siembran maíz producen alrededor de 1½ qq por cuerda, aunque como ya dijimos más de 3 familias no siembran totalmente sus tierras.

NINGUNA DE LAS FAMILIAS TERRATENIENTES USA ABONO.

VIII.10.4 PRODUCCION PECUARIA:

Gallinas 123 que producen más o menos 100 docenas de huevos al mes, los cuales son utilizados para consumo y venta de la familia que los posee en su mayoría, pues las que tienen pocas las usan únicamente para su consumo.

Cerdos 6 los cuales pertenecen a una familia que los usa para la venta.

Vacas 597 cabezas las cuales son productoras de leche y se utilizan para venta, la leche producida se vende en su mayoría lógicamente.

VIII.10.5 PRODUCCION ARTESANAL Y FABRIL:

1 ama de casa hace comida para vender, por su cuenta en el mercado.

VIII.10.6 FUERZA DE TRABAJO:

COLONO:	0
CUADRILLERO:	5
JORNALERO:	53
TRABAJA POR SU CUENTA:	38
OTROS:	36

VIII.10.7 INGRESOS:

INGRESO ECONOMICO FAMILIAR AL AÑO: Q 96.63
INGRESO PERCAPITA: Q 0.25
INGRESO EN ESPECIE:

El ingreso en especie por familia es demasiado difícil de calcular puesto que en todas las familias hay ingresos en especie de diferentes eticologías, los cuales les cuesta a ellos mismos poder calcular.

VIII.11 PERCEPCION DEL PROBLEMA DE SALUD POR PARTE DE LA COMUNIDAD:

Quien le atendió en su último parto:

MEDICO:	7
COMADRONA:	75
ENFERMERA:	30
NINGUNO:	2

Quien le gustaría que la atendiera en su próximo parto:

MEDICO:	79
COMADRONA:	21
ENFERMERA:	14
NINGUNO:	0

Donde le gustaría que le atendieran su próximo parto:

EN SU CASA:	21
EN EL C.S.:	2
EN EL HOSPITAL:	91

Ustedes han tenido control prenatal en el presente o en el último embarazo:

SI:	50
NO:	64

Si tuvo control prenatal en el embarazo, con quién lo tuvo:

MEDICO:	50
COMADRONA:	0
ENFERMERA AUXILIAR:	0

A que lugar asistió al control prenatal:

HOSPITAL:	0
AL C.S.	46
MEDICO PART.:	4
CASA:	0

Cree usted que es necesario o conveniente el control prenatal:

SI:	106
NO:	8

POR QUE?

Las respuestas positivas fueron acerca de que de esa forma se evitan complicaciones durante el embarazo y al final de este.

Cree usted que es conveniente la atención hospitalaria del parto:

SI:	97
-----	----

35

NO: 17

POR QUE?

Al igual que las preguntas anteriores las respuestas positivas son acerca de poder evitar las complicaciones y que si estas se presentan se pueden resolver mejor.

Las respuestas negativas se refieren a que con atención hospitalaria o sin ella los partos siempre se producen.

Le da problemas a usted el embarazo?

SI: 39
NO: 75

Qué problemas le puede dar:

Las respuestas afirmativas se tradujeron en signos de gestosis.

Puede darle problemas al nuevo niño su embarazo?

SI: 0
NO: 100

Cuando se le enferma un niño que es lo primero que hace?

Darles remedios caseros: 60
Llevarlo al curandero: 9
Llevarlo al farmacéutico: 20
Llevarlo al C.S. o al Hosp.: 41
Llevarlo con médico particular: 6

Están vacunados sus hijos menores de 5 años?

SI: 100
NO: 36

Qué vacunas les han puesto?

Sarampión: 48
D.P.T. 100
Antipolio: 100
Tifoidea: 5
B.C.G. 8

Cree usted que las vacunas ayudan a las personas?

SI: 107
NO: 29

Por qué?

Si, porque previenen enfermedades.

No, los jefes de la familia no se enfermaron y no son vacunados.

Lleva a su hijo a control de crecimiento y desarrollo:

SI: 23
NO: 35

Por qué lo lleva?

Para el control de su salud.

Cuando un niño no está enfermo, cree usted que es conveniente que lo examine un médico o una enfermera?

SI:	98
NO:	38

Si porque hay cosas que no pueden identificar los padres; parecidas a ésta fueron todas las respuestas obtenidas respecto a esta pregunta.

De qué se enferman más frecuentemente las madres?

ANEMIA:	84
VARICES:	53
MAL DE ORIN:	87
CATARROS:	25
DIARREA:	45

De qué se enferman más frecuentemente los niños?

LOMBRICES:	106
DIARREA:	86
CALENTURA Y GRIPE:	75
"ATAQUES":	32
"PULMONIA":	28

De qué mueren más frecuentemente las personas adultas?

VEJEZ:	34
CARDIACOS:	54

Un porcentaje muy alto de estas personas no sabían esquivaban las preguntas.

Sabe usted que es desnutrición?

SI:	23
NO:	113

VIII.12 PERCEPCION DE LA SITUACION MATERNO INFANTIL POR EL PERSONAL LOCAL DE SALUD

Como el Centro de Salud y el Hospital de Tiquisate se encuentran en el mismo edificio, el cuestionario o instrumento para este aspecto de la investigación se pasó tanto en el personal del C.S. como en el del Hospital.

Teniendo un personal en el C.S. de siete personas y ninguna muestra al azar de si es en el hospital.

En el Centro de Salud hay tres mujeres y cuatro hombres, siendo la muestra del hospital exclusivamente femenina.

Quien la atendió en su último parto:

MEDICO:	6
COMADRONA:	1
ENFERMERA:	0
NINGUNO:	0

Hubo varias que no contestaron esta pregunta y algunas otras, un caso fue el de los hombres y el otro fue en Enfermeras que no han tenido hijos y que no están embarazadas.

Quien le gustaría que la atendiera si usted tuviera otro parto:

MEDICO:	6
COMADRONA:	1
ENFERMERA:	0
NINGUNO:	0

Donde le gustaría que le atendieran su parto:

EN SU CASA:	2
EN EL CENTRO DE S.:	1
EN EL HOSPITAL:	6

Quando se les preguntó que quién les gustaría que las atendiera en su próximo parto la respuesta fue:

UN MEDICO EN EL	100%
-----------------	------

Ha tenido control prenatal en el último y en el presente embarazo:

SI:	7
NO:	0

Si tuvo control prenatal con quien lo tuvo:

MEDICO:	100%
---------	------

A qué lugar asistió a control prenatal?

HOSPITAL:	6
CASA:	1

Cree usted que es conveniente el control prenatal?

SI:	13
NO:	0

Por qué?

Porque así se evitan problemas en el parto.

Cree usted que es conveniente la atención hospitalaria del parto?

SI:	13
-----	----

Le da problemas a una señora el embarazo?

SI:	9
NO:	0

Que problemas puede darle:

Las respuestas positivas variaron desde problemas de mal formación congénita hasta ideas mágicas como problemas de tipo emocional.

Quando se le enferma un niño que es lo primero que hace?

Darle remedios caseros:	0
Llevarlo con el curandero:	0
Llevarlo al farmacéutico:	0
Llevarlo al Centro de Salud o al Hospital:	9
Llevarlo con un médico particular:	9

Esta pregunta fue contestada en una forma que creemos que no fue verdadera puesto que cuando se enferman familiares del personal de salud los llevan con uno de los médicos que laboran en el Hospital y nunca al Centro Salud como respondieron, eso fue lo que tuvimos de experiencia.

Están vacunados sus hijos de menos de 5 años?

SI: 6

El resto de la muestra no tiene hijos menores de 5 años.

Qué vacuna les ha puesto:

SARAMPION: 10
TRIPLE: 11
ANTIPOLIO: 11

Cree usted que las vacunas fueron acerca de la prevención de enfermedades.

Lleva a su niño a control prenatal:

SI: 6
NO: 5

Las respuestas afirmativas son acerca de la prevención de enfermedades con el control. Y las negativas porque los hijos son mayores.

De que se enferman más frecuentemente las madres:

GESTOSIS: 10
ANEMIAS: 10
PARASITISMO: 7
I.R.S.: 2
NO CONTESTARON: 3

De que se enferman más frecuentemente los niños:

PARASITISMO: 11
DIARREAS: 13
BRONQUITIS: 8
ANEMIA: 12
I.R.S.: 11

Las causas de defunción tanto de adultos como de niños no variaron en porcentaje, pero se les sumaron las siguientes "causas":

Vejez y Fiebre de etiología desconocida.

Las trece personas de la muestra si conocen lo que es desnutrición en cierto grado pues desconocían la causa de los cambios en el cabello de los niños ni ha que se debía.

Como podemos observar en los cuestionarios pasados - tanto en la comunidad como al personal de salud difieren - muy poco en cuanto a su contenido pero mucho en la forma en que ellos usan la terminología médica para sus respuestas las cuales son lógicamente más correctas pero no en el grado que debería ser, lo que me hace suponer que su forma de pensar ha cambiado poco.

IX. CONCLUSIONES

Las conclusiones se darán de acuerdo a los aspectos a investigar en el protocolo.

POBLACION:

- 1) Como se puede ver en la gráfica de población es del tipo que se observa en países de características como el nuestro y refleja a Guatemala en sí; pues vemos que el grupo infantil a pesar de estar dividido en grupos o intervalos de menor amplitud que el de los adultos se elevan en relación más que los de éstos últimos. Lo que hace pensar que somos un país en vías de desarrollo, pues nuestra población infantil es mayor que la gente adulta.
- 2) La población rural de Tiquisate seguramente sobrepasa a la urbana en todos sus aspectos tanto en número como en necesidades, pero en este trabajo no es palpable puesto que no se tomaron las poblaciones rurales propiamente dicho, como ya se explicó en más de una ocasión.
- 3) La población en sí es grande pero debía ser aún más, puesto que como se ve los intervalos en la población infantil son de menos amplitud que los de edades más avanzadas y sin embargo esta población no crece en

la misma relación, en la que se esperaba encontrar, - pues como se verá adelante la mortalidad es elevada.

DAÑOS:

- 1) La mortalidad como se puede ver a lo largo de este trabajo no está bien definida en el área pues en caso de defunción, como se dijo antes hay lugares donde gente sin conocimientos médicos y de su terminología, hacen las declaraciones de muerte, y ponen la causa de muerte como mejor le parezca, por lo que se puede ver el alto porcentaje en el "renglón" de estados morbosos mal definidos, tal fue el caso de una causa de muerte encontrada muchas veces, la cual fue: "FIEBRE CEREBRAL", y así hay muchos otros como frío, ataque de lombrices, etc.
- 2) La morbilidad del área no difiere mucho de la del resto del país, puesto que se encuentra un fenómeno valioso para la costa sur y se trata de la inmigración de la gente del altiplano así como de otras regiones como Santa Rosa, etc. Con respecto a la situación nutricional de la región (de sus moradores constantes o colonos) podemos decir que no es mala si la comparamos con la región del altiplano, puesto que los grados de desnutrición son menores en el área a nuestro parecer; creemos que esto se debe a que es una zona mucho más fértil que la otra y por consiguiente brinda mejores o más fáciles oportunidades de adquisición, pero volvemos a hacer la salvedad que no se investigó el área rural propiamente dicha, como son las fincas y parcelamientos.

Prácticamente la carencia de vitamina A en los moradores de la zona es nula, puesto que hay muchos árboles frutales como el mango que es rico en caroteno, y que se encuentra prácticamente en toda la región y como la vitamina A se deposita es difícil ver pacientes con carencia de la misma. También es una región de poco bocio por su altura ya que las corrientes de aire traen hacia tierra yodo proveniente del mar, en suficiente cantidad y depositado en la tierra.

SITUACION ECONOMICA Y FAMILIAR

LA FAMILIA:

- 1) El grupo familiar está constituido por un jefe de familia, el cual es el padre por lo que es fácil entender que es un régimen de patriarcado y es fácil entenderlo, puesto que para el padre, que es que representa el ingreso económico en la familia, es lo mejor de la alimentación familiar, puesto que la carencia de ellos es que mientras el jefe de familia esté sano tendrán asegurado el ingreso económico y además él es el jefe en el sentido estricto de la palabra pues él es el único que toma sus decisiones y éstas tienen que ser respaldadas por la familia.
- 2) El estado civil de la familia aunque no se tenga un dato por escrito en la investigación, por la experiencia que nos dio la práctica se puede decir que la mayoría están UNIDOS.

- 3) Que aunque la investigación no tomó el área rural en sí, podemos decir que el número de familias del sector rural es más grande que el del sector urbano.
- 4) El grupo étnico predominante es el LADINO, salvo en el tiempo de cosechas, que la mayoría de individuos son inmigrantes del altiplano y hay muchos indígenas en vías de transición.
- 5) Podemos decir que también el número familiar o sea el número de miembros por familia está muy alto para el nivel económico de muchas familias lo que se puede observar con facilidad viendo el ingreso per cápita.

ALIMENTACION FAMILIAR:

- 1) Tanto la alimentación del grupo familiar como tal, la de cada uno de sus integrantes varía según quien sea, su edad, su representación económica hacia la familia, etc.

Por lo que podemos decir que la alimentación familiar está de acuerdo con la posición:

SOCIO-ECONOMICO-CULTURAL

de cada uno de los miembros de una familia y de esta como grupo.

Que la dieta en general es rica en carbohidratos, pero pobre en proteínas de tipo animal, como lo es en otras áreas del país, pero que sin embargo la incidencia de

pacientes desnutridos si es grande pero no en los grados encontrados en otras áreas como por ejemplo el altiplano.

- 2) La avitaminosis A es muy rara en el área como se dijo por el tipo de vegetación y la misma ideosincracia de la población.
- 3) No hay muchas creencias sobre dietas especiales para cada miembro de la familia por su estado, tanto fisiológico como por su edad pero sin embargo la dieta de cada miembro de la familia varía según su condición social, como ejemplo tenemos a los escolares que comen golosinas.

TENENCIA DE LA TIERRA

Como se dijo anteriormente en el trabajo, las tierras del área repartidas en su mayoría en las aldoneras de la región que son las que cubren la mayor parte del territorio; son de propietarios privados a los cuales representan firmas comerciales.

Hay tierras repartidas entre la población las cuales también cubren una buena parte del territorio, pero no está en la misma relación de extensión y número de propietarios que las grandes aldoneras.

Por lo anteriormente expresado podemos decir que hay predominio del LATIFUNDIO, habiendo una pequeña parte del MINIFUNDIO. Ambos son productores pero tienen sus limitaciones tanto uno como el otro.

Tanto los propietarios latifundistas como los minifundistas son propietarios de sus equipos de labranza, en medida o relación directa a su condición económica como cultural.

PRODUCCION

La producción agrícola del área es muy variada pero el primer renglón lo tiene el algodón, que es lo que se cosecha en mayor cantidad y se siembra en mayor extensión y que por lo tanto tiene que representar fuentes de trabajo en el área.

La producción pecuaria del área también tiene gran importancia pues hay grandes haciendas donde se crían ganados de raza ANGUS, los cuales son grandes productores de carne.

La población fabril y artesanal son casi nulas en el área hay fábricas de materiales de construcción como ladrilleras y fábricas de blocks.

FUERZA DE TRABAJO

Como era de esperarse la fuerza de trabajo en el campo está representada por Colonos y son pocos los jornaleros o cuadrilleros que viven en el área urbana.

Los minifundistas o los que tienen alguna forma de producción la usan para la venta y consumo propio.

PERCEPCION DEL PROBLEMA

Por los resultados obtenidos tanto en la muestra, como en el personal de salud, creemos que por ser médicos del Centro de Salud en el momento de pasar la encuesta diremos que no se dieron los verdaderos datos, pues la experiencia dada por la práctica y por los resultados obtenidos en la investigación de épocas anteriores y las presentes son diferentes a la conducta que refirieron tomar o de los hechos que les gustaría que fueran y que hasta ahora no se ha cumplido.

El problema anteriormente planteado se vio tanto en las personas de la población como en el personal de salud.

RESPUESTAS A LAS HIPOTESIS:

- 1.- Se comprobó la primera hipótesis, al estar de acuerdo en que los daños que presenta el grupo materno-infantil son prevenibles con acciones concretas contra la causa de estos daños que como se puede ver a lo largo del trabajo presentado, en su mayoría son nutricionales e infecciosos, teniendo estos como causa determinante la situación socio-económica de las personas.
- 2.- Creemos que la percepción del problema por parte de la comunidad y el personal de salud, no varía mucho, y que el personal debería ser mejor entrenado para la solución del problema materno infantil, en seminarios dictados en las sedes de las áreas de salud; pues nos dio la apariencia que en el fondo solo usan otra clase de terminología pero continúan con la misma creencia que la comunidad.

RECOMENDACIONES

1. Que para mejorar el nivel de vida de la población estudiada —con mayor prioridad al área rural— es necesario que tengan acceso a los servicios básicos de educación, alimentación, salud, vivienda, vestuario, etc.
2. Que es necesario crear mucho más fuentes de trabajo —que permitan al asalariado, obtener mejores ingresos — para satisfacer en forma más eficiente lo mencionado — en el inciso anterior.
3. Que es necesario que la población rural participe de los beneficios del desarrollo económico-social del país.
4. Implementar programas de salud materno-infantil en base al diagnóstico de la situación actual.
5. Orientar y sobre todo concientizar a los campesinos a que conozcan su realidad concreta, para que ellos sean también elementos de cambio.
6. Que el programa E.P.S. sea a nivel integral es decir que haya participación de todas las facultades de la USAC.
7. Implementar programas de Educación Sanitaria Popular a nivel de los puestos y/o centros de salud.

8. Completar en la mejor forma posible, tanto en equipos como en medicamentos, los puestos y centros de salud.
9. Mejorar las vías de comunicación del municipio de Tiquisate.
10. Potabilizar el agua del municipio.
11. Mejorar el sistema de drenajes del municipio.
12. Implementar programas de mejora de la vivienda rural y de las áreas marginales de la cabecera municipal.
13. Ejecutar programas efectivos de Saneamiento Ambiental.
14. Planificar y ejecutar programas de venta de Incaparina a nivel rural principalmente a nivel de puestos y/o centros de salud.
15. Incrementar a nivel rural los programas de control pre y post-natal, asistencia técnica del parto, programas para mejor conocimientos de las comadronas empíricas, etc.
16. Que se reporten los casos de muerte al Registro Civil respectivo por persona competente.
17. Modificar hábitos y creencias negativas por medio de la educación.
18. Distribuir racionalmente la tenencia de la tierra.

19. Hacer más conciencia a los futuros E.P.S. y médicos graduados de su labor que ha de ser efectiva y con mucha fé en su noble misión.
20. Solicitar más supervisión a estas actividades a la Fase III de la Facultad de Ciencias Médicas de la U.S.C.
21. Hacer conciencia en las altas autoridades del municipio a efecto de que se adopten las medidas necesarias para ayudar al equipo de salud, en los diferentes programas que pondrá en marcha para bien de la comunidad.
22. Una mayor coordinación interinstitucional para aprovechar en la mejor forma los recursos existentes en la comunidad.
23. Luchar en contra de esa actitud aislacionista y de exceso de celos por la defensa de su autonomía de parte de ciertas instituciones que consideran la integración como una amenaza a sus propios intereses y no como una acción de beneficio nacional y colectivo.
24. Desarrollar una mayor divulgación del conocimiento sobre la enfermedad de las medidas de profilaxia y de sus complicaciones por medio de programas de salud para que así lleguen a la mayoría de habitantes de toda la comunidad en especial de aquellos cuya predisposición los hace más vulnerable.
25. Hacer por todos los medios posibles campañas de educación en salud y a todo nivel.

26. Coordinar los servicios de asistencia médica utilizando y aprovechando los recursos disponibles, en la comunidad.

27. Para aumentar la demanda de salud en los aspectos más importantes, como son la atención materno-infantil, es necesario concientizar a nuestro pueblo en relación a la importancia de mantener la salud, lo cual es factible lograr, manteniendo un adecuado control, prenatal, intraparto, postnatal, así como control del niño en su crecimiento y desarrollo.

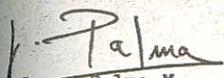
BIBLIOGRAFIA

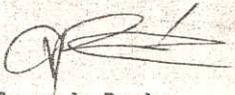
1. Municipalidad de Tiquisate archivo de los libros de de función del registro civil 1973-1974.
Los libros de nacimiento del registro civil 1973-1974.
2. Archivo del Centro de Salud de Tiquisate.
3. Datos del archivo de memorias del Hospital Nacional de Tiquisate.
4. Sociedad de Antropología e Historia.
5. Dirección General de Estadística.
6. Servicios de Salud del Area.
7. Censo realizado en el Municipio; Instrumentos proporcionados por la Facultad de Medicina.
8. Memorias del Centro de Salud de Tiquisate.
9. Seminarios realizados en la región de Salud por parte de la facultad y con participación de los practicantes E.P.S. y médicos conferencistas.
10. Literatura proporcionada por la Facultad de Medicina de la U.S.C.

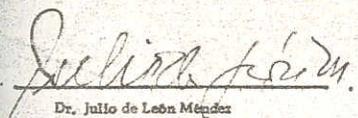
- A.- El grupo materno-infantil en Guatemala.
- B.- Consideraciones sobre síndrome diarreico.

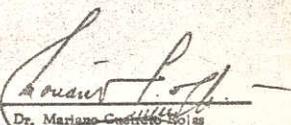
Fernando Rendón
 Jorge Palma
 Clementino Castillo.


 BR. Alfredo Esteban Herrera Soto


 ASOR. Jorge Palma M.


 REVISOR. Dr. Fernando Rendón


 DIRECTOR DE FASE III. Dr. Julio de León Méndez


 SECRETARIO GENERAL. Dr. Mariano Castro Rojas

D

Vo. Bo.


 DECANO. Dr. Carlos Armando Soto Goyles

Area Gráficas
 Facultad de CC. M.M.
 1-1-75. 50-c.
 PVA