

OSCAR ARNULFO SACAHUI PEREZ

The seal of the Universidad de San Carlos de Guatemala is a large circular emblem. It features a central figure of a knight on horseback, holding a lance. Above the knight is a crown. To the left and right of the knight are two pillars, each topped with a crown. The left pillar has a banner that reads 'PLUS' and the right pillar has a banner that reads 'ULTRA'. The background of the seal includes a castle on the left, a lion on the right, and a mountain range at the bottom. The text 'CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTEMALENSIS INTER CETERAS ORBIS' is inscribed around the perimeter of the seal.

DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE SALUD DEL GRUPO
MATERNO-INFANTIL
ALMOLONGA, QUETZALTENANGO
1 9 7 5

Tesis de Graduación

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Facultad de Ciencias Médicas

INDICE:

	Página
Introducción	1
Hipótesis	3
Material y Métodos	4
Resultados:	15
I Población	15
II Daños de Salud:	27
A. Morbilidad	27
B. Mortalidad	31
C. Nutrición	34
III Higiene	39
IV Cultura	42
V Situación Socio Económica	49
Conclusiones	52
Recomendaciones	56
Bibliografía	57

INTRODUCCION

La presente investigación se llevó a cabo en el municipio de Almolonga, del Departamento de Quezaltenango, durante los meses de febrero a julio de 1975.

El objetivo de la investigación era comprobar l a s dos hipótesis sobre las cuales fué redactado el protocolo de investigación. La primera hipótesis se refería a la naturaleza prevenible de los principales problemas que afectan al grupo materno-infantil. La segunda era referente a la diferencia de percepción y conciencia que de estos problemas existiera entre los integrantes de la comunidad y el personal local de salud, pero no se encontró una variación significativa.

Para la realización del presente trabajo se contó con la colaboración de autoridades locales, de maestros de la escuela local, del sacerdote de la comunidad y de un grupo de estudiantes del curso de sociología de la Facultad de Medicina de Quezaltenango. L o s formularios fueron facilitados por la Fase III de la Facultad de Medicina, de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Durante el curso de la investigación se tropezó con diversos problemas, como por ejemplo, el lenguaje, pues es una comunidad indígena, que habla Quiché y la comunicación, en algunos casos, fue dificultosa. También se encontraron otros problemas que se explican con más detalle en el apartado correspondiente a Material y Métodos.

Se dividió el trabajo en dos partes. En la Primera parte levantamos una encuesta de población y habitación, para la segunda parte se tomó una muestra representativa de la población. Con pruebas de muestreo al azar se realizó esta parte.

También se investigó la morbi-mortalidad durante el período de enero a diciembre de 1974, tomando como fuente de información los registros existentes en el puesto de salud de la localidad.

El presente informe escrito resume las actividades realizadas y muestra los resultados obtenidos. Es conveniente agradecer aquí toda la colaboración recibida, de todas las personas que colaboraron, pues sin su ayuda esta investigación no se hubiera podido llevar a cabo. Constituye mi tesis de graduación de Médico y Cirujano y es testimonio de mi agradecimiento para todas esas personas.

HIPOTESIS:

El fin de la presente investigación es comprobar las siguientes hipótesis:

1. La mayoría de los daños que se presentan en el grupo materno-infantil son prevenibles con acciones concretas contra las causas de estos daños, que en su mayoría son de origen infeccioso y nutricional, teniendo estos como causa determinante, la situación socio-económica 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 local, así como el enfoque de las posibles soluciones.

MATERIAL Y METODOS

El municipio de almolonga cuenta con únicamente dos aldeas que son Los Baños y Las Delicias y que tienen menos de la sexta parte de la población urbana según datos del censo de 1973. La población rural la encuesté personalmente en su totalidad. Aquí el problema del ausentismo de los habitantes fue marcado ya que de un total de 108 viviendas visitadas únicamente se encontró el 47.2% de ellas habitadas. Los datos se obtuvieron por medio de entrevistas personales en cada vivienda y se trataba de obtener los datos del jefe de la casa o en su defecto de su esposa o bien de cualquier adulto que pudiera dar la información. La realicé en un total de cuatro días, dos para cada aldea, lo que se hizo para lograr una mejor cobertura pues el tamaño de las aldeas permitía cubrirlas en un solo día.

Para la encuesta de población urbana se contó en el primer intento con la colaboración de ocho maestros de la escuela de la localidad, pero por considerar que la cobertura era demasiado escasa se repitió posteriormente con la colaboración de 24 estudiantes del primer año de la Facultad de Medicina de Quezaltenango. La población rural refirió con mayor frecuencia que no tenía conocimiento que una encuesta de esta naturaleza se iba a efectuar. Probablemente esto sucedió porque los medios de información utilizados no fueron lo suficientemente efectivos y sólo fueron conocidos por una parte de la población urbana.

Almolonga está dividida en cuatro cantones que son los siguientes: La Libertad, La Merced, La Esperanza, y El Paraíso. Los cantones más grandes son La Libertad y El Paraíso. Los encuestadores se dividieron de la siguiente manera: cinco encuestaron en La Esperanza;

cinco en La Merced; en La Libertad fueron seis y en El Paraíso fueron ocho. Si bien el cantón La Libertad es el mayor de todos, allí se distribuyeron únicamente seis porque una parte de ese cantón ya la había encuestado personalmente. Los encuestadores fueron distribuidos en la población y realizaron la encuesta por medio de entrevistas personales de casa en casa. Algunos encuestadores refirieron demasiados problemas con los probadores pero para otros fue más fácil. Al hacer el cómputo nos dio un total de 501 familias, lo que se tomó como el Universo de la población y se seleccionó un porcentaje para muestra, de acuerdo a las normas que para el efecto se encuentran en el protocolo de investigación en la siguiente forma:

- 30% para cabeceras que tienen de 0 a 299 familias.
- 20% para cabeceras que tienen de 300 a 499 familias.
- 15% para cabeceras que tienen de 500 a 799 familias.
- 10% para cabeceras que tienen de 800 a más de 1000 familias.

Por haber obtenido en la encuesta un total de 501, familias y de acuerdo al criterio expresado anteriormente, se tomó el 15% del total de familias como muestra representativa, lo que nos dio una muestra de 75 familias, lo que constituía nuestro universo teórico.

Se empleó el sistema de muestreo sistemático de inicio al azar y se determinó el Módulo de acuerdo a la fórmula siguiente:

$$M = \frac{\text{Total de familias de la cabecera municipal}}{\text{Total de familias de la muestra}}$$

$$\text{o sea: } M = \frac{501}{75} = 6.68$$

Como el resultado nos dio un número con fracción se redondeó al número inmediato superior por ser la fracción mayor que 0.50, o sea que el Módulo quedó en 7 ($M=7$)

El inicio de la muestra se determinó de la siguiente forma: se hicieron siete papelitos numerados del uno al siete, se introdujeron en una caja y se extrajo uno al azar, este papelito tenía el número 7; este 7 representa la primera familia a estudiar de acuerdo a la lista numerada de las 501 familias urbanas, esto se efectuó después de la encuesta. El Módulo representaba la frecuencia con que se seleccionaría cada una de las familias. Al realizar el cálculo del Módulo que resultó número fraccionario y que luego fue redondeado al inmediato superior, la muestra de 75 familias que correspondían al 15% del total de 501 familias, se redujo a 71 familias. Cuando una familia no se encontró para efectuar la segunda parte de la investigación, se hicieron tres intentos. En algunos casos al realizar la segunda parte del trabajo se encontró que el nombre del jefe de familia que proporcionaban no correspondía al que estaba en la papeleta de la encuesta de población pasada con anterioridad, por lo que hubo que eliminar a tres familias reduciéndose así la muestra a 68 familias, que será de ahora en adelante el universo a estudiar.

La totalidad del cuestionario se pasaba en la vivienda de la familia en investigación y únicamente se llevaban los niños menores de cinco años al Puesto de Salud para proceder a pesarlos y medirlos. El peso se tomó en una balanza de palangana para los niños pequeños y en una de pie para los más grandes. En esta parte del trabajo se presentó el problema de que en algunos casos los padres de los niños se negaron a llevarlos al Puesto de Salud para pesarlos y medirlos, por lo que estos datos se tienen solamente para el 91.4% de la muestra de niños estudiados. En otros casos los

muestra de niños estudiados. En otros casos los padres ofrecieron llevar a los niños posteriormente al Puesto de Salud para que fueran pesados, aduciendo que en ese momento no tenían tiempo para hacerlo pero no cumplieron su promesa.

Para el registro de la talla se utilizó la escala que tiene la balanza de pie del puesto de salud para los niños que se podían parar, pero como es una escala en pulgadas se colocó sobre ella un metro para facilitar la obtención de los datos y evitar hacer la conversión que nos exponía a nuevos errores. La talla de los niños más pequeños se tomó en un infantómetro proporcionado por el supervisor del Ministerio de Salud Pública. Este infantómetro tenía su escala dividida en centímetros lo que facilitó el registro de datos.

Para la hemoglobina y hematocrito de las señoras embarazadas se pidió autorización el Hospital Nacional de Occidente y se tenían los frascos con el anticoagulante en el Puesto de Salud. Se tomaría la muestra ya sea en la casa de la señora o en el Puesto de Salud y posteriormente sería llevada al laboratorio del Hospital donde se habían ofrecido su colaboración en las muestras que fueran necesarias. Desgraciadamente se negó a colaborar el 100% de la muestra de embarazadas para realizar estos exámenes de sangre por lo que este dato no aparece en el presente estudio. También se negaron todas ellas a ir al Puesto de Salud para pesarse y medirse. Cuando se trataba de convencerlas de que permitieran tomar la muestra de sangre se contó con la colaboración de algunas personas de la comunidad, que trataban de convencerlas utilizando para ello la lengua Quiché, pues creo que la barrera del lenguaje contribuía a la negatoria pero ni aún con este nuevo recurso fue posible que accedieran. Esta resistencia a dar muestra de sangre era fenómeno conocido para la enfermera del Puesto de Salud, puesto que

la negatoria está presente aún cuando se trata de un requisito legal.

Para la investigación de la morbilidad durante el año de 1974, se contó con el cuaderno de registro de pacientes que se lleva en el Puesto de Salud. El año de 1974 está contenido en dos cuadernos, en el primero están registrados pacientes de los meses de enero a mayo y en el otro de junio a diciembre. Cada hoja de cada cuaderno se divide en siete columnas para el mejor registro de los pacientes. Dichas columnas recogen los datos de la siguiente forma, enumeradas de izquierda a derecha;

Primera:	Número de orden.
Segunda:	Nombre
Tercera:	Edad
Cuarta:	Sexo
Quinta:	Dirección
Sexta:	Diagnóstico
Séptima:	Tratamiento.

El número de orden es correlativo y abarca todo un mes de uno en adelante, pues al finalizar el mes, se inicia el próximo con número uno nuevamente. La dirección recoge únicamente el cantón donde vive el paciente pues la ciudad aún no tiene una nomenclatura adecuada.

El registro de los casos de mortalidad del año de 1974 se tomó de los informes mensuales que la auxiliar de enfermería rinde a la Oficina de Planificación y Estadística del Ministerio de Salud Pública, datos que son tomados de los certificados de defunción que se archivan en la municipalidad. Los nacimientos fueron tomados de la misma fuente.

La morbilidad y la mortalidad fueron clasificadas

de acuerdo a la lista de los programas de investigación de mortalidad, que fue facilitada por el supervisor. La listar completa de causas se pone a continuación.

LISTA DE CAUSAS DE DEFUNCIÓN POR GRUPO PROGRAMA DE INVESTIGACION DE MORTALIDAD

GRUPOS DE CAUSAS:

CODIGO: GRUPOS DE CAUSAS:

- 01 Fiebre Tifoidea
- 02 Disentería Bacilar y Amebiasis
- 03 Enteritis y otras enfermedades diarreicas
- 04 Tuberculosis del Aparato Respiratorio
- 05 Otras Tuberculosis, incluyendo efectos tardíos
- 06 Difteria
- 07 Tos Ferina
- 08 Angina estreptocócica y Escarlatina
- 09 Infecciones meningocócicas
- 10 Poliomielitis aguda
- 11 Viruela
- 12 Sarampión
- 13 Tifus y otras rickettsiosis
- 14 Paludismo
- 15 Sífilis y sus secuelas
- 16 Todas las demás enfermedades infecciosas y parasitarias
17. Tumores malignos, incluyendo los neoplasmas de tejido linfático y de los órganos hematopoyéticos.
- 18 Tumores benignos y tumores de naturaleza no específica
- 19 Diabetes mellitus
- 20 Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales
- 21 Anemias
- 22 Meningitis
- 23 Fiebre Reumática activa

- 24 Enfermedades reumáticas crónicas del corazón
- 25 Enfermedades hipertensivas
- 26 Enfermedades isquémicas del corazón
- 27 Otras enfermedades del corazón
- 28 Enfermedades cerebrovasculares
- 29 Influenza
- 30 Neumonía
- 31 Bronquitis Enfisema y asma
- 32 Úlcera Péptica
- 33 Apendicitis
- 34 Obstrucción intestinal y hernia
- 35 Cirrosis hepática
- 36 Nefritis y nefrosis
- 37 Desnutrición protéico calórica
- 38 Aborto
- 39 Otras complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio, parto sin mención de complicaciones
- 40 Anomalías congénitas
- 41 Lesiones al nacer, distócicos y otras afecciones a nóxicas e hipóxicas perinatales.
- 42 Otras causas de mortalidad perinatal
- 43 Síntomas y estados morbosos mal definidos
- 44 Todas las demás enfermedades
- 45 Accidentes de vehículos de motor
- 46 Los demás accidentes
- 47 Suicidio y lesiones autoninflingidas
- 48 Las demás causas externas.

Con el método descrito anteriormente y de acuerdo al protocolo de investigación, se investigaron los siguientes aspectos:

I POBLACION:

- I.A Población Total (Pirámide de población)
- I.B Población Rural
- I.C Población Urbana

I.D Población materno-infantil

- I.D 1. Niños menores de 1 año
- I.D 2. Niños de 1 a 2 años
- I.D 3. Niños de 2 a 3 años
- I.D 4. Niños de 3 a 4 años
- I.D 5. Niños de 4 a 5 años
- I.D 6. Niños de 5 a 14 años
- I.D 7. Mujeres en edad reproductiva (15 a 44 años)
- I.D 8. Embarazos esperados
- I.D 9. Abortos esperados
- I.D 10. Partos probables

I.E Tasa de fecundidad

I.F Tasa de natalidad

I.G Crecimiento Vegetativo

II DAÑOS:

II.A Mortalidad (años 1974)

II.A.1 Mortalidad en menores de 1 año

- II.A.1.a Mortalidad Infantil
- II.A.1.b Mortalidad Neonatal
- II.A.1.c Mortalidad Post-neonatal
- II.A.1.d Principales causas de mortalidad

II.A.2 Mortalidad en niños de 1 a 4 años

- II.A.2.a Tasa específica de mortalidad
- II.A.2.b Principales causas de mortalidad.

II.A.3 Mortalidad materna

- II.A.3.a Mortalidad durante el embarazo
- II.A.3.b Mortalidad durante el parto
- II.A.3.c Mortalidad por abortos

- II.A.3.d Mortalidad durante puerperio
- II.A.3.e Principales causas de mortalidad materna.

II.B. Morbilidad (año 1974)

- II.B.1 Morbilidad niños menores de 1 año
- II.B.2 Morbilidad niños 1 a 4 años
- II.B.3 Morbilidad niños 5 a 14 años
- II.B.4 Morbilidad Obstétrica
- II.B.5 Otro tipo morbilidad durante el embarazo
- II.B.6 Diez causas principales de morbilidad en cada grupo de población

II.C. Situación Nutricional: (año 1975)

- II.C.1 Desnutrición en niños menores de 5 años
 - II.C.1.a Desnutrición proteicocalórica
 - II.C.1.b Anemia
 - II.C.1.c Avitaminosis A
 - II.C.1.d Bocio
- II.C.2 Desnutrición en embarazadas
 - II.C.2.a Desnutrición proteicocalórica
 - II.C.2.b Anemia
 - II.C.2.c Avitaminosis A
 - II.C.2.d Bocio

II.D. Mortinatalidad

III Situación Social y Económica

III.A. La Familia

- III.A.1 Estado civil
- III.A.2 Rural
- III.A.3 Urbano
- III.A.4 Grupo Etnico
- III.A.5 No. miembros de la familia
- III.A.6 No. niños menores de 5 años

- III.A.7 No. niños entre 5 y 14 años.
- III.A.8 Escolaridad de los padres
- III.A.9 Mayores de 15 años alfabetas
- III.A.10 Miembros de 7 a 14 años que asisten a la escuela

III.B Hábitos y creencias sobre los alimentos:

- III.B.1 Alimentación familiar
- III.B.2 Alimentación de las embarazadas
- III.B.3 Alimentación del Pre-escolar
- III.B.4 Alimentación del Escolar
- III.B.5 Alimentación durante el primer año de vida
 - III.B.5.a Lactancia
 - III.B.5.b Alimentación artificial
- III.B.6 Alimentos malos:
 - III.B.6.a durante el embarazo
 - III.B.6.b durante la lactancia
 - III.B.6.c para el niño de pecho

III.C Medios de producción:

- III.C.1 Tenencia de la tierra:
 - III.C.1.a Propietario
 - b Arrendatario
 - c Posesión
 - d Mediero
 - e Usufructo

- III.C.2 Tenencia de Instrumentos de Trabajo
 - a Propietario
 - b Arrendatario

III.D. Producción:

- III.D.1 Producción agrícola
- 2 Producción Pecuaria
- 3 Producción Artesanal

- 4 Producción Fabril
- 5 Comercio

III.E. Fuerza de Trabajo:

- III.E.1. Colono
- 2. Cuadrillero
- 3. Jornalero
- 4. Trabajo por su cuenta

III.F. Consumo:

- III.F.1 Vende lo que produce
- 2 Consume lo que produce
- 3 Ambos

III.G. Ingresos

- III.G.1. Ingreso económico familiar anual
- 2. Ingreso per cápita
- 3 Ingreso en especie

IV. Percepción del problema

- IV.a Por parte de la comunidad
- IV.b Por parte del personal de salud local.

Todos estos datos serán investigados con cuatro Instrumentos de trabajo que fueron distribuidos por la Facultad y que corresponden a cada uno de los cuatro temas mencionados anteriormente.

RESULTADOS:

POBLACION:

La encuesta nos dio un total de 552 familias, con una población que suma 3107 personas, o sea que nos da un promedio de 5.63 personas por familia, dato parecido al encontrado en trabajos anteriores, que fue de 5.1 miembros por familia (1). Si consideramos aquí los resultados del VIII censo de población levantado en 1973 por la Dirección General de Estadística (4), podremos ver que la encuesta por nosotros levantada abarcó únicamente el 42.9% del total de población obtenida en el censo que fue de 7242 personas.

Como se puede ver la diferencia de resultados obtenidos es marcada. No obstante la varianza encontrada se trabajó con estos datos por ser lo que teníamos y ser la base de nuestro diseño.

En cuanto al sexo resultó ser ligeramente mayor la población femenina que la masculina, dato que está de acuerdo a los resultados obtenidos en el censo de 1973(4). En términos generales se puede decir que la diferencia de sexos en cuanto a totales no existe, pues es únicamente de decimales. Estos datos se presentan en el cuadro número uno.

CUADRO No. 1

Población Total. División por Sexos. Almolonga 1975.

Población	No. Personas	Porcentaje
Masculino	1551	49.92%
Femenino	1556	50.08%
Total	3107	100.00%

Los datos referentes al grupo étnico, que también se incluían en la investigación realizada con el documento de trabajo I, nos dicen que se trata de una población eminentemente indígena. Obtuvimos un resultado de 97.55% de indígenas y únicamente un 2.45% de ladinos, estos resultados son los de nuestra encuesta y son similares a los obtenidos anteriormente en esta misma población y que resumimos y comparamos en el cuadro No. 2.

CUADRO No. 2

Población indígena y ladina. Comparación de resultados de encuesta con resultados obtenidos anteriormente. Almolonga 1 975

Fuente	Indígenas	Porcentaje	Ladinos	Porcentaje
Encuesta	3031	97.55%	76	2.45%
Bolaños (1)		97.20%		2.98%
Pinto (6)		97.20%		2.80%

En este punto es necesario hacer algunas consideraciones respecto a esta diferenciación entre Indígenas y Ladinos. En primer lugar creo que se trata de una parte de casi todas las investigaciones que se realizan que se debería de olvidar pues no está de acuerdo a los principios de igualdad que para todos los guatemaltecos aparecen en la constitución de la república (14). También la Universidad está basada en principios democráticos y considera que todos los guatemaltecos tienen los mismos derechos y obligaciones y no se debería, por lo tanto, ni siquiera mencionar esta división de los guatemaltecos en dos grupos que como dice Marcial Maxia Cuxal (13) son muy difíciles de diferenciar pues no hay ningún grupo puro debido al mestizaje. Pue-

de decirse también que el ladino sólo puede considerarse existente dentro del complejo social en que participa como antagonista de los grupos indígenas (11).

Según José Castañeda los principios de esta diferenciación en dos grupos se deben buscar desde el descubrimiento y conquista del continente americano en el que se produjo un choque entre los grupos autóctonos y los grupos Europeos invasores (11). Solamente en los primeros tiempos se podría diferenciar claramente a los conquistadores europeos y los aborígenes de la región; pero con el correr del tiempo no se puede separar biológicamente y antropológicamente a cada uno, sino solamente en lo sociológico (13) y esto es debido al mestizaje. Se puede decir que se trata de dos grupos antagonistas y a la vez complementarios (11). Se ha definido al ladino en diversas formas, pero todas tienen en común una tendencia hacia el mestizaje, es decir que es un grupo que no está bien definido y que pertenece a la masa de seres alienados (11). También se dice que el ladino es la persona que se mantiene en una situación diferente al indígena, valiéndose de un sin fin de medios para conservar su dominación (13).

Todos los criterios anteriores han surgido de personas que se dicen conocedoras del problema y yo estoy de acuerdo de que se trata de grupos antagonistas y la Universidad, al pedir esta diferenciación en sus investigaciones, está acentuando el problema y está alienando aún más al estudiante universitario que ya de por si no encuentra una ubicación adecuada dentro del complejo sociológico del momento, en el que hay necesidad de un cambio radical, de un cambio que debe ser del pueblo, por el pueblo y para el pueblo. El estudiante universitario actual por su condición de privilegiado no está en capacidad de producir el cambio, es decir, no está en capacidad de ser el agente de cambio que, demagógicamente,

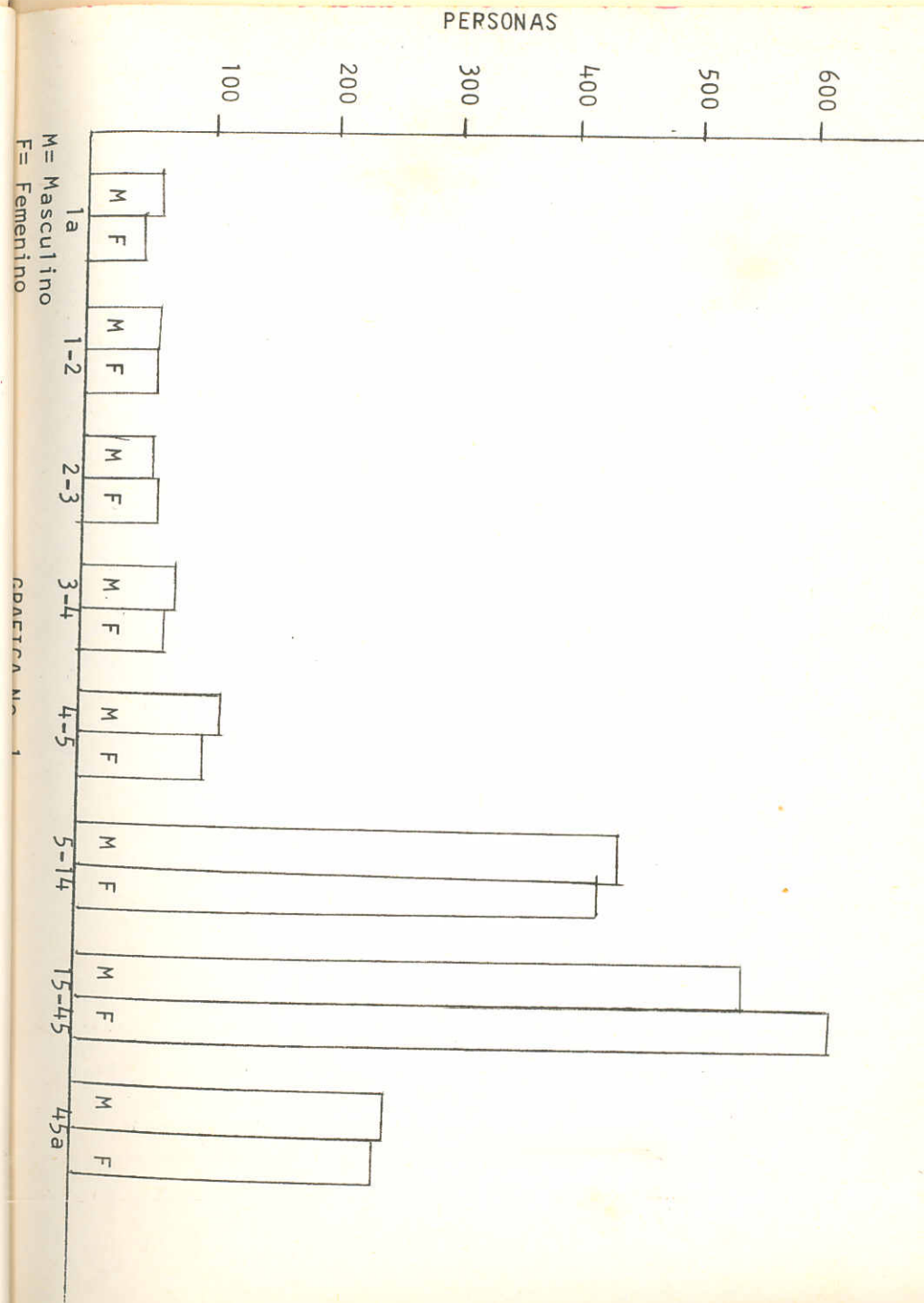
se le pide que sea. Porque dentro de los grupos a s i llamados indígenas hay un rechazo para el ladino, un rechazo que se aprecia dentro de todos los aspectos de la vida y que, creo yo, explica algunas cosas que n o s parecen inexplicables como por ejemplo, el hecho de que sigan con prácticas de medicina mágica, el rechazo a la vacunación, el rechazo a las nuevas técnicas agrícolas, etc.

Lo incongruente de esta diferenciación entre indígenas y ladinos surge por todos lados. Se dice q u e la Universidad debe cambiar, cambio que se debe realizar dentro de las estructuras actuales como parte del proceso para modificarlas (14), y se diferencia a l o s guatemaltecos en dos grupos que son explotadores (ladinos) y explotados (indígenas). Quieren que seamos agentes de cambio, y nos demuestra que estamos d e n t r o del grupo de los explotadores, que es el grupo privilegiado y más resistentes al cambio.

Resumiendo podemos decir que la diferenciación entre ladino e indígena es de tipo sociológico, pero en nuestro medio vinculado al sistema político y tendiente a mantener el actual estado de explotación del desposeído por una minoría explotadora, que es a la que nosotros servimos dando la atención médica tradicional pues mantenemos a los "indios" en condiciones adecuadas para su mejor explotación y este, creo yo, no es el verdadero papel que el universitario conciente debe jugar en la sociedad actual si quiere ser un verdadero y adecuado agente de cambio, buscando un cambio que reporte beneficios a donde más se necesitan.

GRUPOS ETARIOS:

La división por grupos etarios que se hizo en la investigación nos muestra que hay porcentaje mayor den-



tro de los grupos de menor edad, de 1 a 5 años 35% para el sexo masculino y 47.31% para el femenino, notándose - por el contrario porcentaje mayor por parte del sexo femenino dentro del grupo de 15 a 44 años. Los datos completos de estos grupos etarios se resumen en el cuadro número tres y se presentan en la gráfica número uno.

CUADRO No. 3

Distribución por grupos etarios, sexo y porcentaje de población. Almolonga 1975.

Grupo	Masculi- no	Pórcen- taje	Femeni- no	%
Menores				
de 1 año	63	4.06%	50	3.21
De 1 a 2 años	69	4.45%	63	4.05
De 2 a 3 años	67	4.32%	68	4.37
De 3 a 4 años	69	4.45%	64	4.11
De 4 a 5 años	97	6.25%	77	4.95
De 5 a 15 años	447	28.82%	422	27.12
De 15 a 44 años	533	34.36%	614	39.46
Mayores de 45 años	206	13.28%	198	12.72
TOTAL	1551	100.00%	1556	100.00

Se podrá ver según el cuadro anterior que se trata de una población joven, de una población de base ancha, lo que se verá más claramente aún en el apartado donde presentamos la pirámide de población en la pág.21.

El grupo materno infantil, objeto de nuestra actual preocupación, lo tomaremos como la totalidad de mujeres

en edad reproductiva (mujeres de 15 a 44 años), y los niños menores de 15 años. Nos da un total de 2182 personas que corresponde al 70.2% del total de la población, dato que es cercano al encontrado por otras investigaciones para toda la república que es de 68% (8) y de aproximadamente el 65% (14). Las mujeres en edad reproductiva representan el 19.8% de la población total, lo que explica la alta tasa de natalidad encontrada en este estudio y que será presentada más adelante, también explica el alto incremento vegetativo encontrado. Estos datos del grupo materno infantil se presentan en el cuadro número cuatro y en la gráfica número dos.

CUADRO No. 4

Población total. Grupo materno infantil, niños menores de 15 años y mujeres en edad reproductiva. Según resultados de encuesta de población. El resultado corresponde al Municipio de Almolonga, año de 1975.

Grupo de Población:	Miembros	Porcentaje
Niños menores de 15 años	1568	50.4%
Mujeres en edad reproductiva	614	19.8%
Grupo materno-infantil	2182	70.2%
Resto de población	925	29.8%
Total de población	3107	100.0%

Como podemos ver, la mitad de la población tiene menos de 15 años, y esta relación es similar a la que se presenta cuando analizamos a la población total del país, y esto nos hace pensar que es una población que viene creciendo llena de vida y esperanza y que espera y a la vez merece que nosotros cambiemos el estado ac-

tual de la sociedad de Guatemala para que tengan una vida mejor.

En la página siguiente aparece la Pirámide de Población para el municipio de Almolonga basada en los datos estimados de población que para 1975 hizo la Dirección General de Estadística y que presentan a continuación:

Grupo edad	Hombres	Mujeres
0-4	576	545
5-9	564	510
10-14	429	396
15-19	255	283
20-24	212	245
25-29	208	205
30-34	197	211
35-39	173	173
40-44	141	125
45-49	93	99
50-54	75	91
55-59	69	60
60-64	63	59
65-69	49	51
70-74	31	39
75-79	19	20
80-84	7	10
85-más	4	6

Fuente: República de Guatemala, Depto. de Quezaltenango.
Población Calculada año 1972-1980
Unidad de Planificación y Estadística
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Población Urbana y Población Rural:

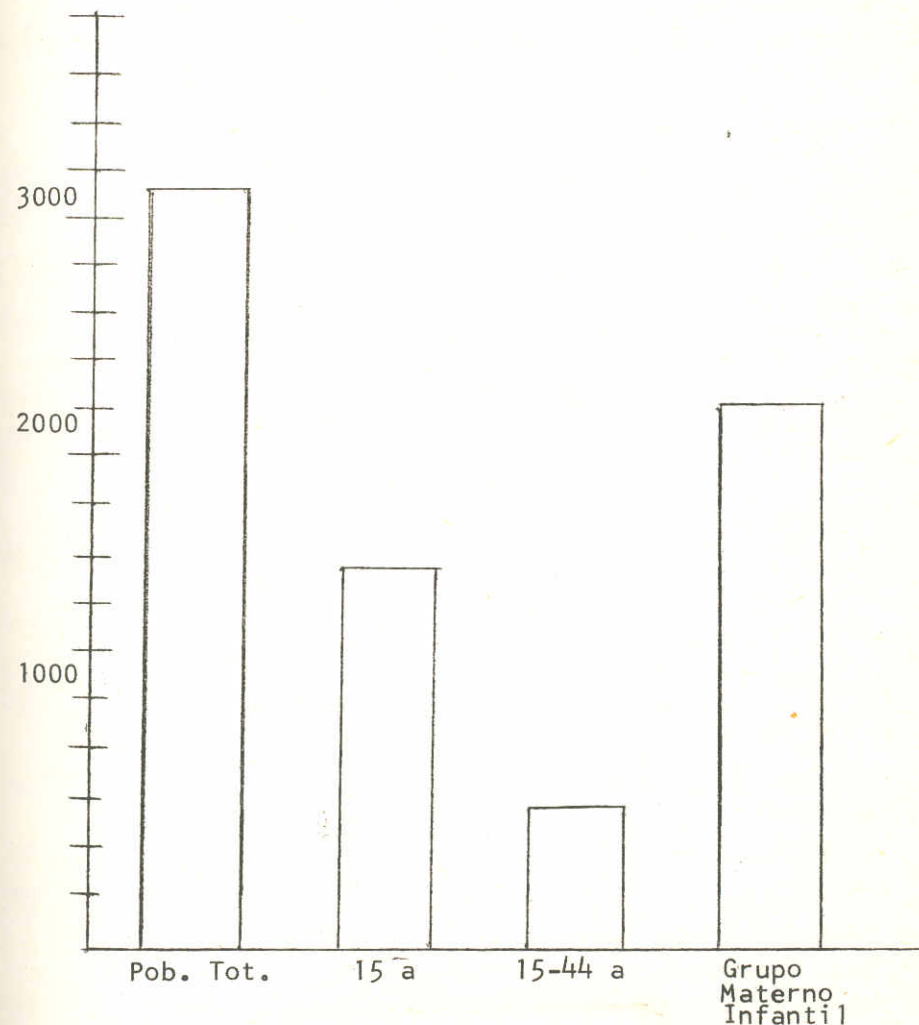
Almolonga tiene una población eminentemente considerada como urbana. Únicamente cuenta con dos aldeas, que son Los Baños y Las Delicias que distan muy poco de la cabecera municipal. La aldea los Baños es comunicada por carretera de tierra transitable en todo tiempo y por un servicio de transporte público con camionetas cada 15 minutos.

Al área urbana le correspondió el 90.67% de la población, mientras que el restante 9.33% es del área rural. En el área rural se visitaron un total de 108 viviendas, pero únicamente en 51 de ellas se encontraron a sus moradores, es decir que fue menos del 50% de las casas visitadas. Se consideró que la totalidad de la población era del grupo llamado indígena. Si comparamos los datos obtenidos en la encuesta con los reportados por el censo de 1973, obtenemos el siguiente cuadro (No. 5)

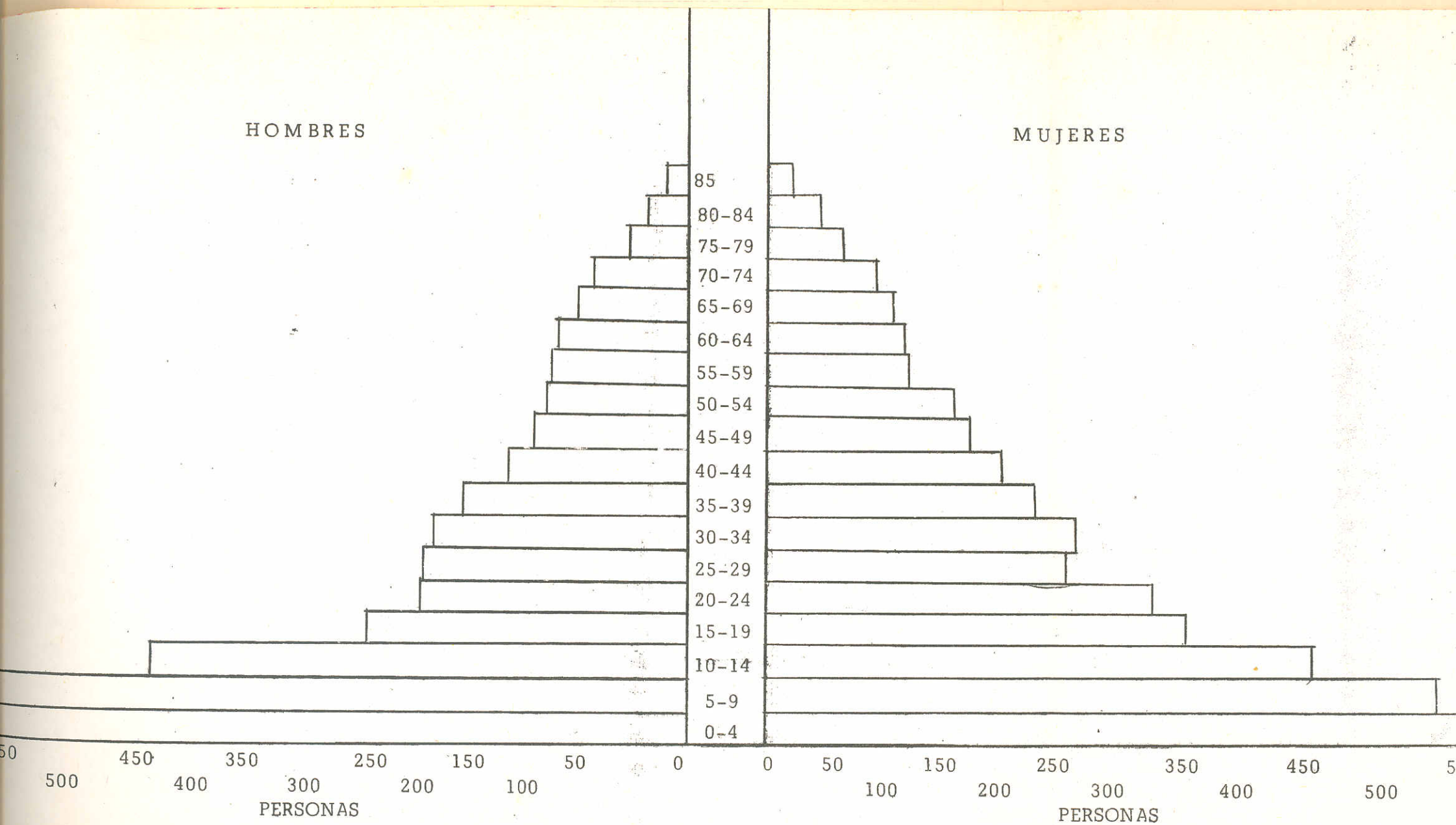
CUADRO No. 5
Población Rural. Comparación de resultados. Almolonga 1975

Fuente	Pob. Rural	Porcentaje
Censo 1973	961	100.00%
Encuesta	290	30.18%

Como se puede ver en el cuadro anterior, la cobertura de nuestra encuesta fue menor que la cobertura del área urbana, y esto se puede explicar porque debido a que es una población más pobre que la urbana exis-



GRAFICA No. 2
Representación de la población total. Comparación con menores de 15 años, mujeres en edad reproductiva y grupo Materno-Infantil. Encuesta de población, Almolonga 1975.



GRAFICA No. 3

PIRAMIDE DE POBLACION

Referencia: Población calculada año 1972-1980. Unidad de Planificación y Estadística. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

En la necesidad de que en las labores agrícolas colabore toda la familia, o que la esposa se dedique a otras actividades como vender en el mercado, etc. Como se verá más adelante, la asistencia a la escuela también es mejor en el área rural que en la urbana. Las razones anteriores contribuyen a que en las dos ocasiones en que fueron visitadas las casas de estas dos aldeas- sólo se pudieron encuestar 51 familias.

En cuanto a la división por sexo, la relación es casi en 50% para cada sexo, o sea que es similar a la totalidad de la población. Se obtuvo un total de 147 personas de sexo masculino y 143 del femenino. Es un resultado que está de acuerdo, con los datos obtenidos en el censo de 1973. Se presentan los resultados en el cuadro número seis.

CUADRO No. 6
Población rural, división por sexo, porcentajes, comparación con resultados obtenidos en el censo de 1973. Al-
longa 1975.

Fuente:	Total	%	Masculino		Femenino	
				%		%
Censo 1973	961	100	458	47.66	503	52.34
Encuesta	290	100	147	50.69	143	49.31

Los datos de la población urbana son similares a los anteriores en cuanto a relaciones pero la población es mayor. Se trata pues de una población concentrada en el área urbana. La densidad de población para la totalidad del municipio es de 155.3 habitantes por kilómetro cuadrado según la encuesta, pero si tomamos los datos del censo de 1973, se obtienen una densidad de 362.1 habitan-

tes por kilómetro cuadrado, que es una densidad bastante alta si la comparamos con otros municipios de departamentos como El Petén.

En el área urbana se notó que la totalidad de la población ladina se encuentra aquí. El total de la población urbana es de 2817 personas, lo que constituye el 90.6% de la población total. Se obtuvo un total de 1404 personas del sexo masculino, lo que corresponde al 50.20%. Los datos del censo también reportan una leve mayoría por parte del sexo femenino. Los resultados completos se presentan en el cuadro número 7, corresponden a población urbana y población rural.

CUADRO No. 7

Población total. Población urbana y rural, división por sexo, porcentaje, Almolonga 1975.

Población	Personas	%	Masculino	%	Femenino	%
Urbana	2817	90.6	1404	49.80	1413	50.20
Rural	290	9.4	147	50.69	143	49.31
Total	3107	100.0	1551	49.92	1556	50.08

En lo referente a los grupos etarios, caben las mismas consideraciones que se hicieron para el total de la población, por lo que únicamente se resumen en el cuadro número 8.

CUADRO No. 8

Grupos etarios, Población urbana y rural. División por sexo. Almolonga 1975.

Grupo	Masculino		Femenino	
	Urb.	Rural	Urb.	Rural
Menores de 1 año	56	7	44	6
De 1 a 2 años	61	8	58	5
De 2 a 3 años	62	5	59	9
De 3 a 4 años	65	4	55	9
De 4 a 5 años	90	7	73	4
De 5 a 14 años	408	39	388	34
De 15 a 44 años	476	57	558	56
Mayores de 45 años	186	20	172	20
TOTAL	1404	147	1413	143

EMBARAZOS ESPERADOS:

Se tomará como el 5% de la población total. Nuevamente aquí los datos variarán si se tomó la población según el total de nuestra encuesta o la del censo de 1973.

63.35 según encuesta

361.10 según censo.

ABORTOS ESPERADOS:

Es el 10% de los embarazos esperados.

6.53 según encuesta

36.11 según censo

PARTOS PROBABLES:

Es la diferencia entre los embarazos esperados menos los abortos esperados.

58.82 según encuesta
324.99 según censo.

Los resultados anteriores nos muestran que estamos trabajando con una población que está creciendo rápidamente, lo que se explica por el alto número de mujeres en edad reproductiva y la alta fecundidad que presenta, y si a esto sumamos el hecho de que los matrimonios son tempranos y las familias generalmente numerosas, nos daremos cuenta que el grupo materno-infantil seguirá siendo el más importante de la población y que justifica cualquier esfuerzo que se haga para darle la mejor protección posible por medio de programas preventivos, por medio de la promoción de la salud, lo que redundará en ahorro de tiempo y dinero pues se estarán previniendo muchos problemas por ser el mayor grupo de la población, y por lo tanto el más importante. Si bien las tasas de mortalidad infantil son también muy altas, la población está creciendo rápidamente y es necesario que crezca aún más pero también en mejor forma para que sean estas nuevas generaciones de guatemaltecos las que alcancen los objetivos que actualmente se vislumbran pero que se ven bastante lejanos más no por eso menos importantes. Estos objetivos son los de una vida mejor para todos los guatemaltecos, los que al ser alcanzados redundarán en el desaparecimiento de problemas que actualmente parecen imposibles de solucionar.

TASA DE FECUNDIDAD:

En 1974 se registraron en la municipalidad de Almolonga un total de 306 nacidos vivos, que no se debe

considerar como un total absolutamente fidedigno pues muchos nacimientos se quedan sin registrar, lo que falsea un poco los resultados. También se tuvo que hacer un cálculo aproximado en base a reglas de tres del número de mujeres en edad reproductiva que corresponderían si se hubiera encuestado a la totalidad de la población, tomando como total al resultado del censo de 1973, si bien se reconoce que los datos de este censo tampoco son un 100% confiables pero son los que más se acercan a la realidad.

Tasa de fecundidad: 213.83 por mil.

Tasa de natalidad: Se obtiene al dividir en número de nacidos vivos entre la población total, arroja el siguiente resultado: 42.25 por mil.

Crecimiento Vegetativo:

Es el resultado de restar la tasa de mortalidad de la tasa de natalidad, nos da el siguiente resultado:

30.79

Los resultados anteriores muestran nuevamente la importancia del grupo materno-infantil y, repito, justifican cualquier esfuerzo que se haga para su mejoramiento.

II DAÑOS DE SALUD:

- A. Morbilidad
- B. Mortalidad
- C. Nutrición

A. Morbilidad

Para esta parte del estudio se consideró la consul-

ta externa dada por el puesto de salud de la comunidad durante el año de 1974. Los datos se tomaron del libro de registro de pacientes de dicho centro y se investigó la morbilidad atendida en cuatro grupos de pacientes - que eran los siguientes:

Menores de un año
de uno a cuatro años
de cinco a catorce años
obstétrica

Morbilidad en menores de un año:

Durante 1974 el ~~puesto~~ de salud de Almolonga atendió a un total de 249 pacientes menores de un año de edad. Todos fueron vistos en consulta externa pues el puesto de salud no cuenta con encamamiento. Muchos fueron vistos dentro del programa de atención del niño sano, pero durante los días que se atiende dicho programa es mayor la proporción de niños que presentan más de alguna patología; que los que se consideran como aparentemente sanos. Las causas, o mejor dicho, los diagnósticos más frecuentes encontrados, y que según la clasificación general de enfermedades que se presenta en material y métodos, son los siguientes en orden de frecuencia decreciente:

- 1) 29 (Influenza)
- 2) 03 (Enteritis y otras enf. diarreicas)
- 3) 16 (Demás enf. infecciosas y parasitarias)
- 4) 31 (Bronquitis, enfisema y asma)
- 5) 44 (Todas las demás enfermedades)
- 6) 37 (Desnutrición protéico-calórica)

Como se puede ver, los sistemas más afectados son el respiratorio y el digestivo. Si bien es cierto que esto es lo más frecuente en la infancia también lo es

el hecho de que se trata en su mayoría de enfermedades condicionadas por un ambiente que es poco favorable para el hésped y muy favorable para el agente causal y esto es mayormente cierto en Almolonga.

Si consideramos aquí el concepto moderno de la multicausalidad de la enfermedad, estaremos de acuerdo en que se trata de múltiples condiciones las que facilitan que este tipo de patología se presente, pero todas conducen a lo mismo, que es un estado de pobreza e ignorancia, que a su vez son producto de un sistema de explotación de la gran mayoría por una minoría privilegiada y luego entonces, el enfoque del problema debe ser desde un punto de vista socio-económico-político; pues este sistema de explotación es político, y por lo tanto, política es su solución: la revolución total.

Se puede ver que las tres primeras causas que provocaron la consulta al puesto de salud son de tipo infectocontagioso, y todos sabemos la forma de evitar estas condiciones o al menos de disminuirlas, porque enfermedades de este tipo van a existir siempre sólo que en menor proporción que la que tenemos a la vista.

Morbilidad en niños de uno a cuatro años de edad:

Durante el mismo año fueron atendidos un total de 436 niños de uno a cuatro años de vida en el puesto de Salud. Las causas más frecuentes, siempre en orden de frecuencia de mayor a menor y de acuerdo a la clasificación establecida son:

- 1) 29 (Influenza)
- 2) 03 (Enteritis y otras enf. diarreicas)
- 3) 31 (Bronquitis, enfisema y asma)
- 4) 44 (Todas las demás enfermedades)
- 5) 02 (Disentería bacilar y amebiasis)

- 6) 16 (Demás enf. infecciosas y parasitarias)
- 7) 37 (Desnutrición protéico-calórica)
- 8) 21 (Anemias)
- 9) 30 (Neumonía)
- 10) 08 (Angina estreptocócica y escarlatina)

Los comentarios en este grupo de población son los mismos que para los niños menores de un año de edad, - pues la población es la misma, las condiciones higiénicas son las mismas, la pobreza es la misma, la explotación es la misma y, luego entonces, los problemas que resultaran serán los mismos y las soluciones las mismas.

Morbilidad en niños de cinco a catorce años de edad:

En este grupo de población, que es mucho mayor que los anteriores, la solicitud de atención fue relativamente menor, lo que me hace pensar que este grupo de población se enferma menos o que ya ha pasado por el período crítico de susceptibilidad que representan los primeros años de la existencia. Las causas más frecuentes de consulta son en términos generales las mismas - que en los dos grupos anteriores, lo que confirma que persisten la influencia negativa del ambiente, y únicamente se nota que hay un aumento marcado de las consultas debidas a lesiones por causas externas. Las diez causas más frecuentes son las siguientes siempre en orden de frecuencia de mayor a menor:

- 1) 16 (Demás enf. infecciosas y parasitarias)
- 2) 29 (Influenza)
- 3) 48 (Las demás causas externas)
- 4) 08 (Angina estreptocócica y escarlatina)
- 5) 03 (Enteritis y otras enf. diarreicas)
- 6) 44 (Todas las demás enfermedades)
- 7) 31 (Bronquitis, enfisema y asma)

- 8) 31 (Desnutrición protéico-calórica)
- 9) 02 (Disenteria bacilar y amebiasis)
- 10) 30 (Neumonía)

Morbilidad Obstétrica:

Se atendió en 1974 un total de 126 señoras embarazadas dentro del programa de atención prenatal, ninguna de ellas consultó fuera de este programa. La patología observada es escasa o no está registrada pues únicamente se encontró diagnóstico de Enfermedad Péptica. Yo estoy de acuerdo con estos resultados pues por mi experiencia de los seis meses de mi práctica puedo decir que la patología obstétrica entre las señoras que consultan al puesto de salud es muy baja y no se ven problemas serios. En este tiempo en el puesto de salud se reportaron únicamente dos casos de aborto.

Resumiendo podemos decir que se analizó la consulta que el grupo materno infantil solicitó en el puesto de salud de Almolonga durante el año de 1974. Se atendió a un total de 1035 niños menores de 15 años y a 126 señoras embarazadas. Se tienen programas de control del niño sano y de control prenatal.

Si bien no se puede tomar esto como la totalidad de la morbilidad presentada en la población pues no todas las personas que se enferman buscan el puesto de salud, ya que también ven médico particular, Farmacéutico, etc., tomamos estos datos para nuestro estudio pues el único registro que existe en esta comunidad es el del puesto de salud, ya que no funciona ninguna otra clínica ya sea pública o privada.

B. Mortalidad:

Se analiza la mortalidad que dentro del año de 1974

se registró para niños menores de 4 años y para mortalidad materna. Los datos fueron obtenidos de los certificados de defunción que sirvieron para los informes mensuales hechos por la enfermera del puesto de salud. Durante este año se registraron las siguientes cantidades de casos:

Infantil	22 casos
1-4 años	16 casos
Materna	0 casos
Mortinatalidad	2 casos

El registro de la causa de enfermedad es malo, como fue demostrado en otro estudio realizado en la comunidad (1), la totalidad de los casos fueron hechos por el policía municipal que tiene una ignorancia absoluta de lo que son las causas de enfermedad. Se ponen causas de muerte que son muy confusas y que cuesta clasificarlas por su falta de especificidad. Se pone con mucha frecuencia diagnósticos como Calentura, "deposición", etc. Hecha la salvedad anterior se presentan a continuación los resultados obtenidos y se intenta una clasificación lo más adecuada posible:

Mortalidad Infantil:

Fue un total de 22 casos, lo que nos da una tasa de 71.89 por mil, las causas más frecuentes son las siguientes:

Influenza	10 casos	45.45%
Neumonía	6 casos	27.27%
Enteritis y otras enf. diarréicas	3 casos	13.63%
Tos Ferina	1 caso	4.54%
Sarampión	1 caso	4.54%
Demás enf. infecciosas y parasitarias	1 caso	4.54%

Se observa que la mayor parte es por causas infectocontagiosas lo que motiva comentarios similares a los que fueron, con anterioridad, presentados en la parte de morbilidad por lo que no se repetirán por razones de tiempo y espacio.

Lo que sí merece un comentario aparte, aunque las causas son las mismas, socio-políticas, es la tasa de mortalidad tan alta que se presenta, puesto que 71.89 por mil es muy alta aquí y en cualquier parte y que explica que el incremento vegetativo no sea tan alto con esa tasa de natalidad.

Mortalidad Neonatal:

6 casos. Tasa: 19.60 por mil.

Influenza	2 casos	33.33%
Neumonía	2 casos	33.33%
Enteritis y otras enf. diarréicas y parasitarias	1 caso	16.66%
Demás enf. infec. y parasitarias	1 caso	16.66%

Mortalidad Post Neonatal:

16 casos. Tasa: 52.28 por mil.

Influenza	8 casos	50.00%
Neumonía	4 casos	25.00%
Enteritis y otras enf. diarréicas	2 casos	12.50%
Tos Ferina	1 caso	6.25%
Sarampión	1 caso	6.25%

Mortalidad en niños de 1 a 4 años de edad:

16 casos. Tasa: 52.28 por mil.

Influenza	7 casos	43.75%
Demás enf. infecciosas y parasitarias	7 casos	43.75%
Enteritis y otras enf. diarréicas,	1 caso	6.25%
Neumonía	1 caso	6.25%

Mortinatalidad:

Dos casos. Tasas: 6.53 por mil

Mortalidad Materna:

No hay casos reportados

Todos los datos anteriores merecen igual comentario que los de morbilidad.

C. Nutrición

En esta parte de la investigación se estudiaron las señoras embarazadas y todos los niños menores de cinco años. Para realizar la encuesta se contó con una hoja mimeografiada y se investigó lo siguiente:

Desnutrición Protéico-calórica (DPC)
Anemia
Avitaminosis A
Bocio.

Se pasó a un total de 74 niños y tres señoras embarazadas. Tres niños estuvieron ausentes el día de la encuesta y tres más no se estudiaron por negatoria de los padres. En el registro del peso y la talla también faltan algunos datos pues los padres se negaron a llevar a los niños al puesto de salud para pesarlos y medirlos pues únicamente allí se podía hacer. Para el

registro de los datos se utilizó la siguiente clave:

0 = signo ausente
1 = signo presente
9 = signo dudoso

Los resultados de las señoras se presentan a continuación:

Cabello: Fácilmente desprendible	0 = 3 casos (100%)
Cambio de textura	0 = 2 casos (66%)
	1 = 1 caso (33%)
Cambio en color	0 = 2 casos (66%)
	1 = 1 caso (33%)
Cambio en textura y color:	0 = 2 casos (66%)
	1 = 1 caso (33%)
Ojos: Conjuntivitis no purulenta	0 = 2 casos (66%)
	1 = 1 caso (33%)
Manchas de Bitot	0 = 3 casos (100%)
Queratomalacia	0 = 3 casos (100%)
Cuello: Bocio (tres grados)	0 = 3 casos (100%)
Conjuntivas: Pálidas	0 = 1 caso (33%)
	1 = 2 caso (66%)
Piel: Hiperqueratosis folicular:	0 = 3 casos (100%)

No se presentó ningún caso de edema de miembros inferiores ni con edema generalizado.

Las tres señoras se negaron a ir al puesto de salud para medidas antropométricas y hematología.

La muestra examinada no se considera representativa pues según datos del censo se esperan más de 300 embarazadas y nuestra muestra fue nada más de tres señoras. No obstante se tratará de hacer un análisis con los resultados obtenidos. Un 33% de la muestra presentaba los signos de una Desnutrición Protéico-calórica Grado I (DPC G-I). Avitaminosis A está prácticamente ausente de la muestra, lo mismo que el Bocio. Las dos terceras partes de la muestra presentaban las conjuntivas pálidas, lo que sugiere cierto grado de anemia, no fue posible la comprobación del laboratorio.

La talla y el peso tampoco aparecen registradas, pero por experiencia personal se trata de personas de baja talla, el promedio de estatura dentro de las que se han visto en el presente año en el control prenatal es de 130 a 140 cms. No obstante esta talla tan baja, la distocia osea es muy rara, esto podría explicarse por el hecho de que la mayoría de los niños son de bajo peso al nacer, pero esto es solamente una sospecha pues no hay registro del peso al nacer, y cuando se pone en los registros de nacimiento, sucede algo muy extraño, pues los pesos se repiten sistemáticamente por semanas, al preguntarles a las madres dicen que los niños no han sido pesados por lo que se puede concluir que el peso se ha anotado únicamente para llenar el requisito.

Nutrición en niños menores de 5 años:

La muestra a estudiar era de 74 niños. Únicamente se pudo encuestar totalmente a 68, y de estos sólo se pudo pesar y medir a 45, es decir, que de 74 que constituía nuestro universo teórico, sólo investigamos al 91.9% o sea a 68 que es nuestro universo real. El peso y la talla únicamente se tomaron al 60.8% del universo

teórico y al 61.7% de universo real.

CUADRO No. 9

Resultados de la encuesta nutricional en niños menores de 5 años. Almolonga 1975

Signo	Resultado	
	Casos	%
Cabello: Fácilmente desprendible	0 = 63	92.64
	1 = 5	7.35
	Cambio en textura	0 = 55
	1 = 11	16.18
	9 = 2	2.94
	Cambio en color	0 = 56
	1 = 10	14.70
	9 = 2	2.94
	Cambio en textura y color	1 = 8
Ojos: Conjuntivitis no purulenta	9 = 3	4.41
	0 = 52	76.47
	1 = 7	10.29
	9 = 3	4.41
	Queratomalacia	0 = 66
	1 = 1	1.47
	9 = 1	1.47
	Bocio: Grados I, II y III	0 = 68
	Conjuntivas Pálidas	0 = 37
Hiperqueratosis Folicular	1 = 27	39.70
	9 = 4	5.88
	0 = 63	92.64
	1 = 5	7.35
	Tejido Celular Subcutáneo:	Edema bilateral de piernas
	0 = 64	94.12
	1 = 2	2.94
	9 = 2	2.94
	Edema generalizado	0 = 66
	1 = 1	1.47
	9 = 1	1.47

CUADRO No. 10

Estado nutricional en niños menores de cinco años relativo al déficit de peso. Encuesta Nutricional. Almolonga 1975

Déficit de peso	No. casos	Porcentaje
Normal	9 casos	12.1%
DPC G-I	23 casos	31.0%
DPC G-II	10 casos	13.5%
DPC G-III	3 casos	4.0%
No anotado	29 casos	40.0%

Talla: el 100% de la muestra presenta talla baja para su edad.

Los resultados anteriormente presentados demuestran claramente que la desnutrición es endémica en la población en estudio.

El 92.64% de los niños investigados presentan por lo menos un signo clínico de Desnutrición Protéico-Calórica, si bien se puede considerar que los casos avanzados (DPC G-III) son únicamente 3, lo que corresponde al 4.41%; la desnutrición es de grados I y II son muy frecuentes de encontrar. Nuevamente aquí caemos en las causas de esta epidemia de desnutrición, ya que nuevamente se trata de una entidad que obedece a múltiples causas que son más que todo de orden sociológico, con manifestaciones orgánicas y también considero que el método tradicional es el menos apto para lograr su curación. A pesar de tratarse de una región relativamente rica, vemos los resultados anteriores, donde en familias

que tienen mucho dinero los niños están desnutridos y entran aquí las consideraciones de la importancia que la educación adecuada tiene en cuanto a la nutrición y nuevamente se trata de un mal social llamado ignorancia.

De los 9 niños que presentaban un peso normal para su edad, 8 eran correspondientes al grupo de menores de un año. Entonces creo que el hecho de que tengan un peso normal es debido a la lactancia materna y que al dejar de lactarlos ellos se enfrentan a costumbres alimenticias inadecuadas, lo que redundará en una pérdida relativa del peso para la edad y hace que la desnutrición se vuelva un problema endémico.

El único problema investigado que fue totalmente normal fue el relativo al bocio ya que la totalidad de la muestra nos presenta un Tiroides de tamaño normal.

La avitaminosis A es poco frecuente pues se encuentran signos sugestivos en menos del 10% de la muestra y de certeza en aproximadamente el 3%.

III HIGIENE:

Las condiciones higiénicas del pueblo de Almolonga son malas y facilitan el hecho de la alta frecuencia de enfermedades infecciosas que podrían ser controladas con adecuadas medidas de mejoramiento de estas condiciones negativas. El servicio de drenajes recientemente se inició a colocar y aún no está funcionando por lo que los desagües corren a flor de tierra, lo que sumado a la basura que también es tirada a flor de tierra facilita la gran propagación que tienen las moscas, que constituyen un gran problema de muy difícil solución - pues hay una resistencia o falta de cooperación por parte de la comunidad para una mejor colocación de la basu-

ra y evitar con esto la proliferación tan marcada de la población de moscas que se observa.

Investigamos las condiciones de la vivienda y presentamos los resultados en el Cuadro No. 11.

CUADRO No. 11

Resultados de la encuesta sobre condiciones de la vivienda. Almolonga 1975

Problema Investigado	Condiciones	No. casas	%
Piso	Tierra	397	71.92
	Cemento	130	23.55
	Madera	2	0.36
	Otro	23	4.17
Techo	Paja, Mánaca	28	5.07
	Lámina de Zinc	63	11.41
	Lámina de Asbesto	259	46.92
	Teja	202	36.59
Cielo	No tiene	267	48.37
	Machiembre	191	34.60
	Cartón	10	1.81
	Telas	1	0.18
Paredes	Otros	83	15.04
	Tabla	50	9.06
	Bahareque-adobe	340	61.59
	Palma, Paja, etc.	12	2.17
Instalaciones	Block	8	1.45
	Ladrillo	142	25.72
	Cocina separada	518	93.84
	1 cuarto	317	57.43
	2 cuartos	170	30.80
	3 cuartos	53	9.60
	Más de 3 cuartos	12	2.17

Problema Investigado	Condiciones	No. casas	%
Alumbrado	Eléctrico	236	42.75
	Gas	245	44.38
	Candela	65	11.78
	Ocote	6	1.09
Agua	Riachuelo	27	4.89
	Pozo con brocal	79	14.31
	Pozo sin brocal	23	4.17
	Tubería intradomiciliaria	227	41.12
Basuras	Tubería extradomicilio	154	27.90
	Otro	42	7.60
	Patio	73	13.22
	Incineración	38	6.88
Excretas	Basurero	281	50.91
	Otros	160	28.99
	A flor de tierra	168	30.43
	Letrina sanitaria	194	35.14
	Letrina Insanitaria	134	24.28
	Fosa Séptica	56	10.14

Si bien los resultados anteriores dan una idea de las condiciones de la vivienda en esta población, esta idea no es del todo clara. Por observación personal puedo asegurar que las condiciones higiénicas de esas viviendas son inadecuadas. En la mayoría de casas se puede observar mala iluminación y ventilación, el hacinamiento es el dominante, generalmente aunque tengan co-

cina separada penetra un poco de humo a la casa, etc. Nuevamente aquí hay que recapacitar en las causas de que estas personas vivan en estas condiciones tan penosas y aún existen otras poblaciones en las que las condiciones son peores, pero cabe preguntarse si estas personas viven así para que nosotros, en mayoría ladinos explotadores, vivamos en la forma en que lo hacemos. Porque hay que pensar que los recursos de la nación no tienen la distribución adecuada y necesaria para procurar mejores condiciones de vida para la totalidad de los guatemaltecos y probablemente las condiciones en que viven estas personas desamparadas sean consideradas por los explotadores necesarias para vivir en forma decorosa. Visto lo anterior se cae nuevamente en que la causa de todos los males de la sociedad guatemalteca es una mala distribución de los recursos, la que es acaparada por unos pocos, los que también son servidos por los estudiantes universitarios, maestros, religiosos, etc. para mantener el actual sistema de cosas, ya que viviendo en esta forma los integrantes de los grupos - que están a "media agua" toman las sobras y viven mejor que los totalmente explotados, o sean los indígenas.

En alguno casos se observa que no obstante de tratarse de familias que tienen entradas aceptables de dinero, las condiciones de la vivienda, no son todo lo bueno que podrían esperar con ese dinero y esto obedece a razones culturales.

IV CULTURA

Se considera como analfabeto a todo individuo mayor de 7 años que no sabe leer y escribir. Este aspecto fue investigado en nuestra encuesta y los resultados muestra que el analfabetismo es el dominante en una relación muy similar tanto en la población urbana como en la rural. Los resultados se presentan en el cuadro No. 12.

CUADRO No. 12

Población alfabetizada, analfabetizada, urbana rural, porcentajes
Almolonga 1975.

Población	Alf.	%	Analf.	%	Total	%
Urbana	474	26.30	1328	73.70	1802	100.00
Rural	51	26.56	141	73.44	192	100.00
Total	525	26.33	1469	73.67	1994	100.00

Estos resultados muestran que no hay diferencia significativa de la población urbana a la rural, pero el índice de analfabetismo es muy alto y debe ser mejorado si se desean mejorar las condiciones de vida de los pobladores. El analfabetismo podría ser una de las causas de estas malas condiciones de vida, ya que hay familias que a pesar de contar con los recursos económicos adecuados, sus viviendas no son adecuadas para mantener su salud y a una población alfabetizada es más fácil de educar también en salud.

El analfabetismo es un problema nacional y los porcentajes encontrados en esta encuesta son similares a los nacionales y nuevamente se debe decir que se trata de un problema que surge como resultado de las actuales condiciones de la sociedad guatemalteca, en la que existe un círculo vicioso en el que un problema acarrea otro y así sucesivamente en una cadena que, en las actuales condiciones, no tiene fin.

Escolaridad:

Se investigó en esta parte el número de componentes

de la familia en estudio que, teniendo de 7 a 14 años, asistían o no a la escuela, los resultados de esta investigación aparecen resumidos en el cuadro número 13.

CUADRO No. 13

Números de miembros de la familia de 7 a 14 años que asisten o no a la escuela. Porcentajes. Población urbana, rural, total. Almolonga 1975.

Población	Asistencia a escuela				Total	%
	Si asist.	%	No asist.	%		
Urbana	302	44.81	372	55.19	674	100.00
Rural	24	30.38	55	69.62	79	100.00
Total	326	43.29	427	56.71	753	100.00

Los datos anteriores reiteran la opinión de que si bien los problemas afectan a toda la población, siempre son más marcados en el área rural. El municipio cuenta con dos escuelas. Una urbana que tiene ocho maestros y una rural, en la aldea Los Baños, que únicamente tiene tres maestras. Las condiciones de ambas escuelas no son las ideales y la población estudiantil es más que todo del sexo masculino, pues se tiene la idea de que la escuela es principalmente para los hombres y las mujeres deben aprender los oficios del hogar y generalmente no van a la escuela, todo esto cae dentro del papel secundario que se le ha dado a la mujer desde tiempos muy remotos, considerándola más que todo como madre para los hijos y la encargada de mantener el hogar en buenas condiciones pero siempre desde un plano de inferioridad respecto al varón.

Encuestando en la aldea Las Delicias se preguntó a un jefe de familia si alguno de sus hijos asistía a la escuela y respondió que "no porque todas son mujeres". El papel secundario que la mujer juega en la sociedad Almolonga, y que es similar en todo el altiplano occidental, se puede observar en todos los aspectos. Para los entierros siempre va adelante el grupo de hombres y atrás el de mujeres, en las reuniones sociales, como por ejemplo el cambio de directiva de las distintas asociaciones o sociedades que existen, en el cuarto adornado para el efecto sólo hay hombres y todas las mujeres permanecen sentadas en el patio, cerca de la cocina. Cuando se les dio una plática sobre paternidad responsable, a pesar de haber invitado a parejas, siempre se notaba a la derecha el grupo de mujeres y a la izquierda el de hombres. Para la feria local, se pudo observar aún más real el problema, pues en los salones de baile (Sarabandas) entraban los hombres a bailar con las prostitutas ladinas que llegan a la comunidad procedentes de la costa sur para esta ocasión y las mujeres indígenas de la comunidad esperaban sentadas alrededor del salón hasta que ellos se emborrachan y luego se van para sus casas. Se ve aquí que la mujer acepta esto con mucha humildad y es tímida, delante del esposo casi no habla si éste no lo permite.

Hábitos y creencias sobre alimentos:

Se pidió en esta parte de la investigación que la persona entrevistada mencionara los alimentos que la familia consumía frecuentemente y también los que consumía la señora embarazada, el niño escolar, el niño preescolar y el niño en el primer año de vida, todos estos últimos se refería a alimentos que consumiera cada integrante de estos grupos además de lo que consumía el resto de la familia.

La alimentación promedio referida en esta encuesta

es la que se conoce como la que consume la mayoría de los guatemaltecos, que consiste básicamente en frijol, maíz, chile y café. Por las características de esta población también son muy consumidas las verduras que constituyen el principal producto de su agricultura y que fue referida por la totalidad de la muestra investigada, como que era consumida casi diariamente por toda la familia.

La carne es consumida en muy poca cantidad y por pocas familias. Los huevos y la leche casi no son consumidos por ser caros y que por sus actividades agrícolas con pocas las familias que reportaron tener gallinas y vacas. La Incaparina y la avena forman otro grupo de alimentos que son consumidos por pocas personas dentro de la comunidad.

En términos generales la señora embarazada, el niño preescolar, el escolar y el del primer año de vida comen lo mismo que el resto de la familia, por razones económico-culturales. Se refirió que la leche y la avena era consumido por los niños preescolares y escolares y los menores de un año casi no comían nada fuera de la lactancia materna, y cuando lo hacían eran los mismos alimentos que el resto de la familia.

Lactancia:

Se acostumbra aún la lactancia prolongada con un promedio de duración de dos a tres años. Todas las madres dan el pecho por un mínimo de un año. La lactancia artificial o mejor dicho la alimentación artificial se principió en la mayoría de los casos al año de edad, aunque en algunos casos se inició a los siete y ocho meses. La lactancia materna durante los primeros seis meses de vida protege contra la desnutrición.

Alimentos considerados malos:

Durante el embarazo se considera que son malos los frijoles, los caldos, la carne de res, pero esto fue con testado solo en unos pocos casos ya que generalmente no se consideran alimentos que sean malos durante el embarazo. También se refirió como malo durante el embarazo comer chile y beber café que se sabe son irritantes de la mucosa gástrica. En un caso se dijo que el perejil e ra malo durante el embarazo.

La producción y consumo pecuario son casi nulos y no ameritan comentarios.

Percepción de la situación materno-infantil por la comunidad:

La totalidad de los últimos partos fueron atendidos por comadronas y todas las señoras desean que sus próximos partos sean atendidos por comadronas y en su c a s a. Los partos que no fueron atendidos en Almolonga fueron a tendidos en Quezaltenango en la casa de salud de una co madrona, que dicho sea de paso, y aunque no venga al caso, casi siempre encuentra niños "atravesados" y los pone en buena situación mediante unas misteriosas inyec ciones que las señoras pagan hasta Q10.00 cada una. Esta observación es personal y hecha durante los seis meses de práctica pues las señoras llegaban asustadas porque e lla les había dicho que el niño estaba atravesado y a l palpables se trataba de una cefálica corriente.

Mas de la mitad de las señoras respondieron que s i habían tenido control prenatal en su último embarazo. La mayor proporción fue atendida por una comadrona en el domicilio de ésta, las restantes en el puesto de Salud y únicamente una refirió haber ido a una clínica priva

da. En términos generales se puede decir que si consideran conveniente el control prenatal porque reporta beneficios al niño. La atención hospitalaria del parto no se consideró necesaria en la mayor parte de los casos y un caso refirió que comprendía la importancia de que atendieran su parto en el hospital pero que prefería que fuera en su hogar. La opinión generalizada es de que es preferible la atención del parto en la casa por razones de tipo personal, tales como no tener que separarse de sus otros hijos, tener cerca a sus familiares, etc.

Los problemas que podría dar el embarazo para la madre se referían más que todo a cefaleas y gases. Al niño casi nadie creyó que le pudiera causar problemas y en algunos casos no se entendió la pregunta y se confundió con los problemas emocionales que presenta el hijo más pequeño a la venida del nuevo hermano.

Cuando el niño se enferma se contestó en forma dividida que era llevado al Puesto de Salud o con el Farmacéutico, aunque realmente el farmacéutico atiende más gente que el Puesto de Salud. En frecuencia sigue el uso de remedios caseros y por último el curandero.

La mayoría de niños están vacunados, ya que debido a la epidemia de Sarampión que se presentó se realizó una extensa campaña de vacunación de casa en casa y de esta forma casi ninguno se escapó, valga la expresión, porque es muy difícil que la población acepte la vacunación, aquí se dio un fenómeno doloroso, puesto que hasta que vieron la gran mortalidad que produjo el Sarampión fue que aceptaron la vacuna.

Entre la población de Almolonga existe una opinión generalizada de que las vacunas si son beneficiosas por

que protegen contra las enfermedades, aunque algunas personas contestaron que eran buenas "porque así dice la gente".

El control de crecimiento y desarrollo que se lleva en el Puesto de Salud, es poco conocido, pero las personas que lo conocen y utilizan si tienen una idea adecuada de sus objetivos.

Las causas más frecuentes de enfermedad en las madres son cefaleas, trastornos gastrointestinales benignos y alcoholismo, lo que da una idea de la gravedad de este problema y una vez más tenemos que repetir que se trata de un mal social que tiene causas múltiples pero muy claras. Las enfermedades más frecuentes en los niños con calenturas, gripe, diarreas, parásitos; datos que están de acuerdo con los encontrados al revisar la atención dada por el Puesto de Salud en 1974.

Las causas más frecuentes de muerte según la opinión de la población encuestada en los adultos son: alcoholismo, fiebres, dolencias gastro-intestinales; y en los niños todos tienen la idea que la causa más frecuente es el sarampión lo que es explicable por la cercanía de la epidemia reciente.

Hay desconocimiento casi absoluto de lo que es desnutrición y de los signos de la misma.

V. SITUACION SOCIOECONOMICA:

Se trata de una población casi completamente dedicada a la agricultura. La mayoría son propietarios y trabajan su propia tierra. El promedio de tierra por persona, o mejor dicho por propietario es de una Cuerdas de tierra productiva, es decir la tierra del valle, porque en las laderas hay gente que tiene más de 10 cuerdas

pero es tierra poco productiva. En las laderas se cultiva maíz, frijol, habas, es decir que son cultivos predominantemente de invierno, mientras que en la parte baja se cultiva todo el año por la prodigiosa cantidad de agua con que cuentan estas tierras, en las que el problema es el drenaje de las mismas. Los que son arrendatarios son en menor número también hay jornaleros y muy pocos los que trabajan de cuadrilleros.

Si bien estas tierras producen todo el año, los propietarios refieren ingresos bajos, pues trata de un minifundio productivo para los mediadores que compran al por mayor, pero poco productivo para los agricultores que tienen un ingreso promedio de Q30 al mes, que viene a ser igual al jornal promedio que ellas pagan. Estos datos pueden estar falseados por el hecho de que estas personas en cuanto a sus ingresos si son muy poco comunicativos pues creen que se trata de investigaciones para nuevos impuestos, etc., por lo que no dan los datos reales. La producción es de verduras en su gran mayoría, cultivándose en menor cantidad flores, maíz, frijol y otros. El ingreso más alto reportado fue de Q90 al mes pero es casi seguro que algunas personas tienen ingresos superiores.

Además de la actividad agrícola, las demás actividades son realizadas más que todo para el consumo interno dentro de la familia y son casi en su totalidad tejidos. La producción agrícola es destinada más que todo para la venta y en pocos casos para gasto y venta.

Todos los propietarios trabajan sus tierras a excepción de uno, todos los propietarios tienen herramientas propias y sólo los jornaleros tienen prestadas del propietario del terreno que trabajan. Las herramientas más usadas son el azadón, machete, rastrillo, es decir que se están utilizando métodos muy antiguos

para la siembra pero debido a lo dividido de la tierra, es difícil que se pueda mecanizar la siembra. Todos usan abonos, principalmente de los llamados orgánicos (brosas), ya que los químicos son poco rentables por su precio elevado.

CONCLUSIONES:

1. Se comprueba que la mayoría de los daños que se presentan en el grupo materno-infantil son prevenibles con acciones concretas contra las causas de estos daños, que en su mayoría son de origen infeccioso y nutricional, teniendo estos como causas determinantes la situación socio-económica de 1 a 5 personas.
2. La percepción y la conciencia que se tiene del problema materno-infantil no varía significativamente entre la población y el personal de salud local. - Hay variación pero no es significativa.
3. En la encuesta de población se cubrió únicamente el 42.9% de la población total, tomando como total al resultado del censo levantado por la Dirección General de Estadística en el mes de marzo de 1973.
4. Las razones de esta escasa cobertura son más que todo debidas al ausentismo de las personas en las fechas de la encuesta, y esto es resultado de las características ocupacionales de la población, que trabaja más que todo en el campo.
5. No hay diferencia significativa en cuanto a la diferenciación por sexo en la totalidad de la población.
6. El 97.55% de la población se consideró indígena.
7. El grupo materno infantil constituye el 70.2% de la población total.
8. El 50.4% de la población total tienen menos de 15 años.

9. Las dos cifras anteriores justifican cualquier esfuerzo que se haga para mejorar las condiciones de salud del grupo materno-infantil, que es el más importante de la población.
10. La población urbana comprende al 90.67% de la población total, la rural es de 9.33%.
11. Según nuestra encuesta hay una densidad de población de 155.3 habitantes por kilómetros cuadrado, según el censo es de 362.1 habitantes por kilómetro cuadrado.
12. La tasa de fecundidad, de natalidad y el incremento vegetativo son altos.
13. Las causas de morbilidad que más frecuentemente afectan a miembros de la población menores de 15 años son principalmente de tipo infeccioso.
14. Los aparatos más frecuentemente afectados son el respiratorio y el digestivo.
15. Estas enfermedades son facilitadas principalmente por las malas condiciones higiénicas de la población que a su vez tienen su origen en malas condiciones socio-económicas.
16. La morbilidad obstétrica es escasa o al menos no está registrada dentro de la población atendida en el programa de atención prenatal del Puesto de Salud.
17. Las causas de mortalidad están mal registradas.
18. No obstante el mal registro se considera que son los aparatos respiratorio y digestivo los más afectados.

19. La tasa de mortalidad infantil (71.89 por mil) es muy alta.
20. No hay casos reportados de mortalidad materna.
21. Las tasas de mortalidad neonatal (19.60 por mil), mortalidad post-neonatal (52.28 por mil), y de niños de 1 a 4 años de edad (52.38 por mil) también son muy altas.
22. El 92.64% de los niños menores de cinco años presenta por lo menos un signo clínico de desnutrición.
23. Lo más frecuente de encontrar es la Desnutrición Protéico-Calórica Grado I.
24. Los casos de Desnutrición Protéico-Calórica Grados II y III son más raros. Sólo el 4.41% de la totalidad de la muestra presentó un Grado III.
25. De los únicos 9 niños que presentaron peso adecuado para su edad, 8 eran menores de un año de edad.
26. El Bocio y la Avitaminosis A son escasos.
27. Las condiciones higiénicas de la habitación son deficientes.
28. Las peores condiciones higiénicas se observan en el área rural.
29. El 73.67% de la población total es analfabeta.
30. El 56.71% de la población de 7 a 14 años no asiste a la escuela.

31. La dieta promedio consiste en frijol, maíz, chile y café, también verduras.
32. Se come muy poca carne, leche y huevos.
33. Todas las madres lactan al pecho y se acostumbra la lactancia prolongada.
34. Durante el primer año de vida la alimentación del niño es casi totalmente la lactancia.
35. No son muchos los alimentos considerados malos.
36. La actividad económica principal y casi única de los pobladores es la agricultura.
37. Se trata de un minifundio poco rentable para el pequeño propietario.
38. Los que más ganan son los intermediarios.

RECOMENDACIONES:

La gran recomendación para la solución de los actuales problemas que presenta la población es el mejoramiento socio-económico.

Lo ideal es mejorar las condiciones higiénicas de la vivienda, mejorar el índice de analfabetismo, mejorar la alimentación, etc. etc. pero esto es imposible de lograr mientras persista el actual estado de cosas, puesto que mientras una minoría de privilegiados siga explotando a esta gran mayoría de guatemaltecos los problemas persistirán y todo lo que se quiera hacer será únicamente paliativo y tendiente a mantener el sistema. Por lo tanto, lo único que cabe esperar es la revolución total y la solución de estos problemas vendrá fácilmente; nada se logrará con esfuerzos parciales y cada quien debe recapacitar en esto y buscar la mejor solución.

BIBLIOGRAFIA:

1. Bolaños Duarte, Mario René
"Análisis de la Mortalidad en el Municipio de Almolonga, Departamento de Quezaltenango, durante el año de 1973."
Tesis de Graduación. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas.
Marzo de 1975.
2. Castillo, Julio Roberto.
"Informe de Práctica de Medicina Integral Dic. 73 Ene/74, Almolonga, Quezaltenango."
Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas.
3. Coyoy Mejía de Tay, María Carmelina
"Monografía del Municipio de San Pedro Almolonga."
Tesis de Graduación. Universidad Rafael Landívar Facultad de Humanidades. Agosto de 1974.
4. Dirección General de Estadística, Ministerio de Economía, Guatemala, C.A.
"VIII Censo de Población y III de Habitación. 26 de Marzo de 1973". Serie I, Tomo No. 1.
5. Instituto Nacional de Comercialización Agrícola. I.N.D.E.C.A.
"Estudio sobre aspectos socio económicos del Municipio de Almolonga". Preparado por José Ajuac Cuxil, Jorge Ovalle Arévalo, Oswaldo García; Asesorado por Max Eduardo Lucas Paniagua. Guatemala, marzo de 1974.
6. Pinto Minera, Carlos
"Monografía de Almolonga".

Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Agronomía. 1974.

7. Nesbitt, Robert; Richard Aubry
"Riesgo Obstétrico Elevado".
"2o. curso Latinoamericano de Salud Materno Infantil. 1970. Programa de Ejercicio Profesional Supervisado. Reproducción con fines docentes. Universidad de San Carlos de Guatemala. 18/2/75.
8. Ciencias de la conducta
"Salud Materno-Infantil".
Programas Educativos. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Fase III 3/III/75.
9. López, Valdecir F.
"Métodos y Técnicas de Encuesta".
Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Fase III. Tomado de CELADE con fines docentes. 27/2/75.
10. Noval, Joaquín
Resumen Etnográfico de Guatemala.
Universidad de San Carlos de Guatemala. Estudios Universitarios Vol. 8. Editorial Universitaria. 1967.
11. Castañeda, José
"Qué es el Indio". -Encuesta-
Revista Alero No. 7. Marzo de 1972. P. 43.
12. Quintana, Epaminondas
"Qué es el Indio". -Encuesta-
Revista Alero No. 7. Marzo 1972. pp. 44-45-46.

13. Maxia Cuxial, Marcial
"Qué es el Indio". -Encuesta-
Revista Alero No. 7. Marzo 1972. pp. 47, 48.
14. Valdeavellano, Roberto.
"La Universidad y el País. Una definición Impostergable".
Universidad de San Carlos de Guatemala.
Abril de 1975.

BR.

Aesor.

Revisor.

Director de Fase III.

Secretario General

Vo. Bo.

Decano