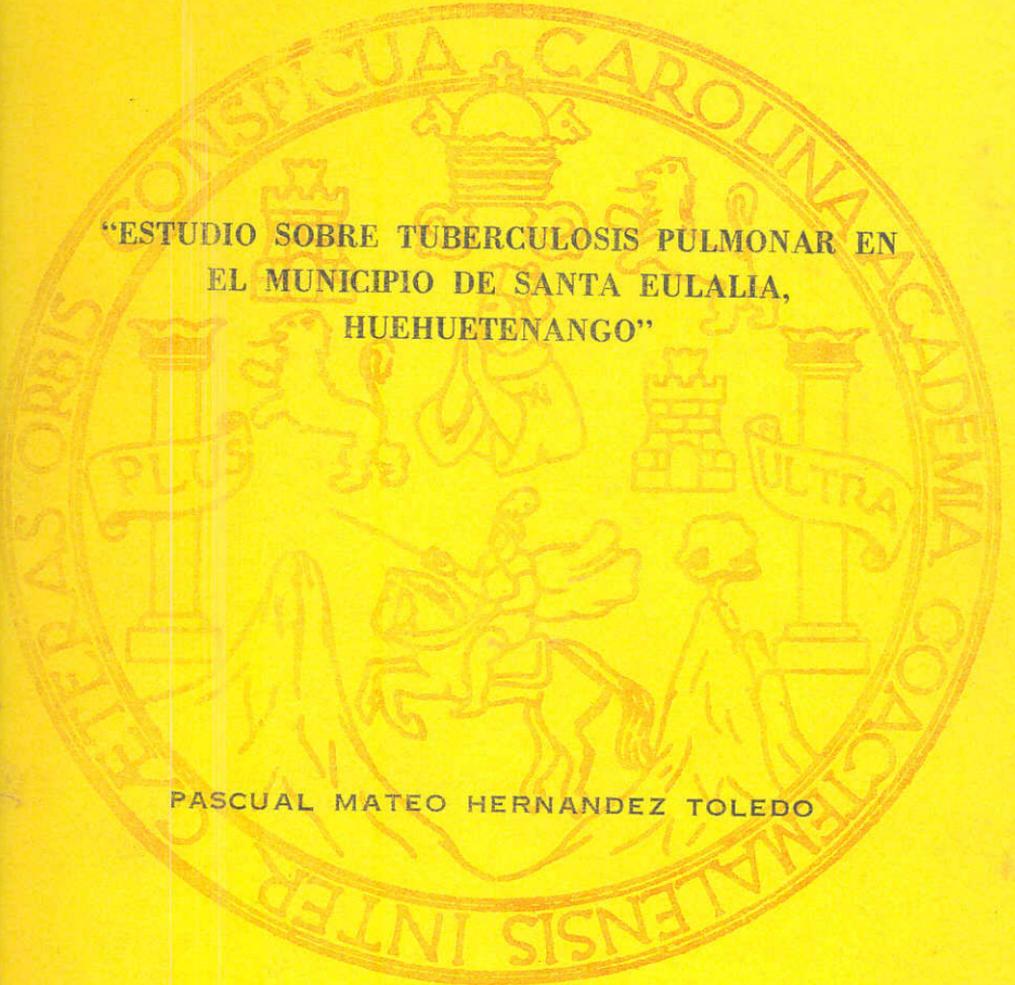


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large, circular emblem in the background. It features a central figure, likely a saint or historical figure, surrounded by various symbols including a crown, a cross, and architectural elements like columns. The text "UNIVERSITAS CAROLINA GUATEMALENSIS" is inscribed around the perimeter of the seal.

"ESTUDIO SOBRE TUBERCULOSIS PULMONAR EN
EL MUNICIPIO DE SANTA EULALIA,
HUEHUETENANGO"

PASCUAL MATEO HERNANDEZ TOLEDO

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 1978

“ESTUDIO SOBRE TUBERCULOSIS PULMONAR EN
EL MUNICIPIO DE SANTA EULALIA,
HUEHUETENANGO”

TESIS

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

Por:

PASCUAL MATEO HERNANDEZ TOLEDO

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

I N D I C E

INTRODUCCION

ANTECEDENTES

I. OBJETIVOS

V. JUSTIFICACIONES

HIPOTESIS

I. MATERIAL, METODO DE ESTUDIO Y RECURSOS

II. DEFINICION Y GENERALIDADES SOBRE TUBERCULOSIS

III. MONOGRAFIA DE SANTA EULALIA

X. PRESENTACION DE DATOS

ESTUDIO SOBRE TUBERCULOSIS

I. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

II. COMPROBACION DE HIPOTESIS

III. SINTESIS:

—CONCLUSIONES

—RECOMENDACIONES

IV. BIBLIOGRAFIA

I. INTRODUCCION

Tuve la oportunidad y la grata satisfacción de realizar la práctica del EPS rural en el municipio de Santa Eulalia del departamento de Huehuetenango, en el semestre comprendido del 3 de agosto de 1977 al 31 de enero de 1978. Durante esta práctica encontré una serie de problemas que ameritaban estudio y análisis en forma profunda y entre ellos observé que la Tuberculosis Pulmonar es una causa frecuente y seria de enfermedad en este municipio. Esta enfermedad constituye uno de los problemas de salud pública del país y es agravado en nuestro medio por las condiciones de vida del guatemalteco en general que son deficientes en comparación con otros países. El hacinamiento, las condiciones económicas, la desnutrición (2) y las constantes migraciones a las fincas de la costa sur como en el caso de los habitantes de Santa Eulalia, son factores que agravan aún más el problema.

El presente estudio tiene por objeto abordar algunos problemas que tiendan a fundamentar la manera de realizar posteriormente nuevos estudios de la enfermedad en el municipio citado, enfocando la atención a la constante pesquisa de casos a través de la toma de muestras de esputo y no con las encuestas radiológicas hechas en diferentes partes y épocas, cuando se sabe que no todas las sombras radiológicas pueden ser tuberculosis. (3)

El objetivo básico del presente estudio, es demostrar lo grave del problema en este municipio, ya que a pesar del tiempo tan corto (2 meses) y a la toma de una sola muestra de esputo por paciente, se detectó una gran cantidad de ellos con Baciloscopia Positiva (28o/o de positividad del total de 25 muestras tomadas), quienes espontáneamente llegaron al Puesto de Salud consultando por otras dolencias, especialmente por el "Kan Ilyá" (Calambre en K'anjobal).

Se utilizaron 2 meses para llevar a cabo este estudio, del 20 de septiembre al 20 de noviembre de 1977, siguiendo los lineamientos del protocolo elaborado por la dirección del programa de EPS rural de la Fase III de la Facultad de Ciencias Médicas.

Finalmente, cabe señalar que existen estudios y programas establecidos en otras poblaciones del área de Huehuetenango como lo es el área de influencia del hospital de Jacaltenango donde se ha encontrado un 16o/o de positividad de los pacientes sintomáticos respiratorios con expulsión de bacilos en el esputo (3) y donde la detección de los mismos la efectúan los promotores de salud entrenados por el mismo hospital.

II. ANTECEDENTES

En Madrás, India, fué donde se tuvieron las primeras experiencias sobre la importancia del examen directo del esputo como método de detección de casos de Tuberculosis no sólo por su eficacia, sino por su bajo costo. Según un estudio efectuado en este mismo país, se encontró que cada examen radiológico en unidad móvil tuvo un costo promedio de Q.0.50 y por caso descubierto de Q.73.00. Por otro lado, el examen directo del esputo tuvo un costo promedio de Q.0.21 y por caso de Q.3.40. (3)

EN el área de Huehuetenango, existen pocos estudios sobre Tuberculosis, entre ellos, se encuentran las tesis de los doctores Julio Edmundo Mendez, 1960; Jorge Afre Sosa, 1975 (9) y recientemente del doctor Amón D. Recinos Ordóñez sobre: "Estudio sobre Tuberculosis Pulmonar en el municipio de San Ildefonso Ixtahuacán, Huehuetenango", 1978.

Desde hace varios años se vienen realizando estudios en el municipio de Jacaltenango, encontrando un 16o/o de positividad en sintomáticos respiratorios, todos los cuales detectados por Baciloscopia de esputo. (3)

A principios de 1977 se estableció en Guatemala el programa de Tuberculosis integrado a los servicios generales de salud pública, según documento de la División de Tuberculosis. (6)

La clínica parroquial de Santa Eulalia supervisada por el hospital Rosa Ixtateca de San Mateo Ixtatán y dependiente del hospital de Jacaltenango, entre otros programas, tiene contemplado la detección de casos de tuberculosis por medio de la toma de muestras de esputo, las cuales son enviadas al laboratorio del hospital de San Mateo Ixtatán por el promotor de

salud, sin embargo, no existe ningún estudio sobre la efectividad del programa ni la cobertura total de pacientes controlados.

En resumen, en Santa Eulalia no hay ningún estudio sobre Tuberculosis. En una monografía escrita por un comité de vecinos en 1968, se hace mención únicamente acerca de algunos aspectos de salud en general.

III. OBJETIVOS

- 3.1 **Generales:**
 - 3.1.1 Contribuir al estudio, análisis e interpretación del problema de la Tuberculosis. (*)
 - 3.1.2 Contribuir con la División de Tuberculosis de la Dirección General de Servicios de Salud al desarrollo del programa de control de la Tuberculosis. (*)
 - 3.1.3 Lograr la incorporación del E.P.S. al desarrollo de programas nacionales de salud en una forma científica, racional, eficiente y eficaz. (*)
 - 3.1.4 Lograr la integración de las actividades contra la Tuberculosis en los servicios generales de salud. (*)
- 3.2 **Específicos:**
 - En cuanto al problema:**
 - 3.2.1 Conocer la magnitud del daño de la Tuberculosis Pulmonar en el área de Santa Eulalia. (*)
 - 3.2.2 Conocer y cuantificar la proporción de casos, sintomáticos respiratorios y contactos. (*)
 - 3.2.3 Identificar en sus diferentes aspectos las variables socio-económicas que giran alrededor del problema. (*)
 - 3.2.4 Reconocer que el fenómeno de las migraciones es un factor determinante en el agravamiento

del problema.

En cuanto a la población:

- 3.2.5 Identificarse con la realidad en que viven los habitantes de Santa Eulalia y buscarle alguna solución a sus problemas.
- 3.2.6 Hacer conciencia entre la población que las repercusiones en su salud y en la de los que lo rodean son graves si no se controlan a tiempo.
- 3.2.7 Conocer sus creencias y valores acerca de la Tuberculosis Pulmonar. (*)
- 3.2.8 Conocer las reacciones y respuestas de la población de Santa Eulalia hacia la Tuberculosis. (*)
- 3.2.9 Establecer el grado de conocimiento que tiene la población acerca del problema.

IV. JUSTIFICACIONES

- 4.1 El presente estudio se realizó en un lugar de los llamados "zonas de refugio", en donde hasta la fecha no existen índices valederos que nos demuestren la magnitud del problema como serían: La Morbimortalidad, la respuesta a la prueba tuberculínica, la detección de pacientes contagiosos, la investigación continua y permanente de contactos.
- 4.2 No existe hasta la fecha ningún estudio sobre Tuberculosis Pulmonar en este pueblo, que nos ofrezca un panorama real del problema.
- 4.3 Si bien en la clínica parroquial de esta población, desde hace varios años se vienen tomando muestras de esputo a todo aquel paciente que se considera sintomático respiratorio, sin embargo; no hay estudios ni controles confiables de los mismos hasta hoy.
- 4.4 Las estadísticas que se tienen en Guatemala, únicamente reportan casos detectados por medio de encuestas radiológicas, pero que no revelan la realidad del mismo problema, por lo que considero que es de mucho interés conocer y analizar los aspectos anteriormente mencionados. (9)

(*) Protocolo de investigación sobre Tuberculosis, Programa de EPS rural 1977-78, Facultad de Ciencias Médicas.

V. HIPOTESIS

- 5.1 El problema de la Tuberculosis Pulmonar en el área de Santa Eulalia es mayor de lo que hasta el momento se conoce.
- 5.2 En general los métodos tradicionales de detección de casos de Tuberculosis utilizados hasta el momento en el área, han sido ineficaces.
- 5.3 El problema de la Tuberculosis afecta con mayor drasticidad a los grupos de población de bajo nivel socio-económico.
- 5.4 El problema deformado en su verdadero origen, ha dado lugar a que no exista una clara concepción del mismo en la población.(*)

(*) Protocolo de Investigación sobre Tuberculosis, Programa EPS rural, 1977-78, Facultad de Ciencias Médicas, USAC.

VI. MATERIAL, METODO DE ESTUDIO Y RECURSOS

6.1 Material:

6.1.1 *Humano: toda persona que llega al puesto de Salud consultando en forma espontánea por cualquier dolencia y que entre sus antecedentes y/o revisión por sistemas pueden calificarse de sintomáticos respiratorios. Además aquellas personas que consultando por Infección Respiratoria Superior (IRS) pueden calificarse también como sintomáticos respiratorios y los contactos de los casos comprobados.*

6.1.2 *No humano: Instrumentos de trabajo (cuestionarios, anexos y Hojas Forma), laminillas para hacer frotos y vasitos de plástico, todos los cuales proporcionados por la Facultad de Ciencias Médicas.*

6.2 Método:

6.2.1 *Morbimortalidad: hacer el estudio de morbilidad y mortalidad de los 6 meses anteriores, analizando los grupos de edad así: menores de un año, de 1-4 años, de 5-14 años, de 15-44 años y de 45 y más años.*

6.2.2 *Estudio de hábitos, creencias y actitudes, conocimientos de la población enferma acerca de la Tuberculosis.*

6.2.3 *Detección y diagnóstico de casos:*

6.2.3.1 *De los sintomáticos respiratorios se instruirán a los pacientes sobre la forma de cómo dar la muestra esputo.*

- 6.2.3.2 Se harán los frotos, uno para enviarse al laboratorio de la Facultad de Ciencias Médicas y otro para el Hospital Antituberculoso de Huehuetenango.
- 6.2.3.3 A cada sintomático respiratorio se le hará su ficha clínica.
- 6.2.3.4 Visita domiciliaria a los casos positivos para pasar encuesta sobre aspectos socio-económicos e identificación de contactos.

6.3

Recursos:

- 6.3.1 Humano:
Estudiante en EPS rural y el enfermero auxiliar del Puesto de Salud.
- 6.3.2 Físicos:
Registro de morbilidad, Puesto de Salud de Santa Eulalia del año 1977.
Registro de mortalidad del año 1977, municipalidad de Santa Eulalia, Huehuetenango.

VII. DEFINICION Y GENERALIDADES SOBRE TUBERCULOSIS

7.1 Definición:

La Tuberculosis es una enfermedad infecciosa crónica, que a veces dura toda la vida, causada en el hombre por 2 especies de microbacterias, *M. Tuberculosis* y raramente *M. Bovis*. Se inicia casi siempre con material infeccioso inhalado que produce una neumonitis y una bacteriemia pasajera. La infección puede producirse también por ingestión, sobre todo en zonas donde es frecuente la tuberculosis bovina. En general, la forma más frecuente es la pulmonar pero puede existir en cualquier órgano. (1)

7.2 Etiología:

Los bacilos tuberculosos son miembros del género *Mycobacterium*. Suelen denominarse ácidosresistentes porque no responden a los métodos corrientes para teñir bacterias. Sin embargo, absorben un colorante de fenol fucsina cuando se calientan y una vez teñidos resisten la decoloración con ácidos fuertes y con alcohol. Los bacilos tuberculosos crecen mejor en presencia de oxígeno y a temperatura del cuerpo. Pueden sobrevivir en estado de desecación por largo tiempo, pero pueden morir rápidamente expuestos a la acción directa del sol o de los rayos ultravioletas.

Además de *M. Tuberculosis* y *M. Bovis*, otro grupo de microbacterias poseen algunas de las características de los bacilos tuberculosos y pueden producir un cuadro clínico similar al de la Tuberculosis. Los llamados bacilos ácidosresistentes atípicos, se conocen desde que Koch descubrió el bacilo tuberculoso; sin embargo, no se consideran patógenos porque no producen enfermedad

en el caballo.

La infección con bacilos atípicos sin ninguna señal clínica de enfermedad se descubre en todas partes del mundo. Tales infecciones pueden causar sensibilidad cutánea a la tuberculina. (4)

- 7.3 **Historia:**
Se han encontrado en tiempos neolíticos restos de esqueletos que son sospechosos de lesiones de tuberculosis del raquis, esto demuestra que la relación del hombre con el bacilo tuberculoso es muy vieja. Los escritos más tempranos contienen descripciones de personas con síntomas pulmonares y desnutrición general, proceso para el cual se empleó la palabra griega *phthisis* que significa consunción de la carne. En Europa se tornó epidémica al hacerse favorables las condiciones como hacinamiento y mala nutrición como consecuencia del proceso de urbanización progresiva y la industrialización, lo que favoreció su difusión. Se dice que en la mitad del siglo XIX fué donde una cuarta parte de la población adulta de Europa falleció de Tuberculosis Pulmonar, que pasó a ser la "gran peste blanca" que amenazó la supervivencia de la raza europea. (1)

- 7.4 **Frecuencia:**
Las condiciones socio-económicas guardan relación con la prevalencia de la tuberculosis, las más importantes son las relacionadas con el hacinamiento y la alimentación. Otros factores que se han indicado son los genéticos como el hecho de que hay mayor susceptibilidad en la raza negra y menor en la judía, aunque este hecho no está plenamente comprobado, sin embargo, no puede separarse con los aspectos socio-económicos. (9)

- 7.5 **Transmisión:**
Se produce de persona a persona aunque no es necesario el contacto directo, los bacilos pueden transmitirse por medio de gotitas transportadas por el aire y que pueden persistir en una habitación sin ventilar. En el caso de *M. Bovis*, la leche infectada se considera como transmisor. (9)

- 7.6 **Microbiología:**
Mycobacterium Tuberculosis es un microorganismos bacilar inmóvil, su morfología es variable, los más cortos parecen casi cocos, los largos forman filamentos y a veces se incurvan. Su característica distintiva es la ácidorresistencia que suele demostrarse con la técnica de Ziehl Neelsen de coloración con fuscina fenicada y decoloración subsiguiente con ácido alcohol, las mycobacterias conservan el color rojo. (9)

- 7.7 **Manifestaciones clínicas:**
Los síntomas más frecuentes se orientan a una enfermedad crónica; sudores nocturnos, fiebres vespertinas, anorexia, pérdida de peso y lo más típico, tos productiva persistente; estos síntomas son producidos por placas exudativas de lesiones poco extensas. Cuando evolucionan a la excavación son posibles las hemoptisis pequeñas, pero a veces masivas por rotura de un vaso de gran calibre. A veces puede presentarse como una enfermedad aguda en caso de una neumonía tuberculosa y desencadenar síntomas típicos de una neumonía y consolidación como: respiración bronquial, broncofonía y estertores crepitantes. (9)

- 7.8 **Diagnóstico:**
Además de la sintomatología que nos orienta el diagnóstico, tenemos otros auxiliares. La radiografía de tórax puede mostrarnos sombras anormales. Sin

embargo, el examen de esputo es el examen de laboratorio más importante en la tuberculosis en busca de bacilos ácidosresistentes, si no se observan con la técnica de Ziehl Neelsen, pueden observarse después de concentrar el esputo con cualquiera de las técnicas disponibles. Aspiración gástrica puede efectuarse cuando no se puede obtener esputo, obteniendo la muestra por la mañana, por frotis laríngeo. Puede efectuarse cultivos también en medios especiales.

Muchas enfermedades pueden confundirse con tuberculosis pulmonar tales como: neoplasias como carcinoma del pulmón, enfermedades pulmonares supuradas como abscesos pulmonares, bronquiectasias, neumonía y micosis pulmonar como Histoplasmosis y Coccidioidomicosis. (9)

7.9 Tratamiento:

Hay varios esquemas de tratamiento pero el porcentaje de efectividad varía de acuerdo a las drogas a usar; en Guatemala especialmente en algunas áreas del occidente del país (Quetzaltenango, Jacaltenango), se sigue el siguiente esquema el cual ha demostrado buena eficacia:

EL ESQUEMA EMPLEADO

Nombre	Duración	Drogas	Dosis	Frecuencia
Primera Fase		Estrep.	1 gramo	
o	Primer mes			Diariamente
Intensiva		Isoniac.	300 Mlg.	
Segunda Fase	Del Segundo	Estrep.	1 gramo	Lunes
o	al			y
Intermitente	Doceavo mes	Isoniac.	800 Mlg.	Viernes
Tercera Fase	Del treceavo			
o	al	Isoniac.	300 Mlg.	Diariamente
De manteni- miento.	18 avo. mes			

En los niños estos esquemas de tratamiento se prescribirán de acuerdo con su peso, así:

ESTREPTOMICINA 0.15 gr. por kilo por día,
ISONIACIDA 5 a 14 mg. por kilo por día.

Vale la pena mencionar que la asociación Estreptomycina-Isoniacida da una eficacia de 95o/o lo que hace recomendable su uso. (7)

Si después de hacer un control mensual durante tres meses iniciales el esputo no se NEGATIVIZA, se debe considerar que: o se está recibiendo la terapéutica inadecuadamente o es que está desarrollando resistencia a los medicamentos, es entonces cuando hay que considerar el uso de drogas antituberculosas de segunda línea con el siguiente esquema:

Fase	Duración	Drogas	Dosis	Frecuencia
Inicial	9 meses	Etambutol Diateben (*)	1200 mg. 1 Tab.	En A.M. En P.M.
De conso- lidación	9o. a 18o. mes	Diateben	1 Tab.	Diario

(*) Diateben = 1 Tab. contiene 300 mg INH más 150 Mg. Tiazetazona.

7.10 Quimioprofilaxis:

Se llama así a la protección de las personas expuestas a contagios o sea los llamados contactos. La investigación de éstos se hace así:

7.10.1 Aplicación de tuberculina a los contactos menores de 15 años, si es negativa, se dará INH de la siguiente manera:

Menores de 2 años	100 mg. diarios
De 2 a 5 años	200 mg. diarios
De 6 a 14 años	300 mg. diarios

Se repetirá la tuberculina después de tres meses con tratamiento de INH. Si es negativa, se vacuna con BCG, si es positiva en menores de 5 años se dará INH de acuerdo al esquema anterior por 12 meses. Si es positiva en mayores de 5 años se dará INH por 6 meses.

- 7.10.2 Si el contacto es mayor de 15 años y no tiene síntomas respiratorios, solamente se vigilará sin ningún tratamiento.
- 7.10.3 Si dentro de los contactos existen personas con síntomas respiratorios, se procederá como en el caso sintomático respiratorio. (9)

VIII. MONOGRAFIA DE SANTA EULALIA

Es un municipio del departamento de Huehuetenango, que está situado en la sierra de los Cuchumatanes. Limita al norte con San Mateo Ixtatán y Santa Cruz Barillas; al este con Chajul y Nebaj del departamento del Quiché; al sur con San Pedro Soloma y San Rafael La Independencia, y al oeste con San Sebastián Coatán y San Rafael La Independencia. (8)

Geografía:

Entre Huehuetenango (cabecera departamental) y Santa Eulalia, por la carretera 9-N hay 72 kilómetros, dicha carretera es muy angosta y peligrosa ya que hay que pasar por ciertos lugares con enormes precipicios como por ejemplo entre las Piedras de Cabtzín.

El municipio tiene una extensión de 292 kilómetros cuadrados, una altura de 2,600 metros en la cabecera municipal. Alrededor del pueblo hay 8 aldeas y 18 caseríos. Antes de 1,888 todo el terreno del municipio actual de Santa Cruz Barillas y parte de la región de Ixcán, pertenecían a Santa Eulalia, pero después de la Reforma de 1871, al distribuirse los terrenos baldíos y municipales, un grupo de ladinos de la cabecera departamental y de otras partes acapararon las mejores tierras y obligaron a los habitantes de esas tierras a quedarse a vivir como mozos colonos o retirarse de esas tierras que fueron suyas antes. Actualmente el municipio es pequeño en extensión, sin embargo, tiene aldeas en los altos como Nancultac, Payconob, Ixtenam, Temux (Temux grande y Temux chiquito) y Chival (Chival grande y Chival chiquito) y en los bajos están Asíl, Chojzunil y Cocolá (esta aldea es la más retirada y está rodeada por terrenos de Nebaj, razón por la cual este municipio ha querido anexárselo, pero los habitantes se han opuesto a ello). Esta diferencia de alturas y climas da un panorama de belleza y variedad de

cultivos. (10)

El municipio es irregular en su asentamiento, ya que la cabecera municipal está sobre la punta de un cerro donde únicamente se observan algunas construcciones como el edificio municipal, el salón municipal, la escuela nacional urbana y el edificio de la comisaría, todos los cuales rodeando un pequeño parque que tiene la mitad lleno de arriates y la otra parte sirve para cancha de "basket boll". A un lado hacia el norte se encuentra la iglesia católica con sus dos campanarios, enfrente de la puerta principal de aquella se yergue una gran cruz de madera, resabios de la cruz maya por eso la gente de religión maya se hinca más ante ésta que ante el Dios cristiano; a un costado de la iglesia católica se encuentra uno de los mercados municipales de reciente construcción, por lo mismo bastante moderno; a poca distancia y detrás de la misma iglesia se encuentra el otro mercado municipal de mala construcción, aparentemente un poco más grande que el anterior.

Las calles son irregulares y partiendo del centro del pueblo todas tienden a ir en bajada, las distribuciones de las casas también son irregulares por lo que es difícil zonificar el área urbana.

El pueblo está rodeado de montañas verdes y en algunos casos llegan a alcanzar alturas de hasta 3,335 metros en el cerro "Wowí", el Yaxcalamté con 2,978 metros y el Chumacté con 2,700 metros. Por diferentes partes nacen arroyos y riachuelos que al juntarse forman ríos como el Yulxac que mueve la planta hidroeléctrica que da energía eléctrica al pueblo y antes de la llegada del INDE le daba energía eléctrica a Soloma, a San Juan Ixcay y a San Mateo Ixtatán. La mayor parte de los ríos corren hacia el oriente recibiendo diferentes nombres hasta llegar a ser afluentes importantes del río Ixcán en terrenos de Barillas. En menor cantidad otros corren hacia el occidente formando grandes ríos que desembocan en terrenos de México.

Población:

Los habitantes de Santa Eulalia son "K'anjobales" descendientes de los Mayas antiguos y hablan el "K'anjobal" de origen Maya con idénticas semejanzas estructurales con los demás idiomas mayenses. De acuerdo al último censo de población de Guatemala levantado en el año de 1973; la composición de la población de Santa Eulalia es como sigue:

POBLACION URBANA

Hombres	978 De 13-17 años	195
Mujeres	928 De 18 y más años	928
Menores de 7 años	470 Alfabetos	577
De 07-09 años	168 Población económicamente activa	545
De 10-12 años	145 Población indígena	1694
Total de población urbana ambos sexos:		1906

POBLACION RURAL

Hombres	6299 De 13-17 años	1223
Mujeres	6254 De 18 y más años	5875
Menores de 7 años	3501 Alfabetos	1474
De 07-09 años	1022 Población económicamente activa	3422
De 10-12 años	932 Población indígena	12520
Total de población rural ambos sexos:		12553

POBLACION TOTAL DEL MUNICIPIO

Hombres	7277 De 13-17 años	1418
Mujeres	7182 De 18 y más años	6803
Menores de 7 años	3971 Alfabetos	2051
De 07-09 años	1190 Población económicamente activa	3967
De 10-12 años	1077 Población indígena	14214
Total de población del municipio ambos sexos:		14459

Fuente: Dirección General de Estadística.

Como podemos ver hubo incremento de la población con relación al censo de 1964 que fue de 10,465. Hay una ligera tendencia de mayor población masculina que femenina. Notamos también la escasa cantidad de alfabetos con relación al resto de la población.

Algo que llama la atención es que la población de menos de 7 años siempre es relativamente mayor al resto aunque los de 18 y más años son aparentemente en mayor cantidad pero debemos de tomar en cuenta que en este renglón se abarca a una gran cantidad de población, que es la población que está en menor riesgo de morir por cualquier enfermedad.

Migraciones:

Santa Eulalia es un lugar típico donde se produce el fenómeno de las migraciones a las fincas de la costa sur. La gran mayoría de los habitantes emigra varias veces al año, para ir a trabajar durante 2 a 3 meses en las grandes fincas que producen principalmente caña de azúcar, café y algodón para luego regresar otra vez a sus hogares, dedicándose algunos a cuidar sus pocas cuerdas de milpa sembrada, otros trabajando como mozos en otras casas y otros más intentan hacer algún negocio trayendo

frutas o panela de tierra caliente para venderlas en los días de mercado.

Estas personas están clasificadas como trabajadores temporales o migratorios y la gran mayoría son cuadrilleros o sea que van contratados para trabajar en las fincas y que, junto con los trabajadores permanentes, son utilizados por los finqueros en las épocas de mayor demanda de mano de obra. Los períodos de mayor demanda de trabajadores estacionales, difiere un tanto para cada cultivo. La mayor demanda de mano de obra en el cultivo del café, se presenta durante la cosecha, cuando el grano alcanza su punto de madurez. La cosecha se da de acuerdo con la elevación sobre el nivel del mar. La máxima demanda de trabajadores temporales tiene lugar desde agosto hasta finales de noviembre. (11)

La cosecha de algodón tiene lugar de noviembre a marzo, siendo diciembre y enero los meses de mayor demanda de mano de obra. (11)

En cuanto al cultivo de caña de azúcar muy poca gente de Santa Eulalia va a este tipo de trabajo por quedar las fincas muy distantes y además no se necesitan tantos trabajadores como en las otras cosechas.

El fenómeno de las migraciones en Santa Eulalia es tan antigua como cualquier otro poblado del altiplano después de la llegada de los españoles a estas tierras. Durante la colonia los indios en general sufrieron diferentes aspectos de la explotación ya sea como esclavos o viviendo en el sistema de encomiendas o efectuando cualquier otro tipo de trabajo forzado. Esto hizo que algunos reyes españoles trataran de abolir la esclavitud, las encomiendas y todo tipo de trabajo forzado, pero nunca fué efectivo su intento.

La tan sobada idea de independencia de España no

cambió en nada la vida del indio guatemalteco ni la de otros en otros países de América.

En tiempos de la colonia se estuvo cultivando el añil que necesitó mucha mano de obra, en vista de escasez de ésta en 1735 se pidió permiso otra vez para emplear la mano de obra indígena. "Caravanas de indígenas fueron enviadas a la costa, donde eran tratados cruelmente. Los habitantes de cada aldea o pueblo eran divididos en cuatro grupos, cada uno de los cuales debía trabajar una semana mensualmente. Los alcaldes de la Verapaz tasaban en menor el valor del maíz y de los pollos tributados. También prestaban dinero, y fijaban precios bajos a los bienes y servicios que recibían en pago del préstamo, manteniendo así a los indígenas en deuda con ellos. Los arzobispos y sacerdotes explotaban a los indígenas del mismo modo, y además los forzaban a trabajar en los monasterios". (11)

Mariano Galvez en el curso de la década de 1830 trató de abolir las leyes contra la vagancia, pero su intento no tuvo mucho éxito.

En realidad la actitud de los descendientes de los conquistadores y sobre todo de los finqueros no ha variado en nada hacia los indios ya que aquellos creen todavía que éstos tienen obligación de trabajar para los demás. Sin ir tan lejos, la Constitución de Guatemala de 1945 declara que "el trabajo es una obligación y que la vagancia es punible" (subrayado mío), aunque aparentemente no había ninguna disposición relativa al castigo de la vagancia. (11)

Barrios consideró que el café contribuiría al desenvolvimiento de Guatemala, por lo que fomentó su siembra. Al expandirse rápidamente su cultivo, ésto creó una gran demanda de trabajadores llegando al extremo que en 1876 había escasez, lo cual fué un factor limitante para una mayor expansión de esta industria. La forma de obtener esta mano de obra,

Barrios expulsó a los indígenas de las tierras comunales que habían cultivado durante tantos años, y "por medio del trabajo forzado, similar a los mandamientos del período colonial. Las autoridades gubernamentales locales recibían órdenes de enviar trabajadores a las fincas. De este modo los indígenas vivían prácticamente en la esclavitud. Se promulgaron leyes contra la vagancia. Los sucesores de Barrios —Manuel Lisandro Barillas, José María Reyna Barrios y Manuel Estrada Cabrera— apoyaron este mismo tipo de legislación". (11)

Para tener un panorama más real de la situación actual de los migratorios de Santa Eulalia, se pasó una encuesta en dos aldeas que son las que más personas proporcionan para ir a las fincas por su extrema pobreza. Se visitaron 100 casas en cada aldea, sin embargo, fué una gran sorpresa para mí encontrar casi todas las casas cerradas, tan es así que en la aldea Payconob de 309 habitantes, durante el tiempo que se hizo la encuesta (del 7 al 18 de agosto de 1978), de 100 casas visitadas únicamente se pudo platicar con dos dueños de casa quienes refirieron que nunca han ido a la finca debido a que tienen sus pedazos de terreno. Uno refirió que tiene 60 cuerdas en la aldea en donde siembra maíz, trigo y manzana y además posee 30 cuerdas de terreno en la aldea Chojzunil sembrado en su totalidad por café; el otro dijo que tiene 40 cuerdas en la aldea donde siembra maíz, trigo y manzana, además tiene una tienda de ropas en el mercado del pueblo la cual atiende todos los días. El resto de casas o sea, 98 estaban cerradas informándome que todos los habitantes se habían ido a la costa.

En la aldea Nancultac de 417 habitantes, se visitaron también 100 casas, logrando entrevistar únicamente 11 personas que también son dueños de casa, 6 personas dijeron que no iban a la finca por tener terreno en la aldea que oscila entre 40 a 80 cuerdas, donde siembran maíz, trigo, ocasionalmente frijoles, y además todos tenían corrales de ganado lanar. Otras tres personas dijeron que tenían terrenos de 50, 70 y 80 cuerdas

respectivamente, pero también los tres tienen tiendas en el pueblo, que según algunos es lo que más les ayuda para ganarse la vida. Los últimos dos dijeron que tienen terrenos en las aldeas Asil y Chojzunil, el primero tiene 200 cuerdas en Asil donde siembra hasta 80 cuerdas de maíz, 10 cuerdas de café, frijoles entre la milpa y el resto del terreno es montaña, este señor lleva maíz a vender al pueblo en las épocas de escasez de este producto. El otro señor dijo que tiene 100 cuerdas de terreno en la aldea Chojzunil en donde prácticamente vive con su familia y viene al pueblo solo los domingos para vender frutas como bananos, naranjas y panela, tiene sembrado 25 cuerdas de café, 5 cuerdas de caña de azúcar y naranjales y matas de guineo.

Todo lo anterior se puede apreciar en el siguiente cuadro:

100 CASAS VISITADAS EN CADA ALDEA

Aldea	Casa habitada No.	Casa cerrada No.	Sexo	Ocupación	Terreno en cuerdas ²	Producto
Paynocob	1	98	M	Agricultor	90	Maíz-trigo Manzana Café
"	1	-	M	Agricultor y comerciante	40	Maíz, Trigo, Manzana
Nancultac	6	89	M	Agricultor	40-80	Maíz, Trigo Frijol y Lana
"	3	-	M	Agricultor y comerciante	40-80	Maíz, Trigo Frijoles
"	1	-	M	Agricultor	100	Maíz, Café Naranjas Caña de azúcar
"	1	-	M	Agricultor	200	Maíz, Café Frijol

Según lo anterior el 98o/o de las casas en la aldea Payconob estaban cerradas, el 2o/o restante son personas que pueden sobrevivir en el municipio por poseer pequeñas parcelas de tierra o que se dedican a otros quehaceres como el comercio, en realidad estas personas son tan escasas y las tiendas que poseen no pasan de Q.2,000 de capital.

En la aldea Nancultac el 89o/o de las casas estaban cerradas y el 11o/o también se pudo platicar con dueños de casa, como en el caso anterior, es un número muy reducido y se puede decir que son afortunados.

Según se pudo detectar con los demás que fueron entrevistados que la mayor parte de estas personas permanecen de 2 a 3 meses en las fincas de café o algodón con toda la familia.

En 1968 un grupo de vecinos hizo una encuesta entre los habilitadores o contratistas quienes proporcionaron los datos siguientes, acerca de las personas que emigraron durante ese año:

Enero:		Julio:	540
Febrero:	220	Agosto:	340
Marzo:	410	Septiembre:	1570
Abril:	80	Octubre:	180
Mayo:	405	Noviembre:	600
Junio:	200	Diciembre:	200
Total General: 4,745			

Debemos de tomar en cuenta que este número se duplicó con relación al año 1968 y que en este cuadro no se incluyó a los que van a las algodonerías ni a los migratorios voluntarios. (10)

Al final de cuentas, en vez de mejorar el panorama, más bien empeora cada día por el aumento de la población, el

multifraccionamiento de la tierra y su consecuente empobrecimiento.

Historia:

Los documentos sobre la historia de Santa Eulalia, son muy pocos, pero los que existen son muy importantes porque coinciden con la historia tradicional y dan una vista más amplia de la historia actual. Los documentos se hallan en varios lugares, unos en poder del "alcalde rezador" (sacerdote Maya), en el convento de la iglesia católica, en la sección de tierras en Quetzaltenango, en el archivo municipal, en el archivo nacional de la república y en algunos libros como la Monografía de Huehuetenango, de Adrián Recinos. Estos documentos que incluyen hechos históricos sobre Paixá y Tinaní (El pasado y el presente en K'anjobal), están resumidos así:

- 1) Conforme a la División Política y Administrativa de la República de Guatemala. (Mateo Morales Urrutia, Tomo I, 1961):
"Este pueblo (Santa Eulalia) fué fundado por los españoles durante la colonia, por los años de 1549 y 1550, en cumplimiento de la Real Cédula que ordenaba a las autoridades de la Reina reunir en pueblos a todas las agrupaciones de indios que estaban dispersos en las montañas".
- 2) Documentos de la Colonia:
 - a) Santa Eulalia era parte del Curato de San Pedro Soloma, en el partido de Huehuetenango, Corregidor de Totonicapán. Los padres que dirigieron la vida religiosa durante este tiempo, eran de la Orden de la Merced.

b) Un libro de tributos y gastos, ahora está en poder del alcalde rezador del pueblo; tiene los nombres de los padres y los tributos de la gente de Santa Eulalia entre los años 1586 y 1729. Otro libro que es muy difícil de leer y con fecha anterior a 1586, aparece escrito en lengua Náhuatl de los indígenas de México.

3) Documentos de la Independencia y después de ella:
A distribuirse los pueblos de la República de Guatemala para la administración de justicia por el sistema de jurados, adoptado por el código de Livingston y decretado el 27 de agosto de 1836, Santa Eulalia se inscribió al Circuito de Jacaltenango.

Después de la Reforma en 1871, empezó la gran distribución de terrenos baldíos y municipales en toda la República de Guatemala. Para Santa Eulalia, hay cuatro títulos de terrenos municipales. El más importante es uno sobre la separación de Santa Cruz Yalmux de Santa Eulalia, para hacer el nuevo municipio de Santa Cruz Barillas:

- a) Municipalidad de Huehuetenango, "Santa Cruz Yalmux, Santa Eulalia, 1888.
- b) Santa Eulalia, Quixabaj, Huehuetenango, 1899.
- c) Título del terreno nombrado Temux

y Moglil, a favor de la municipalidad de Santa Eulalia.

d) Municipalidad de Santa Eulalia, ejidos, 1902.

En el año de 1905 se distribuyeron y titularon los ejidos y los excesos de los terrenos a los habitantes del municipio.

Desde el año 1873 hasta la fecha, los documentos del municipio son más completos. En el archivo municipal hay muchos libros de nacimientos, matrimonios, difuntos, títulos de terrenos, actas municipales, etc. En estos libros fácilmente se obtienen nombres y fechas recientes.

Los datos históricos mencionados antes, no son todos los que se pueden tener sobre el municipio de Santa Eulalia, sin embargo son los más importantes. (10)

Costumbres:

Los habitantes de Santa Eulalia hablan el K'anjobal de origen Maya y clasificado actualmente como de la familia Mam. Muy pocas personas hablan el español, sin embargo por la necesidad de comunicarse con otras personas de habla diferente, en estos días está aumentando el número de personas que hablan o aprenden el español, es grande el número de niños que están en la escuela tanto nacional como el colegio parroquial. Pero en la casa todo el mundo se comunica en K'anjobal como parte de su modo de ser y de comportarse.

La comunidad natural que vive en el pueblo y en las aldeas, todavía se viste en forma tradicional: Capixay negro, sombreros de diferentes estilos, pantalones y camisas de confección moderna para los hombres, en realidad, lo único típico

en la indumentaria del hombre, es el Capixay (Cotón), el resto es de confección moderna. La mayoría usa zapatos, muy pocos usan todavía caites y un reducido número anda con los pies descalzos. Las mujeres usan güipil blanco con adornos negros o de color cerca del cuello, cortes negros, verdes o rojos, blusas de telas de color, pañuelo de seda de diferentes colores, aretes y collares de perlas de cristal y moneda antigua; en la indumentaria de la mujer se puede decir que no hay nada autóctono ya que todo es hecho por sastres y traído de diferentes partes.

A pesar de las nuevas religiones, la mayor parte de la gente todavía cree en los dioses antiguos, en el poder de los cerros, los bailes, músicas y fiestas de los ancianos; varios ancianos se guían todavía en el calendario de las "Oras", practican sus ritos religiosos en la cueva de Yalan Ná y aún persisten los alcaldes "rezadores" (sacerdotes mayas) que rezan por el pueblo.

Educación:

Durante el pasado (paixá en K'anjobal) la educación de los niños estaba solamente en la mano de la familia. Un niño, a la edad de 12 años, ya podía sembrar y cosechar la milpa, pastorear ovejas y usar las herramientas básicas (azadón, machete, hacha, palo para sembrar, hoz y saber usar el lazo y el mecapal para cargar leña o cualquier carga). Por lo tanto no había necesidad de aprender otras cosas, como el escribir y hablar el castellano. Su preparación, entonces, era solamente para la vida y cultura de Santa Eulalia. En los momentos actuales los padres de familia, se dan cuenta que es necesario darles un poco de instrucción a sus hijos por eso es cada día mayor el número de niños que asisten a los diferentes centros de enseñanza. (10)

En el pueblo hay 2 escuelas primarias, una nacional y otra privada o parroquial que tienen los 6 años completos de la primaria, por las tardes y parte de la noche funciona una escuela

de educación básica que tiene los tres años de la prevocacional. En todas las aldeas hay escuelas nacionales rurales y en algunos caseríos, sin embargo, ninguna ha llegado a tener alumnos en el sexto año de primaria.

Economía:

El maíz, como en otras partes de la república, es el alimento básico en la vida de los habitantes de Santa Eulalia. Sin embargo, hay una diferencia con otros municipios, en cuanto que el municipio tiene la oportunidad de poseer frutas tropicales, caña de azúcar y café, así como maíz y trigo en sus tierras frías, templadas y calientes. En las tierras calientes y templadas como las aldeas Chojzunil, Asil, Cocolá y los caseríos como Tziquiná, Moclil, Cunín, Puente Alto, Santa Alicia, etc., se siembra dos veces al año, y cuando hay escasez de maíz en tierras frías, entre los meses de mayo a octubre, lo traen de las mencionadas aldeas. A pesar de esta aparente abundancia, muy pocos de los habitantes poseen tierras en estas aldeas y los que viven allí, no siembran suficiente como para poder alimentar a toda la población, razón por la cual los habitantes tienen que buscar otro medio para agenciarse los alimentos necesarios para toda la familia.

Por esto es que muchos se han dedicado al comercio, pero la gran mayoría tienen que emigrar a las fincas de la costa sur. El problema agudo de la gente de este municipio es la escasez de tierra adecuada para el cultivo, a tal punto ha llegado esta escasez que muchos padres de familia han tenido que hacer rozas en las faldas de los cerros para sembrar maíz y trigo aunque sea unas dos o tres veces, pero esto trae como consecuencia la muerte de miles de árboles, escasez de leña, agrietamiento de la tierra y consecuencia última derrumbamiento del suelo y formación de barrancos.

Estos y otros problemas aunados han creado una

situación de angustia en la mayoría de todos los habitantes que se han dado casos en que personas que jamás habían emigrado a las fincas de la bocacosta, en este año sí lo han hecho en una o dos temporadas.

Muchas de estas personas se dan cuenta que ir a las fincas les traen muchas deventajas antes que ventajas, pero dicen que ganan un salario más alto del que ganan en el pueblo, tiene la seguridad de maíz durante los meses de estancia en la finca, puede llevar dinero a su casa para comprar maíz durante la escasez de éste, puede comprar ropa nueva para la fiesta titular y de "paso echarse un par de tragos para olvidar las penas". Sin estas facilidades de trabajo en las fincas, la gente no podría mantener su vida y la de su familia. Por lo general la ración que los migratorios reciben como una prestación es relativamente poca, consistente en 12 libras de maíz, 1 libra de frijol, media de sal y media libra de cal a la semana, pero todo esto solo para el cuadrillero que tiene contrato y no se toma en cuenta a su familia. Sin embargo, la ración puede variar según el tipo de finca y la buena voluntad del patrono. Si no alcanza, el complemento de la misma corre por cuenta del migratorio. (12). Por otro lado si bien los emigrantes regresan al pueblo con dinero "ahorrado", casi generalmente traen enfermedades, como "calenturas, asientos, disentería, ataques constantes de catarro y debilidad general" sobre todo los niños, por lo que tienen que gastar dinero para comprar medicinas o pagar a algún curandero para curarlos.

Después de todo, en el Tinaní (tiempo actual en Santa Eulalia), hay mucho de las costumbres del Paixá (tiempo pasado), sin embargo por los cambios que han habido en todo el mundo y por la venida de las nuevas religiones, muchas creencias, formas de vida y tradiciones han desaparecido en forma espontánea, y otras en forma violenta y forzada.

Hay un consenso general entre los ancianos sobre la

nación de Guatemala, de lo que pasó durante los regímenes de Justo Rufino Barrios, Manuel Lisandro Barillas, Reyna Barrios, Estrada Cabrera hasta Jorge Ubico. También ellos recuerdan cuando las primeras familias ladinas vinieron a vivir a este municipio, sus primeros viajes a las fincas "Cecilia" y "La Florida" de la costa sur, los mandamientos a las carreteras y líneas férreas de la república. (10). Muchos recuerdan con tristeza la suerte que les tocó vivir en esos tiempos y les brotan de sus ojos lágrimas, por la forma inhumana en que fueron tratados durante la construcción de esas carreteras y vías férreas, ya que por no saber hablar el español, los azotaban al no comprender las órdenes que les daban los capataces, lo más triste para algunos, es que los capturaban como animales de carga para llevar a los hijos y mujeres de los "señores ladinos" del pueblo o de otros pueblos, cuando éstos hacían viajes a la cabecera departamental o a algún otro pueblo, caminando de 3 a 4 días desde Santa Eulalia hasta Huehuetenango, llegaban al colmo de que cuando se les caía el sombrero a "estos señores" por el viento, obligaban a sus cargadores a recoger el sombrero y colocárselo nuevamente en la cabeza, todo esto fué más duro durante el nefasto gobierno de Manuel Estrada Cabrera. (La gente conoce este tiempo como "el tiempo de Cabrera").

Algunos ancianos dicen ahora: "Los ladinos viejos nos odian todavía porque ya no los cargamos como en aquellos tiempos".

Los ancianos recuerdan también cuando vinieron a este pueblo los primeros misioneros evangélicos y católicos y las reacciones de la gente a sus nuevas doctrinas, que aún muchos no aceptan. Sus primeras siembras de trigo; sus primeros viajes en una camioneta por la nueva carretera; sus primeras inoculaciones contra la Tos Ferina, su primera casa de techo de lámina, el uso de zapatos en vez de caites de cuero o de hule. (10)

En la vida doméstica, como en el pasado, la familia es

el centro de la vida social y económica de Santa Eulalia. Sin embargo; las características de la familia han cambiado mucho, se observan escasas familias en donde viven todos en una misma casa y el jefe de la familia es el abuelo, éste tiene autoridad y decisión sobre los hijos y los nietos, pero paulatinamente esta autoridad ha ido en decadencia, probablemente una de las razones de esta decadencia, es el empobrecimiento de la tierra, el aumento del número de hijos y nietos y el agotamiento de la herencia en cuanto a tierras. Esto a hecho que en la actualidad los hijos vivan aparte con sus respectivas familias. Las religiones nuevas también han influido sobre estos cambios, por la nueva forma de concebir la integración de una familia. (10)

Organización Administrativa:

Antes de 1873, el gobierno y la justicia en Santa Eulalia estaban en manos de los "alcaldes rezadores" y de los principales del pueblo. Estos señores no solo controlaban las cuestiones religiosas, sino también administraban justicia, principalmente en el control de terrenos y la recaudación de impuestos y tributos de la colonia y la República. Como ya se hizo ver antes, hay documentos en el archivo del "alcalde rezador" que demuestran sus poderes y muchos ancianos recuerdan que cuando alguien cometía una falta, era traído delante de los principales y "alcaldes rezadores" para la justicia. En general, Santa Eulalia fué independiente desde 1821 hasta 1873, controlando sus propiedades en terrenos y su vida comunal, de acuerdo con la ley de la costumbre y no con las leyes nacionales.

En 1920, por acuerdo del 11 de junio, la municipalidad estaba integrada por un alcalde, un síndico y un regidor ladinos, al lado de ellos había un mismo número de oficiales naturales. En septiembre de 1935, el señor Dionisio López fué el último alcalde municipal electo en forma tradicional. Desde 1935 hasta 1945, las funciones municipales estuvieron en manos de un

intendente, nombrado por el Jefe Político Departamental, habiendo sido el primero de ellos, el señor Jorge Maldonado y el último, el señor Antonio Jirón y Jirón. Todos éstos representaban la tiranía de los gobiernos centrales como lo fue Manuel Estrada Cabrera y Jorge Ubico. (10)

Durante el movimiento revolucionario de 1944, sobrevino una nueva organización en ambos gobiernos: el Central y el municipal. En este pueblo empezó una nueva personalidad y dignidad municipal. En el año de 1946, el señor Bernabé Juan, fué electo alcalde municipal por el voto popular, en elecciones libres y democráticas. La municipalidad fué por primera vez autónoma, controlando sus propios recursos, sin la intervención de las autoridades superiores y seleccionando sus propios empleados. En el nivel político, se comenzó por agruparse en partidos políticos, en seleccionar y presentar a sus propios candidatos a cargos públicos y a disponer de sus propios recursos. (10)

La corporación municipal actual está integrada por un alcalde, un síndico y 5 regidores, electos por el voto popular por 4 años. Además el secretario, dos oficiales y 8 alcaldes auxiliares, nombrados por la corporación municipal. Los cargos del alcalde municipal son dos: uno de carácter judicial como Juez de Paz, y el otro administrativo como alcalde. Como Juez de Paz, está obligado a interpretar la ley, en todo sentido, y como alcalde municipal, está obligado a velar por los intereses del municipio. Lamentablemente quizá la única función que cumple el alcalde es la de Juez de Paz, ya que el otro aspecto lo olvidan la mayoría de los que han llegado a ser alcaldes, además prácticamente el manejo de los asuntos municipales lo hace el secretario municipal que invariablemente es ladino; se han dado varios casos en que el alcalde por no saber leer bien y por su poca preparación para ese cargo, ha firmado su propia sentencia y ha tenido que ir a parar a la cárcel de la cabecera departamental, todo por maniobras del secretario municipal al pasarle un montón de papeles para firmar entre los cuales van varios oficios en donde reconoce ciertas faltas

cometidas. En otras palabras, el alcalde real es el secretario municipal.

Los problemas de salud:

Desde el pasado hasta el presente, toda la comunidad pensaba sobre la enfermedad y la salud con ideas y curaciones tradicionales. El problema de la salud era curar a personas enfermas en tiempos críticos, o sea, cuando el enfermo ya está postrado en cama. Los servicios de la medicina moderna, empezaron en el pueblo en 1960, cuando una pequeña clínica fué fundada por los padres Maryknoll en el convento de la iglesia. (10)

En 1964, un miembro de la comunidad fue enviado para adiestrarse como promotor de salud en los hospitales de Jacaltenango y Huehuetenango, para luego trabajar en la clínica parroquial sirviendo a la comunidad con el pago de una módica cantidad de dinero al mes. Inicialmente solo despachaba medicinas cobrando a los pacientes una cantidad simbólica en dinero. Posteriormente este mismo promotor recibió entrenamiento para la extracción dental. Desde entonces se ha dado servicios en extracción de dientes, hipodermia, curación y sutura de heridas. Dos señoritas del pueblo que recibieron entrenamiento en Jacaltenango, estuvieron dando consejos y entrenamiento a algunas comadronas, clases de cocina y pláticas sobre el cuidado que deben tener las madres durante el embarazo, pero al retirarse estas señoritas, se terminó con este tipo de actividad.

Actualmente la clínica parroquial tiene varios programas, entre ellos: control de Tuberculosis que comprende desde la detección de casos por medio de la toma de muestra de esputo hasta el control y manejo de los casos, de acuerdo al esquema de tratamiento del hospital de Jacaltenango. El promotor de salud refirió que del mes de febrero del año de 1977 hasta enero de 1978, hay 33 casos en tratamiento, la mayoría son mujeres. Este

señor promotor de salud dijo que estaba un poco desanimado porque ya no dispone de suficientes medicinas antituberculosas como antes cuando lo proporcionaba el hospital de San Mateo Ixtatán que es a la vez dependiente del hospital de Jacaltenango. Se le informó a él que desde el principio de este año la División de Tuberculosis iba a proporcionar los medicamentos, a través del Centro de Salud respectivo, pero cuando él llega a solicitarlos, casi siempre no son suficientes y muchas veces se le informa que no tienen medicinas antituberculosas en ese momento, razón por la que varios pacientes se han quedado algunas veces sin recibir su tratamiento adecuadamente. Sigue informando que para ir a traer dichos medicamentos tiene que poner de su bolsa el pasaje, por lo que dijo que sólo por amor a su pueblo es que no renuncia a ese puesto.

La clínica tiene un programa Materno-Infantil, Autoprofilaxis dental en la escuela parroquial, reunión de promotores de salud de todo el municipio cada semana y también asisten a cursillos a Jacaltenango o Huehuetenango dos veces al año. En el programa Materno-infantil distribuyen productos proporcionados por "Cáritas".

En 1966, por un corto tiempo, estuvo un enfermero en el pueblo nombrado por el IGSS y en 1968, una enfermera no adiestrada vino en forma permanente y se estableció en una clínica que la municipalidad le proporcionó en el edificio municipal, esta enfermera fué solicitada por la misma municipalidad al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

La introducción de la medicina moderna fué muy difícil, ya que la gente tiene muchas tradiciones y creencias sobre la enfermedad. La palabra para designar las enfermedades en K'anjobal, es Ilyá que incluye una variedad de afecciones como diarrea y sarampión por un lado, y ataques de susto y brujerías y mal de ojo, por otro lado. Así, para prevenir algunas enfermedades de los niños, como la Tos Ferina y la Tifoidea, los

traen a las clínicas para su vacunación. Para otras enfermedades, como el Kan Ilyá que los mismos habitantes denominan "Calambre" en castellano, los llevan con los curanderos; lo cierto es que la gente usa las clínicas o los curanderos. Para algunas enfermedades que se creen incurables, se lleva al enfermo con los curanderos y éstos les aplican plantas medicinales. Una de estas enfermedades es la que la gente llama el Awasnó (Animal sagrado) causada por animales como la culebra que transmite la enfermedad en forma invisible; muchas veces se cree que es obra de brujos, se cura con una bebida de tabaco y aguardiente. Otra enfermedad muy común, sobre todo en niños es el Satej (Ojo), las personas creen que es causada por una mujer embarazada, la cual se fija en la cara de un nene y desea tener un hijo semejante; la curación de esta enfermedad consiste en colocar un huevo en el pecho del niño, por una noche, después se cuelga la cáscara en su cuello y por último se lleva la cáscara con ocotes, ruda, chile y plumas de chompipe a la cruz de los caminos. En general, cuando una persona está grave, la llevan con el curandero que se llama Aj'án en K'anjobal, estas personas tienen mucha experiencia en la curación de enfermedades y conocen una variedad de medicinas tradicionales. Algunas de estas medicinas también se encuentran en la farmacología médica actual. También algunos saben curar fracturas y arreglar huesos, casi tan idénticas a las prácticas médicas modernas. (10)

Uno de los problemas serios que ha persistido siempre, es la falta de alimentos adecuados, los más afectados por este problema son los niños, que crecen malnutridos y constantemente son atacados por cualquier tipo de enfermedad, como la diarrea, el parasitismo intestinal, la anemia y otras enfermedades más.

Actualmente funciona en el pueblo un Puesto de Salud que es atendido constantemente por un enfermero auxiliar no adiestrado, el cual más que todo se dedica a despachar medicinas, poner inyecciones y vacunar en tiempo de las campañas de vacunación. No desarrolla ningún tipo de medicina preventiva.

IX. PRESENTACION DE DATOS

9.1 Estudio de Morbilidad del 1o. de Febrero al 31 de Julio de 1977:

Para llevar a cabo el presente estudio, se tomó como fuente el libro de control de pacientes del Puesto de Salud de Santa Eulalia, la mayor parte del mismo fué manejado por el EPS anterior y una mínima parte por el enfermero auxiliar. Algunos diagnósticos consignados en dicho libro son confusos y otros mal definidos.

Se agruparon las enfermedades de acuerdo a un código determinado, tomando en cuenta los casos más frecuentes y los otros casos raros y poco frecuentes o mal definidos se les incluyó en el código "Otros". También se hizo el estudio de la población urbana y rural, por grupos etarios de acuerdo a los cuadros y gráficas que aparecen a continuación:

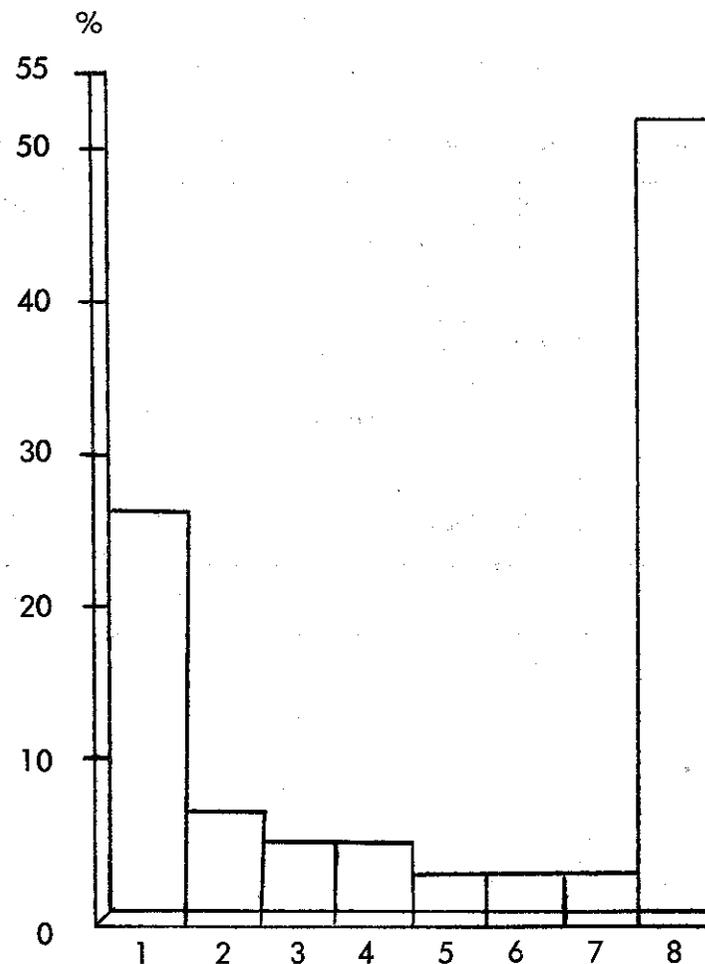
9.1.1 MENORES DE UN AÑO

Cuadro No. 1: Población Urbana

No. de Orden	Código	Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
1	EM 68	I.R.S.	12	26.0
2	EM 81	Alergia	3	6.5
3	EM 90	Impétigo	2	4.3
4	EM 34	Parasitismo intestinal	2	4.3
5	EM 43	D.P.C.	1	2.2
6	EM 08	Enteritis y Enfermedades diarreicas	1	2.2
7	EM 33	Micosis	1	2.2
8	EM 99	Otros	24	52.0
			46	100.0

GRAFICA No. 1
MORBILIDAD
< DE 1 AÑO

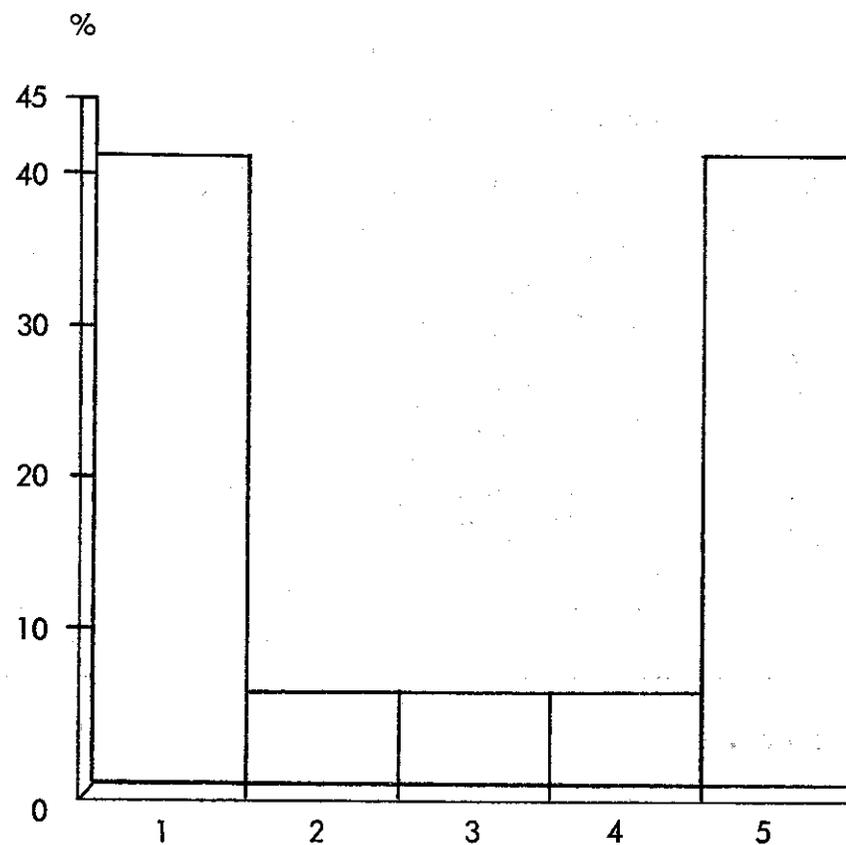
URBANO



Cuadro No. 2: Población Rural

No. de Orden	Código	Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
1	EM 68	I.R.S.	7	41.1
2	EM 44	Otros estados de desnutrición	1	5.8
3	EM 08	Otras Enteritis y enfermedades diarreicas	1	5.8
4	EM 90	Impétigo	1	5.8
5	EM 99	Otros	7	41.1
			17	99.6

GRAFICA No. 2
MORBILIDAD
< DE 1 AÑO
RURAL



9.1.2 De uno a cuatro años:

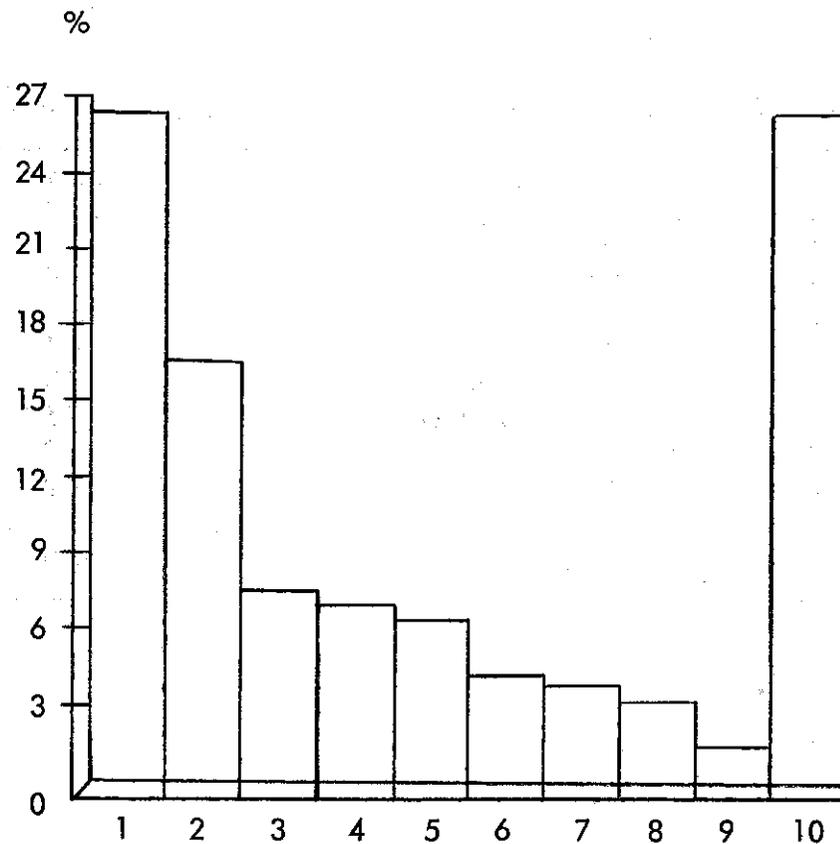
Cuadro No. 3: Población Urbana

No. de Orden	Código	Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
1	EM 68	I.R.S.	45	26.7
2	EM 34	Helminthiasis	28	16.6
3	EM 08	Diarreras	13	7.7
4	EM 05	Amebiasis	12	7.1
5	EM 74	B.N.M.	11	6.5
6	EM 52	Conjuntivitis	5	2.9
7	EM 72	Amigdalitis	4	2.3
8	EM 90	Piodermitis	3	1.1
9	EM 42	D.P.C. (K)	2	1.1
10	EM 99	Otros	45	26.7
			168	99.3

(K): Kwashiorkor.

GRAFICA No. 3
MORBILIDAD
DE 1 - 4 AÑOS

URBANO

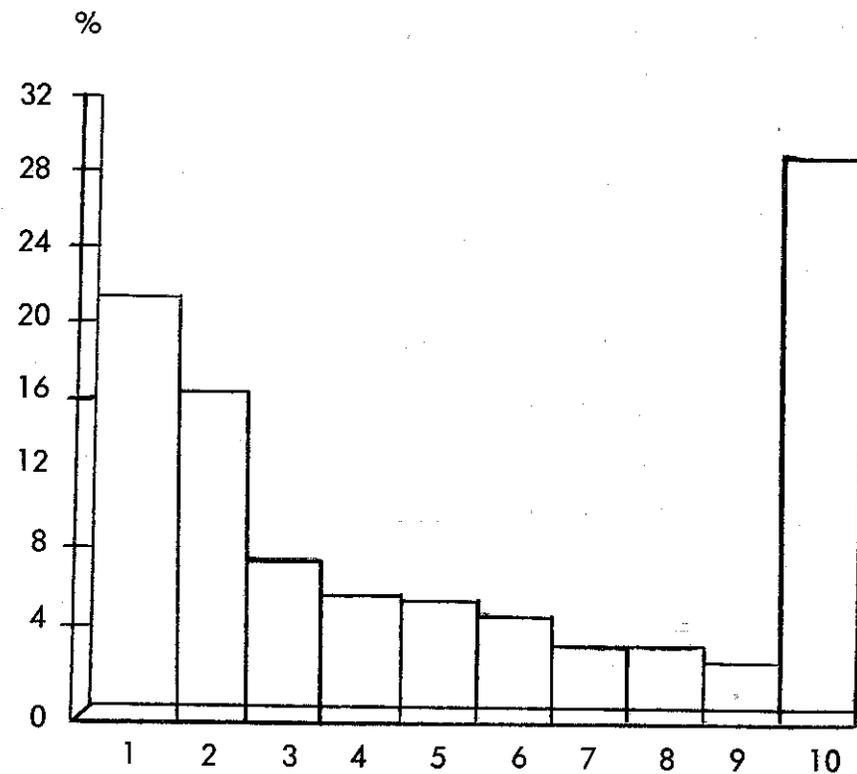


Cuadro No. 4: Población Rural

No. de Orden	Código	Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
1	EM 68	I.R.S.	19	21.3
2	EM 34	Helminthiasis	15	16.8
3	EM 74	B.N.M.	7	7.8
4	EM 08	Diarreas	5	5.6
5	EM 05	Amebiasis	5	5.6
6	EM 43	D.P.C.	4	4.4
7	EM 72	Amigdalitis	3	3.3
8	EM 52	Conjuntivitis	3	3.3
9	EM 90	Piodermatitis	2	2.2
10	EM 99	Otros	26	29.2
			89	99.6

GRAFICA No. 4
MORBILIDAD
DE 1 - 4 AÑOS

RURAL



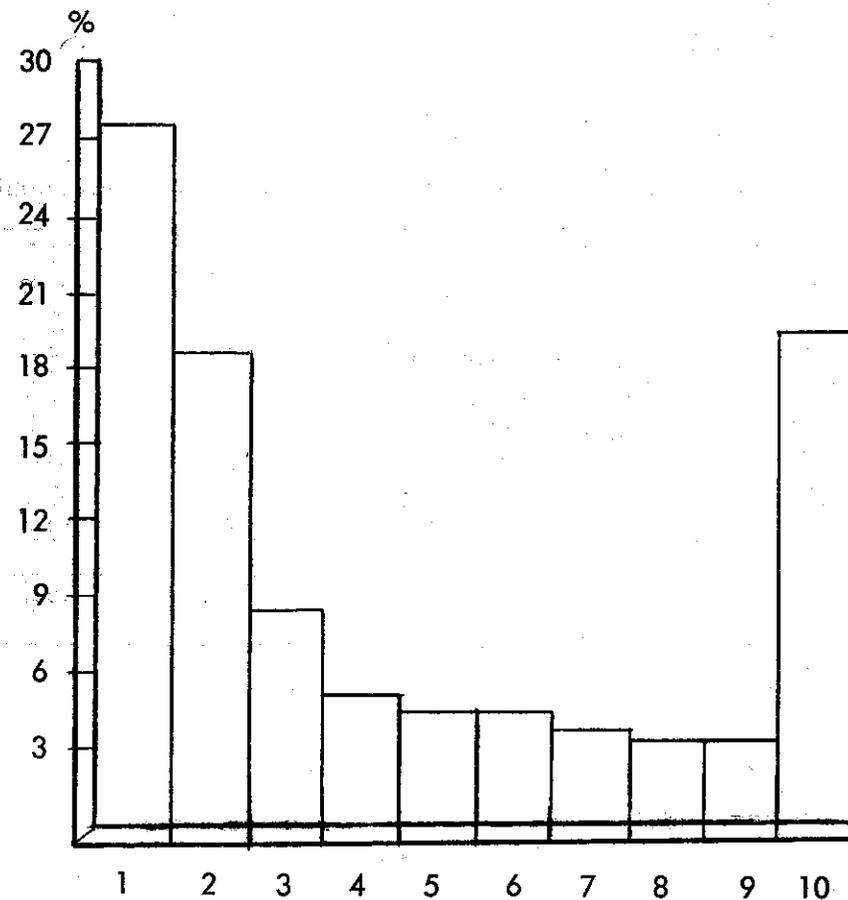
9.1.3 De cinco a catorce años:

Cuadro No. 5: Población Urbana

No. de Orden	Código	Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
1	EM 34	Parasitismo	57	27.8
2	EM 68	I.R.S.	38	18.5
3	EM 48	Anemia	18	8.7
4	EM 91	Sarcoptiosis	11	5.2
5	EM 72	Amigdalitis	10	4.8
6	EM 52	Conjuntivitis	10	4.8
7	EM 08	Diarreas	8	3.9
8	EM 05	Amebiasis	7	3.4
9	EM 90	Piodermatitis	7	3.4
10	EM 99	Otros	39	19.0
			205	99.5

GRAFICA No. 5
MORBILIDAD
DE 5 - 14 AÑOS

URBANO

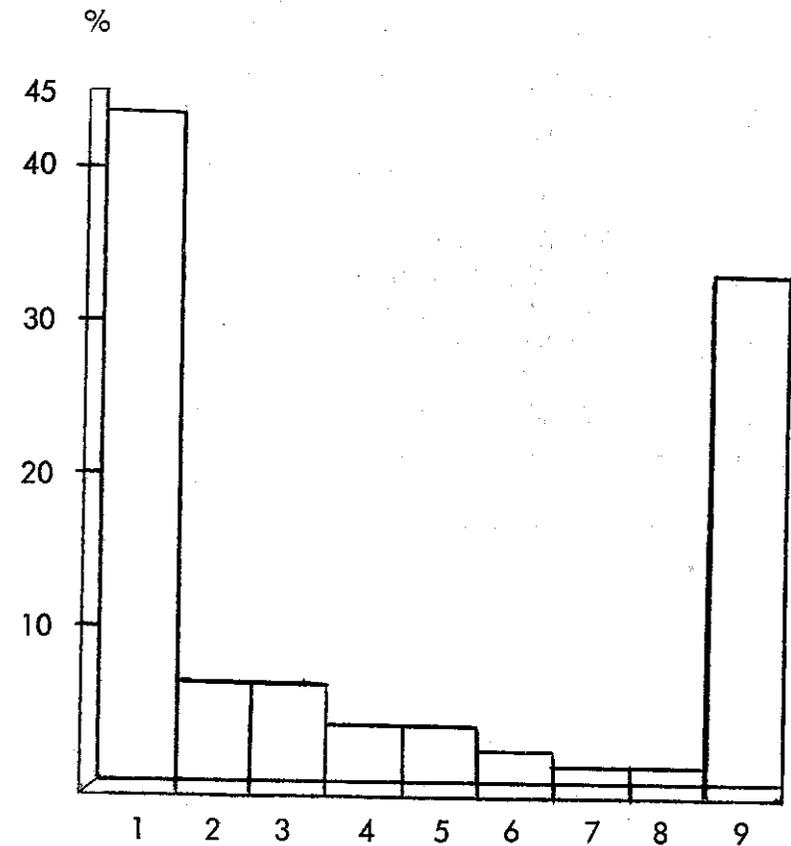


GRAFICA No. 6
MORBILIDAD
DE 5 - 14 AÑOS

RURAL

Cuadro No. 6: Población Rural

No. de Orden	Código	Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
1	EM 34	Helmintiasis	50	43.8
2	EM 48	Anemia	7	6.1
3	EM 68	I.R.S.	7	6.1
4	EM 90	Piodermitis	4	3.5
5	EM 08	Diarreas	4	3.5
6	EM 52	Conjuntivitis	2	1.7
7	EM 91	Sarcoptiosis	1	0.8
8	EM 05	Amebiasis	1	0.8
9	EM 99	Otros	38	33.3
			114	99.6



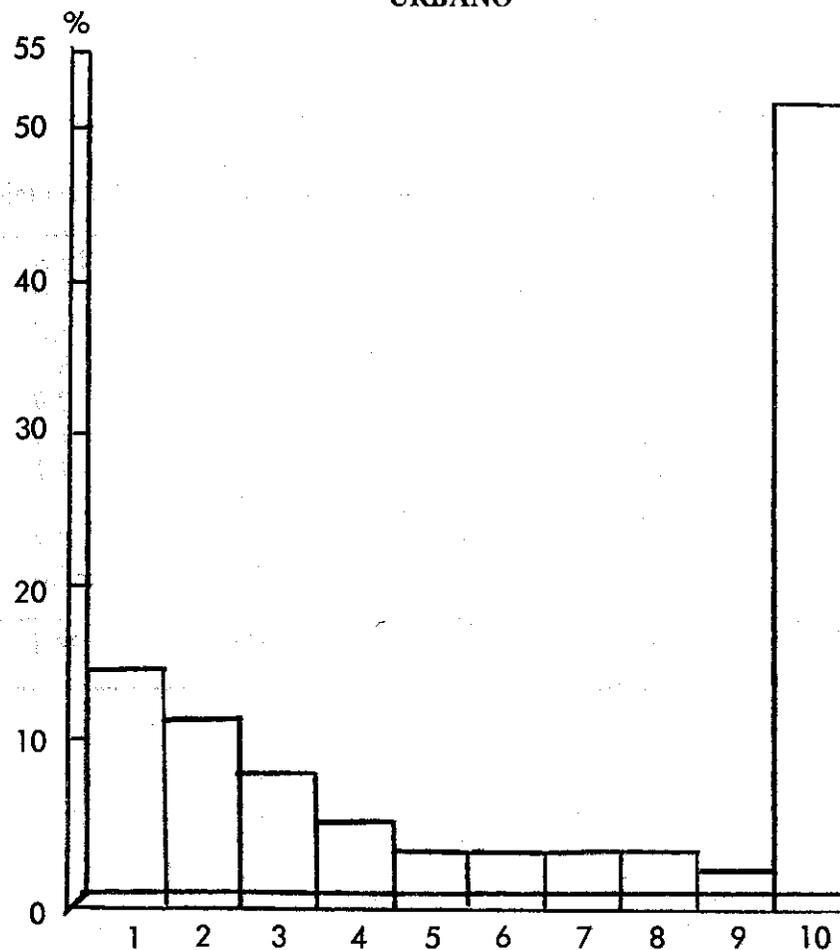
9.1.4 De quince a cuarenta y cuatro años:

Cuadro No. 7: Población Urbana

No. de Orden	Código	Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
1	EM 48	Anemia	53	14.6
2	EM 68	I.R.S.	41	11.2
3	EM 34	Helmintiasis	29	7.9
4	EM 05	Amebiasis	16	4.4
5	EM 08	Diarreas	8	2.2
6	EM 72	Amigdalitis	8	2.2
7	EM 52	Conjuntivitis	8	2.2
8	EM 91	Sarcoptiosis	8	2.2
9	EM 74	B.N.M.	4	1.1
10	EM 99	Otros	188	51.7
			363	99.7

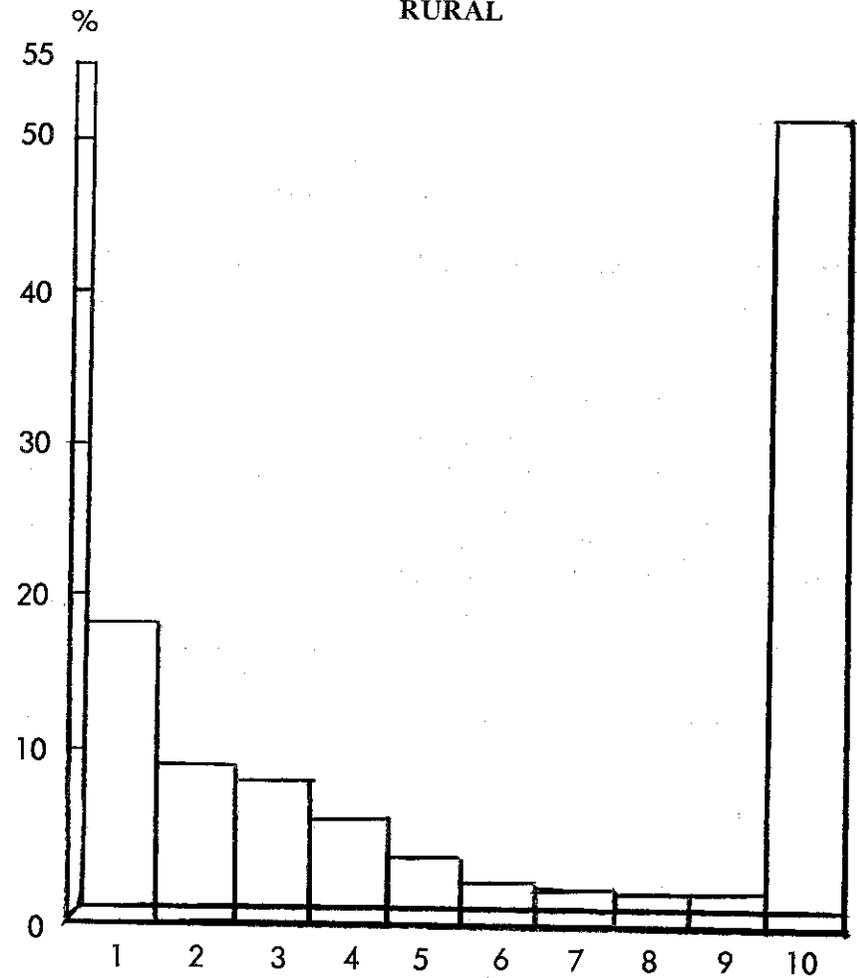
GRAFICA No. 7
MORBILIDAD
DE 15 A 45 AÑOS

URBANO



GRAFICA No. 8
MORBILIDAD
DE 15 A 45 AÑOS

RURAL



Cuadro No. 8: Población Rural

No. de Orden	Código	Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
1	EM 48	Anemia	49	18.3
2	EM 34	Helminthiasis	24	8.9
3	EM 68	I.R.S.	22	8.2
4	EM 05	Amebiasis	15	5.6
5	EM 08	Diarreas	8	2.9
6	EM 52	Conjuntivitis	4	1.4
7	EM 74	B.N.M.	3	1.1
8	EM 91	Sarcoptiosis	2	0.7
9	EM 72	Amigdalitis	2	0.7
10	EM 99	Otros	138	51.6
			267	99.4

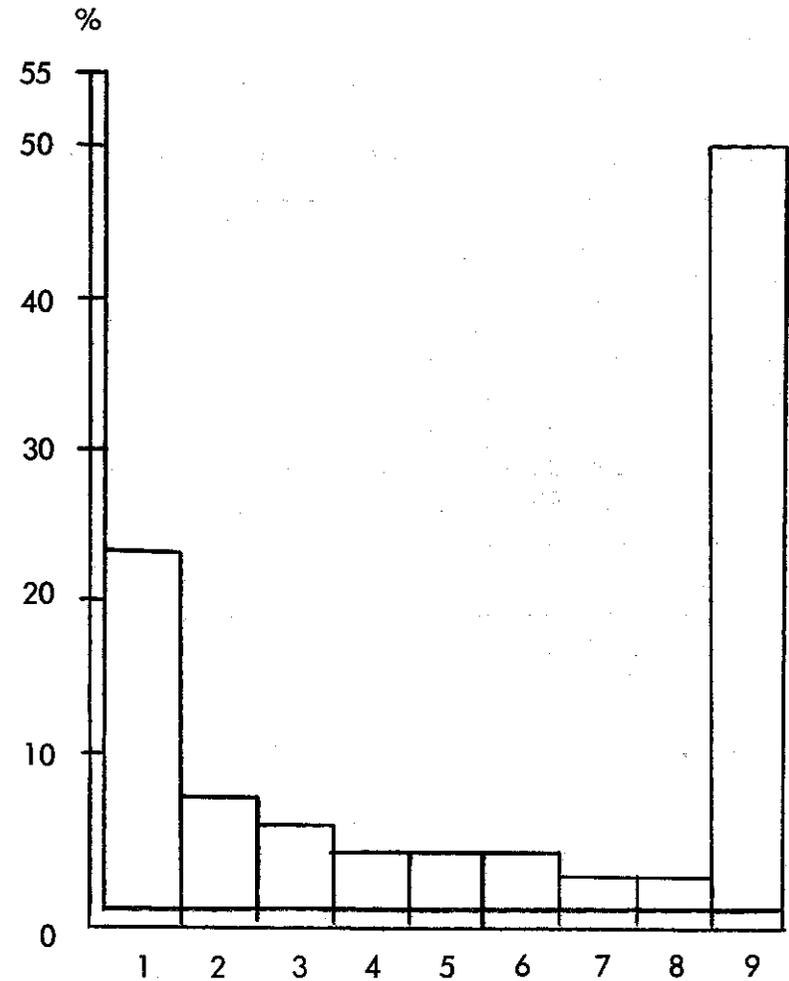
GRAFICA No. 9
MORBILIDAD
> DE 45 AÑOS

URBANO

9.1.5 De cuarenta y cinco y más años:

Cuadro No. 9: Población Urbana

No. de Orden	Código	Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
1	EM 68	I.R.S.	13	23.2
2	EM 48	Anemia	4	7.1
3	EM 80	Gastritis	3	5.3
4	EM 90	Dermatitis	2	3.5
5	EM 05	Amebiasis	2	3.5
6	EM 49	Neuritis	2	3.5
7	EM 08	Diarreas	1	1.7
8	EM 34	Helminthiasis	1	1.7
9	EM 99	Otros	28	50.0
			56	99.6

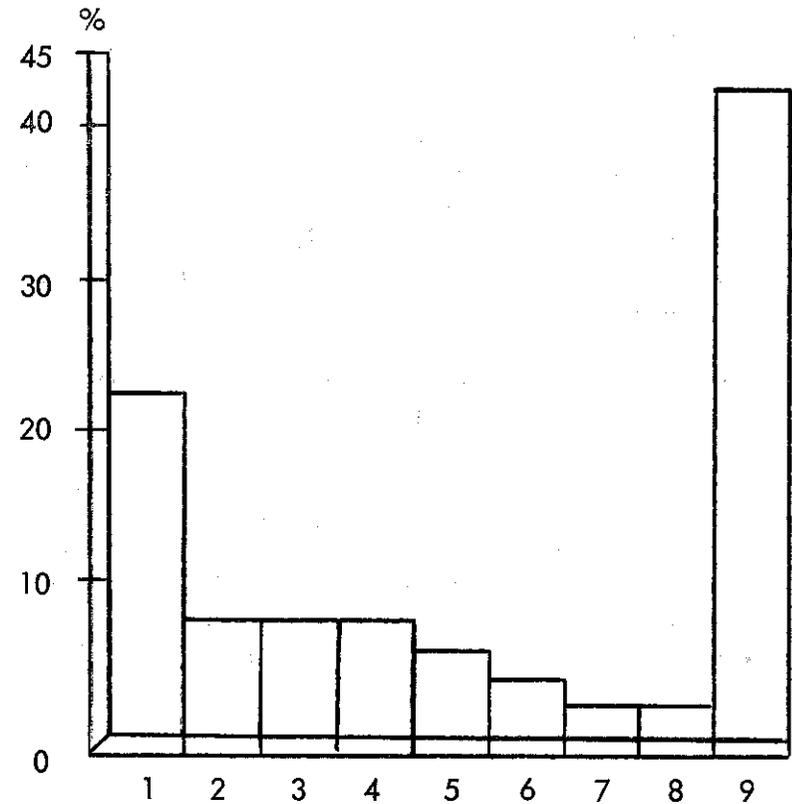


GRAFICA No. 10
MORBILIDAD
> DE 45 AÑOS

RURAL

Cuadro No. 10: Población Rural

No. de Orden	Código	Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
1	EM 48	Anemia	12	22.2
2	EM 68	I.R.S.	4	7.4
3	EM 34	Helmintiasis	4	7.4
4	EM 49	D.N.V.	4	7.4
5	EM 80	Gastritis	3	5.5
6	EM 49	Neuritis	2	3.7
7	EM 08	Diarreas	1	1.8
8	EM 05	Amebiasis	1	1.8
9	EM 99	Otros	23	42.5
			54	99.7



Estudio de Mortalidad del 1o. de Febrero al 31 de Julio del año de 1977:

Para obtener los datos del presente estudio, se tuvo que acudir a la oficina del Registro Civil de la municipalidad de Santa Eulalia. Parte de esos datos se obtuvo en el libro de Defunciones y la otra parte, sobre todo en los meses recientes en las boletas de Defunciones que se encontraban en desorden y se tuvo que buscarlos en diferentes partes.

Se hace notar que todos los diagnósticos son dados y anotados en las boletas y en el libro de Defunciones por el secretario municipal o registrador civil, según pude comprobar la mayoría de las veces, por el Oficial I. Por esta razón son mal dados y para el presente trabajo, se tomaron tal como aparecen anotados, tampoco se les pudo incluir en ningún código.

Tal como se hizo en el estudio de Morbilidad, el presente se divide en urbano y rural.

Durante la práctica del EPS rural, intenté en vano que el secretario municipal me remitiera a los deudos del fallecido para establecer el diagnóstico de defunción, por estar muy alejado el Puesto de Salud del centro del pueblo y, además estas personas (el secretario municipal y compañeros) no comprenden la importancia de dar un buen diagnóstico.

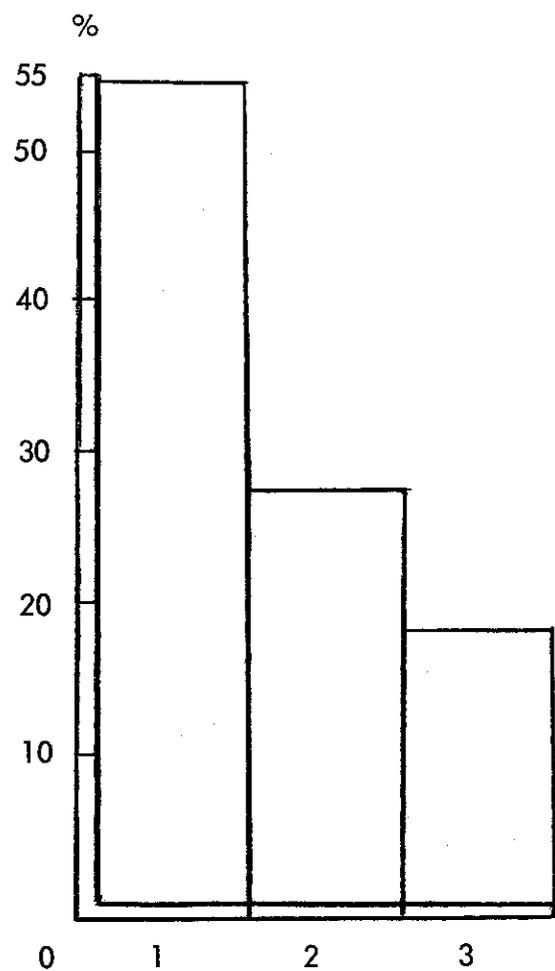
9.2.1 Menores de un año:

Cuadro No. 1: Población Urbana

No. de Orden	Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
1	Gripe	6	54.5
2	Nacido muerto	3	27.2
3	Sarampión	2	18.1
		11	99.8

GRAFICA No. 1
MORTALIDAD
< DE 1 AÑO

URBANO

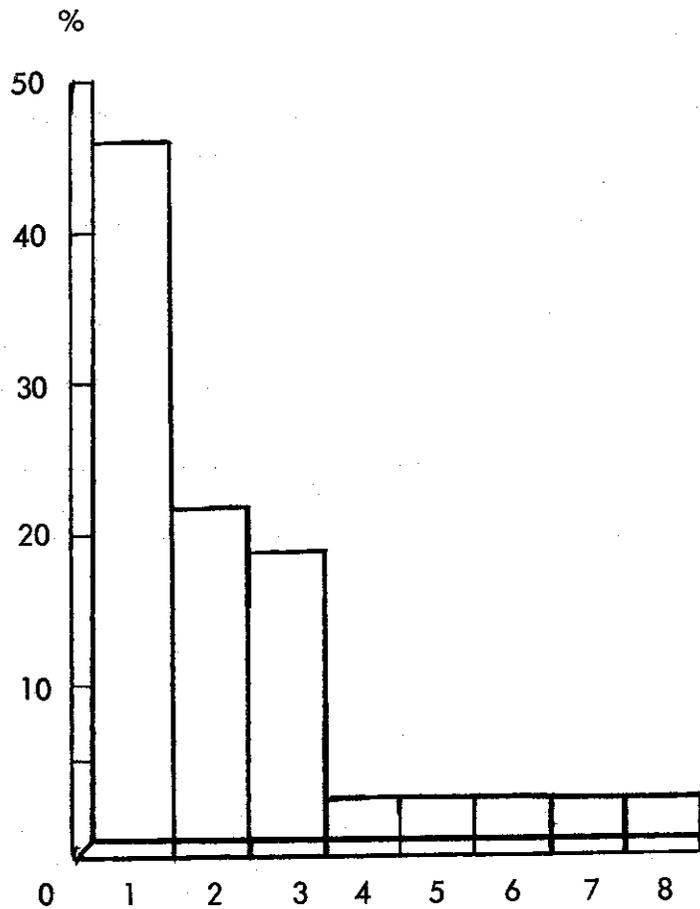


Cuadro No. 2: Población Rural

No. de Orden	Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
1	Gripe	17	45.9
2	Nacido muerto	8	21.6
3	Sarampión	7	18.9
4	Paludismo	1	2.7
5	Pulmonía	1	2.7
6	Fiebre	1	2.7
7	Tos ferina	1	2.7
8	Temperatura	1	2.7
		37	99.9

GRAFICA No. 2
MORTALIDAD
< DE 1 AÑO

RURAL



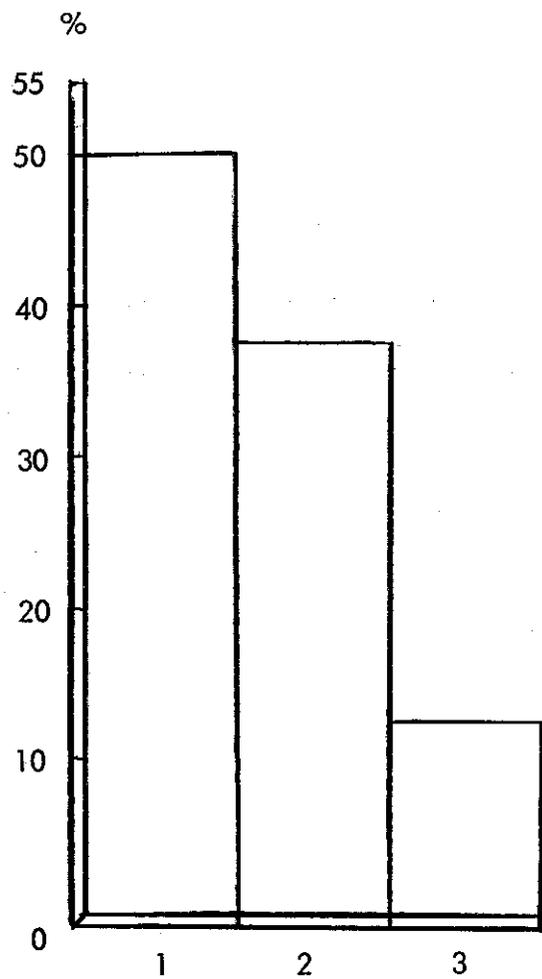
9.2.2 De uno a cuatro años:

Cuadro No. 3: Población Urbana

No. de Orden	Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
1	Sarampión	4	50.0
2	Gripe	3	37.5
3	Temperatura	1	12.5
		8	100.0

GRAFICA No. 3
MORTALIDAD
DE 1 - 4 AÑOS

URBANO

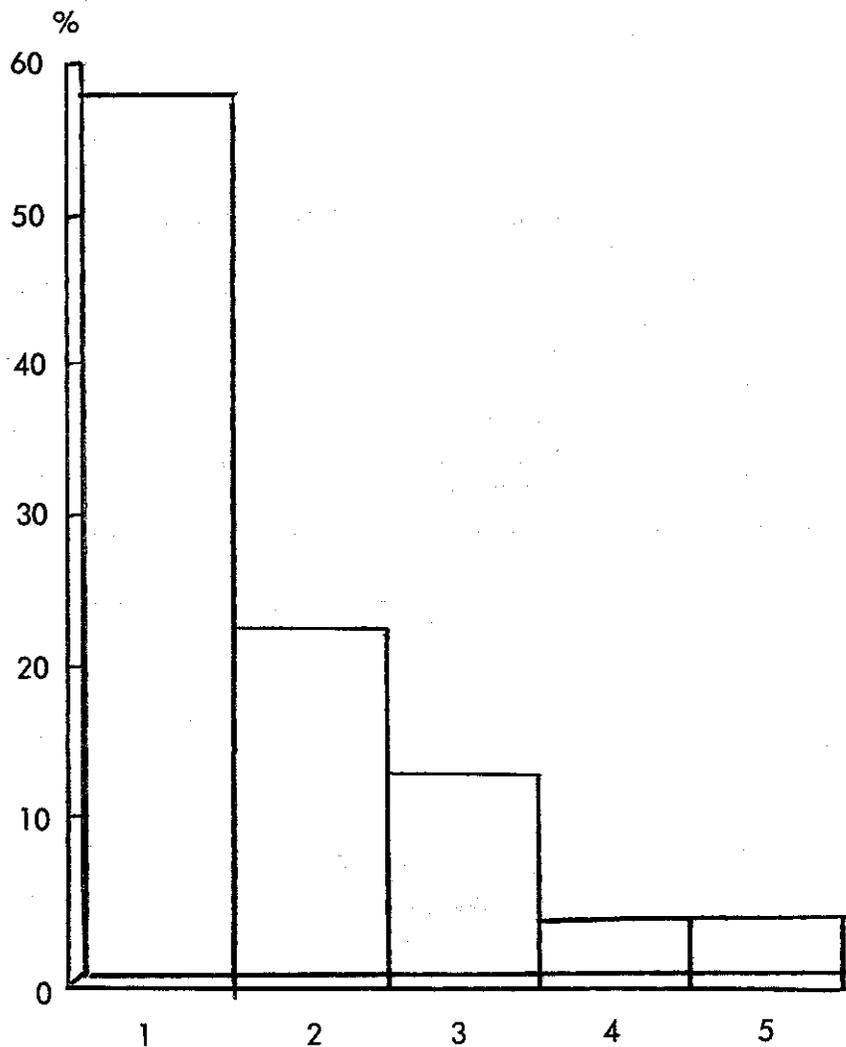


Cuadro No. 4: Población Rural

No. de Orden	Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
1	Sarampión	18	58.0
2	Gripe	7	22.5
3	Disentería	4	12.9
4	Nacido muerto	1	3.2
5	Calambre	1	3.2
		31	99.8

GRAFICA No. 4
MORTALIDAD
DE 1 - 4 AÑOS

RURAL



9.2.3 De cinco a catorce años:

Cuadro No. 5: Población Urbana:

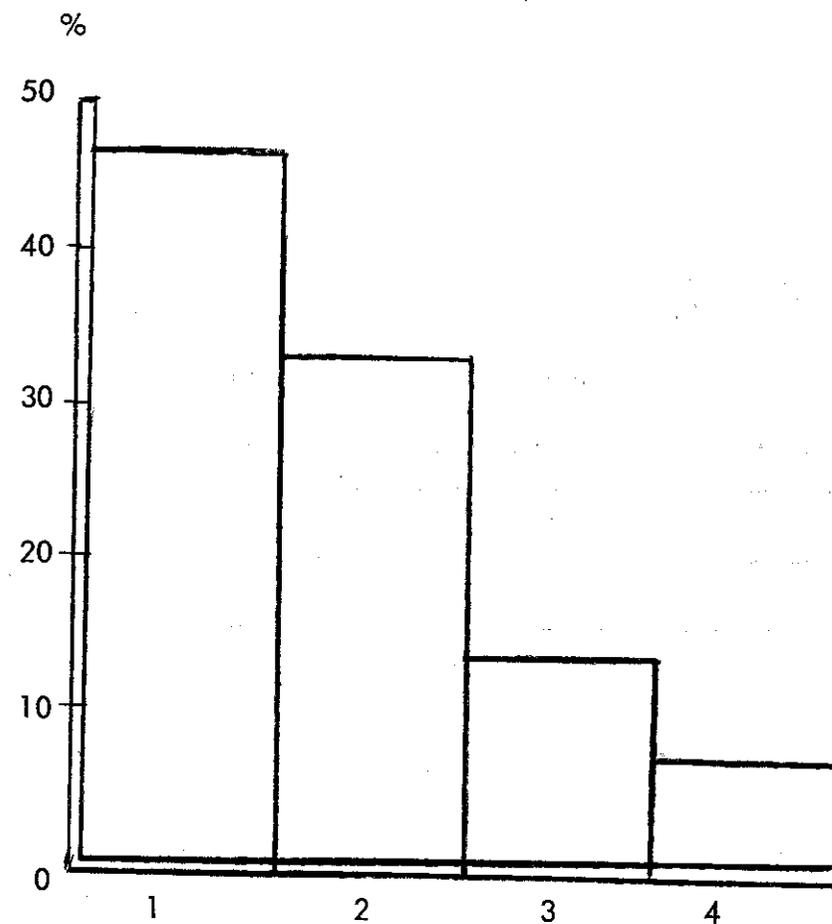
En este grupo etario no se registró ninguna defunción en el área urbana.

Cuadro No. 6: Población Rural

No. de Orden	Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
1	Sarampión	7	46.6
2	Gripe	5	33.3
3	Disentería	2	13.3
4	Fiebre	1	6.6
		15	99.8

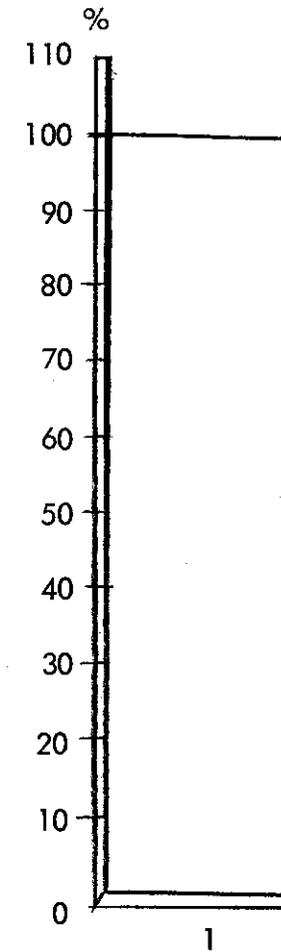
GRAFICA No. 6
MORTALIDAD
DE 5 - 14 AÑOS

RURAL



GRAFICA No. 7
MORTALIDAD
DE 15 - 44 AÑOS

URBANO



9.2.4 De quince a cuarenta y cuatro años:

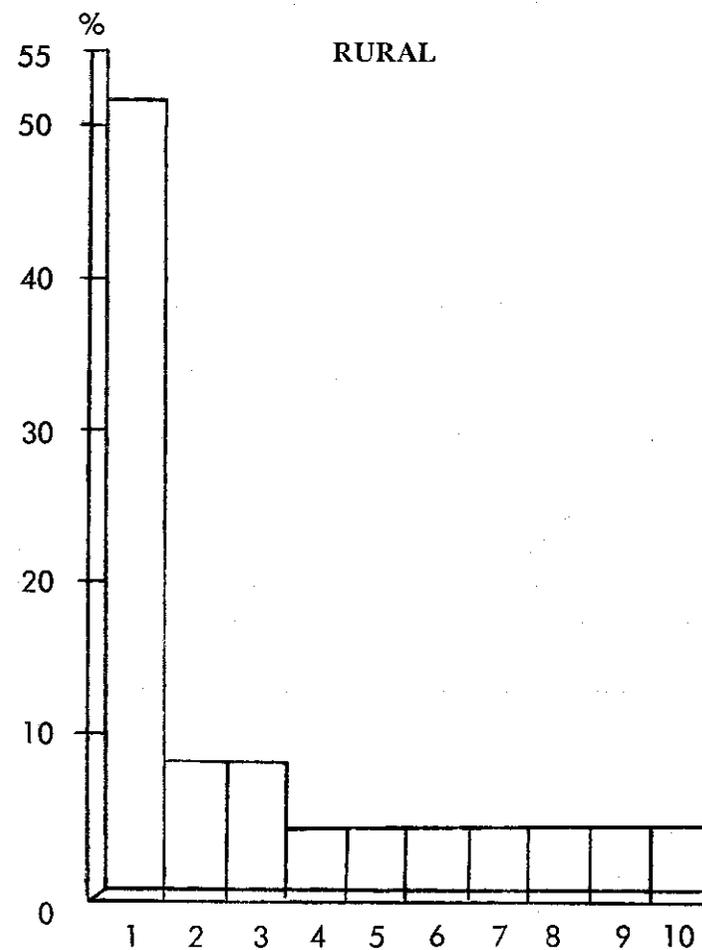
Cuadro No. 7: Población Urbana

No. de Orden	Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
1	Gripe	1	100
		1	100

Cuadro No. 8: Población Rural

No. de Orden	Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
1	Gripe	12	52.0
2	Disentería	2	8.6
3	Sarampión	2	8.6
4	Calentura	1	4.3
5	Calambres	1	4.3
6	Tuberculosis	1	4.3
7	Infección intestinal	1	4.3
8	Influenza	1	4.3
9	Paludismo	1	4.3
10	Parto	1	4.3
		23	99.4

GRAFICA No. 8
MORTALIDAD
DE 15 - 44 AÑOS



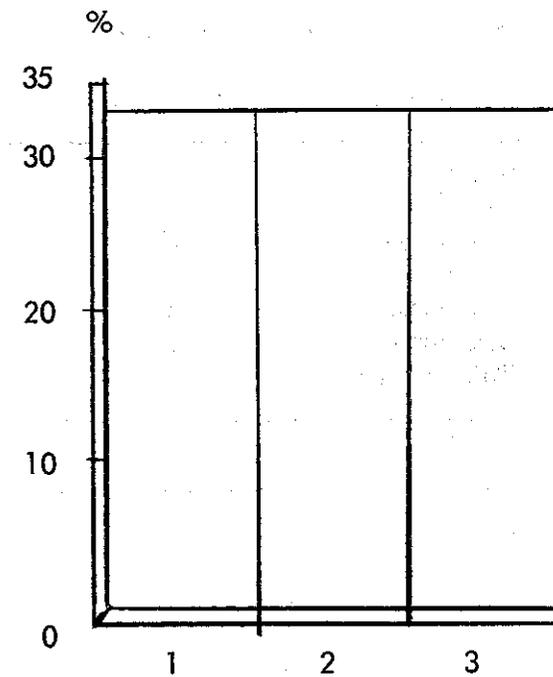
9.2.5 De cuarenta y cinco y más años:

Cuadro No. 9: Población Urbana

No. de Orden	Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
1	Gripe	1	33.3
2	Paludismo	1	33.3
3	Sarampión	1	33.3
		3	99.9

GRAFICA No. 9
MORTALIDAD
> DE 45 AÑOS

URBANO

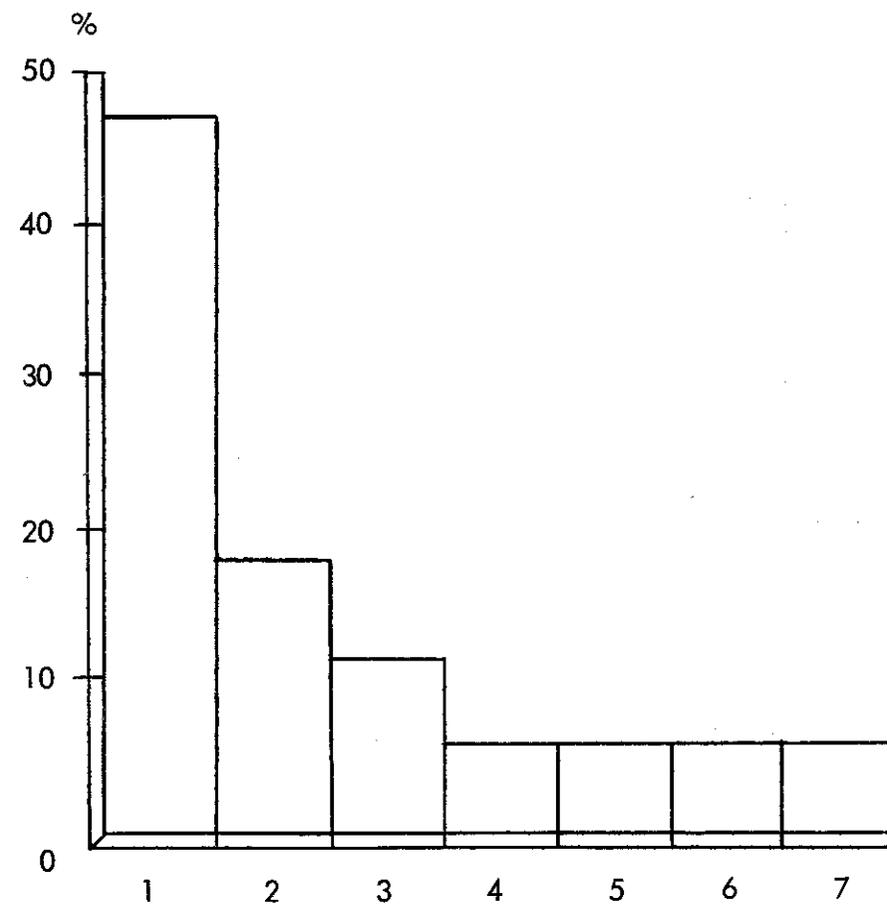


Cuadro No. 10: Población Rural

No. de Orden	Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
1	Gripe	8	47.0
2	Paludismo	3	17.8
3	Sarampión	2	11.9
4	Vejez	1	5.8
5	Disentería	1	5.8
6	Calambres	1	5.8
7	Tuberculosis	1	5.8
		17	99.9

GRAFICA No. 10
MORTALIDAD
> DE 45 AÑOS

RURAL



X. ESTUDIO SOBRE TUBERCULOSIS

Detección y diagnóstico de casos

Previo a realizar el presente estudio, es conveniente definir ciertos conceptos que son de utilidad para efectuar el mismo:

- a) **Universo Potencial:** Se considera Universo Potencial al 100o/o de personas que demandan espontáneamente el servicio. Además lo constituyen los usuarios de programas que proyecten demanda.
- b) **Universo Teórico:** Lo constituirán las personas que se enmarquen dentro de la siguiente clasificación:
 - b.1 Aquellas que entre sus antecedentes y/o revisión por sistemas puedan calificarse de sintomáticos respiratorios.
 - b.2 Aquellas que consultando por IRS puedan calificarse de sintomáticos respiratorios.
 - b.3 Los contactos de los casos comprobados.
- c) **Universo Real:** Lo constituirán los casos comprobados en cualquier etapa del estudio.
- d) **Demanda Espontánea:** Toda aquella persona que demande atención por cualquier problema y que su llegada al Puesto de Salud obedezca a una necesidad sentida, o sea que, en ningún momento ésta se deba a promoción alguna.
- e) **Demanda Proyectada:** Toda persona que demande

atención en función de la atención promovida por programas específicos. Ejemplo: Atención materna.

- f) **Sintomático Respiratorio:** Todo paciente que presente tos y expectoración, no importando el tiempo de evolución.
- g) **Caso Tuberculoso:** Aquel enfermo que expulsa Bacilos Tuberculosos.
- h) **Contacto:** Toda persona expuesta a contraer la enfermedad por la relación continua y prolongada con un caso de Tuberculosis (por razones familiares, laborales u otras incluyendo escolares). (*)

Detección y diagnóstico de casos:

El presente estudio se realizó del 20 de septiembre al 20 de noviembre de 1977, de acuerdo al protocolo elaborado por la Fase III de la Facultad de Ciencias Médicas, referente al EPS Rural.

A toda aquella persona que presentaba tos y expectoración al momento de requerir los servicios médicos en el Puesto de Salud, se les exigió traer en la mañana siguiente una muestra de esputo en los vasitos que se les proporcionó en ese instante y dándoles las indicaciones necesarias en K'anjobal para poder obtener una buena muestra.

La mayoría de estas personas no consultaban por problemas respiratorios sino por otros problemas como debilidad, falta de apetito, dolores musculares y sobre todo de Kán (Calambres en K'anjobal), pero al hacerles el examen físico

(*) Protocolo de Investigación sobre Tuberculosis Programa EPS Rural, 1977-78, Facultad de Ciencias Médicas. USAC.

completo, se les encontraron otros signos de enfermedades respiratorias y pulmonares.

Afortunadamente por la comunicación directa en el idioma nativo, o sea, el K'anjobal, la mayoría de los consultantes colaboró trayendo la muestra de esputo.

Al llevar el paciente la muestra de esputo en la mañana siguiente, inmediatamente se le hizo su ficha clínica y se hicieron los frotos respectivos. Se hizo un total de 25 fichas clínicas que quedaron en su respectivo sobre familiar en el Puesto de Salud, avisando a los pacientes que regresaran dentro de 15 ó 20 días para averiguar acerca del resultado.

Se hicieron 58 frotos de esputo como sigue:

- a) A 8 pacientes se hicieron 3 frotos de la muestra que trajeron, enviándose un frote a la Facultad de Medicina, otro al Hospital Antituberculoso de Huehuetenango y otro al Hospital de San Mateo Ixtatán.
- b) A 17 pacientes se les hicieron 2 frotos a cada uno, enviándose un frote a la Facultad de Medicina y otro al Hospital Antituberculoso de la cabecera departamental de Huehuetenango.

Los resultados se pueden observar en el siguiente cuadro:

FROTOS DE ESPUTO:					
Facultad de Medicina		Hospital Antituberculoso (Huehuetenango)		San Mateo Ixtatán	
Positivo	Negativo	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo
5	20	2	23	3	5

Como podemos ver, varios frotos coincidieron en positividad. Al tener los resultados enviados a los diferentes lugares, se compararon y se notó que 2 frotos enviados a San Mateo Ixtatán coincidieron en positividad con los que se enviaron a la Facultad de Medicina y un frote enviado a San Mateo Ixtatán, coincidió en positividad con el enviado al Hospital Antituberculoso de Huehuetenango.

Al final de cuentas de los 25 que se tomaron como sintomáticos respiratorios, 7 resultaron POSITIVOS para Bacilos Tuberculosos, o sea, el 28o/o de POSITIVIDAD.

Lugar de procedencia de los casos:

- | | | |
|----|--------------------------|---------|
| a) | Aldea Temux Grande: | 2 casos |
| b) | Aldea Nancultac: | 3 casos |
| c) | Caserío Tzeltaj (Pueblo) | 1 caso |
| d) | Caserío Chomcac (Pueblo) | 1 caso |

Uno de los casos de suma gravedad, procedente de la aldea Temux grande que dista a 5 horas de camino del pueblo, se tuvo que enviar al Hospital Antituberculoso de Huehuetenango; se trata de una señora de 48 años de edad quien había narrado que unos días antes había estado escupiendo sangre, sin embargo, al hacerle el frote correspondiente no se notó sangre en el esputo. Lamentablemente en dicho hospital no la quisieron recibir, alegando una serie de razones, pero nosotros optamos por dejarla a cuenta y riesgo del hospital porque su estado era de suma gravedad.

10.1 Sintomáticos Respiratorios:

De 642 consultantes que espontáneamente llegaron al Puesto de Salud del 20 de septiembre al 20 de noviembre de 1977, 25 se calificaron como Sintomáticos Respiratorios, 42 como I.R.S. y el resto como otro tipo

de enfermedades, tal como se observa en el cuadro que sigue:

Cuadro No. 1
Consultantes del 20 de Septiembre al 20 de Nov. de 1977

Sintomáticos Respi.		I.R.S.		Otras enfermedades	
Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
25	3.9	42	6.5	575	89.5

Cuadro No. 2:
Sintomáticos Respiratorios

No. de Orden	Grupo etario	Frecuencia	Porcentaje
1	Menor de 10 años	1	4
2	De 10 a 19 años	1	4
3	De 20 a 29 años	1	4
4	De 30 a 39 años	6	24
5	De 40 a 49 años	6	24
6	De 50 y más años	10	40
		25	100

Cuadro No. 3:
Sexo

No. de Orden	Sexo	Frecuencia	Porcentaje
1	Masculino	13	52.0
2	Femenino	12	48.0
		25	100.0

Cuadro No. 4:
Ocupación

No. de Orden	Actividad	Frecuencia	Porcentaje
1	Agricultor ¹	12	48.0
2	Oficios domésticos	12	48.0
3	Otros	1	4.0
		25	100.0

¹ Trabajador migratorio.

Cuadro No. 5:
Datos clínicos

No. de orden	Tiempo de tos	Frecuencia	Porcentaje
1	Días	5	20.0
2	Meses	8	32.0
3	Años	12	48.0
		25	100.0

Cuadro No. 6:
Alérgico:

No. de Orden	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	Sí	2	8.0
2	No	21	84.0
3	No sabe	2	8.0
		25	100.0

Cuadro No. 7:
Fuma

No. de Orden	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	Sí	10	40.0
2	No	15	60.0
		25	100.0

Cuadro No. 8:
¿Ha padecido de fiebre?

No. de Orden	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	Sí	23	92.0
2	No	2	8.0
		25	100.0

Cuadro No. 9:
¿Ha perdido peso?

No. de Orden	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	Sí	22	88.0
2	No	3	12.0
		25	100.0

Cuadro No. 10:
¿Se siente decaído?

No. de Orden	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	Sí	24	96.0
2	No	1	4.0
		25	100.0

Cuadro No. 11:
Resultados de Baciloscopia

No. de Orden	Informe	Frecuencia	Porcentaje
1	Positivos	7	28.0
2	Negativos	18	72.0
		25	100.0

10.2 Contactos:

En cuanto a este aspecto, solamente se analizan aquí el grupo etario, el sexo y la ocupación de todos los contactos de todos los pacientes que se calificaron como sintomáticos respiratorios. No se pudo hacer lo mismo con los contactos de los casos debido a que se recibió muy tarde el resultado de la Baciloscopia.

Cuadro No. 12:
Contacto

No. de Orden	Grupo etario	Frecuencia	Porcentaje
1	Menor de 10 años	23	20.0
2	De 10 a 19 años	43	37.3
3	De 20 a 29 años	16	13.9
4	De 30 a 39 años	15	13.0
5	De 40 a 49 años	8	6.9
6	De 50 y más años	10	8.6
		115	99.7

Cuadro No. 13:
Sexo

No. de Orden	Sexo	Frecuencia	Porcentaje
1	Masculino	63	54.8
2	Femenino	52	45.2
		115	100.0

Cuadro No. 14:
Ocupación

No. de Orden	Actividad	Frecuencia	Porcentaje
1	Agricultura ¹	31	26.6
2	Oficios domésticos	41	36.4
3	Niños	19	16.3
4	Otros	24	20.6
		115	99.9

¹ Todas estas personas son trabajadores migratorios.

10.3 Estudio de creencias, conocimientos, hábitos y reacciones de los casos ante la Tuberculosis Pulmonar.

Al conocer de los resultados de las muestras de esputo enviadas a los diferentes lugares, se pasó un cuestionario a los pacientes que resultaron positivos. Las preguntas se clasificaron en dos tipos: a) cerradas y b) abiertas.

Resultados de las respuestas de los 7 casos que fueron positivos a las preguntas cerradas:

- 1) El 100o/o (7 casos) de los casos no conoce lo que es la Tuberculosis Pulmonar.
- 2) El 100o/o de los casos dijo que no sabe cuál es la causa de la enfermedad.
- 3) El 100o/o contestó que ninguno de su familia había padecido dicha enfermedad.
- 4) El 57.1o/o cree que la enfermedad sí es contagiosa y el 42.8o/o cree que no.
- 5) En cuanto a que la enfermedad es curable, el 71.4o/o contestó que sí y el 28.5o/o que no.
- 6) El 100o/o de los casos respondió que no tenía conocimiento acerca de cómo se contagiaba la enfermedad.
- 7) El 100o/o contestó que que no sabía si existía alguna vacuna contra la Tuberculosis.
- 8) En cuanto a que si podían seguir trabajando los enfermos de Tuberculosis, el 71.4o/o contestó no podían hacerlo, mientras que el

28.5o/o dijo que sí lo podían seguir haciendo cuando no estaban muy débiles.

- 9) El 100o/o contestó que un enfermo de Tuberculosis necesitaba de cuidados especiales.
- 10) Si los enfermos de Tuberculosis deben ir con el médico, el 57.1o/o cree que sí deben hacerlo, mientras que el 42.8o/o dijo que no era necesario.
- 11) En cuanto a las reacciones, el 85.7o/o respondió que sí se relacionaban con personas tuberculosas que no eran de su familia, y el 14.3o/o que no.
- 12) El 100o/o respondió que no se alejaban de las personas que están enfermas de Tuberculosis.
- 13) A la pregunta de si había posibilidad de curar la enfermedad por medio de médicos que puedan hacerlo, el 85.7o/o contestó que sí y el 14.3o/o contestó que no.

Respuestas de los 7 casos a las preguntas abiertas del cuestionario que se les pasó:

CREENCIAS Y CONOCIMIENTOS:

- 1) ¿De qué cree usted que se enferma con más frecuencia la gente en el pueblo? (Listado en orden de frecuencia): a) Gripe, b) Calenturas, d) "asientos", e) Sarampión, f) Tos Ferina, g) Hinchazón, h) Cólicos.
- 2) ¿De qué cree usted que se muere más

frecuentemente la gente en el pueblo? (Listado en orden de frecuencia): a) Calenturas fuertes, b) Pulmonía, c) "asientos y arrojaderas", d) Sarampión, e) Tos Ferina, f) Gripe, G) Calambres, h) Anemia e i) Cólicos.

- 3) ¿Conoce usted qué es la Tuberculosis?
No ya que nunca me han hablado de ella antes.
- 4) ¿Conoce usted cuál es la causa o causas de ese mal?
-Tampoco conozco cuál podría ser la causa.
- 5) ¿Padece usted o ha padecido algún miembro de su familia de ese mal?
-Según usted, ahora yo padezco de ese mal.
- 6) ¿Cree usted que la Tuberculosis es contagiosa o se pega?
-No
- 7) ¿Cree que se cura la Tuberculosis?
-Sí. Porque:
-Hay medicinas que son buenas para curarlo.
-Porque hay quienes se han curado con inyecciones.
-Ahora que ya hay médico en el pueblo, fácilmente lo pueden curar a uno.
-En la clínica parroquial hay medicinas que curan este mal.
- 8) ¿Sabe cómo se contagia la enfermedad?
-No
- 9) ¿Sabe usted si hay vacuna contra la

Tuberculosis?

-No

- 10) ¿A qué edad cree usted que se enferman más personas de Tuberculosis?
-A cualquier edad
-En niños y grandes
-Se enferman más los grandes
-Personas de 15 a 20 años
- 11) ¿Cómo reconoce cuando una persona tiene la enfermedad?
-Por tener mucha tos sobre todo en las noches
-Por tener muchas calenturas frecuentes y tos
-Cuando no quiere comer y está pálido
-Por los escalofríos que tiene frecuentemente
-Por sudar mucho de noche
-Porque se pone muy débil y ya no quiere trabajar
- 12) ¿Cree usted que puede seguir trabajando una persona que tenga Tuberculosis?
-No. Porque:
-Ya no tiene fuerzas para hacerlo
-La tos constante lo agota
-Su cuerpo está tan débil que no aguanta ningún esfuerzo físico.
-La calentura y el dolor de cabeza lo dominan por eso ya no puede hacer nada.
-SI. Porque:
-Al no estar tan débil todavía puede hacer cualquier tipo de trabajo
-Por tener varios hijos, al no trabajar ninguno los podría mantener.

- 13) ¿Diga o mencione qué piensa la gente de la Tuberculosis?
- Que es una enfermedad que da mucha calentura y que los pone muy débiles y les quita el hambre.
 - Muchos no saben nada sobre la enfermedad
 - Que si van al hospital por esta enfermedad, temen que se mueran allí
 - Algunos piensan que es una brujería hecha por otra gente
 - Que es una enfermedad que se pega a otra persona.
 - Que es una enfermedad mala
 - Muchos dicen que es por castigo de Dios.

HABITOS:

- 1) ¿Cree usted que necesita cuidados especiales la persona enferma de Tuberculosis?
- SI
 - Tenerlo acostado en la cama
 - Que no le pegue el aire
 - Llevarle sus alimentos a la cama
 - Tenerlo acostado cerca del fuego para que no le dé frío
 - No darle de comer chile
- 2) ¿Qué cree usted que puede comer una persona con esa enfermedad?
- Debe comer sólo tortillas tostadas con café
 - No sé qué tipo de comida hay que darle al enfermo
 - No tiene apetito por eso no come
 - No darle de comer verduras ni carne de marrano
 - Hay que darle carne y caldo de pollo

- 3) ¿Qué cree que debe hacerse para que la Tuberculosis no se pegue?
- No sé qué debe hacerse para que no se pegue
 - Hay que ir luego con el médico para que él aconseje
 - Llevarlo a un hospital
 - Ponerle muchas inyecciones
 - Darle baños de temascal para sacar el mal de su cuerpo.
- 4) ¿Cree usted que deben acudir al médico los enfermos de Tuberculosis?
- SI, Porque:
 - El médico tal vez tiene conocimientos sobre la enfermedad
 - Se puede atajar a tiempo el mal
 - Allí tienen medicinas muy buenas que curan a los enfermos
 - La enfermedad no la pueden curar los curanderos del pueblo
 - Porque es una enfermedad delicada
- 5) ¿Qué hacen o qué toman en la familia cuando alguno padece de catarros o de tos fuerte?
- Tomar Mejoral o Aspirina
 - Tomar Aspirina con jugo de limón
 - Cubrirse bien con chamarras para que no pegue el aire
 - Tomar pastillas y jarabe
 - Darle una toma y un baño con hojas de eucalipto
 - Ir a pedir medicinas en la clínica parroquial
 - Amarrarse fuerte la cabeza con pañuelo o trapo

REACCIONES:

- 1) ¿Qué tratamiento casero le haría a un enfermo de Tuberculosis?
 - Llamaría a un curandero para que le indique su tratamiento
 - Le sobaría el cuerpo con ruda machacada y aguardiente
 - No sabría qué hacerle
 - Le daría chipilín y berro
 - Lo subo al Temascal y le haría un baño con eucalipto
 - Darle una toma de limonada con Aspirina

- 2) ¿Se relaciona usted con una persona tuberculosa que no sea de su familia?
 - No podría contestar a esa pregunta porque no sé quien es una persona tuberculosa.

- 3) ¿Se aleja usted de una persona que sabe que tiene Tuberculosis?
 - No

- 4) ¿Cómo se siente usted al saber que tiene Tuberculosis?
 - Muy triste porque tengo muchos hijos en la casa que cuidar.
 - Apenado por estar cada día muy decaído y sin ganas de trabajar.
 - Me siento un poco optimista porque sé que con la medicina que ustedes me van a dar, me voy a curar
 - Preocupado por el tratamiento tan largo
 - Trataré de cumplir con el tratamiento

- 5) ¿Cree usted que hay médicos que pueden

curar la Tuberculosis?

-Sí.

- 6) ¿Qué haría usted si en su familia se encuentra un enfermo de Tuberculosis?
 - Llevarlo inmediatamente con el médico
 - Llevarlo inmediatamente a un hospital
 - Conseguirle el tratamiento en cualquier parte
 - Alimentarlo bien para no debilitarse mucho
 - Pedir al médico que le haga chequeo general a toda mi familia.

10.4 Estudio sobre la situación socio-económica de los pacientes tuberculosos:

10.4.1 Datos de vivienda:

a)	Tenencia:	No. de viviendas	Porcentaje
	Propietario	7	100.0
b)	Piso:		
	Tierra	7	100.0
c)	Techo:		
	Paja	4	57.2
	Teja manil	3	42.8
	Total	7	100.0
d)	Pared:		
	Adobe	3	42.8
	Bajareque	3	42.8
	Madera	1	14.3
	Total	7	99.9
e)	Cocina exterior:		
	SI	1	14.3
	NO	6	85.7
	Total	7	100.0
f)	Iluminación:		
	Candelas	5	71.4
	Candil	2	28.5
	Total	7	99.9

g)	Ventilación	No. de viviendas	Porcentaje
	2 ventanas c/u	3	42.8
	1 ventana c/u	2	28.5
	Sin ventana	2	28.5
	Total	7	99.8

10.4.2 Datos de Convivencia:

a)	No. de dormitorios		
	1 dormitorio	6	85.7
	2 dormitorios	1	14.3
	Total	7	100.0
b)	No. de personas que conviven:		
	Más de cuatro	7	100.0
c)	No. de lechos por No. de personas:		
	Un lecho para 4 personas	4	57.1
	Un lecho para 3 personas	3	42.8
	Total	7	99.9

10.4.3 Condiciones Sanitarias:

a)	Agua de consumo:		
	Fuente abierta	6	85.7
	Chorro público	1	14.3
	Total	7	100.0
b)	Distancia aproximada donde tienen que tomar el agua:		
	a 200 metros	3	42.8
	a 100 metros	3	42.8
	a 50 metros	1	14.3
	Total	7	99.9
c)	Cantidad de agua:		
	Escasa en verano	1	14.3

	No. de viviendas	Porcentaje
Abundante todo el año	6	85.7
Total	7	100.0
d) Sistema de disposición de excretas:		
No hay	6	85.7
Letrina	1	14.3
Total	7	100.0
e) Drenaje:		
No hay	7	100.0
f) Basuras:		
Lugar no específico	7	100.0
g) Animales domésticos:		
Aves en casa	2	28.5
Aves en cercanías	5	71.4
Total	7	99.9
Cerdos en cercanías	5	71.4
Cerdos en lugar separado	2	28.5
Total	7	99.9
Perros y gatos en casa	7	100.0

10.4.4 Medios de Producción:

a)	Posesión de la tierra:		
	Propia	6	85.7
	Arrendada	1	14.3
	Total	7	100.0
b)	Extensión de la tierra:		
	De 30 a 40 cuerdas cuadradas (*)	5	71.4
	De 40 a 80 cuerdas cuadradas	2	28.5
	Total	7	99.9

(*) Una cuerda tiene 25 varas de largo.

10.4.5 Ingreso Familiar:

La gran mayoría de los pacientes tuberculosos que respondieron a este cuestionario, son trabajadores migratorios o son esposas e hijas de migratorios que se encontraban precisamente en las fincas en este tiempo. Tomando en cuenta este aspecto los ingresos que se anotan dependen del tiempo de permanencia en las fincas, sobre todo en las fincas de café, como ya se dijo en otra parte, el promedio de tiempo de permanencia en estos lugares es de más o menos 2 meses y emigran 3 a 4 veces al año.

El año pasado (1977) la mayor parte de fincas de café pagó a los trabajadores la cantidad de Q.2.00 a Q.2.50 por caja¹ cosechada de café en cereza. Por lo tanto se estudió la situación económica de ellos, viendo el ingreso aproximado económico propiamente dicho y en especie, mensual y anual en base a estas cantidades.

INGRESOS APROXIMADOS PER CAPITA:

Mensual		Anual	
Económico	en especie	Económico	en especie
Q.75.0	Q.10.60	Q.450.0	Q.63.60
Total	Q.85.60		Q.513.60

Lo anterior concuerda con otros estudios efectuados en cuanto a ingresos y gastos de

¹ Una caja es equivalente a 100 libras.

los migratorios en la comunidad y en las fincas. (12)

10.5 Control de los casos:

En vista de que en el Puesto de Salud solamente hay 5 frascos de Estreptomicina de 5 g, 200 tabletas de Diateben y 200 tabletas de INH, suplicamos al promotor de salud de la Clínica Parroquial para ser controlados los pacientes por él. Se le inició tratamiento a 6 pacientes y a una señora se refirió al hospital Antituberculoso de Huehuetenango. Lamentamos la poca disponibilidad de medicamentos por parte del Ministerio.

XI. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

11.1 Morbilidad:

- 11.1.1 En todos los cuadros y gráficas se observa que la población urbana acudió en mayor cantidad al Puesto de Salud que la población rural, la razón de ésto es la cercanía y la facilidad de llegar, mientras que los habitantes del área rural, por tener que caminar grandes distancias, acuden al Puesto de Salud solamente en casos de mucha necesidad, cuando no pueden curarse por sus propios medios.
- 11.1.2 Las Infecciones Respiratorias Superiores, ocupan el mayor porcentaje en todos los grupos etarios pero fueron más atacados los comprendidos en el grupo de menores de un año a cuatro años.
- 11.1.3 El parasitismo intestinal ocupa lugar importante, con predominio en los grupos etarios de uno a catorce años.
- 11.1.4 Las enfermedades infecciosas sumadas en su totalidad nos ofrecen un alto porcentaje de morbilidad, sobre todo en los primeros años de vida.
- 11.1.5 Se nota que desde los 15 a 45 y más años, aumenta el porcentaje de "Anemia". Aunque no se sabe con exactitud a qué se debe esta entidad, pero casi con toda probabilidad a deficiencia de hierro, como uno de los problemas carenciales.

- 11.1.6 Es importante hacer notar que los problemas nutricionales y diarreicos causan un buen porcentaje de enfermedades, sobre todo en los grupos etarios de uno a quince años, como lo podemos observar en los cuadros y gráficas.
- 11.1.7 Esto es comprensible por el sinergismo que existe entre nutrición e infección, ya que el desnutrido padece constantemente de diarrea por una serie de cambios que presenta en el tracto gastrointestinal.
- 11.1.8 Las enfermedades de la piel, también ocupan lugar importante dentro de las 10 principales causas de morbilidad, y que aparecen en todos los grupos etarios. Me parece que la causa principal es el escaso hábito de higiene y la convivencia estrecha con animales domésticos, que se sabe transmiten ciertas enfermedades a los humanos.
- 11.1.9 A pesar de que el código "Otros" es el que predomina en todos los cuadros y gráficas, vale la pena aclarar que en este grupo se incluyeron entidades poco comunes, así como atención prenatal, los casos esporádicos de niño sano, heridas, fracturas y en general enfermedades mal definidas, por lo que no debe preocuparnos desde este punto de vista.

En resumen se puede decir que es grande el peso de las enfermedades respiratorias en relación a las otras 10 principales causas que se registran en los cuadros y gráficas, tanto del área rural como del urbana y que es más acentuado el porcentaje en los grupos etarios menores de 1 a 4 años. (5)

Que las enfermedades infecciosas en su conjunto forman otro de los grandes problemas de salud pública en este municipio como se ha visto en otros lugares del país y en general en otros países pobres. Cobra caracteres dramáticos en los grupos más susceptibles como el grupo infantil y preescolar, debido al sinergismo que existe entre nutrición e infección.

Los problemas carenciales, sobre todo por deficiencia de hierro, progresa desde los 15 a 45 años y más, provocado por el constante agotamiento físico y por la poca solvencia económica para poder disponer de una dieta adecuada digna de seres humanos que día a día dejan en los surcos de las grandes fincas, el poco sudor que todavía les queda.

11.2 Mortalidad:

Contrario a lo que ocurrió en la morbilidad, aquí se ve que hubo más muertos en área rural que en el área urbana, según lo demuestran los cuadros y gráficas, la razón es porque vive la mayoría de los habitantes del municipio en el área rural, además por las distancias entre el pueblo y las aldeas, siempre es mucho más difícil conseguir los medios y los medicamentos para ayudar a las personas en los momentos críticos.

Como se hizo ver al principio de este estudio, los diagnósticos de defunción no son del todo fidedignos y por otro lado, mal dados, por no ser idónea la persona que los da, como es el secretario municipal o sus ayudantes.

En los cuadros y gráficas se observa que:

- 11.2.1 El diagnóstico "Gripe" ocupa el primer lugar con el más alto porcentaje de casos en todos los grupos etarios. Me parece que no se trata

solamente de procesos virales agudos, sino también por procesos bacterianos secundarios o sobregregados.

- 11.2.2 El diagnóstico "Sarampión" ocupa el segundo lugar con predominio en el grupo etario de 1 a 14 años; lo anterior nos demuestra la susceptibilidad de esos grupos a padecer la enfermedad y a la poca eficacia que han tenido las campañas de vacunación.
- 11.2.3 El Paludismo ocupa lugar importante entre las causas de muerte, observándose mayor porcentaje en el grupo etario de 45 años y más. Es paradójico que siendo un lugar que se encuentra a más de 2,600 metros sobre el nivel del mar, tenga casos de Paludismo, sin embargo, hay que tener en cuenta que la gente emigra en su gran mayoría a las fincas de la costa sur y un reducido número a algunas fincas cercanas a la zona reina, o sea, cerca de Ixcán, lugar donde también vive el Anófeles, a pesar de que este diagnóstico no tiene confirmación científica como ya se dijo antes, pero nos da una idea aproximada del problema.
- 11.2.4 Llama la atención la alta incidencia de nacidos muertos, sobre todo en el área rural. Como caso curioso se reporta un nacido muerto en el grupo etario de uno a cuatro años, creo que se trata de un error al consignarlo en este grupo, pero más creo que se trata de un error del registrador civil.

Se deduce de lo anterior que no hay una

adecuada atención en el momento del parto ni mucho menos un programa Materno-Infantil. El parto generalmente es atendido por comadronas empíricas, un buen número de madres atienden ellas mismas su parto. Vale la pena mencionar aquí mismo una muerte por PARTO en el grupo etario de 15 a 44 años. Esto se debe a las razones que ya se apuntaron antes.

- 11.2.5 El problema gastrointestinal, también es una causa frecuente de muertes, se entiende aquí por DISENTERIA, a las evacuaciones intestinales abundantes acompañadas de sangre. Dándose el porcentaje más alto en el grupo etario de uno a cuatro años. Esto se puede explicar por la Desnutrición Proteínico Calórica que padecen los niños comprendidos en esta edad y agravado por los procesos infecciosos y las infestaciones parasitarias constantes por las pésimas condiciones de higiene y de vivienda en que viven. Además la alimentación de "hambre" consistente en maíz, sal, café o agua de masa; porque darse el "lujo" de comer aunque sea un huevo para "toda la familia" cuesta de Q.0.08 a Q.0.10.

- 11.2.6 El grupo de defunciones ocurridas por TEMPERATURA O FIEBRE, también es significativo ya que nos da una idea que los procesos infecciosos son causa frecuente de muerte.

- 11.2.7 La enfermedad que la gente K'anjobal llama Kán Ilyá (Calambres) ocupa lugar preponderante entre las principales causas de muerte. No se trata solamente de dolores

musculares o espasmos, como podría creerse, sino que se trata de una serie de dolencias que implican una variedad de síntomas y signos, que encierran la idea desde un dolor de muela hasta un dolor cardíaco y dolores de tipo pleurítico.

- 11.2.8 Se reportan 2 casos de defunción por Tuberculosis comprendidos en el grupo etario de 15 a 44 años y en el grupo de 45 y más años, los 2 en el área rural. Esto viene a confirmar que estos grupos son los más susceptibles a esta enfermedad. Posiblemente hubo más casos entre los que se diagnosticaron como "Calentura o Fiebre" que por falta de conocimiento de esta enfermedad se anotaron solamente como esta denominación.
- 11.2.9 Solamente observamos un caso de Tos Ferina, que en realidad no nos dice lo que ocurre en la realidad, ya que pude observar varios casos durante los meses posteriores a este estudio.
- 11.2.10 El resto de diagnósticos no representa cantidades grandes pero no por eso menos importantes como por ejemplo Pulmonía, infección intestinal, Influenza, Vejez, etc.
- 11.2.11 Es importante mencionar que en el grupo etario de 5 a 14 años del área urbana no se reportó ninguna defunción.

En resumen, se ve que la causa más frecuente de muertes en el municipio de Santa Eulalia, es por "Gripe", debidamente a complicaciones post virales o por afecciones secundarias o sobreagregadas.

Que el Sarampión sigue causando muchas muertes en los primeros años de la vida, pese a las campañas de vacunación.

Que el Paludismo causa gran cantidad de defunciones, sobre todo en las personas que emigran a la costa sur o a lugares calientes cerca de Ixcán, donde también hay fincas de café.

Que la mala atención del parto y la no existencia de un programa Materno-Infantil incide en la alta mortalidad infantil y materna, con mayor intensidad en el área rural.

Los trastornos gastrointestinales por "Disentería" y Diarrea provocan mortandad elevada en los grupos más expuestos como los de 1 a 4 años, con porcentaje elevado en el área rural.

El diagnóstico de TEMPERATURA O FIEBRE, demuestran que hay una gran cantidad de decesos por procesos infecciosos.

Los pocos casos de Tuberculosis que se registran en los grupos etarios mencionados (15 a 44 años y 45 y más años), no representan la realidad de las defunciones por esta enfermedad.

Al final de cuentas, parece que el "Corazón del cielo y el Corazón de la Tierra" han permitido que sus hijos sean castigados hasta en lo último de los sufrimientos, porque a pesar de pobres, desnutridos, anémicos, derramar hasta el último sudor en la tarea de las grandes fincas, sin embargo, aún siguen viviendo para continuar con el círculo vicioso de "sus enfermedades".

11.3 Estudio sobre Tuberculosis:

Detección y Diagnóstico de casos:

Analizando los diferentes cuadros de este estudio

tenemos los resultados siguientes:

- 11.3.1 En los dos meses de estudio se calificaron como sintomáticos respiratorios a 25 pacientes (3.9o/o), como I.R.S. a 42 pacientes (6.5o/o) y como "Otras enfermedades" a 575 pacientes (89.5o/o).
- 11.3.2 La mayor cantidad de Sintomáticos Respiratorios está comprendida de los 30 a 50 años y más.
- 11.3.3 En cuanto al sexo no hubo mucha variación entre hombres y mujeres.
- 11.3.4 Relativo a la ocupación, los hombres se les denomina agricultores en cuanto que trabajan y cultivan sus pequeñas parcelas de tierra, pero realmente la mayor parte del tiempo permanecen en las fincas de la costa sur como trabajadores migratorios o trabajadores estacionales. Las mujeres ocupan gran cantidad del tiempo en la preparación de los alimentos y el cuidado de los hijos, pero también acompañan a sus maridos para trabajar en las fincas. Como caso poco frecuente el de una niña de 8 años que se encuentra estudiando en la escuela nacional rural de la aldea Nancultac.
- 11.3.5 Sobre los datos clínicos, tenemos que:
El 48o/o de los pacientes respondió que tenían años de padecer de tos; el 84o/o no sabía si era o no alérgico. El 40o/o dijo que fuma y el 60o/o que no. El 92o/o había estado padeciendo de fiebre; el 88o/o notó que cada día se ponía más delgado, y como

denominador común el 96o/o de los pacientes se sentía decaído, únicamente la niña de 8 años contestó que no estaba decaída, solamente que le dolía constantemente la cabeza.

- 11.3.6 Al recibir los informes de los frotos enviados a los diferentes lugares (58 frotos), se comprobó que varios de ellos coincidieron en positividad, pero el resultado final de los 25 pacientes que se calificaron como Sintomáticos Respiratorios, 7 de ellos resultaron positivos para Bacilos Tuberculosos, o sea, el 28o/o de POSITIVIDAD. Se hace ver que solamente se pudo recoger una muestra de esputo por paciente. Algo muy importante en esto, es que hubo una niña de 8 años que resultó con frote positivo.

Lo anterior demuestra que el 100o/o de los sintomáticos respiratorios, son personas de escasos recursos económicos, la mayoría son trabajadores migratorios, oscilando sus edades entre los 30 a 50 y más años, aunque también hubo una niña de 8 años, no hay diferencia a cuanto al sexo y finalmente los datos clínicos orientan hacia un problema pulmonar crónico y debilitante.

El resultado de la baciloscopia nos da una idea de lo grave del problema en la población de Santa Eulalia, ya que estas personas solamente representan una mínima parte de la población enferma.

11.4 Contactos:

Como ya se hizo ver antes, únicamente se analizan aquí el grupo etario, el sexo y la ocupación de los contactos

de los sintomáticos respiratorios, no así a los contactos de los que resultaron casos. La razón de esto es por no recibir a tiempo los informes de los frotos, además la mayoría había emigrado a las fincas de la costa sur.

11.4.1 En el cuadro No. 12 se observa que hay 115 contactos de los 25 sintomáticos respiratorios, la mayoría son personas comprendidas en los grupos etarios de menos de 10 a 19 años. Esto es aceptable porque son niños y jóvenes que todavía viven con la familia en permanente contacto y que todavía no se han separado de la familia.

11.4.2 En el cuadro No. 13 se observa ligero predominio de los hombres sobre las mujeres.

11.4.3 En el cuadro No. 14 se observa que el 26.6o/o se dedica a la agricultura, pero como ya se dijo con respecto a los sintomáticos respiratorios, estas personas son trabajadores migratorios en su mayoría. El 36.4o/o ocupa parte de su tiempo en los quehaceres domésticos. Con respecto a los comprendidos en "Otros", unos pocos son escolares, el resto que es la mayoría son pastores de ovejas, que están comprendidos entre 7 a 12 años, pero también muchos acompañan a sus padres para ir a trabajar a las fincas.

En resumen, se puede decir que hay una gran cantidad de contactos de los sintomáticos respiratorios y que con toda probabilidad muchos serían casos, si se les hubiera hecho el estudio correspondiente. El porcentaje más grande de ellos está entre los comprendidos de menos de 10 años a 19, por el hecho

de que todavía viven con la familia.

11.5 Estudio de creencias, conocimientos, hábitos y reacciones de los casos ante la Tuberculosis Pulmonar:

Con respecto a las preguntas cerradas se obtuvieron las respuestas siguientes:

11.5.1 El 100o/o de las personas que padecen el mal dijeron que nunca habían oído hablar de la enfermedad, por lo mismo no saben cuál es la causa, ni saben si algún familiar ha padecido la enfermedad; no tienen conocimiento de cómo se contagia, ni sabían si existía vacuna contra la Tuberculosis. Estas respuestas fueron categóricas.

Las respuestas a las otras preguntas fueron bastante ambiguas, no sabiendo a veces qué contestar, así tenemos:

11.5.2 Algunos contestaron que la enfermedad es contagiosa y curable, otros dijeron que no.

11.5.3 Acerca de si podían seguir trabajando los enfermos de Tuberculosis, la mayoría dijo que no, la otra minoría respondió que sí.

11.5.4 Una pregunta aparentemente difícil de contestar, sin embargo para estas personas, no lo es. Se trata de si los enfermos de Tuberculosis necesitan de cuidados especiales, el 100o/o contestó que sí los necesitaban. Esto mismos nos hace ver que no tienen la menor idea sobre la Tuberculosis.

11.5.5 Si el paciente debe ir con un médico o no, una mayoría relativa contestó que sí, el resto que no era necesario.

11.5.6 Todos dijeron que se relacionaban con personas tuberculosas y que no se alejaban de ninguna de ellas, esto es por demás comprensible ya que los habitantes de este pueblo no le temen a ninguna enfermedad ni a ningún enfermo, sucede todo lo contrario pues se acercan a un enfermo para saludarlo, le llevan comida o algo de tomar y le desean su pronta recuperación, todo ésto lo hacen como una tradición ancestral.

Las respuestas a las preguntas abiertas son como sigue:

11.5.7 Todos coincidieron en afirmar como lo hicieron con las preguntas cerradas, que no conocen la enfermedad ni su causa. Lo único que dijeron algunos es que por haberles informado en este mismo momento de la encuesta, saben ahora que están enfermos de Tuberculosis, antes no lo sabían.

11.5.8 Coinciden también en afirmar que no saben si algún familiar está enfermo por la Tuberculosis, no saben si es contagiosa o no.

11.5.9 Algunos dicen que hay medicinas caseras que pueden curar la enfermedad, otros creen que en clínica parroquial hay medicinas adecuadas para curar ese mal.

11.5.10 Que las personas se enferman a cualquier edad.

Algunos dijeron que podían reconocer a un enfermo de Tuberculosis por tener mucha tos, por presentar calenturas fuertes y tos, cuando pierde el apetito y ponerse muy débil.

11.5.11 Volvieron a afirmar que un enfermo de Tuberculosis no puede trabajar por no tener fuerzas, la tos constante lo agota, su cuerpo está tan débil que no soporta el trabajo.

11.5.12 La gente dice que es una enfermedad que da muchas calenturas, mucha tos y que les quita el hambre, pero la gran mayoría de personas no conocen o nunca han oído hablar de Tuberculosis.

11.5.13 Todos dijeron también que el enfermo de Tuberculosis necesita de cuidados especiales. Muchos creen que el enfermo se puede curar con medicinas caseras o en todo caso llevarlo con el curandero.

11.5.14 En cuanto a sus reacciones, un alto porcentaje contestó que llamaría a un curandero para que él indique el "remedio" adecuado, en todo caso se le haría un tratamiento casero.

11.5.15 El 100o/o de los pacientes dijo sentirse decaído por saber que se encontraban enfermos, pero también tienen esperanzas de mejorar con el tratamiento adecuado.

11.5.16 El 100o/o de los pacientes respondió que llevaría inmediatamente a su familiar con el médico, conseguirle tratamiento en cualquier parte.

Las respuestas a estas preguntas nos hacen ver como denominador común el desconocimiento de la Tuberculosis, por eso nadie toma precauciones, ni le tiene miedo a la enfermedad como sucede en otras partes en donde sí la conocen; muchos creen curarse con medicinas caseras, varios piensan que con ponerse varias inyecciones se curarían. Todo lo anterior nos dice que falta mucha información acerca de esta enfermedad por eso la gente no comprende sus alcances y sus riesgos.

11.6 Situación socio-económica de los Pacientes Tuberculosos:

11.6.1 Todos los pacientes encuestados eran dueños de sus casas, pero debe entenderse aquí por casa, las construcciones rudimentarias, en donde no se encuentra ningún tipo de comodidad. Todas las viviendas tienen piso de tierra, techo de paja o de teja manil. Las paredes de adobe o bajareque, únicamente se encontró una casa con paredes de madera, pero solo la parte de afuera para cubrir los horcones tenía pegada la madera con clavos, en el interior no tenía nada. Esta misma casa tenía cocina exterior, el resto de viviendas tenía su cocina dentro de la misma casa.

11.6.2 Ninguna vivienda dispone de iluminación adecuada, ya que el 71.4o/o lo hace con candelas, el 28.5o/o con candil. Tampoco tienen buena ventilación, ya que varias casas solo tienen una puerta.

11.6.3 Es lamentable observar que todos los ocupantes de las viviendas duermen en un mismo dormitorio que a la vez sirve de cocina y que en una sola cama duermen de 3 a 4 personas,

bajo una misma chamarra.

11.6.4 Solamente una persona que vive en el caserío Tzeltaj, va a traer agua en chorro público, debido a que cerca de su casa está el tanque de recolección de agua que abastece al pueblo y que en uno de los desagües del tanque se puede recoger agua. El resto de las personas encuestadas saca agua de fuente abierta a varios metros de distancia de sus casas.

11.6.5 En cuanto a la disposición de excretas, el 85.7o/o de viviendas no tiene letrinas, solo una tiene (14.3o/o). La basura la botan en cualquier lugar.

11.6.6 Una cosa muy común en todas las viviendas, es la convivencia con animales domésticos en o muy cerca de la casa.

11.6.7 En relación a los medios de producción, el 85.7o/o es propietario de la tierra, el 14.3o/o es arrendatario, sin embargo, hay que hacer notar que ningún propietario tiene más de 80 cuerdas, con el agravante que la mayoría se halla en las faldas de cerros, o sea, poco adecuada para la agricultura.

11.7 Ingreso Familiar:

Es de hacer notar que a pesar de la aparente buena paga durante el año pasado (1977) en las fincas de café, sin embargo no mejoró en nada el ingreso familiar, porque a la par de esto el costo de la vida subió también.

La situación de estas personas en los actuales momentos, es crítica, debido a lo fluctuante del precio del café, los sueldos bajaron, llegándose a pagar Q.0.80 y Q.1.00 la caja de café en cereza. Sin embargo, estas mismas personas dicen que siempre reciben un salario más alto del que podrían ganar trabajando en el pueblo.

Resumiendo, se puede decir que el estudio realizado sobre la situación socio-económica de los pacientes tuberculosos, es alarmante y nos hace ver una vez más las condiciones lamentables en que viven estas personas; viviendas en malas condiciones, hacinamiento, ausencia de condiciones sanitarias y servicios mínimos, no disponer de agua potable, no contar con disposición de excretas ni de basura, pero encima de todo ingreso económico bajo para una gran familia.

¿Será que con la educación mejoraría esta situación o por el contrario, mejorar los ingresos de cada familia, dándoles lo que les corresponde en derecho y justicia?

¿Cómo es posible que sigan diciendo que el atraso de Guatemala se debe a los indios?

11.8 Control de los Casos:

Los 5 frascos de Estreptomina, las 200 tabletas de Diateben y las 200 tabletas de INH existentes en el tiempo del estudio, no alcanzan ni para el tratamiento de un solo paciente para 4 meses, mucho menos para 7 casos nuevos que se detectaron. Ante esta situación, tuve que acudir a la clínica parroquial para suplicarle al promotor de salud, don Pedro Mateo, para que tomara bajo su responsabilidad el control y el seguimiento respectivo de los 7 pacientes, ya que en ese tiempo disponía la clínica de las drogas específicas en cantidad adecuada para iniciar el tratamiento. Este señor aceptó

gustoso la súplica, al comprender la importancia y el peligro que corrían esas personas si no se les ponía en tratamiento. Sin embargo, en visita reciente que le hice, me dijo que estaba desanimado y decepcionado, porque el gobierno a través de la División de Tuberculosis, ya no permitió al hospital de Jacaltenango que siguiera proporcionando a las clínicas de su área de influencia, las drogas específicas para el tratamiento de la Tuberculosis.

Para poder continuar el tratamiento de los muchos pacientes que tiene, ha tenido que ir a pedir los medicamentos antituberculosos al Centro de Salud de Soloma, poniendo de su bolsa el pasaje, pero a veces con tan mala suerte que cuando él llega, no hay medicamentos en cantidad suficiente, ésto ha ocasionado el descontrol de varios pacientes en su tratamiento adecuado.

Me informó también que 2 de los 7 casos que le recomendé, únicamente cumplieron con la primera fase del tratamiento. El resto de los pacientes, que en su mayoría son mujeres, sí están cumpliendo con su tratamiento.

Realmente es lamentable que personas que tienen mucho interés por ayudar a sus coterráneos, no se les den todas las facilidades para trabajar proporcionándoles suficientes medicamentos o cualquier otra facilidad que los animaría más en vez de desanimarlos.

XII. COMPROBACION DE HIPOTESIS

- 12.1 El problema de la Tuberculosis en Santa Eulalia es mayor de lo que hasta el momento se conoce.

No obstante que los datos de morbi-mortalidad no son del todo confiables por la forma en que se han llevado los registros hasta el momento, sin embargo, nos orientan en alguna forma a que el problema de la Tuberculosis en este municipio es significativo, ya que aparece como causa de mortalidad en los grupos más expuestos como son los de 15 a 44 años y de 45 y más años, lo cual concuerda con otros estudios efectuados en otras partes.

- 12.2 En general los métodos tradicionales de detección de casos de Tuberculosis utilizados hasta el momento han sido ineficaces.

Esta hipótesis se comprobó plenamente, ya que en el corto período del estudio (2 meses) se hicieron 38 frotos de esputo de 25 Sintomáticos Respiratorios, los que se enviaron a diferentes partes coincidiendo varios en positividad. Al comparar los resultados obtenidos, se pudo comprobar que de los 25 sintomáticos respiratorios 7 resultaron positivos para Bacilos Tuberculosos, o sea, el 28o/o de POSITIVIDAD, haciendo la salvedad de que solamente se pidió una muestra de esputo por paciente. Esto nos demuestra que la Baciloscopía no solo es un método de bajo costo, sino que también es confiable, fácil de aplicar en cualquier parte y es aceptado por la gente si se les explica con toda claridad para qué sirve.

- 12.3 El problema de la Tuberculosis afecta con mayor

drasticidad a los grupos de población de bajo nivel socio-económico.

En el estudio que se hizo sobre los sintomáticos respiratorios, los contactos de éstos y la situación socio-económica de los Pacientes Tuberculosos, se demuestra claramente que son minifundistas en su mayoría y que la mayor parte de su vida la pasan en las fincas de la costa sur como trabajadores migratorios o estacionales. Todos viven en condiciones lamentables, sin ningún mínimo de comodidad. Encima de todo su ingreso económico per cápita es tan bajo que apenas le alcanza para mantener su precaria existencia.

12.4 El problema deformado en su verdadero origen, ha dado lugar a que no exista una clara concepción del mismo en la población.

En lo que respecta a la población de Santa Eulalia, se pudo comprobar que en el momento de la encuesta que se les hizo a los pacientes tuberculosos, nadie sabía ni conocía la causa de la enfermedad, un gran porcentaje ignoraba si era contagiosa o no. En general todos reconocían que es un padecimiento que da muchos, calenturas fuertes, que quita el hambre y que la persona que lo padece se va poniendo paulatinamente delgada. Esto mismo ha hecho que la gente no haya tomado ninguna precaución ni se haya preocupado por someterse a un tratamiento intensivo. En cuanto al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través de la División de Tuberculosis, no ha dado suficiente información a la población para prevenir este problema.

XIII SINTESIS

13.1 Conclusiones:

13.1.1 En general la población urbana de Santa Eulalia, acude al Puesto de Salud en mayor número que la población rural, por la cercanía y la facilidad de llegar, mientras que ésta por tener que caminar grandes distancias, únicamente lo hace al no poderse curar por sus propios medios.

13.1.2 El peso de las enfermedades respiratorias es grande en relación a las otras 10 principales causas que se registran en todos los grupos tanto del área urbana como rural y es mayor el porcentaje en el grupo etario de menos de 1 a 4 años.

13.1.3 Las enfermedades infecciosas en su conjunto y las carenciales, ocupan lugar preponderante en la población como se observa en el estudio de morbi-mortalidad.

13.1.4 Por encontrarse la máxima concentración de población en el área rural como se ve en los cuadros y gráficas, en ella ocurre el mayor número de defunciones comparado con el área urbana.

13.1.5 Los diagnósticos de defunción son dados por una persona no idónea, por eso no son del todo fidedignos, sin embargo, nos dan un panorama aproximado del problema en estudio.

- 13.1.6 El diagnóstico "Gripe" aparece en primer lugar como causa de mortalidad, debido posiblemente a complicaciones post virales o por afecciones bacterianas secundarias o sobreagregadas. En segundo lugar está el "Sarampión" con predominio en el grupo etario de 1 a 14 años, pese a las campañas de vacunación, por no haber tenido la cobertura deseada o porque las vacunas se encontraban mal conservadas.
- 13.1.7 Es paradójico encontrar alta incidencia de Paludismo en un lugar que está a 2,600 metros sobre el nivel del mar, pero todo se debe a que los habitantes emigran constantemente a la costa sur en su gran mayoría y otro pequeño grupo a algunas fincas cercanas a la zona reina (Ixcán), lugares donde vive el Anófeles.
- 13.1.8 Hay un porcentaje grande de "nacidos muertos" y muertes por "Parto" en el área rural, ésto se explica por la mala atención en el momento del parto y a la no existencia de un programa Materno-Infantil.
- 13.1.9 Los trastornos gastrointestinales por DISENTERIA y Diarrea, provocan una elevada mortandad en los grupos más susceptibles (de 1 a 4 años), agravándose el cuadro cuando se da el sinergismo entre nutrición e infección.
- 13.1.10 El diagnóstico que aparece como CALENTURA O FIEBRE, indica que hay muchos decesos por procesos infecciosos severos.
- 13.1.11 Los 2 casos de Tuberculosis reportados como

causa de muerte, no demuestran la realidad del problema, pero sí confirman que los grupos más expuestos a padecerla son los comprendidos de 15 a 44 años y de 45 y más años, como se ha visto en otros estudios.

- 13.1.12 La Tuberculosis Pulmonar es mucho más seria de lo que hasta el momento se conoce, ya que el resultado de la Baciloscopia nos da una idea de lo grave que es el problema en Santa Eulalia al dar un 28o/o de positividad de 25 Sintomáticos Respiratorios, en un tiempo corto de estudio.
- 13.1.13 Que la Tuberculosis Pulmonar ataca con mayor drasticidad a personas de bajo nivel socio-económico, con toda claridad se demuestra al analizar a los Sintomáticos Respiratorios, a los contactos de éstos y a los que resultaron CASOS, todos los cuales son minifundistas y a la vez son trabajadores migratorios que pasan la mayor parte de su tiempo en las fincas de la costa sur, ganando un salario bajo para poder sostener a una gran familia.
- 13.1.14 Los métodos tradicionales de detección de Tuberculosis, no revelan la realidad del problema, sin embargo, la Baciloscopia no sólo es un método eficaz, accesible, confiable y de bajo costo, por lo que debe incrementarse su uso.
- 13.1.15 Tal como están las cosas, el Puesto de Salud no puede llevar a cabo un buen control de CASOS por no disponer de Tuberculostáticos.

en cantidades adecuadas.

Es de lamentar la actitud de las autoridades de Salud Pública al impedir que otras instituciones ayuden a resolver el problema. También es penoso oír que se niegue la medicina a personas que tienen interés en ayudar a sus coterráneos, para que cumplan con su tratamiento, tal como sucede con el promotor de salud de la clínica parroquial de Santa Eulalia.

- 13.1.16 Finalmente, con toda seguridad se puede decir que la "situación socio-económica" de los habitantes de éste y de otros lugares, es un factor determinante que incide en el desmejoramiento de la salud y no la falta de educación como equivocadamente creen algunos.

13.2 Recomendaciones:

- 13.2.1 Es deseable que la Dirección General de Servicios de Salud y la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos, propongan a todas las municipalidades para que los diagnósticos de defunción sean dados por médicos o estudiantes en EPS con el objeto de mejorar los registros, que sean confiables y que sirvan para estudios posteriores.
- 13.2.2 Incrementar el uso de la Baciloscopia de esputo en toda la república, por su facilidad de uso, su accesibilidad, confiabilidad, continuidad y bajo costo.

- 13.2.3 Solicitar a la División de Tuberculosis que proporcione personal y tuberculostáticos a todas las fincas de la costa sur para que los pacientes en control no interrumpen su tratamiento programado como sucede hasta ahora.

- 13.2.4 Incrementar la información acerca del problema de la Tuberculosis por medio de charlas en las aldeas y caseríos en el idioma nativo, por personal entrenado y conciente, de preferencia originarios del mismo lugar.

- 13.2.5 Sugerir a la Dirección General de Servicios de Salud que incremente el personal en los Puestos de Salud, para que se cumplan con todos los programas, sobre todo, el de Tuberculosis y el de Materno-Infantil. Hasta la fecha esto ha sido un problema para desarrollar un buen trabajo.

- 13.2.6 Que la División de Tuberculosis provea de suficiente material de laboratorio a los Centros y Puestos de Salud para poder continuar con la detección de casos nuevos y medicamentos antituberculosos en cantidad adecuada para un buen control de casos en tratamiento.

XIV BIBLIOGRAFIA

1. Beeson, P. y W. McDermott (Roger Des Prez). "Tuberculosis". Tratado de Medicina Interna de Cecil Loeb. Décimotercera edición, Tomo I. Traducido por Alberto Folch y Pi. Editorial Interamericana, México, 1972, pp. 634 y 635.
2. Cabrera, J.C., "Vacunación Antituberculosa en Agua Escondida, Departamento de Sololá". Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Tesis de Grado, Guatemala, 1976, 22 p.
3. García Noval, J., "La Tuberculosis en un Programa Nacional". Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Fase II, Guatemala, 1976, 12 p. (Mimeografiado).
4. Krugman, S. y R. Ward. "Enfermedades Infecciosas". 5a. Edición. Traducido por Alberto Folch y Pi. Editorial Interamericana, México, 1974. pp 325 y 326.
5. López, Víctor M. "Epidemiología de las Enfermedades Respiratorias Infecciosas no Tuberculosas". Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Fase III, Guatemala, 1975. 10 p.
6. Mérida de León, J.C., "Documento Básico para la Integración de la lucha contra la Tuberculosis". Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala, 1977. 28 p.
7. Nuila, H.A., "Tuberculosis" (Documento de lectura obligado en los Seminarios Regionales, Medicina Integral y E.P.S.) Universidad de San Carlos, Facultad de

Ciencias Médicas, Fase III, Guatemala, 1975. 14 p.
(Mimeografiado).

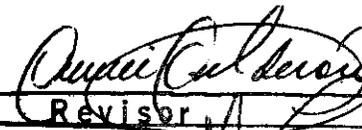
8. Recinos, Adrián. "Monografía del departamento de Huehuetenango". 2a. Edición, Editorial del Ministerio de Educación Pública. Guatemala, 1954. pp. 368-371.
9. Recinos O., A.D. "Estudio sobre Tuberculosis Pulmonar en el municipio de San Ildefonso Ixtahuacán, Huehuetenango". Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Tesis de Grado. Guatemala, mayo de 1978. 86 p.
10. "Santa Eulalia", Monografía escrita por un comité de vecinos, editada por el Instituto Indigenista Nacional. Guatemala, diciembre de 1968. pp. 1-78.
11. Schmid, L., "El Papel de la Mano de obra Migratoria en el Desarrollo Económico de Guatemala". Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Económicas, Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales. Tesis de Grado. Guatemala, 1973. pp. 20-69.
12. Segura, J., "Condiciones de Vida de los Migratorios". ECONOMIA (Revista del Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales), Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Económicas. Año V, No. 13. Guatemala, Junio de 1967. pp. 46 y 50.

Br.

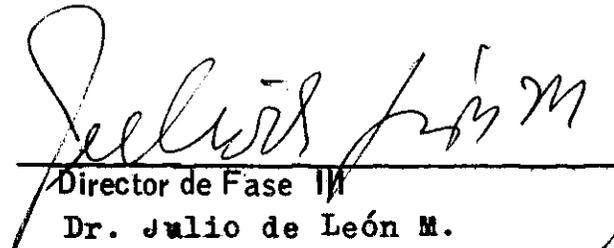

Pascual Mateo Hernández Toledo

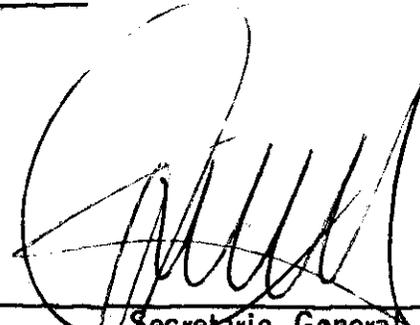


Asesor
Dr. Edgar Leal King

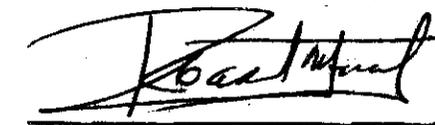

Revisor

Dr. Orencio Sosa Cald


Director de Fase III
Dr. Julio de León M.


Secretario General
Dr. Raul A. Castillo

Vo.Bo.



Decano
Dr. Rolando Castillo Montalvo