

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



ESTUDIO DE MORBILIDAD EN EL MUNICIPIO DE TACTIC
ALTA VERAPAZ 1976

LILY URETA VALDEZ

GUATEMALA, MAYO DE 1977

INDICE

- 1.- INTRODUCCION.
- 2.- JUSTIFICACION.
- 3.- OBJETIVOS.
- 4.- HIPOTESIS.
- 5.- ANTECEDENTES.
- 6.- DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO
- 7.- MATERIAL Y METODOS.
- 8.- RESULTADOS:
CUADROS Y GRAFICOS.
- 9.- ANALISIS Y DISCUSION.
- 10.- CONCLUSIONES.
- 11.- RECOMENDACIONES.
- 12.- BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

La Facultad de Ciencias Médicas en su programa de Ejercicio Profesional Supervisado, propone como trabajo de investigación el Análisis de la Morbilidad a nivel nacional en los distintos municipios de la República de Guatemala, con el objeto de que los resultados obtenidos constituyan bases para programas de Salud a nivel Nacional, Regional y Local.

Como tal, esta investigación es de gran importancia para conocer algunos aspectos de la problemática de la Salud de Guatemala, en aquel campo específico; consideré realizar este trabajo como una aportación que, sumada a las ya efectuadas y a los que se habrán de realizar en el futuro, ayude al cumplimiento de los objetivos determinados por las máximas autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas.

El trabajo efectuado abarca el tiempo de todo el año 1976, en el Municipio de Tactic, del Departamento de Alta Verapaz.

Comprende un estudio donde se evaluó previamente el material sobre el que se iba a trabajar y el de campo ajustada a las técnicas de investigación científica, con el objeto de obtener resultados confiables; y asimismo en la última parte de este trabajo se dejan sentadas algunas conclusiones y recomendaciones que son fruto de la investigación realizada y de la experiencia lograda durante los años de estudio en la Facultad de Medicina, así como de la vivencia en el propio campo de la investigación.

Esa preocupación por los elementos psico-sociales demuestra lo mucho que se tiene que hacer, tanto en materia de tera-

pia social como la aplicación de un tratamiento clínico, es decir concientizar a los habitantes de sus propios problemas, para que tengan una visión más amplia del sentido de comunidad y así participen en forma activa y efectiva como elementos de ese mismo grupo social a que pertenecen. Además, cabe señalar que esta investigación se centra en última instancia en el núcleo familiar; ya que entre el individuo y la colectividad se encuentra situada la familia, célula fundamental de nuestra sociedad.

JUSTIFICACION

La Morbilidad es uno de los indicadores que reflejan el nivel de salud de un pueblo; es necesario entonces contar con datos oportunos y confiables que sirvan de base para elaborar un plan y programas a Nivel Nacional a manera que sus beneficios lleguen hasta el último rincón del país.

Para ello es necesario contar con estadísticas y estudios comparativos que reflejen a través de ellos la verdadera problemática de salud. Es por eso que la Facultad de Ciencias Médicas considera que la información obtenida a través de trabajos - como el que ahora se presenta sirvan para ir remodelando constantemente los programas de estudio, ya que esta retroalimentación es uno de los objetivos del programa de Ejercicio Profesional Supervisado y uno de los mecanismos que se utilizan.

Asimismo, compenetrada de la necesidad de ir al pueblo, conocer sus necesidades y problemas con un enfoque social, se adentra en la problemática de la salud a fin de coadyuvar en forma integral y coordinada en tal misión, y tener una comprensión de los factores que retrasan el desarrollo de nuestro pueblo y posibilitar la educación del personal natural de salud.

Esta situación se agrava por la falta de conocimiento de la morbilidad, hace que la dotación de medicinas en los diferentes centros de salud del país por parte del Ministerio de Salud Pública, se realice sobre bases empíricas, asumiendo una morbilidad y una demanda de consulta externa, muchas veces equivocada, y con una concepción farmacológica y terapéutica mal orientada.

OBJETIVOS

1.- De la Facultad de Ciencias Médicas:

- a. Brindar la oportunidad a los estudiantes de EPS rural de poner en práctica lo aprendido a lo largo del currículum de estudios de la Facultad, en lo que específicamente se refiere a investigación científica.
- b. Fomentar la adquisición de habilidades, conocimientos y actitudes favorables al desarrollo de la investigación científica como elemento esencial para una práctica profesional responsable y objetiva.
- c. Recolectar la información necesaria sobre la situación de morbilidad de la población guatemalteca con el objeto de que sea un elemento retroalimentador en la programación y contenido de los estudios de medicina en años futuros.
- d. Cumplir con lo establecido en los fines de la Universidad, de investigar, interpretar y denunciar la problemática general del país.
- e. Tener los elementos de juicio necesarios para investigar en el sector salud del país, con una información científica del nivel y estructura del problema.
- f. Cumplir con los objetivos educacionales terminales - del Programa de Ejercicio Profesional Supervisado.

2. Del Trabajo de Investigación:

- a. Determinar con mayor precisión la magnitud de la Morbilidad en Guatemala y de sus causas, en este caso más específico del Municipio de Tactic, Alta Verapaz.
- b. Determinar las características de la población y del ambiente social económico, político y físico-biológico donde ocurren los fenómenos de salud y enfermedad en Guatemala y en las relaciones que se establecen entre estos factores.
- c. Estudiar más detenidamente los distintos aspectos de la Morbilidad, para conocer no sólo las enfermedades más frecuentes sino el número de personas que sufren una o más afecciones, utilizando para el efecto la lista de código Internacional de enfermedades.
- d. Evaluar por medio de este conocimiento la eficiencia y eficacia de los servicios de salud actuales del país, en lo que respecta al tipo de medidas de Salud Pública preventivas establecidas, y las normas de tratamiento individual de casos.
- e. Establecer las variaciones estacionales que sufren las enfermedades más frecuentes en el Municipio de Tactic, así como la alta frecuencia de enfermedades infectocontagiosas en los primeros meses del año.
- f. Tratar de establecer la causa de que, a pesar de que se han utilizado medidas preventivas por parte del Ministerio de Salud Pública como han sido las vacunaciones a nivel nacional, persiste un alza de enfer

medades infectocontagiosas .

- g. Establecer por medio de la encuesta de Morbilidad que las enfermedades carenciales y nutricionales en sus estados leve y moderado no son tomadas por los miembros de una comunidad establecida como enfermedad, ya que las mismas poblaciones no tienen un concepto de lo que son esta clase de problemas .

HIPOTESIS

1. Las enfermedades infectocontagiosas, como las nutricionales, presentan la misma prevalencia que las enfermedades degenerativas y cardiovasculares .
2. Los datos de Morbilidad reportados por los servicios de salud del país son iguales cuantitativa y cualitativamente a los datos obtenidos por estudios de prevalencia en muestras representativas de la población del país .
3. Los programas y normas de tratamiento establecido en los servicios de salud, no toman en cuenta las características epidemiológicas de la estructura de la morbilidad del país .
4. El cien por ciento de la población de Guatemala tiene posibilidades de recibir atención médica adecuada mediante un diagnóstico y un tratamiento médico oportuno .
5. Las enfermedades del país presentan peculiaridades específicas dependiendo del ambiente social, económico, político, cultural y físico-biológico de donde se presentan .
6. Los sistemas de notificación de enfermedades en el país son deficientes e incompletos .
7. Las enfermedades carenciales y nutricionales son parcialmente conocidas por los pobladores del Municipio de Tactic .
8. Las enfermedades infectocontagiosas prevenibles por vacuna son causas de importante Morbilidad, a pesar de las campañas de vacunación masivas .

ANTECEDENTES

Es de hacer notar que hasta que empezó la inquietud de parte las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas, los Centros y Puestos de Salud del país, no tenían estudios completos de Salud a nivel de toda la República.

Como datos importantes en el estudio de Causalidad y Medio Ambiente de las defunciones en Tacticó, A.V. Del Br. William Lemus 1974, se encontró que el 34.85% de las defunciones ocurrían en el grupo de 1-4 años; porcentaje que sobrepasa en forma marcada a los otros grupos etarios, es una época crítica, donde la lactancia materna es insuficiente o ha sido suspendida, y la dieta artificial no llena los requisitos para su crecimiento y desarrollo normal, siendo presa de las enfermedades infecciosas y por esta causa de la muerte.

Además de todas las defunciones, 3/4 son del área rural y 1/4 del área urbana, correspondiendo en los mismos porcentajes con la distribución de la población en general.

En las defunciones de 1-5 años en el 100% de los casos presentaron una frecuencia de 3 a 4 episodios al año de episodios de Infección Respiratoria Superior. De un total de 28 casos de 0-5 años, 24 habían padecido enfermedades prevenibles por vacuna, se cree que por el alto % en que se presentaron, influyeron en las defunciones no como causa directa o asociada, sino causando desbalance nutricional, predisponiéndolos a enfermedades infecciosas, gastrointestinales o pulmonares.

En aquel estudio la Gastroenterocolitis, Bronquitis y neumonía y desinteria representan las 3 causas básicas de defunciones en todos los grupos etarios, responsable del 66.67% de las mismas.

La Desnutrición juega un papel determinante en las defunciones, pues se encuentra como causa asociada, con signos de I-II grado en el 51.52%. Siendo los signos y síntomas más comunes diarrea, vómitos, anorexia, edema de miembros inferiores, adinamia y fiebre.

Luego se encontró que en las viviendas de las familias de los difuntos son en gran mayoría ranchos con piso de tierra e instalaciones juntas con 1 puerta y 1 sola ventana, con abastecimiento de agua en 87.88% de pozo o chorro público.

Como indicador del analfabetismo imperante en los mayores de 15 años se encontró un 93.53%.

Además la dieta comprende básicamente frijoles, tortillas, café y chile.

Como factores condicionantes, las familias estaban integradas por un promedio de 5 miembros. El 72.73% tienen tierra propia pero de ello el 96.82% es menor de 9 manzanas, encontrándonos en presencia de minifundios en gran mayoría.

En el Estudio de Diagnóstico de la Situación de Salud del Grupo Materno-Infantil realizado en 1975 por el Br. Ariel Morales, es de hacer constar que se encontró que de 0-4 años hay un 17.91% distribuidos así: Menor de 1 año 4.44%; de 1-2A 4.81%; y de 2-3A 4.85% que es el grupo de población menos numeroso.

Del grupo materno (15-44A) es el 21.89% de la población total, que es el grupo mayor de población. El número de embarazos esperados es igual al 5% de la población total que fue de 265 embarazos.

DAÑOS.

Mortalidad infantil durante el año 1974 fue de 37%.
Mortalidad Neonatal (-de 28D) fue de 9.9%.
Mortalidad Post-Neonatal (28D-36D) fue de 27.7%.

Las 3 causas más frecuentes de Causa de Mortalidad de 0-4 años de 1969-1975 según el Registro Civil fueron: Fiebre, Desinteria y Tos Ferina. Siendo la tasa de Mortalidad de 0-4 años de 54%.

Como Mortalidad Materna únicamente están reportados 3 casos: 2 durante el parto y 1 en el puerperio. La Morbilidad en el año 1974 que afecta a los de -1A a 14A son las siguientes: DPC, Parasitismo Intestinal, Amigdalitis, GECA, Enfermedad de la piel, Bronconeumonía y en menor frecuencia Infecciones de oído.

Situación Nutricional (año 1975): de 85 niños estudiados se encontró 43% normales, 29% delgado, DPC grado I 22%, DPC grado II 5.8%, DPC grado III 3.5%. De estos 22.35% padecían anemia.

En las embarazadas del estudio, ninguna estaba desnutrida y 3 de 8 estaban con Anemia.

Luego la familia rural se constituye de un promedio de 7 personas; y la familia urbana con un promedio de 5 personas. La escolaridad en mayores de 15 años fue alfabeta en el 34.21% y el número de miembros entre 7-14 años que asisten a la escuela un total de 26.57%.

De las 69 familias encuestadas demostraron que los alimentos básicos eran frijol, tortillas y hierbas, siendo la misma die-

ta para la mujer embarazada.

En el escolar y pre-escolar lo mismo y solamente en 9 familias tomaban Incaparina, durante el año de vida la lactancia materna se utilizaba en 50 familias; puré de verduras y caldo en 9 familias e Incaparina en 7 familias. La alimentación artificial la iniciaron en 50 familias a los 12 meses.

La tendencia de tierra en un 90% son propietarios y 10% son arrendatarios y producen para su consumo maíz, frijol, algunas veces gallinas o huevos.

Como conclusiones se encuentra que es una población predominantemente indígena, con ideas y costumbres arraigadas que por desaprovechamiento de los recursos y falta de educación vienen a repercutir sobre el grupo Materno-Infantil. E indica como recomendación que se están perdiendo recursos de toda clase con las distintas instituciones, con planes de trabajo distintos y que favorecería a la población unificándolos por medio del Ministerio de S.P. y A.S. y se supervisara, dándole mayor importancia al factor educación.

En el estudio efectuado por la EPS María de la Luz de Palacios en el programa de Atención Materno-Infantil durante 1975, es importante considerar en lo que se refiera al Sub-programa Materno Real (80% de Población total) se encontró que mujeres en edad fértil hay 1158 y el 22% están embarazadas que corresponden a 255 personas. En el Sub-programa Infantil Real (80%) de 0-5 años hay 1214 niños que es un 23% de la población total.

Como conclusiones indica que el nivel de salud del Municipio de Tactic si se puede mejorar mediante la racionalización en el uso de los recursos disponibles para atender al grupo Ma-

terno-Infantil. Y que los personajes naturales deben ser aprovechados como complemento de los recursos formales de salud. Además, que la alta tasa de analfabetismo repercute grandemente en el desarrollo socio-económico. Que las instituciones que trabajan en salud no quieren integrarse por tener ideales diferentes e intereses creados. Por último, los pedidos de medicamentos y material médico-quirúrgico no está de acuerdo a las necesidades y no es surtido como se solicita.

Según estadísticas de la Unidad de Planificación de la Salud "Mortalidad Año 1974" en Tactic, se encuentra un total de 221 defunciones distribuidas así: 0-4 años 53.39%; 5-14 años 10.85%; de 15-44 años 13.57% y más de 45 años el 20.36%.

De las 221 defunciones 89.59% no tuvieron ninguna atención el 5% fue visto por médico y el resto fue por empírico.

De ellos el 85.07% fallecieron en su domicilio 7.70% en el Hospital y el 7.23% en la vía pública.

DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO

En Tactic hay dos corrientes de tradiciones sobre como llegaron los antiguos Pokomchies a este Valle. Existen dos tradiciones y una de ellas la más mencionada dice: "Salieron los Pokomchies del área de Rabinal después de una guerra con los Quichés, por las cumbres de Purulhá hasta Tukurú. Cuando los Pokomchies vieron que había campo abierto avisaron a los demás. De Tukurú un grupo siguió las aguas del Polochic hacia Tamahú. Allí hubo otro asiento de Pokomchies, y todavía otros siguieron las aguas del Polochic hacia el occidente de Alta Verapaz, hasta el nacimiento del Río Polochic, en lo que es el Municipio de Tactic. Estableciéndose en lo que llama Jau-te cerca de la actual aldea de Guaxpac sobre San Julián. Ellos son los primeros Tactiqueños.

La segunda tradición dice que los Pokomchies huyeron a San Cristóbal otros por Tukurú, mientras que otros llegaron a Tactic por Las Flores provenientes de Rabinal después de una guerra, los cuales venían bajo el mando de Chaconal quien por su poder personal y su ciencia pudo unir su grupo de Pokomes con los que habían venido de Tukurú y que se habían establecido en Jaute. Ya en el siglo XII los Pokomchies se habían radicado sólidamente en Tactic.

La estructura política de los Pokomchies en sus pueblos principales era la siguiente; había un Cacique Supremo en la cima, escogiéndolo entre los hijos o parientes cercanos del cacique muerto, los nobles y principales del clan. En Tactic la tradición oral dice que reinaban allí tres caciques de lo cual uno era Supremo Cacique.

La economía de los Pokomes estaba basada en la agricul-

tura, especialmente en el consumo del hogar pero era suficientemente rica para sostener un grupo instruido de escritores, sacerdotes y comerciantes.

La segunda clase social estaba integrada por los oficiales secundarios del gobierno y religión. Sin embargo, la vida del esclavo era corta, pues los sacrificios de ellos ocurrían con ocasión de una fiesta religiosa o en la enfermedad de un hombre rico. Para los Pokomch'ies antiguamente, como ahora en Tactic, la religión tenía un papel importantísimo.

Geografía.

El Municipio de Tactic cuenta con una extensión de 85 Km² y una altitud que sobrepasa los 1400 metros sobre el nivel del mar. Está limitado al norte por los Municipios de Cobán y Santa Cruz Verapaz, al este por el Municipio de Tamahú, al sur por Purulhá y San Miguel Chicañ de Baja Verapaz y al oeste por Uspantán del Departamento de Quiché.

Tactic cuenta con una cabecera Municipal, 11 Aldeas, = 35 Caseríos y 4 parajes. Está catalogada como de Tercera Categoría.

Posee fácil comunicación con la Cabecera Departamental de Alta Verapaz y de la Ciudad Capital de quien dista 185 Kms.

Ecología.

Es abundante, existen maderas finas y vistosas orquídeas entre estas la Monja Blanca. El suelo en su mayoría es poco fértil, accidentado y quebrado en algunos lugares, también hay

extensiones planas y productivas, especialmente en el Valle en donde se encuentra asentada la población.

Demografía.

Cuenta con una población de 9,900 habitantes de los cuales 2,300 es población urbana y la rural con 7,700; de los cuales el 85% es indígena y el 15% no indígena. La densidad por Km² es de 116.5. Los dialectos que se hablan son el Pokomch'i, el Kekch'i y El Ach'i.

Tipo de Comunidad.

Entre los antiguos le conocían al Valle de Tactic como El Corazón del Mundo (re ru cux a'cal) que tiene como traducción al castellano "Vamos al Durazno".

La Vivienda.

Para construir su vivienda el indígena Pokomch'i no sigue un patrón establecido en cuanto a dirección, pero sí le preocupa recibir los rayos del sol y defenderse de la lluvia, aire y otras inclemencias del tiempo. Los materiales para construcción se encuentran en la propia comunidad, lo que facilita el trabajo y el bajo costo; desde luego depende de la situación económica de la familia. Generalmente es una sola pieza la que constituye la vivienda, haciendo algunas divisiones para dormitorio, pero por lo común no existen, el fogón situado en el centro o en una esquina, allí alrededor se toman los alimentos. El dormitorio para la familia está en otra esquina, separado por un petate, madera o lienzo de plástico, también se apre

cia el molendero. Hay pequeños banquitos de madera, sillas o simplemente trozos de madera para sentarse.

Familia.

Se encuentra organizada por el padre, la madre y los hijos con un promedio de 6 miembros. No hay edad establecida para contraer matrimonio, la edad de la mujer oscila entre los 14 y 20 años; en el hombre la situación es un poco diferente porque cuando él considera que si puede sostener una familia, entonces decide buscar compañera.

Economía.

La tierra es el elemento básico de la economía indígena, solo posee en propiedad unas dos o tres cuerdas de 25 varas en cuadro que son las destinadas para construir su vivienda, sembrar árboles frutales y siembra de maíz y frijol. En algunos casos como La Aldea La Cumbre, los habitantes no son propietarios ni de la tierra donde tienen construidas sus viviendas en su mayoría colonos. Son pocas las personas que se dedican a las artesanías como plateros, carpinteros, tejido de Guip que está a cargo de la mujer con exclusividad.

Transacciones comerciales.

El indígena se dedica al comercio especialmente los días Jueves y Domingos que es cuando se celebra la plaza en la población, hay venta de granos básicos, ganado vacuno y aves.

Salud.

Salud significa, según manera de pensar de los entrevistados: Estar bueno y con deseos de trabajo, y enfermedad: dolor en alguna parte del cuerpo o no hacer nada y estar aburridos.

Cuando hay algún enfermo primero se consulta a la madre, esposa, suegra o algún pariente, quien puede recomendar medicamentos, brebajes, si el padecimiento no mejora entonces quienes tienen confianza van a la población consultando al Puesto de Salud, Dispensario Religioso o Clínica del Centro de Desarrollo. Pero en la mayoría de casos acuden con el curandero personas ancianas muchas veces que residen en la comunidad.

Nutrición.

Podemos considerar que la Nutrición del indígena Pokomchí es similar a la agricultura, de subsistencia, ya que por el bajo ingreso per cápita y desconocimiento de los valores nutritivos de los alimentos, no puede tomar o consumir lo que en realidad el organismo necesita.

Educación.

Para el Pokomchí lo que se refiere a Escuelas no le interesa, ya que considera que el hijo únicamente asistirá por obligación y a perder el tiempo. Más que todo el indígena envía a uno de los hijos a la escuela porque se siente obligado, ya que el Alcalde Auxiliar pasa de casa en casa citando a los padres de familia. En el área rural puede verse en las escuelas que la mayoría de alumnos son de sexo masculino, ya que como ellos son los encargados en el futuro de dirigir la comunidad, existiendo

ausentismo por incorporación temprana a la fuerza productiva.

Religión.

La mayoría de habitantes profesan la religión católica, hay grupo de evangélicos; y todos participan en las distintas actividades de su sector. Las Cofradías son organizaciones antiguas de tipo religioso que cuentan con reglamentos de conducta, se denominan Mayordomos y sus esposas Mayordomas, todos tienen responsabilidad de preparar los actos religiosos de Semana Santa, Feria titular.

MATERIAL Y METODOS

Una vez concretada la materia a investigar; los objetivos perseguidos, las hipótesis a considerarse y el trabajo de investigación propiamente dicho o sea "La Morbilidad" tanto a nivel urbano como rural de la población de Tactic, se procedió a seguir el método señalado pero adaptado a las características propias de la población.

Ello tenía que ser así porque en toda investigación es importante fijar los fundamentos sobre los cuales se va a trabajar para clarificar ideas y conceptos.

Es así que el método aplicado en Tactic para efectuar la investigación comprendió:

1. Actualización del mapa de Tactic; se copió un mapa antiguo y las casas nuevas fueron incluidas en él por observación de las calles del municipio. Algunas casas habían sido destruidas por el Terremoto del 4 de Febrero de 1976, pero se tomaron en cuenta ya que los damnificados tenían construidas tembloreras en el mismo sitio que ocupaba la casa originalmente.
2. Se numeraron todas las manzanas del mapa.
3. Se numeraron en orden correlativo las casas de cada manzana. Y se seleccionó la muestra utilizando la tabla de números aleatorios.

En muestra aleatoria se obtuvieron 50 casas para el área urbana. A continuación se seleccionó la aldea por medio de sorteo.

Procedimiento: Comprendió el método de encuesta, por lo cual se contaba con los impresos de la boleta de población y la de morbilidad.

Si la casa escogida se encontraba deshabitada o las personas no colaboraban para la realización de la misma, se sustituía ésta por la casa que se encontraba a la derecha; si el problema continuaba, se desechaba esta unidad de muestreo. Si en la casa se encontraba residiendo dos o más familias se encuestaba la familia más antigua o de mayor orden jerárquico. Se tomó como jefe de familia aquel del cual dependían económicamente.

Para saber si una persona se encontraba enferma, se tomó la opinión de la persona a encuestar; y las enfermedades como la desnutrición y las avitaminosis, se tomó la observación clínica del médico encuestador y se citó al puesto de Salud a todos los enfermos.

Cuando se detectaba algún caso de enfermedad se procedía al examen físico para mejor diagnóstico y tratamiento.

Para pasar la encuesta en la aldea se contó con la colaboración de una persona indígena como traductora y de la maestra de la escuela; a pesar de ello, los encuestados contestaban escuetamente o cuando veían llegar al grupo encuestador cerraban las puertas, además no se encontró una casa y otra deshabitada.

Notificación semanal por medio de telegrama a la facultad de medicina al supervisor de Área, de las enfermedades infectocontagiosas y de ocurrencia no usual.

Tabulación de todos los datos de las tres encuestas realizadas

zadas en el año 1976; tanto a nivel urbano como rural.

Tabulación de datos de demanda espontánea al Puesto de Salud, por mes tomando datos de edad, sexo y procedencia. Esto último tendrá ligeras variaciones ya que los datos de demanda espontánea se obtuvieron de la forma 4S del Ministerio de S.P. y A.S. en la cual como procedencia del paciente se pone el nombre de la cabecera Municipal y no se especifica si es urbano o rural.

La tabulación en base a cuadros establecidos relacionando grupo de causas de Morbilidad respecto sexo, grupos etarios, instrucción, ocupación, situación migratoria, población sana, enfermas, referida al Puesto de Salud, referida al Hospital, frecuencia de enfermedades infectocontagiosas y nutricionales cardiovascular y degenerativas.

Elaboración de gráficos de la globalización del Estudio de Morbilidad durante el año 1976.

MATERIAL.

I.- Físico:

- a. Puesto de Salud y forma 4 S del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- b. Correos y Telecomunicaciones: Telegramas con información de Enfermedades Infectocontagiosas y ocurrencia no usual.
- c. Boleta Encuesta de Morbilidad.

- d. Instructivo Boleta Encuesta de Morbilidad.
- e. Protocolo Estudio de Morbilidad a Nivel Nacional.
- f. Mapa actualizado de la Población.
- g. Tablas especiales diseñadas para anotar resultados y unificar criterios.
- h. Borrador y lápices.
- i. Equipo médico.

2.- Humanos:

- a. Población a encuestar:

Urbana: 50 casas obtenidas al azar.
Rural: Aldea la Cumbre.

- b. Grupo de Trabajo:

Médico en Ejercicio Profesional Supervisado.
Técnico en Salud Rural.
Traductora.
Profesora de la Aldea a Encuestar.

- c. Pacientes que asisten al Puesto de Salud de Tactic por Demanda Espontánea.

(U) CUADRO No. 3 EDAD.

Grupo de Edad	\bar{X}	%
0- 4 años	41	15.13
5- 9 años	45	16.61
10-14 años	42	15.50
15-19 años	37	13.65
20-24 años	24	8.86
25-29 años	10	3.69
30-34 años	10	3.69
35-39 años	15	5.53
40-44 años	16	5.90
45 ó más	31	11.44
TOTAL	271	100.00

RESULTADOS

Para la elaboración de los cuadros se unieron los datos de las tres encuestas realizadas durante el año 1976 en la Aldea La Cumbre, del Municipio de Tactic, Alta Verapaz.

(R) CUADRO No. 1 RELACION CON EL JEFE DE LA FAMILIA.

Relación	\bar{X}	%
JEFE	14	23.73
CONYUGE	13	22.03
HIJO (A)	30	50.85
OTRO	2	3.39
TOTAL	59	100.00

RESULTADOS

Para la tabulación se unieron los datos de las tres encuestas realizadas durante el año 1976 en el Municipio de Tactic, Alta Verapaz.

(U) CUADRO No. 1 RELACION CON EL JEFE DE LA FAMILIA

Relación	\bar{X}	%
JEFE	46	16.98
CONYUGE	36	13.28
HIJO (A)	149	54.98
PADRE	0	0.0
MADRE	3	1.11
SUEGRO	1	0.37
SUEGRA	2	0.74
SERVICIO	10	3.69
OTRO	24	8.85
TOTAL	271	100.00

(U) CUADRO No. 2 SEXO.

Sexo	\bar{X}	%
MASCULINO	128	47.23
FEMENINO	143	52.77
TOTAL	271	100.00

\bar{X} = Promedio de las tres encuestas.

U= Area Urbana

(R) CUADRO No.2 SEXO.

Sexo	\bar{X}	%
MASCULINO	29.5	50.00
FEMENINO	29.5	50.00
TOTAL	59.0	100.00

(R) CUADRO No. 3 EDAD.

Grupo de Edad	\bar{X}	%
0- 4 años	10	16.95
5- 9 años	8	13.56
10-14 años	7	11.87
15-19 años	3	5.08
20-24 años	7	11.87
25-29 años	5	8.47
30-34 años	3	5.08
35-39 años	6	10.17
40-44 años	4	6.78
45 ó más	6	10.17
TOTAL	59	100.00

\bar{X} = Promedio de las tres encuestas.

R= Area Rural

GRAFICO No. 1

DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN LA RELACION CON EL JEFE DE FAMILIA

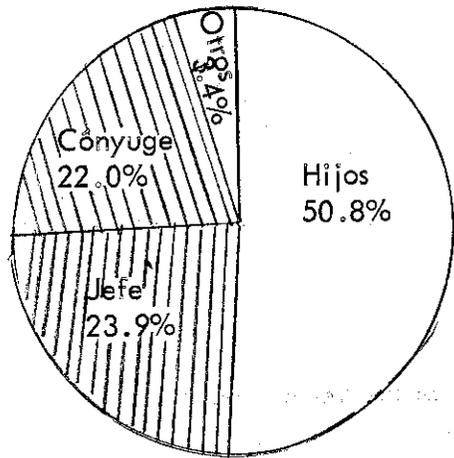
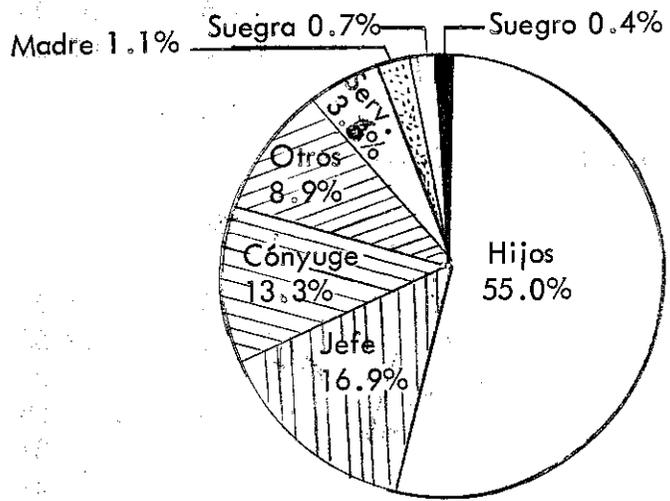
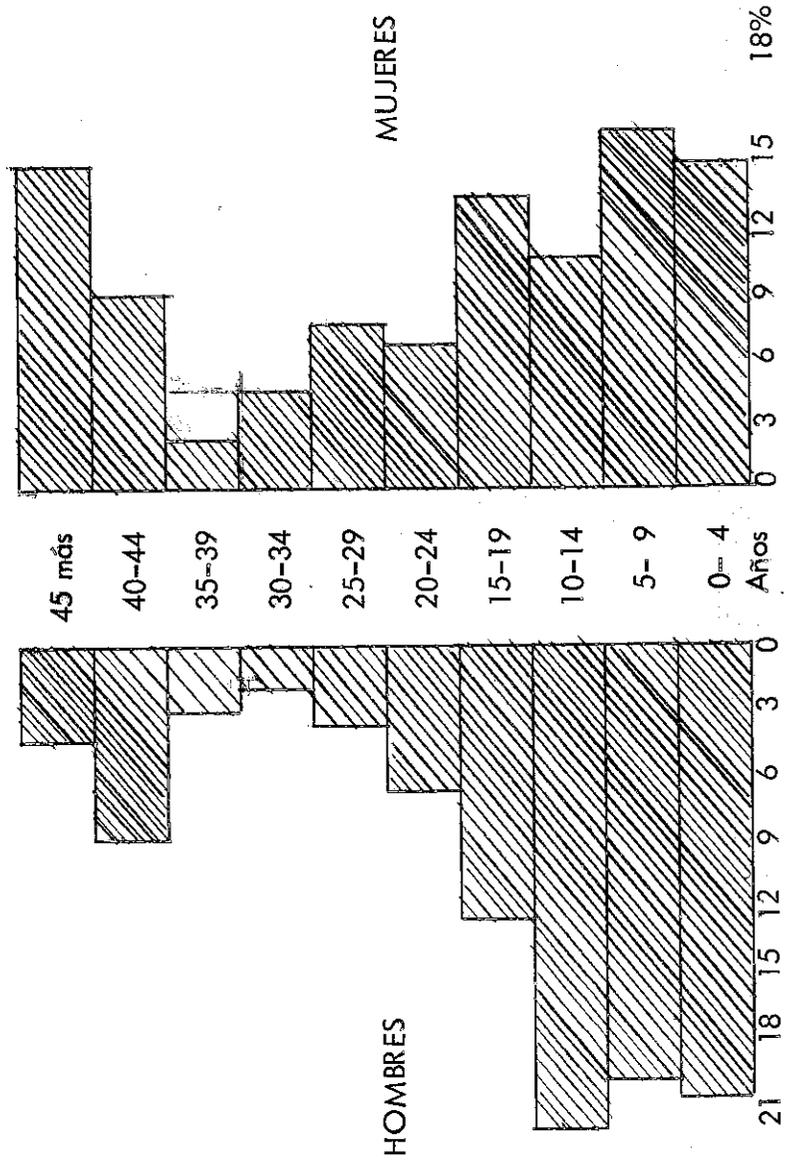


GRAFICO No. 2
PIRAMIDE PORCENTUAL DE LA POBLACION POR EDAD Y SEXO



(U) CUADRO No. 4

ESTADO CIVIL

Estado Civil	\bar{X}	%
SOLTEROS	175	64.57
CASADOS	42	15.50
UNIDOS	43	15.87
VIUDOS	6	2.21
DIVORCIADOS	0	0.0
OTROS	5	1.85
TOTAL	271	100.00

(U) CUADRO No. 5

GRUPO ETNICO

Grupo Etnico	\bar{X}	%
NATURAL	167	61.62
LADINO	102	37.64
OTROS	2	0.74
TOTAL	271	100.00

(U) CUADRO No. 6

CONDICION MIGRATORIA

Causa	\bar{X}	%
NO MIGRANTE	262	96.68
MIGRANTE ESTACIONAL	9	3.32
OTRO	0	0.0
TOTAL	271	100.0

(U) CUADRO No. 7

INSTRUCCION EN AÑOS APROBADOS

Nivel Educativo	\bar{X}	%
1. Primaria	17	6.27
2 "	16	5.90
3 "	25	9.23
4 "	6	2.21
5 "	9	3.32
6 "	22	8.12
ESTUDIOS SECUNDARIO COMPLETA	9	3.32
ESTUDIOS SECUNDARIO INCOMPLETA	25	9.22
ESTUDIOS UNIVERSITARIOS	2	0.74
ANALFABETOS	140	51.66
TOTAL	271	100.00

(R) CUADRO No. 4

ESTADO CIVIL

Estado Civil	\bar{X}	%
SOLTERO	30	50.85
CASADO	5	8.46
UNIDO	21	35.59
VIUDO	1	1.70
DIVORCIADO	1	1.70
OTRO	1	1.70
TOTAL	59	100.00

(R) CUADRO No. 5

GRUPO ETNICO

Grupo Etnico	\bar{X}	%
NATURAL	59	100.00
LADINO	0	0.0
TOTAL	59	100.00

(R) CUADRO No. 6

CONDICION MIGRATORIA

Causa	\bar{X}	%
NO MIGRANTE	58	98.30
MIGRANTE ESTACIONAL	1	1.70
OTRO	0	0.0
TOTAL	59	100.00

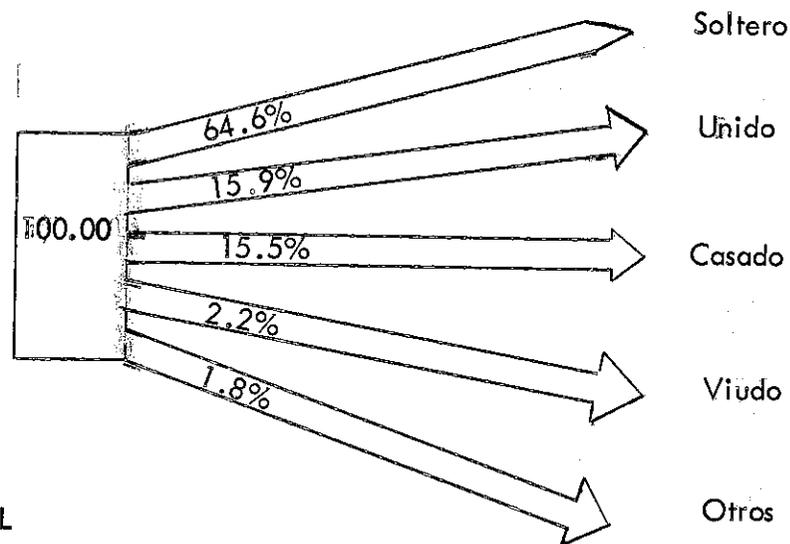
(R) CUADRO No. 7

INSTRUCCION EN AÑOS APROBADOS

Nivel Educativo	\bar{X}	%
1 Primaria	3	5.08
2 "	1	1.70
3 "	1	1.70
ANALFABETOS	54	91.52
TOTAL	59	100.00

GRAFICO No. 3
DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL ESTADO CIVIL

URBANA



RURAL

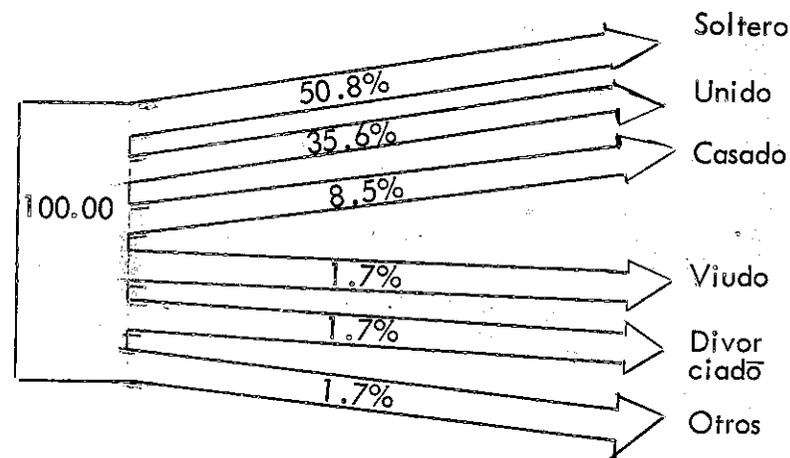
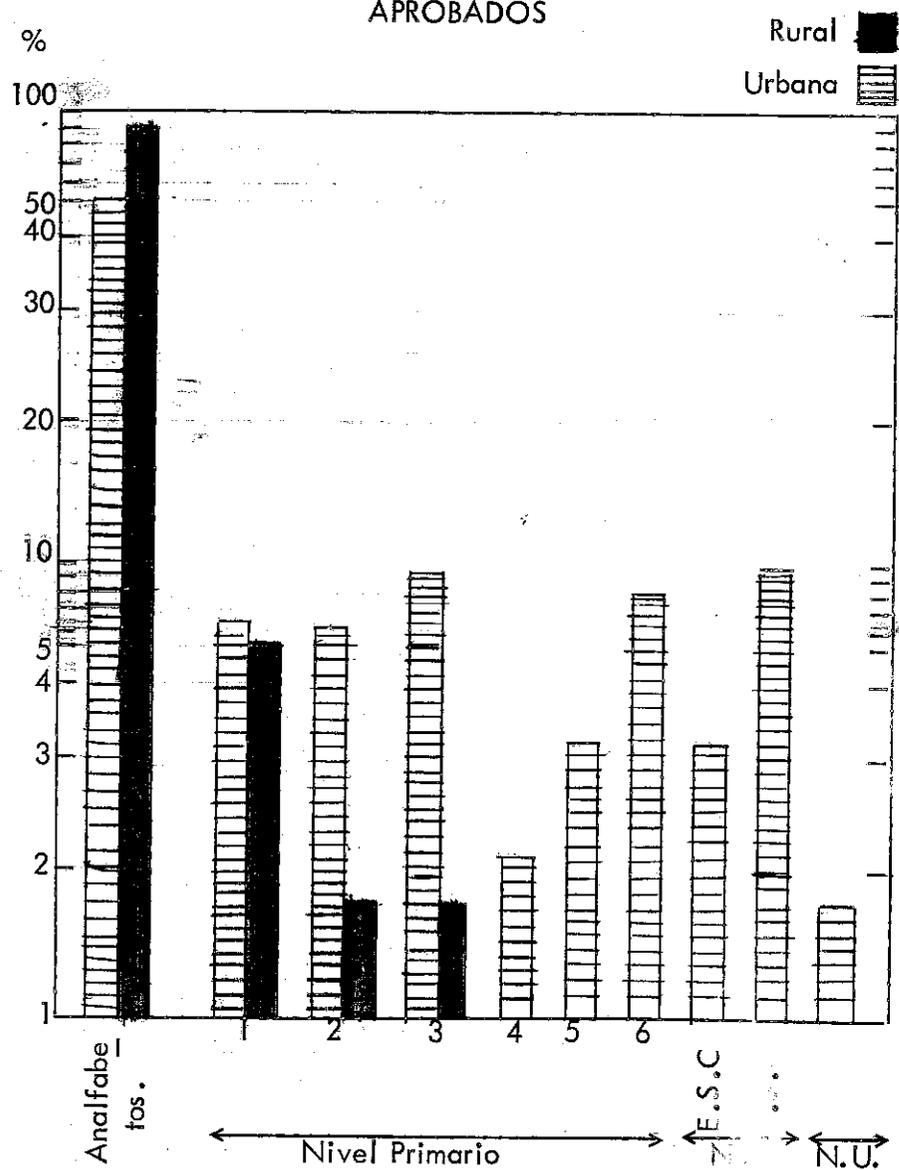


GRAFICO No. 4
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE INSTRUCCION EN AÑOS
APROBADOS



(U) CUADRO No. 8 OCUPACION

Ocupación	\bar{X}	%
AGRICULTOR	28	10.33
INDUSTRIA	5	1.85
SERVICIO	16	5.90
OF. DOMESTICOS	58	21.40
COMERCIANTE	14	5.17
ESTUDIANTE	68	25.09
OTRO	82	30.26
TOTAL	271	100.00

(U) CUADRO No. 9 AFILIADO AL IGSS.

Relación	\bar{X}	%
SI	17	6.27
NO	254	93.73
TOTAL	271	100.00

(U) CUADRO No. 10 NUMERO DE EMBARAZOS

Frecuencia	Señoras		Embarazos	
	\bar{X}	%	\bar{X}	%
0	25	30.12	0	0
1	9	10.84	9	3.20
2	10	12.05	19	6.76
3	4	4.82	11	3.91
4	6	7.23	25	8.90
5	6	7.23	32	11.39
6	5	6.03	34	12.10
7	7	8.44	54	19.22
8	3	3.62	24	8.54
9	2	2.41	15	5.34
10	1	1.20	7	2.49
11	1	1.20	7	2.49
12	1	1.20	12	4.27
13	2	2.41	22	7.83
14	0	0.0	0	0.0
15	1	1.20	10	3.56
TOTAL	83	100.00	281	100.00

(R) CUADRO No. 8 OCUPACION

Ocupación	\bar{X}	%
AGRICULTOR	17	28.81
OF. DOMESTICOS	18	30.51
ESTUDIANTES	7	11.86
S-I-C	1	1.70
OTROS	16	27.12
TOTAL	59	100.00

(R) CUADRO No. 9 AFILIADO AL IGSS.

Relación	\bar{X}	%
SI	0	0
NO	59	100.00
TOTAL	59	100.00

(R) CUADRO No. 10 NUMERO DE EMBARAZOS

Frecuencia	Señoras		Embarazos	
	\bar{X}	%	\bar{X}	%
0	1	5.88	0	0
1	2	11.76	2	2.74
2	1	5.88	3	4.11
3	3	17.68	6	8.22
4	2	11.76	7	9.59
5	2	11.76	12	16.44
6	2	11.76	14	19.18
7	1	5.88	7	9.59
8	2	11.76	13	17.80
9	1	5.88	9	12.33
10	0	0.0	0	0.0
TOTAL	17	100.00	73	100.00

GRAFICO No. 5
DISTRIBUCION PORCENTUAL POR OCUPACION

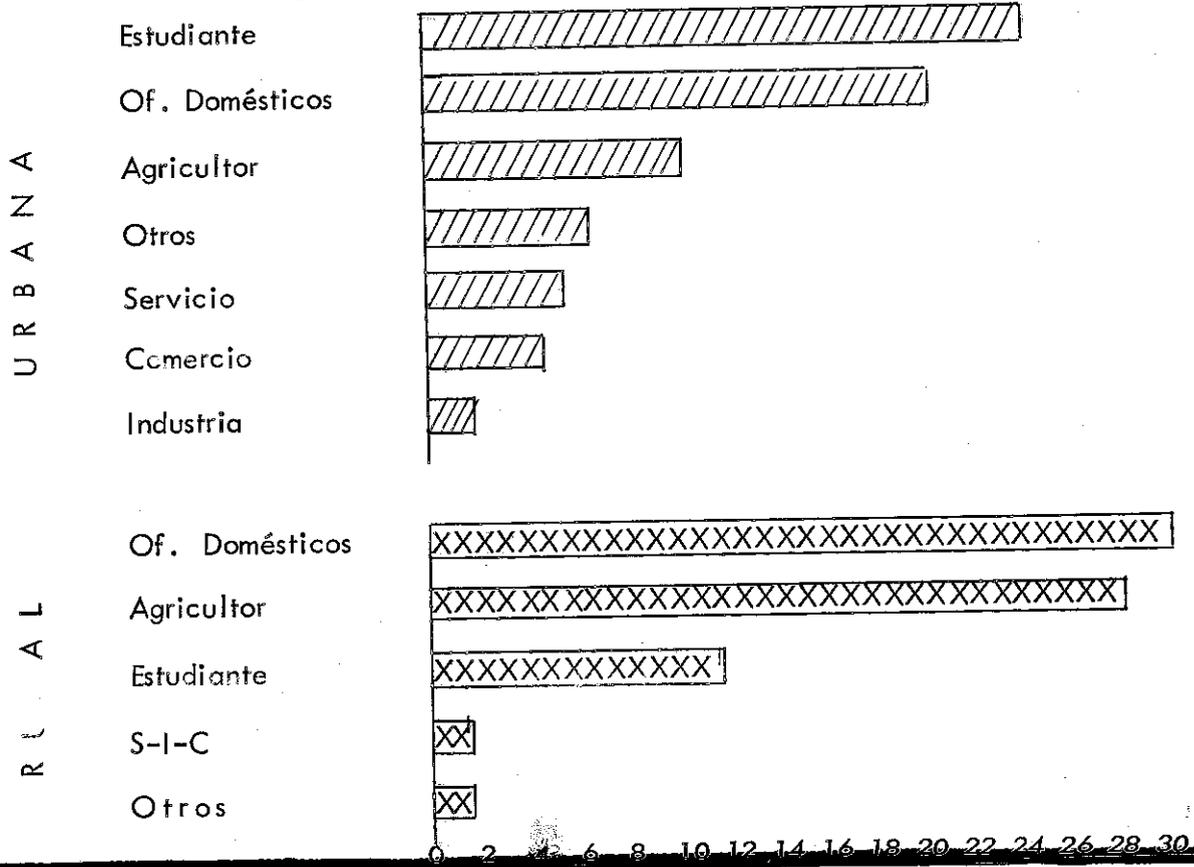
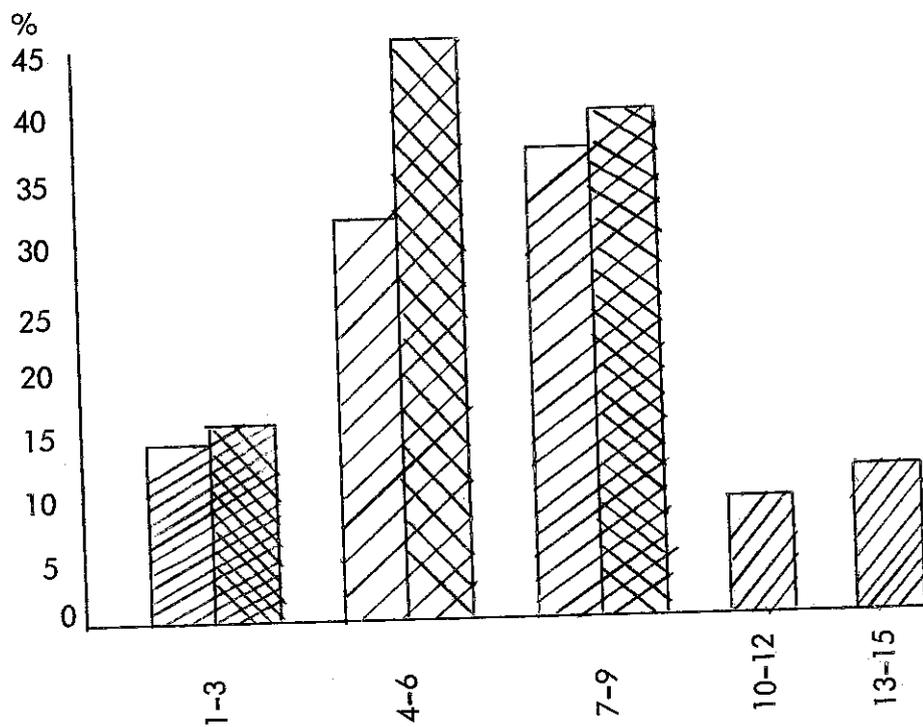


GRAFICO No. 6
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE EMBARAZOS

Señoras
Número Embarazos



(U) CUADRO No. 11 NUMERO DE ABORTOS

Frecuencia	Señoras		Abortos	
	\bar{X}	%	\bar{X}	%
0	53	92.98	0	0.0
1	3	5.26	3	60.00
2	1	1.76	2	40.00
TOTAL	57	100.00	5	100.00

(U) CUADRO No. 12 NUMERO DE HIJOS VIVOS

Frecuencia	Señoras		Hijos vivos	
	\bar{X}	%	\bar{X}	%
0	3	5.26	0	0
1	11	19.30	11	4.98
2	10	17.58	19	8.60
3	4	7.02	18	8.14
4	7	12.28	26	11.76
5	6	10.54	26	11.76
6	4	7.02	30	13.57
7	7	12.28	46	20.83
8	2	3.47	19	8.60
9	1	1.75	6	2.71
10	0	0.0	0	0.0
11	1	1.75	11	4.98
12	0	0.0	0	0.0
13	1	1.75	9	4.07
TOTAL	57	100.00	221	100.00

(U) CUADRO No. 13 NUMERO DE HIJOS MUERTOS

Frecuencia	Señoras		Hijos muertos	
	\bar{X}	%	\bar{X}	%
0	33	57.89	0	0.0
1	11	19.29	11	21.15
2	6	10.52	12	23.08
3	3	5.30	9	17.31
4	1	1.75	4	7.70
5	2	3.50	10	19.22
6	1	1.75	6	11.54
TOTAL	57	100.00	52	100.00

(R) CUADRO No. 11 NUMERO DE ABORTOS

Frecuencia	Señoras		Abortos	
	\bar{X}	%	\bar{X}	%
0	15	93.75	0	0
1	1	6.25	1	100.00
TOTAL	16	100.00	1	100.00

(R) CUADRO No. 12 NUMERO DE HIJOS VIVOS

Frecuencia	Señoras		Hijos vivos	
	\bar{X}	%	\bar{X}	%
1	4	25.00	4	8.70
2	3	18.75	6	13.04
3	5	31.25	15	32.61
4	1	6.25	4	8.70
5	2	12.50	10	21.74
6	0	0.0	0	0.0
7	1	6.25	7	15.21
TOTAL	16	100.00	46	100.00

(R) CUADRO No. 13 NUMERO DE HIJOS MUERTOS

0	3	18.75	0	0
1	2	12.50	2	5.40
2	5	31.25	10	27.03
3	2	12.50	6	16.22
4	2	12.50	8	21.62
5	1	6.25	5	13.51
6	1	6.25	6	16.22
TOTAL	16	100.00	37	100.00

(U) CUADRO No. 14 MORTINATOS

Frecuencia	Señoras		Mortinatos	
	\bar{X}	%	\bar{X}	%
0	51	89.48	0	0
1	4	7.02	4	44.45
2	1	1.75	2	22.22
3	1	1.75	3	33.33
TOTAL	57	100.00	9	100.00

(U) CUADRO No. 15 EMBARAZO ACTUAL

Relación	\bar{X}	%
SI	3	3.85
NO	75	96.15
TOTAL	78	100.00

(U) CUADRO No. 16 ENFERMOS

Relación	\bar{X}	%
SI	35	12.92
NO	236	87.08
TOTAL	271	100.00

(U) CUADRO No. 17

PACIENTE AMBULATORIO-CAMA-HOSPITALIZADO.

Estado	\bar{X}	%
AMBULATORIO	31	88.57
CAMA	4	11.43
HOSPITAL	0	0.00
TOTAL	35	100.00

(R) CUADRO No. 14

MORTINATOS

No hubo ninguno.

(R) CUADRO No. 15

EMBARAZO ACTUAL

Relación	\bar{X}	%
SI	1	5.88
NO	16	94.12
TOTAL	17	100.00

(R) CUADRO No. 16

ENFERMOS

Relación	\bar{X}	%
SI	3	4.55
NO	56	95.45
TOTAL	59	100.00

(R) CUADRO No. 17

PACIENTE AMBULATORIO-CAMA-HOSPITALIZADO

Estado	\bar{X}	%
AMBULATORIO	3	100.00
CAMA-HOSPITAL	0	0.00
TOTAL	3	100.00

(U) CUADRO No. 18

MESES DE ENFERMEDAD

Meses	\bar{X}	%
0	3	8.56
1	14	40.00
2	3	8.56
3	1	2.86
4	1	2.86
5	0	0.00
6	1	2.86
7	1	2.86
8	1	2.86
9	1	2.86
10	1	2.86
11	0	0.00
12	1	2.86
13	0	0.00
14	0	0.00
30	1	2.86
36	0	0.00
42	6	17.14
TOTAL	35	100.00

(U) CUADRO No. 19

DIAGNOSTICOS PRINCIPALES.

	1era ENCUESTA			2da. ENCUESTA			3era ENCUESTA	
IRS	20	52.63	GECA	8	20.00	IRS	5	19.20
ENF. PEPTICA	4	10.52	IRS	8	20.00	CONTUSION	3	11.54
SARAMPION	4	10.52	ENF. PEPTICA	5	12.50	ANEMIA	3	11.54
MIOESPASMO	2	5.26	MIOESPASMO	5	12.50	HIPER. ARTERIAL	2	7.70
ARTRITIS DEGENERATIVA	2	5.26	ARTRITIS DEGENERATIVA	3	7.50	DPC	2	7.70
PROLAPSO RECTAL	1	2.63	ASMA BRONQUIAL	1	2.50	CARIES	2	7.70
HERNIA UMBILICAL	1	2.63	HERNIA UMBILICAL	1	2.50	GECA	1	3.85
GECA.	1	2.63	CONJUNTIVITIS	1	2.50	MIOESPASMO	1	3.85
BNM.	1	2.63	PROLAPSO RECTAL	1	2.50	OSTEO. CRONICA	1	3.85
OTROS	2	5.26	OTROS	7	17.50	OTROS	6	23.07
TOTAL	38	100.00	TOTAL	40	100.00	TOTAL	26	100.00

DIAGNOSTICOS PRINCIPALES
ESTUDIO DE MORBILIDAD AÑO 1976
AREA URBANA

Morbilidad	Número	Porcentaje
IRS	33	31.73
GECA	10	9.61
ENF. PEPTICA	9	8.65
MIOESPASMO	8	7.70
ARTRITIS DEGENERATIVA	5	4.80
SARAMPION	4	3.85
CONTUSION	3	2.88
ANEMIA	3	2.88
CARIES	2	1.92
OTROS	27	25.96
TOTAL	104	100.00

(R) CUADRO No. 18 MESES DE ENFERMEDAD

Meses	\bar{X}	%
0	0	0
1	2	87.50
2	1	12.50
TOTAL	3	100.00

(R) CUADRO No. 19

DIAGNOSTICOS PRINCIPALES
ESTUDIO DE MORBILIDAD AÑO 1976

AREA RURAL

Morbilidad	Número	Porcentaje
IRS	3	37.50
GECA	2	25.00
PARASITISMO	1	12.50
SARCOPTIOSIS	1	12.50
TOS FERINA	1	12.50
TOTAL	8	100.00

CUADRO No. 20 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD SEGUN AREA URBANA Y RURAL

Morbilidad Grupo Causas	Código	URBANO		RURAL	
		No.	%	No.	%
I.R.S.	EM 68	33	31.73	3	37.50
G.E.C.A. Enfermedad	EM 08	10	9.61	2	25.00
Péptica	EM 76	9	8.65	1	12.50
Mioespasmo	EM 95	8	7.70	1	12.50
Artritis	EM 92	5	4.80	-	-
Degenerativa	EM 20	4	3.85	-	-
Sarampión	EM 101	3	2.88	-	-
Contusión	EM 47	3	2.88	-	-
Anemia	EM 75	2	1.92	-	-
Caries		27	25.96	-	-
Otros		104	100.00	8	100.00
TOTAL					

(U) CUADRO No. 21 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD SEGUN SEXO Y GRUPOS ETAREOS.

Grupo Causas	Código	U R B A N O										TOTAL	
		0-4		5-9		10-14		15-44		45 ó +		No.	%
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		
I.R.S.	EM 68	7	4	5	2	1	1	2	8	2	1	33	31.73
G.E.C.A.	EM 08	-	6	3	-	-	-	-	-	1	-	10	9.61
Enfermedad Péptica	EM 76	-	-	-	-	-	-	-	1	5	3	9	8.65
Mioespasmo Artritis Degenerativa	EM 95	-	-	-	-	-	-	2	2	2	2	8	7.70
Sarampión	EM 9	-	-	-	-	-	-	1	-	-	4	5	4.80
Contusión	EM 20	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-	4	3.85
Anemia	EM 101	-	-	-	-	-	-	1	-	2	-	3	2.88
Caries	EM 47	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	3	2.88
Otros	EM 75	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2	1.92
TOTAL		3	-	3	-	1	-	4	3	5	8	27	25.96
		11	11	11	3	2	1	10	20	17	18	104	100.00

Grupo Causas	Código	R U R A L												TOTAL	No.	%
		0-4		5-9		10-14		15-44		45 ó +		TOTAL				
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F					
I.R.S.	EM 68	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	37.50	
G.E.C.A.	EM 08	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2	25.00	
Parasitismo	EM 36	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	12.50	
Sarcoptiosis	EM 91	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	12.50	
Tos Ferina	EM 13	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	12.50	
Otros		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
TOTAL		1	2	-	3	-	1	-	-	-	-	-	-	8	100.00	

(U) CUADRO No. 22 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD SEGUN INSTRUCCION

MORBILIDAD			INSTRUCCION									TOTAL		
Grupo Causas	Código		ALFABETOS						E.S.I.	E.S.C.	E.U.	ANAL FA- BETOS	No.	%
			PRIMARIA											
			1	2	3	4	5	6						
I.R.S.	EM	68	-	3	2	-	1	1	1	-	1	23	33	31.73
G.E.C.A.	EM	08	-	1	-	-	-	1	-	-	-	8	10	9.61
Enfermedad Péptica	EM	76	-	1	1	-	2	1	-	-	-	4	9	8.65
Micospasmo Artritis	EM	95	-	1	1	-	-	-	-	-	-	5	8	7.70
Degenerativa	EM	92	1	1	2	-	-	-	-	-	-	3	5	4.80
Sarampión	EM	20	1	1	-	-	-	-	-	-	-	3	4	3.85
Contusión	EM	101	1	1	-	-	-	-	-	-	-	2	3	2.88
Anemia	EM	47	1	1	-	-	-	-	-	-	-	3	3	2.88
Caries	EM	75	1	1	-	-	-	2	-	-	-	1	2	1.92
Otros			-	3	2	1	1	3	-	4	4	9	27	25.96
TOTAL			1	7	8	2	4	8	1	6	5	60	104	100.00

50

MORBILIDAD		INSTRUCCION											TOTAL No. %			
		Grupo Causas	Código	PRIMARIA						ALFABETOS						
				ANAL FA- BETOS						E.S.I.	E.S.C.	E.U.		ANAL FA- BETOS		
				1	2	3	4	5	6							
I.R.S.	EM 68	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3	37.50	
G.E.C.A.	EM 08	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	25.00	
Parasitismo	EM 36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	12.50	
Sarcoptiosis	EM 91	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	12.50
Tos Ferina	EM 13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	12.50
Otros		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	8	100.00

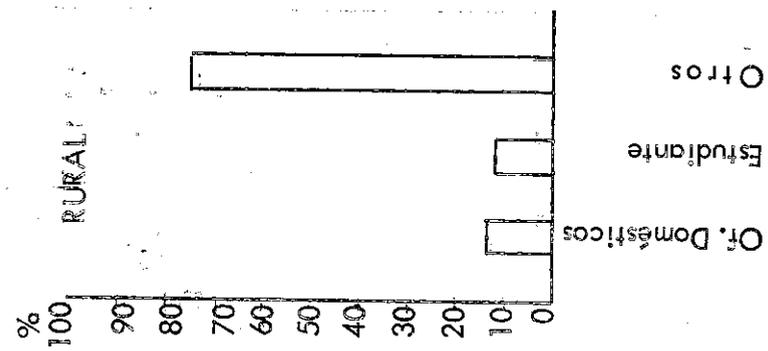
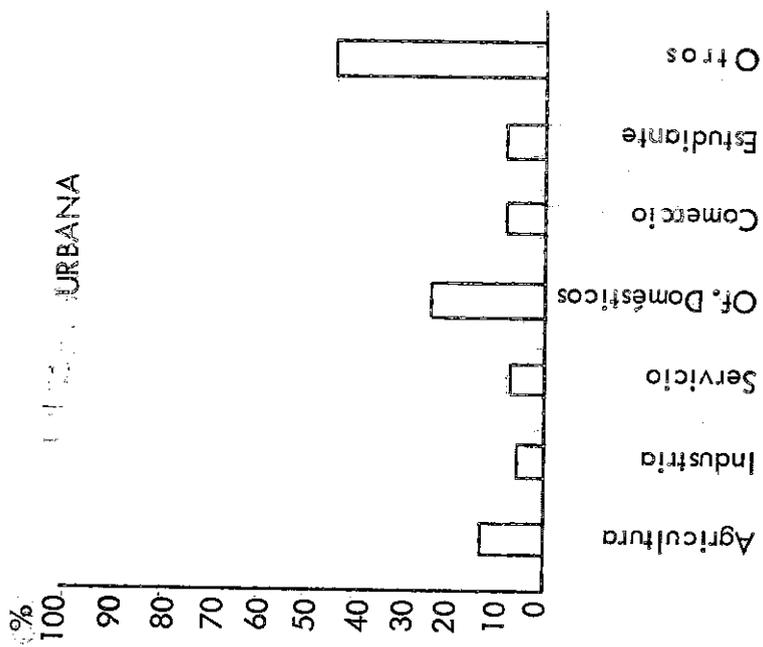
CUADRO No. 23 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD SEGUN LA OCUPACION.

MORBILIDAD			OCUPACION															
			A.		I.		S.		C.		O.D.		E.		O.			
			No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
R.S.	EM	68	2	1.92	1	0.96	1	0.96	-	--	6	5.77	4	3.85	19	18.27	33	31.73
G.E.C.A.	EM	08	1	0.96	-	--	-	--	-	--	-	--	-	--	9	8.65	10	9.61
Enfermedad Péptica	EM	76	4	3.85	-	--	-	--	1	0.96	4	3.85	-	--	-	--	9	8.65
Miospasmó	EM	95	2	1.92	-	--	1	0.96	1	0.96	3	2.88	-	--	1	0.96	8	7.70
Artritis Degenerativa	EM	92	1	0.96	-	--	-	--	-	--	4	3.85	-	--	-	--	5	4.80
Sarampión	EM	20	-	--	-	--	-	--	-	--	-	--	1	0.96	3	2.88	4	3.85
Contusión	EM	101	2	1.92	-	--	1	0.96	-	--	-	--	-	--	-	--	3	2.88
Anemia	EM	47	-	--	-	--	1	0.96	1	0.96	1	0.96	-	--	-	--	3	2.88
Caries	EM	75	-	--	-	--	-	--	-	--	2	1.92	-	--	-	--	2	1.92
Otros			2	1.92	-	--	1	0.96	4	3.85	7	6.73	1	0.96	12	11.54	27	25.96
TOTAL			14	13.46	1	0.96	5	4.80	7	6.73	26	25.00	6	5.77	44	42.30	104	100.00

(R) CUADRO No. 23 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD SEGUN LA OCUPACION

MORBILIDAD		OCUPACION														No.		%	
		A.		I.		S.		C.		O.D.		E.		O.					
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%				
I.R.S.	EM 68	-	-	-	-	-	-	-	-	1	12.50	-	-	2	25.00	3	37.50		
G.E.C.A.	EM 08	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	25.00	2	25.00		
Parasitismo	EM 36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	12.50	1	12.50		
Sarcoptiosis	EM 91	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	12.50	-	-	1	12.50		
Tos Ferina	EM 13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	12.50	1	12.50		
Otros		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
TOTAL		-	-	-	-	-	-	-	-	1	12.50	1	12.50	6	75.00	8	100.00		

**PORCENTAJE DE ENFERMOS SEGUN LA OCUPACION. ENCUESTA DE MORBILIDAD
 AÑO 1976. MUNICIPIO DE TAC-TIC A.V.**



(U) CUADRO No. 24 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD SEGUN CONDICION MIGRATORIA

MORBILIDAD		CONDICION MIGRATORIA							
Grupo Causas	Código	No Migrante		Migrante Estacional		Otros		TOTAL	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
I.R.S.	EM 68	33	31.73	-	--	-	-	33	31.73
G.E.C.A.	EM 08	9	8.65	1	0.96	-	-	10	9.61
Enfermedad Péptica	EM 76	9	8.65	-	--	-	-	9	8.65
Mioespasmo	EM 95	8	7.70	-	--	-	-	8	7.70
Artritis Degenerativa	EM 92	5	4.80	-	--	-	-	5	4.80
Sarampión	EM 20	4	3.85	-	--	-	-	4	3.85
Contusión	EM 101	3	2.88	-	--	-	-	3	2.88
Anemia	EM 47	3	2.88	-	--	-	-	3	2.88
Carie	EM 75	1	0.96	1	0.96	-	-	2	1.92
Otros		27	25.96	-	--	-	-	27	25.96
TOTAL		102	98.08	2	1.92	-	-	104	100.00

56

(R) CUADRO No. 24 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD SEGUN CONDICION MIGRATORIA

MORBILIDAD		CONDICION MIGRATORIA							
Grupo Causas	Código	No Migrante		Migrante Estacional		Otros		TOTAL	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
I.R.S.	EM 68	3	37.50	-	-	-	-	3	37.50
G.E.C.A.	EM 08	2	25.00	-	-	-	-	2	25.50
Parasitismo	EM 36	1	12.50	-	-	-	-	1	12.50
Sarcoptiosis	EM 91	1	12.50	-	-	-	-	1	12.50
Tos Ferina	EM 13	1	12.50	-	-	-	-	1	12.50
Otros		-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL		8	100.00	-	-	-	-	8	100.00

57

(U) CUADRO No. 25 NUMERO Y PORCENTAJE DE PERSONAS SANAS. ENFERMAS. REFERIDOS AL PUESTO DE SALUD. REFERIDOS AL HOSPITAL.

Grupos Etarios	Sanos		Enfermos		Referidos al Puesto de Salud		Referidos al Hospital	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
< 1 año	17	2.10	4	0.50	1	1.20	-	-
1 - 4 años	83	10.22	18	2.21	17	20.48	-	-
5 - 9 años	120	14.78	14	1.72	12	14.46	-	-
10 - 14 años	122	15.03	4	0.50	3	3.61	-	-
15 - 44 años	308	37.93	28	3.45	24	28.91	-	-
45 ó + años	58	7.14	36	4.43	26	31.34	-	-
TOTAL	708	87.20	104	12.81	83	100.00	-	-

58

(R) CUADRO No. 25 NUMERO Y PORCENTAJE DE PERSONAS SANAS. ENFERMAS. REFERIDOS AL PUESTO DE SALUD. REFERIDOS AL HOSPITAL.

GRUPOS ETARIOS	Sanos		Enfermos		Referidos al Puesto de Salud		Referidos al Hospital	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
< 1 año	5	4.24	-	--	-	-	-	-
1 - 4 años	12	10.17	3	2.54	3	37.50	-	-
5 - 9 años	14	11.86	4	3.39	4	50.00	-	-
10 - 14 años	11	9.32	-	--	-	-	-	-
15 - 44 años	54	45.77	1	0.85	1	12.50	-	-
45 ó + años	14	11.86	-	--	-	-	-	-
TOTAL	110	93.22	8	6.78	8	100.00	-	-

59

CUADRO No. 26. NUMERO DE ENFERMOS OBSERVADOS DE ENFERMEDADES IN-FECTO-CONTAGIOSAS, TRANSMISIBLES, NUTRICIONALES, ENFERMEDADES DEGENERATIVAS Y CARDIOVASCULARES EN LA CONSULTA EXTERNA Y EN EL ESTUDIO DE MORBILIDAD 1976.

Lugar de Observación	Enfermedades Infecto-contagiosas. Transmisibles. Nutricionales		Enfermedades Degenerativas. Cardiovasculares.		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Demanda al Puesto de Salud	265	82.81	39	12.19	304	95.00
Estudio de Morbilidad 1976	7	2.19	9	2.81	16	5.00
TOTAL	272	85.00	48	15.00	320	100.00

60

CUADRO No. 27. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD DE LAS MUJERES EMBARAZADAS.

MORBILIDAD		EDAD DE EMBARAZO						TOTAL	
Grupo Causa	Código	1er. Trimestre		2do. Trimestre		3er. Trimestre		No.	%
		No.	%	No.	%	No.	%		
Anemia	EM 47	-	-	1	33.33	1	33.33	2	66.67
Caries	EM 75	-	-	1	33.33	-	-	1	33.33
Otros		-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL		-	-	2	66.67	1	33.33	3	100.00

61

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD POR DEMANDA AL PUESTO DE SALUD

Grupo Causas	Código	CABECERA MUNICIPAL (U-R)										TOTAL	
		0-4		5-9		10-14		15-44		45 ó +		No.	%
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		
D.P.C.	EM 42	44	45	29	27	7	4	1	18	4	6	185	13.40
G.E.C.A.	EM 08	34	55	11	14	3	3	7	10	1	1	139	10.07
I.R.S.	EM 68	20	29	9	15	6	7	11	20	2	5	124	8.98
Anemia	EM 47	12	19	8	6	3	6	3	9	1	1	68	4.93
Mioespasmo	EM 95	--	1	-	-	1	2	17	28	8	11	68	4.93
Parasitismo	EM 36	10	9	6	9	2	4	-	-	-	-	40	2.90
Sarampión	EM 20	10	16	3	2	5	2	-	-	-	-	38	2.75
Enfermedad Péptica	EM 76	--	-	-	-	-	-	4	25	1	6	36	2.61
Sarcoptiosis	EM 91	5	6	2	3	2	1	1	6	-	1	27	1.96
Otros		66	76	38	35	29	31	102	194	43	41	655	47.46
TOTAL		201	256	106	111	58	60	146	310	60	72	1380	100.00

62

DEMANDA ESPONTANEA
AÑO 1976

Morbilidad	No.	%	Morbilidad	No.	%
GECA	109	16.05	DPC	104	14.83
IRS	82	12.07	ANEMIA	68	9.70
DPC	81	11.92	IRS	42	6.00
MIOESPASMO	45	6.62	PARASITISMO	40	5.70
SARAMPION	38	5.60	GECA	30	4.28
ENF. PEPTICA	36	5.30	SARCOPTIOSIS	27	3.85
TOS FERINA	27	3.97	BRONQUITIS		
CONTUSIONES	23	3.38	AGUDA	23	3.28
BNM	17	2.50	CONJUNTIVITIS	23	3.28
OTROS	221	32.54	MIOESPASMO	23	3.28
TOTAL	579	100.00	OTROS	321	45.80
			TOTAL	701	100.00

FEBRERO-JULIO 1976 ----

AGOSTO 1976-ENERO 1977

DIAGNOSTICOS PRINCIPALES
POR DEMANDA ESPONTANEA AÑO 1976

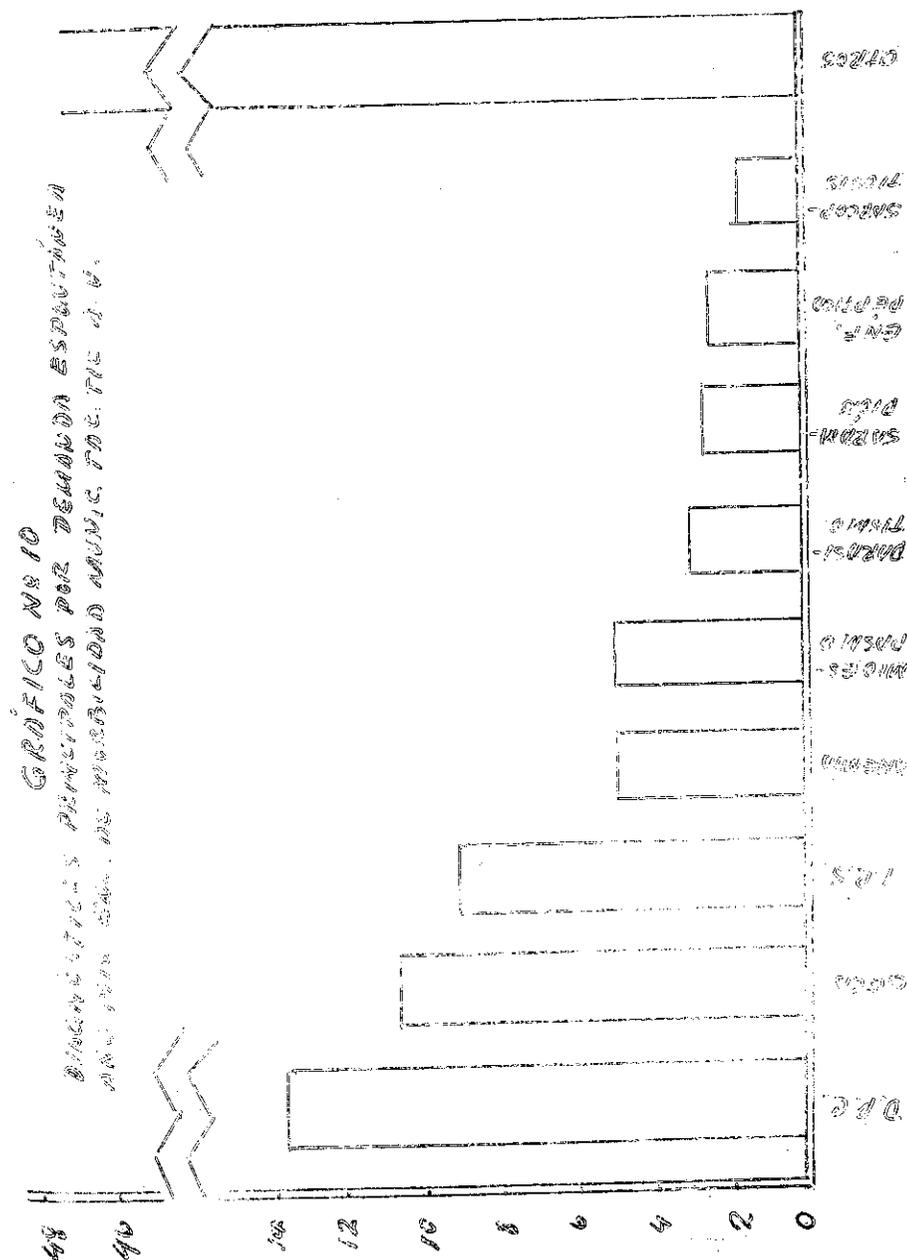
Morbilidad	No.	%
DPC	185	13.40
GECA	139	10.07
IRS	124	8.98
ANEMIA	68	4.93
MIOESPASMO	68	4.93
PARASITISMO	40	2.90
SARAMPION	38	2.75
ENF. PEPTICA	36	2.61
SARCOPTIOSIS	27	1.96
OTROS	655	47.46
TOTAL	1380	100.00

63

DISTRIBUCION DE ENFERMEDADES

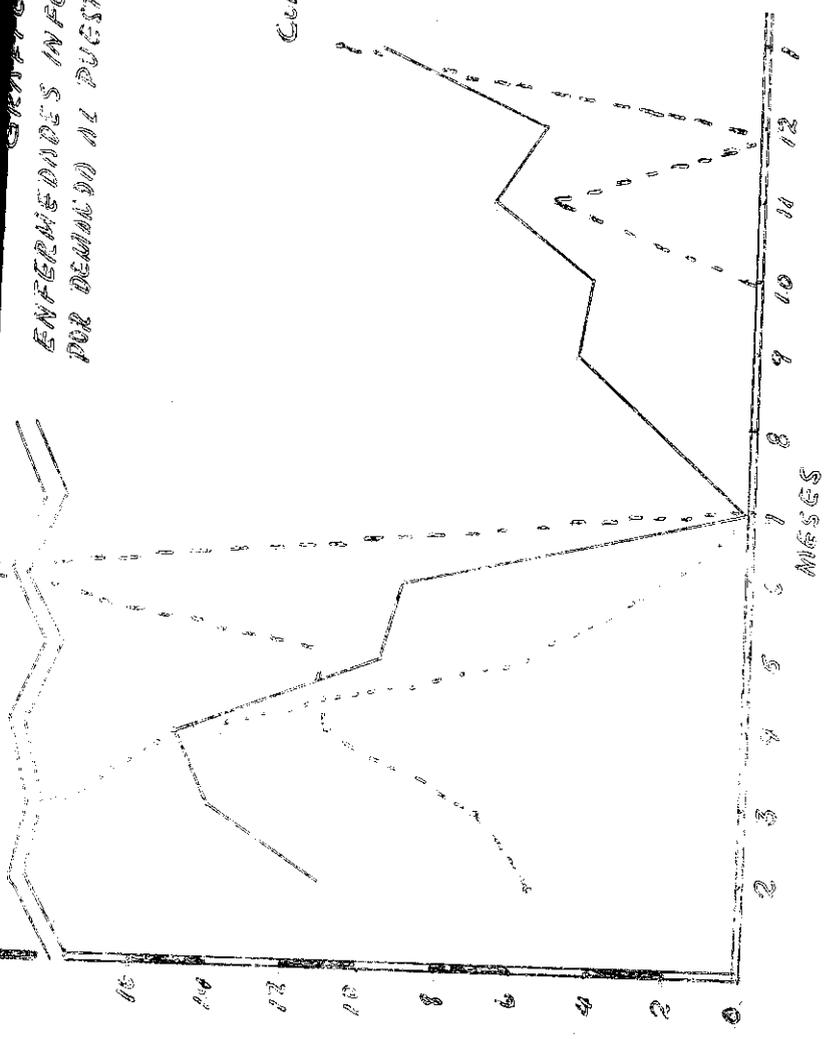
INFECTOCONTAGIOSAS POR MES AÑO 1976

Mes	Número	%
FEBRERO	0	0
MARZO	26	35.62
ABRIL	19	26.03
MAYO	16	21.92
JUNIO	7	9.59
JULIO	3	4.10
AGOSTO	0	0
SEPTIEMBRE	2	2.74
OCTUBRE	0	0
NOVIEMBRE	0	0
DICIEMBRE	0	0
ENERO 1977	0	0
TOTAL	73	100.00



ENFERMEDADES INFECCIOSAS
POR DEMANDA AL PUESTO DE SALUD.

R.R.S. —
O.S.C.A. - - -
CONTAGIOSAS. . . .



ANALISIS Y DISCUSION

CUADRO No. 1 RELACION CON EL JEFE DE LA FAMILIA

De las 3 encuestas realizadas durante el año 1976 se estudiaron a 812 personas en el área urbana, existiendo un promedio de 271 por encuesta realizada. Y en el área rural 176 personas con un promedio de 59 habitantes por encuesta realizada.

En el estudio de Morbilidad se consideró como jefe de familia a la persona reconocida como tal por los miembros de la familia, independientemente de su sexo y edad. "Otros" parientes incluyó todos aquellos miembros de la familia que guardan parentesco consanguíneo o de afinidad, tales como tíos, primos.

La cifra más alta corresponde a hijos (a) con un 54.98% en el área urbana y 50.85% en el área rural. Luego a jefes de familia un 16.98% y 23.73% en la cabecera municipal y la aldea respectivamente.

Es de hacer notar que en el área rural no existía ninguna persona dedicada al servicio, en cambio en el área Municipal - el 3.69%.

CUADRO No.2 SEXO

El 52.77% fue de sexo femenino y el 47.23% del sexo masculino en el área urbana y en la aldea con un 50.00% tanto para hombres como mujeres.

Esta situación está acorde con uno de los rasgos de la población de la Ciudad de Guatemala, tomada en conjunto en don

de el 53.5% son mujeres (1).

CUADRO No. 3 EDAD

Es importante hacer hincapié en la distribución de la población según su edad, permitiéndonos investigar algunos aspectos que caracterizan a la población estudiada, constituyendo el complemento para dar valor a las estadísticas demográficas, y determinar los índices que reflejan diversos fenómenos relacionados con su movimiento.

La pirámide de población con predominio casi igual al grupo etario de 0-14 años para ambos sexos con un 47.24% integrado por los grupos pre-escolar y escolar.

Dado que el desarrollo nutricional de ambos grupos es incompleto por datos recabados, (2) estos demandan la atención preferente del estado.

En el área rural es de 42.38% del mismo grupo etario por lo que los programas de protección a la infancia y la difusión de la educación deberán ser elaborados en ese sector, tomando en consideración las características particulares de cada grupo.

En el grupo etario de 20-45 años en el área urbana el 39.11% resultó corresponder a la madurez o edad adulta que comprende al sector teóricamente capacitado para trabajar, y en consecuencia el llamado a contribuir al desarrollo económico del país, y a sostener a los grupos de población económicamente inactiva. En cambio en el área rural el 52.54% están comprendidos en esa edad, dato muy curioso ya que demuestra que es una población más productiva en relación a la población del área urbana. Y que la longevidad de la mujer es mayor ya

que se demuestra en la pirámide de población.

En la cabecera municipal el 13.65% son adolescentes o personas comprendidas entre los 15-19 años, y por estar en una edad de transición, etapa en la que, con frecuencia distintos hechos interrumpen su educación, incorporándose muchas veces prematuramente al régimen del trabajo o alejándose de la escuela.

En el área rural además de ser válidas las interpretaciones precedentes, llama la atención que le corresponde en este grupo etario únicamente el 5.08%; pudiéndolo interpretar que las altas tasas de Mortalidad infantil en este medio se reflejan por la disminución ostensible en la adolescencia.

CUADRO No. 4 ESTADO CIVIL

En la comunidad de la cabecera municipal el 64.57% es soltero, y en matrimonio ya sea legalmente o de hecho el 31.37%. En el área rural el 50.85% es soltero y 44.05% es casado, indicándonos que aquí hay mayor número de matrimonios en relación al área urbana.

CUADRO No. 5 GRUPO ETNICO

Del promedio de personas encuestadas el 61.62% son naturales y 37.64% son ladinos. Y los indígenas ocupan el 100.00% en el área rural.

CUADRO No. 6 CONDICION MIGRATORIA

Tanto en el área urbana como rural existió para el emigrante estacional un 3.32% y 1.70% respectivamente, encontrándose al inicio del año una leve elevación que podría ser se

cundaria a cambios de cosecha por la llegada a la comunidad urbana de personas que ayudan a las necesidades agrícolas del área.

CUADRO No. 7 INSTRUCCION

Es por medio de la educación que se puede valorar el nivel cultural de la población. Por lo tanto el porcentaje de analfabetos fue de 37.02% en el área urbana, y los pre-escolares un 23.11%. Un 35.05% tiene su primaria ya sea 1ero ó hasta 6to. grado. Y estudios universitarios sólo el 0.7%.

En cambio en el área rural los analfabetos acusan un 88.64%; aparte el 25.42% que son pre-escolares, cifra alarmante ya que 1.13 de cada 10 personas saben leer y escribir y no hay ninguna que haya terminado su primaria.

CUADRO No. 8 OCUPACION

Dentro de los principales grupos, en la cabecera Municipal un 10.33% se dedican a la agricultura exclusivamente. A oficios domésticos se ocupan el 21.40% lo que significa que 1/5 se dedica al cuidado del hogar.

Son estudiantes el 25.00% donde una relación de 1:4 va ir a la escuela alguna vez en su vida. En el rubro de Otros se descontaron a los pre-escolares por considerar que no tienen ningún oficio por lo cual es un 7.15%.

En el recuento de la Aldea el 28.81% es agrícola, demostándonos que los jefes de familia son los agricultores. A los oficios domésticos el 30.51%; ahora bien los estudiantes son únicamente el 11.86% con una relación de 1:8 va ir a la escuela. Y el grupo de otros con el 1.70%.

CUADRO No. 9 AFILIADO AL IGSS

Conforme los datos obtenidos en el estudio solamente el 6.27% está afiliado al Seguro Social y 93.73% personas no lo son, los afiliados en su mayoría están trabajando con compañías como la Nello Teer de capital extranjero, quien paga mejores salarios y como patrono les paga seguro social a sus empleados.

En cambio en el área rural no hay una sola persona afiliada al Seguro Social, es de señalar que en esta aldea en su mayoría los dueños son hacendados que tienen a sus habitantes en malas condiciones educativas, laborales, sociales, salubridades, etc.

CUADRO No. 10 NUMERO DE EMBARAZOS

Dentro de las mujeres en edad fértil hay 30.12% que aún no han estado embarazadas en el área urbana, en cambio en el área rural solamente el 5.88% no lo ha sido.

Existe un promedio de 4.5 y 4.6 embarazos por cada mujer que ha estado embarazada, tanto en la Cabecera Municipal como en La Aldea respectivamente.

Luego se observa en el área rural que las mujeres indígenas no tienen más de 9 embarazos, lo que no sucede en el área urbana. Esta primera observación aparentemente no confirma la creencia general de que las indígenas tienen más hijos que la ladina. Sin embargo, podría ser secundario a factores socio-culturales, nutricionales o a la misma incomprensión de las preguntas realizadas.

Se encontró que la mayor concentración de número de embarazos es entre 6-9; con 51.25% en el área urbana, y en

la Aldea con 58.90%.

CUADRO No. 11 NUMERO DE ABORTOS

El 7.02% de señoras que han estado embarazadas han tenido abortos en el grupo del área urbana y el 6.75% en el área rural. Con una relación de 1:11 y 1:16 termina en aborto en la Cabecera Municipal y en la Aldea respectivamente. Que comparado con estudios anterospectivos de Erhardt en New York (3) refiere que de un 10-15% de los embarazos terminan en Aborto.

CUADRO No. 12 NUMERO DE HIJOS VIVOS

Existe 3.9 de hijos vivos por cada señora que ha estado embarazada en el área urbana y baja significativamente en la Aldea con 2.9 hijos vivos por cada señora que ha estado embarazada.

El 57.92% de hijos vivos está comprendido en las familias que tienen entre 4-7 hijos en la Cabecera Municipal. Y en el área rural el 63.05% de hijos vivos está entre las familias que tienen entre 3-5 hijos.

CUADRO No. 13 NUMERO DE HIJOS MUERTOS

En el área urbana es de hacer notar que el 57.89% de señoras no han tenido hijos muertos, existiendo un promedio de 0.9 hijos muertos por señora que ha estado embarazada.

Además el 35.09% de señoras han tenido de 1-2 hijos muertos, indicándonos de cada 3 señoras embarazadas 1 tiene un hijo que va a fallecer.

En el área rural sólo el 18.75% de señoras no han tenido hijos muertos, con un promedio de 2.85% de hijos muertos del total de señoras embarazadas.

Y el 56.25% de señoras han tenido de 1-3 hijos muertos, señalando de cada 2 señoras embarazadas 1 tiene un hijo que va a fallecer.

CUADRO No. 14 MORTINATOS

En el área urbana el 10.52% han tenido mortinatos, con un promedio de cada 6 señoras embarazadas 1 termina en mortinato.

En la Aldea La Cumbre no hubo ningún mortinato. Es difícil creerlo, ya que por la alimentación y condiciones de vida, el número debería haber sido mayor.

CUADRO No. 15 EMBARAZO ACTUAL.

Existe un 3.85% en el área urbana que actualmente se encuentra embarazada, en cambio en el área rural el 5.88%.

CUADRO No. 16 ENFERMOS

Se detectaron un 12.92% de enfermos en el área urbana y 4.55% en el área rural. Esta diferencia se atribuye sobre todo a que los conocimientos de las personas de la aldea son escasos y para ellos el concepto de Salud-Enfermedad es diferente.

CUADRO No. 17 PACIENTE AMBULATORIO-CAMA- HOSPITALIZADO

En la Cabecera Municipal el 11.53% se encontró que es

taba en cama y ninguno se encontraba hospitalizado. En el área rural todos los enfermos eran ambulatorios; lo cual nos indica que sus problemas en ese momento eran soportables físicamente.

CUADRO No. 18 MESES DE ENFERMEDAD

El 48.56% de los enfermos del área urbana tenían 1 mes o menos de enfermedad lo cual nos indica que su patología era de tipo agudo. Y en el área rural el 87.50% menos de 1 mes de enfermedad.

También se registró un 17.14% de casos mayor de 42 meses de enfermedad que seguramente estaba menguado en su estado físico, nutricional y emocional.

Enseñándonos que un alto porcentaje de las enfermedades son de tipo agudo, predominando más en el área rural.

CUADRO No. 19 DIAGNOSTICOS PRINCIPALES

La mayor incidencia fue Infección Respiratoria Superior tanto en el área urbana como en la rural con un 31.73% y 37.50% respectivamente.

La Gastroenterocolitis Aguda en la Cabecera Municipal con 9.61%; aumentando con 25.00% en la Aldea La Cumbre.

Dentro de los diagnósticos principales de enfermedades infecto-contagiosas el Sarampión con 3.85% en área urbana y la Tos Ferina con un 12.50% en el área rural.

Como enfermedades Degenerativas se encontró la Artritis con 4.80% no existiendo ningún caso en el área rural.

El parasitismo y Sarcoptosis alcanzaron un 25.00% en el área rural.

El rubro de "otros" enfermedades en la Cabecera Municipal con un 25.96%.

CUADRO No. 20 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD SEGUN AREA URBANA Y RURAL

Dentro de los grupos de morbilidad llama la atención que existe proporcionalmente menor número de causas de enfermedad en el área rural con respecto al área urbana.

Así, dentro de la primera no se encontraron más de cinco causas de enfermedad, que hicieron un total de ocho pacientes, siendo éstas en un 100% enfermedades infecto contagiosas y, por lo tanto, prevenibles.

En el área urbana la cantidad de causas de enfermedad apreciable es mayor, predominando las infecto contagiosas, las carenciales y degenerativas. Debe tenerse presente que el Mioespasmo y la Contusión, aparecen como causa importante de enfermedad, las cuales en nuestro medio pueden ser consideradas como enfermedad de tipo laboral.

Es de observarse que la causa más frecuente tanto a nivel urbano como rural es la enfermedad Infección Respiratoria Superior con un 31.73% y un 37.50%, respectivamente. Es decir, que a pesar de las mejores condiciones de vida de los pobladores del área urbana la diferencia no es significativa.

La segunda causa de morbilidad fue la Gastroenterocolitis Aguda con un 9.61% en la Cabecera Municipal y un 25% en

el área rural. Se presentaron dos elevaciones de tasa de ataque de la GECA durante el mes de Junio y en Enero de 1977. Con respecto a esta causa de enfermedad, si hay un aumento significativo en el porcentaje, resultando posiblemente de hacinamiento, malas condiciones higiénicas de la vivienda, falta adecuada de disposición de excretas, presencia de animales dentro de las viviendas, falta de agua potable y una baja condición socioeconómica, que vienen a ser factores condicionantes de la morbilidad encontrada en la población estudiada.

El Parasitismo y Sarcoptiosis se presentaron en un 12.50% respectivamente, en el área rural. Luego la enfermedad Péptica y la Artritis Degenerativa al igual que el Mioespasmo, causa importante de morbilidad dentro de las enfermedades crónicas, las cuales aparecen en cualquier época del año y se mantienen durante el mismo y, reunidas acusan un 21.50% en el área urbana.

En el área rural posiblemente se encuentran dichas enfermedades, pero por cierto tipo de homeostasis dentro de los pobladores modifica para ellos el concepto de salud-enfermedad y que al efectuar el estudio no se detectaron.

Las enfermedades Infecto-Contagiosas se encuentran dentro de las 10 diagnósticos principales de morbilidad con un 3.85% en el área urbana, a lo que a Sarampión se refiere. En el mes de Abril se encuentra en un 3 lugar como causa de morbilidad y anualmente con el 6 lugar.

En el área rural se presenta la Tos Ferina en un 12.50%.

Las enfermedades anteriores se reflejan en la demanda espontánea al Puesto de Salud, siendo más frecuente en los primeros meses del año de 1976.

Las Enfermedades Carenciales como la Anemia y Caries, están dentro de las causas frecuentes de enfermedad en el área urbana, con un 2.88% y un 1.92%, respectivamente.

CUADRO No. 21 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD SEGUN SEXO Y GRUPOS ETAREOS

En el área urbana las causas de morbilidad están distribuidas equitativamente entre los grupos etareos 0-9, 10-44 años y 45 años o más. Lo que no sucede en el área rural ya que el 75% es en el grupo etareo de 0-9 años, el 25% de 10-44 años y los que tienen 45 o más años no presentan patología alguna.

El sexo femenino se ve afectado en un 87.50%.

La principal causa de enfermedad en el área urbana la Infección Respiratoria Superior, acapata en el grupo de 0-9 años un 54.54% distribuido en un 52.52% para hombres y un 48.48% para mujeres. Esto nos demuestra que los individuos que la presentan, en la mitad de los casos, es en niños y, en el área rural del mismo grupo etareo la presenta un 66.67%.

La GECA en el área urbana la padece un 90% de niños comprendidos entre los 0-9 años y en el área rural en un 100%.

Las enfermedades Infecto Contagiosas tanto en el área urbana como rural, el grupo etario afectado en un 100% es el de 0-9 años, es decir un 50% tanto para varones como para niñas.

Las Artritis Degenerativas se encontró en los grupos etarios de 15-44 años y en el de 45 o más años, con un 80% en mujeres. A pesar de ser una muestra pequeña se confirma con lo reportado en la Literatura Mundial (4), que indica que es tres veces más frecuente en la mujer que en el hombre.

El Miospasma tiene un 50% para cada sexo, indicándonos que la mayoría de casos son por condiciones de trabajo y forzados por su condición socioeconómica, que es traducido en una fuerza excesiva y una baja ingesta calórica (5).

La Anemia y Caries la padecen un 100% de mujeres, del grupo etario de 15-44 años. Dato bastante significativo ya que es en este período cuando la mujer es fértil y tiene mayor índice de embarazos.

CUADRO No. 22 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD SEGUN INSTRUCCION

El 57.70% de las personas enfermas en el área urbana, así como el 87.50% del área rural son analfabetas.

La gran mayoría de enfermedades pueden tener como factor condicionante la falta de educación y conocimientos básicos de higiene, factores que ayudan al detrimento de la salud de la población en general.

Un 30.77% de personas enfermas han estudiado parcial o totalmente su educación primaria.

CUADRO No. 23 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD SEGUN LA OCUPACION

El grupo Materno Infantil presenta el 73.07% de las causas de morbilidad, de ello el rubro "Otros" que incluye a los pre-escolares acapara el 42.30% en el área urbana. El grupo Materno Infantil del área rural presenta el 100% de patología y los preescolares el 75%.

La Infección Respiratoria Superior la padece el grupo Materno Infantil en un 87.88% en la Cabecera Municipal y el 100% en la Aldea La Cumbre.

Es importante hacer notar que la GECA no la padecen en un momento dado (encuesta) los estudiantes de primaria, sino más bien los niños que se encuentran en edad escolar y no lo hacen y los preescolares (menos de 7 años) en un 90%.

Las Enfermedades Contagiosas se presentan mayormente en niños menores de 7 años.

La Artritis Degenerativa la padecen en un 80% las que se dedican a Oficios Domésticos. El Miospasma está distribuida equitativamente entre agricultores y oficios domésticos. Las Carenciales tales como la Anemia y Caries, se encuentran significativamente entre los de oficios domésticos y servicios.

El menor porcentaje en el área urbana se presenta entre los dedicados a la industria, quienes posiblemente tengan un nivel económico y educativo más elevado y que son únicamente el 1.85% de la población estudiada.

CUADRO No. 24 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD SEGUN CONDICION MIGRATORIA

El mayor porcentaje de grupos de causas de morbilidad en el área urbana se observó en la población no migrante con un 98.08% y en la población migrante estacional en un 1.92%, que dentro de los problemas de transmisibilidad podría considerarse que la migración es interna. A la vez el área rural denotó un 100% de población no migrantes.

CUADRO No. 25 NUMERO Y PORCENTAJE DE PERSONAS SANAS-ENFERMAS REFERIDOS AL PUESTO DE SALUD, REFERIDOS AL HOSPITAL.

Del total de personas estudiadas durante el año 1976, un 12.81% estaban enfermas en el área urbana y el 6.78% en el área rural.

Los niños de 0-9 años estuvieron enfermos en un 34.61%, habiendo sido referidos el 83.33% al Puesto de Salud de la Cabecera Municipal, los restantes se encontraban con tratamiento adecuado o en vías de resolución.

El área rural el 87.50% de los enfermos son del grupo etario de 1-9 años, ya que no se dio el caso en niños menores de 1 año. Asimismo, el 100% fue referido al Puesto de Salud.

En los adolescentes del área urbana se mostró un 3.85% con enfermedad y ningún dato significativo en el área rural.

Dentro de la edad productiva (15-45 o más años) había patología en un 61.54%, habiendo sido referidos al Puesto de Salud el 78.12% incluyendo pacientes que necesitaban un examen más minucioso. Sin embargo, ninguna persona fue encontrada gravemente enferma como para ser referida al Hospital.

CUADRO No. 26 NUMERO DE ENFERMOS OBSERVADOS — CON ENFERMEDADES INFECTO CONTAGIOSAS, PLURICARENCIALES, DEGENERATIVAS Y CARDIOVASCULARES.

Se encontró un 85% de enfermedad Infecto Contagiosa y pluricarenciales en relación al 15% de enfermedades Degenerativas y Cardiovasculares. La demanda al Puesto de Salud por

estos dos rubros fue de un 95% y del estudio de morbilidad un 5%.

Las enfermedades Infecto Contagiosas y Nutricionales no tienen igual distribución con las enfermedades Degenerativas y Cardiovasculares en la demanda espontánea al Puesto de Salud, ya que presentan un 82.81% y 12.19%, respectivamente.

En cuanto al estudio de morbilidad realizado muestran un 2.19% para enfermedades Infecto Contagiosas y Pluricarenciales y el 2.81% para las enfermedades cardiovasculares, por lo que podemos deducir que la mayoría de personas que padecen dichas enfermedades no asisten al Puesto de Salud sino que recurren a otros centros asistenciales públicos o privados en la Cabecera Departamental para su tratamiento.

CUADRO No. 27 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD DE LAS MUJERES EMBARAZADAS

La causa más frecuente observada fue la Anemia con el 66.67% y Caries con el 33.33% presentándolo a partir del segundo trimestre.

Al padecer las mujeres embarazadas de enfermedades Carenciales previo al parto, con falta de suplementos vitamínicos y mala alimentación (2) los niños antes y después del nacimiento, van a denotar daños tales como bajo peso u otras implicaciones.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD POR DEMANDA AL PUESTO DE SALUD.

Se presentaron 1380 pacientes al Puesto de Salud, dando

un promedio de 115 casos por mes. De ellos 58.62% eran mujeres y 41.38%.

La Causa de Morbilidad más frecuente fue la Desnutrición Proteico-Calórica, con un 13.40% atacando al grupo etario de 0-9 años en un 78.38%.

La Gastroenterocolitis Aguda presenta un 10.07% siendo el Grupo Materno-Infantil el afectado en el 93.52% es decir; 1:10 padeció Síndrome Diarreico Agudo. Luego la GECA tiene una distribución que va creciendo hasta llegar a su máximo en el mes de Junio con un 32% del total de la Demanda Es pontánea, desapareciendo en el 3er trimestre y comenzar a elevarse en el mes de Enero con 11%.

Cuando empieza la época lluviosa es cuando se presenta, luego en forma intermitente aparece pero ya en menor cantidad.

La Infección Respiratoria Superior se encuentra como Causa de Morbilidad afectando el grupo etario de 0-4 años con 39.52% y el resto distribuido uniformemente en los otros grupos etarios. Además la IRS se mantiene en forma cíclica durante todo el año presentando una elevación en el mes de marzo.

Las dos patologías anteriores se relacionan con la Morbilidad presentada en el Estudio de Morbilidad tanto del área urbana como rural.

Como enfermedad Contagiosa el Sarampión ocupa el 7mo lugar con 2.75% del total de la Demanda al Puesto de Salud, afectando al grupo de 0-14 años de edad. Existiendo un predominio marcado en el mes de Marzo con 17.80% que va descendiendo marcadamente hasta desaparecer en el mes de Julio. Es

de notar que las enfermedades Infecto-Contagiosas se observan más durante los primeros 6 meses.

El Parasitismo y la Sarcoptiosis tienen un 2.90% y 1.96% respectivamente, presentándose el 100% en menores de 15 años.

Dentro de las Enfermedades Crónicas se encuentra el Mioespasmo en el grupo de (15-45 o más años) en el 94.12%. La enfermedad Péptica el 100% está en mayores de 15 años y el 86.11% en Mujeres.

De las Enfermedades Carenciales se encuentra la Anemia, con el 4.93% del total de pacientes, a pesar de muchas veces dárseles tratamiento no se erradica por ser causada por factores económicos, tenencia de tierras, política económica-agropecuaria y cuyo resultado es una baja producción de alimentos, además de factores como la ignorancia de grandes sectores de la población, acerca de lo que es una nutrición adecuada sobre todo en el niño y en la mujer embarazada.

CONCLUSIONES

1. Entre las hipótesis de la Investigación, se rechaza la que señala que las enfermedades Infecto-Contagiosas, transmisibles y nutricionales; presentan la misma prevalencia que las enfermedades degenerativas y Cardiovasculares en virtud del resultado del Estudio Efectuado.
2. La Morbilidad comparativa usando como parámetros la Urbana y Rural en un aspecto, y los diferentes factores de estudio por otro, da en la mayoría de variables porcentajes más significativos en el área Rural.
3. Existe una relación directa entre la Morbilidad investigada y la Demanda Espontánea.
4. Las personas habitantes en la Comunidad de Tactic, Alta Verapaz no consideran la Desnutrición como enfermedad, ya que desconocen este proceso mórbido.
5. Las 3 Causas Principales de Morbilidad durante el año 1976 fueron Infección Respiratoria Superior, Gastroenterocolitis Aguda y Enfermedad Péptica.
6. Las 3 Causas Principales por Demanda Espontánea fueron Desnutrición Proteicocalórica, Gastroenterocolitis Aguda e Infección Respiratoria Superior.
7. Las Enfermedades Aguda más comunes tienen variaciones cíclicas.
8. Las Enfermedades Contagiosas presentan su mayor frecuencia

cia en los meses de Marzo, Abril y Mayo.

9. Podemos afirmar que las enfermedades de mayor importancia en los niños de 0-9 años fueron Infección Respiratoria Superior, Gastroenterocolitis Aguda y como crónica la Desnutrición Proteicocalórica.
10. Entre las Enfermedades Crónicas demostradas en el Estudio tenemos: Enfermedad Péptica, Mioespasmo y Artritis Degenerativa, con predominio en el grupo etario mayor de 44 años.
11. El Mioespasmo, es una causa común de Morbilidad la cual no cuenta con normas de tratamiento adecuado, ya que es producto del exceso de trabajo y deficiente alimentación.
12. Las mujeres embarazadas presentaron como causa principal de Morbilidad la Anemia.
13. La mayoría de Causas de Morbilidad, es en población no migrante y no instruida.
14. Según la Ocupación las personas más afectadas son pre-escolares, estudiantes, oficios domésticos y agricultores.

RECOMENDACIONES

1. Debe existir una actitud coordinada con las dependencias oficiales de Salud y Facultad de Ciencias Médicas; a fin de que los planes de Tratamiento y prevención estén programados, con la participación de los sectores y organismos responsables de la Salud del país.
2. La Morbilidad presentada en este estudio puede disminuir a través de una Medicina Preventiva General como sería: Control Sanitario del medio (terrenos, locales, suministros de agua etc.) y Sanidad Alimentaria.

Como también una Medicina Preventiva Específica tal como Asistencia Médico-Farmacéutica y Social.
3. Que los Estudios similares efectuados por otras dependencias, sean integrados a efecto de tener resultados más confiables y objetivos.
4. Continuar en el Estudio de la Morbilidad para tener datos más completos y hacer comparaciones al obtener datos estadísticos y conocer la Evolución de los mismos.
5. Con estos primeros resultados se puede planificar una utilización adecuada de los recursos materiales y farmacoterapia, para obtener un máximo rendimiento, adecuando los envíos según las enfermedades predominantes en el Area de Salud.
6. Recopilar los trabajos por Areas de Salud, para tener bases sobre los cambios que sufren las enfermedades como

resultado de factores epidemiológicos, sociales, económicos y culturales de la población.

7. Mejorar los registros del Puesto de Salud para que se pueda conocer la Morbilidad por Demanda de Aldeas y Caseríos de los Municipios de la República.
8. Promocionar adecuadamente los Servicios del Puesto de Salud para que sean conocidas por la mayor cantidad de población posible, a efecto de reducir los porcentajes de Morbilidad.

BIBLIOGRAFIA

Barquero, Elías T.S.R.

"Diagnóstico de Salud del Municipio de Tactic", Guatemala, trabajo inédito 1975.

- (4)* Cecil-Loeb
"Tratado de Medicina Interna", Editorial Interamericano, México, 1972 (págs. 1968-1983).

García, Jorge Mario

"Guías de Técnicas de Investigación", Editorial Centroamericana, Guatemala, 1972.

- (1)* "La Verbena. Recuento de Población y Vivienda"
Departamento de Censos y Encuestas, Dirección General de Estadística, Ministerio de Economía de Guatemala, - Guatemala, 1967

Lemus, William Dr.

"Estudio de Mortalidad en el Municipio de Tactic", Guatemala, tesis de grado, 1974

- (2)* Morales, Ariel Br.
"Estudio de la Situación de Salud del Grupo Materno-Infantil en el Municipio de Tactic", Guatemala, 1975.

Sánchez, Angel Dr.

"Estudio de Morbilidad a Nivel Nacional", Protocolo, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, 1976.

(*) Referencias dadas en el contenido de la tesis.

Vásquez, Mariano Emilio, Prof.

et al "Un Estudio Histórico Etnológico de un Pueblo Pokomchí de Alta Verapaz", Imprenta Offset, Desarrollo de la Comunidad, Guatemala, 1976.

- (5)* Viteri, Fernando Dr.
"El Problema de la Desnutrición Proteico-Calórica", Editorial Luz, Guatemala, 1971 (págs. 137-147, 175-185).

- (3)* Williams
"Obstetricia", Editorial Salvat, México, 1973 (págs. 429-435).

LILY URETA VALDEZ

Dr. CLEMENTINO CASTILLO
Asesor

Dr. CARLOS WALHEIM
Revisor

Dr. JULIO DE LEON M.
Director de Fase III

Dr. MARIANO GUERRERO ROJAS
Secretario General

Vo.Bo.

Dr. CARLOS ARMANDO SOTO G.
Decano