

**INFORME FINAL DE LA INVESTIGACION ETNOGRAFICA
SOBRE ALGUNOS ASPECTOS DE SALUD Y NUTRICION
EN UNA COMUNIDAD DE HUEHUETENANGO**

Diciembre de 1985

INFORME FINAL DE LA INVESTIGACION ETNOGRAFICA
SOBRE ALGUNOS ASPECTOS DE SALUD Y NUTRICION EN
UNA COMUNIDAD DE HUEHUETENANGO

PREPARADO POR ELBA VILLATORO Y ELENA HURTADO

DEL CENTRO DE ESTUDIOS FOLKLORICOS DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA Y
EL INSTITUTO DE NUTRICION DE CENTROAMERICA
Y PANAMA, DIVISION DE PLANIFICACION, RES-
PECTIVAMENTE

PARA EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL DE GUATEMALA

ENERO 1986

	Página
I. DESCRIPCIÓN DE LA COMUNIDAD	1
A. Razones para la Selección de la Comunidad	1
B. Información General	1
II. METODOLOGIA	
A. Selección de la Muestra	11
B. Procedimientos	11
C. Calendario del Estudio	12
D. Obstáculos y Limitaciones	13
III. RESULTADOS	
A. Descripción de la Muestra	14
B. Morbilidad de niños	15
C. Enfermedades Diarreicas	15
D. Alimentación y Cuidado del Niño	16
E. Crecimiento y Desarrollo del Niño	18
F. Embarazo, Parto y Post Parto	19
G. Lactancia Materna	19
H. Utilización de Recursos de Salud	19
I. Educación y Comunicación en Salud y Nutrición	21
J. Salud Oral	21
K. Planificación Familiar	23
L. Aspectos Psico-Sociales de la Familia y de la Comunidad	24

IV. CONCLUSIONES

25

V. RECOMENDACIONES

27

INFORME FINAL DE LA INVESTIGACION ETNOGRAFICA
EN ASPECTOS DE SALUD Y NUTRICION REALIZADA EN LA ALDEA RIO HONDO,
MALACATANCITO, HUEHUETENANGO

I. DESCRIPCION DE LA COMUNIDAD DE ESTUDIO

A. Razones para la Selección de la Comunidad

En reuniones realizadas en el mes de marzo de 1985 con profesionales de la División de Atención a las Personas, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, se llegó al consenso de realizar la investigación antropológica de salud y nutrición en tres comunidades de la República, con diferencias tanto étnicas como geográficas. Uno de los tres lugares escogidos fue el Municipio de Malacatancito, Departamento de Huehuetenango.

En este Municipio se realizó una investigación de prospección etnográfica de una semana, llegándose a la conclusión de que para cumplir con los criterios de selección de la comunidad de estudio establecidos en el protocolo de investigación era más conveniente llevar a cabo el estudio en una de las aldeas de dicho Municipio. Por lo tanto, se escogió la aldea de Río Hondo, que es una comunidad totalmente indígena, cuenta con cerca de 1,000 habitantes y se encuentra bastante aislada. La comunidad no tiene un servicio oficial de salud, pero cae bajo el área de responsabilidad del Puesto de Salud de Malacatancito.

B. Información General

1. Características geográficas-ecológicas

La comunidad de Río Hondo está rodeada por otras aldeas del Municipio de Malacatancito, exceptuando en el sur, donde colinda con el Municipio de San Bartolo Aguas Calientes y la aldea Aguas Calientes que

corresponden al Departamento de Totonicapán. Se encuentra a una altura de 2,025 m. sobre el nivel del mar (). La mayor parte del año mantiene un clima templado, sólo en los meses de noviembre a enero, según información de la población, baja la temperatura.

La topografía del lugar es bastante irregular, semiaccidentada. La aldea está rodeada de bosques, en su mayoría de pino, cada día empobrecidos por la inmoderada e incontrolada tala.

Un río (Río Hondo) no caudaloso divide en dos partes la localidad. Este es utilizado por la población únicamente para lavar ropa, no así para el baño, ya que aún utilizan el baño de vapor tradicional (chuj o temascal). En la aldea no hay instalación de agua entubada. Para el consumo doméstico se utiliza el agua de pequeños y dispersos manantiales; para algunas familias éstos están tan alejados de su domicilio, que deben caminar aproximadamente una hora para llenar un recipiente (una tinaja) de agua. Estos manantiales en la época seca no son suficientes para abastecer a la población, viéndose obligados los habitantes a caminar mayores distancias para la obtención de pequeñas cantidades de agua. La aldea también carece de servicio de energía eléctrica.

Río Hondo dista de Malacatancito 24 Kms., de los cuales ocho son carretera asfaltada (carretera Panamericana) y 16 son de terracería. La carretera de terracería aún está en construcción, pues los trabajos se iniciaron en el mes de enero del presente año (1985).

La comunicación con poblaciones vecinas es relativamente baja porque no existe servicio regular de transporte, como tampoco de correos y telégrafos. Fue a partir del mes de marzo de este año que comenzó a entrar una camioneta

a la aldea, prestando sus servicios cada fin de semana. El pasaje tiene un valor de Q2.00 de ida y vuelta a la cabecera departamental.

El resto de la semana, la población se traslada a pie hasta la carretera asfaltada para abordar la camioneta a Huehuetenango. Cuando van a Malacatancito lo hacen a pie, por veredas, para no incurrir en gastos. El viaje les lleva aproximadamente seis horas de ida y seis horas de regreso. De la misma forma viajan a San Bartolo, a seis horas de camino a pie de ida y regreso.

2. Distribución demográfica y grupo étnico

Según un censo realizado en noviembre de 1984 por personal del Puesto de Salud de Malacatancito, Río Hondo tenía una población de 858 habitantes, en su mayoría indígenas. La aldea es una de las cuatro que en Huehuetenango pertenecen al grupo lingüístico Quiché, probablemente por su proximidad con el Departamento de Totonicapán. Al momento de realizar la presente investigación en la comunidad, vivían únicamente dos mujeres autodenominadas ladinas, originarias del Departamento de El Petén. Una de ellas tiene 10 años y la segunda 4 meses de residir en la aldea y ambas están unidas a hombres indígenas originarios de la región.

La comunidad es dispersa, con viviendas separadas entre una y otra por una distancia aproximada de 1 Km. y a veces más.

3. Organización económica

La economía de Río Hondo es de subsistencia. La población vive principalmente de la tierra; siembra en forma combinada maíz, frijol y ayote. Algunas familias poseen árboles de aguacates, naranjas y duraznos. Se cultivan algunas hortalizas, solamente en la época de lluvia.

A excepción de la de aguacate, el resto de la producción agrícola es únicamente para consumo familiar e insuficiente para cubrir las necesidades alimenticias durante todo el año. En años anteriores muchas familias emigraban, tres o cuatro meses al año, a la costa sur del país para sembrar y cosechar algodón, café o caña de azúcar. Actualmente ya no están emigrando debido a que en las fincas de la costa cada año es menor la demanda de obreros agrícolas asalariados.

Según la percepción de los pobladores, su situación económica es cada día más grave. Entre las razones más sobresalientes que mencionaron para ello están las siguientes: a) la tierra que poseen es insuficiente; b) los suelos se han empobrecido y en forma acelerada están siendo cada vez más improductivos; c) no tienen capacidad económica para la compra de fertilizantes e insecticidas que mejoren la producción; d) no tienen orientación técnica para cultivos utilizando tecnología apropiada. Así, la población se ve encerrada en un círculo vicioso, incapaz de satisfacer sus necesidades alimentarias básicas.

Alrededor de 10 familias tienen ganado lanar y venden la lana a Q0.75 la libra en el Municipio de Momostenango, Totonicapán. En la comunidad solamente un hombre dedica su tiempo libre a tejer frazadas para uso de su familia. Todos los hombres combinan su actividad agrícola con otras como la cestería, la carpintería y, actualmente, con trabajos en la construcción de la nueva carretera.

Hay tres tiendas en la comunidad, una de las cuales es propiedad del máximo líder de la comunidad. Esta es la mejor surtida, teniendo en existencia: candelas, kerosina, fósforos, sopas de sobre, arroz, frijol, maíz, aguas gaseosas, cervezas, cigarrillos y algunos medicamentos como Alka-Seltzer,

Cafiaspirina, Neomelubrina y otros. Las otras dos tiendas sólo venden velas, cigarrillos y, a veces, aguas gaseosas.

4. Organización social y política

La autoridad máxima de la aldea recae en dos alcaldes auxiliares, seis comisionados militares y los grupos de autodefensa civil. A partir de 1982, se conformó la Coordinadora de Desarrollo Comunal (C.D.C.) que está integrada por cinco personas de prestigio, originarias de la aldea. También existen otros comités, entre ellos, el Comité Pro-construcción de la Carretera, el Comité Pro-mejoramiento del Pueblo y el Comité Pro-introducción de Agua Potable, éste último de reciente conformación. La función de la coordinadora y de los comités es promover programas de desarrollo que beneficien a la comunidad. Asimismo, los alcaldes, los integrantes de la coordinadora y de los comités velan por el orden de la población. Servicio de policía civil no hay.

La presidencia de la coordinadora y de los comités recae en personas que han mantenido liderazgo en la comunidad. En la actualidad un mismo señor desempeña el cargo de presidente de la coordinadora y de los diferentes comités. Este hombre tiene 53 años, habla muy bien el castellano y es reconocido como una persona muy activa. Según información de los pobladores, gracias a los esfuerzos de este señor se consiguió la construcción de la nueva escuela y de la carretera.

Entre los grupos religiosos están los catequistas, quienes celebran reuniones semanalmente en diferentes hogares. También están los llamados "Animadores de la Fe", que igualmente visitan los hogares y ofrecen pláticas acerca de la Biblia.

Según datos ofrecidos por los maestros y algunas autoridades, la mayor parte de los pobladores son Católicos que dicen pertenecer al grupo Acción Católica. En la aldea hay una pequeña planicie denominada Buena Vista, que es donde está ubicada una pequeña iglesia Católica. No tiene sacerdote permanente, sino que en días de fiesta llega a oficiarse misa el de Malacatancito.

Así también llega el sacerdote cuando los pobladores consiguen reunir la cantidad de dinero necesaria para pagar sus oficios, pero esto ocurre esporádicamente.

La religión Evangélica también está presente en la aldea y pertenecen a ella un pequeño grupo. Hay dos pequeñas capillas evangélicas, pero generalmente celebran oficios religiosos en casas de familia por estar las viviendas muy dispersas y en terreno muy accidentado.

La composición familiar en su mayoría es de tipo nuclear. Es frecuente que cuando se casa o se une una pareja, vive una pequeña temporada (alrededor de un año) en casa de los padres del esposo. Después se separan para convivir solos. Los padres, aunque sean de avanzada edad, se quedan viviendo solos, aunque no desamparados pues, en alguna medida, los hijos siempre velan por ellos.

5. Educación y comunicación

Hay una escuela de reciente construcción (de paredes de block, techo de lámina y piso de cemento) que fue inaugurada en abril de 1982. Esta consta de cuatro aulas, con bastante claridad y buena ventilación. Los maestros responsables de la educación primaria y castellanización son dos, uno res-

ponsable del programa de castellanización y primer grado, y el maestro director imparte clases de segundo a quinto de primaria. Este año no hubo ningún niño inscrito en el sexto grado.

Actualmente, solamente dos jóvenes están estudiando cursos de Prevocacional en el Instituto de Malacatancito. Ambos son hijos del líder máximo de la aldea.

Según información ofrecida por los maestros y por algunos padres de familia, su interés es únicamente que los niños aprendan a leer y escribir. Sin embargo, los padres de las 17 familias estudiadas dijeron que es importante que los hijos asistan a la escuela para aprender y tener mejores oportunidades de desenvolverse en la vida. Es muy notorio que el número de estudiantes de cuarto y quinto grado es bajo (7 en total) y que entre ellos hay sólo una mujer.

La población estudiantil disminuye a partir del segundo mes de clases. Esto obedece a que el niño, desde temprana edad, participa en las actividades económicas de la familia. Es frecuente encontrar a niños de ocho a doce años trabajando en la agricultura y a las niñas ocupadas en los quehaceres domésticos.

Ningún originario de la comunidad ha realizado estudios de educación secundaria o universitaria. Los que han emigrado en forma definitiva trabajan en comercio en Quetzaltenango o la Capital.

El único medio de comunicación externa existente en la aldea es el radio de transistores, pero no todas las familias poseen uno. Cuando el radio proporciona una noticia considerada de importancia, ésta es difundida oral-

mente entre los pobladores. Las emisoras más escuchadas son: La Voz de los Cuchumatanes, Huehuetenango; Ratio T.G.A.G. de Huehuetenango, La Voz de Cadena Landívar, de Quetzaltenango y la Radio 6:20 de San Cristóbal Totonicapán. Las familias que tienen radio de mayor potencia escuchan la Radio Nuevo Mundo y la Radio Ciros de la Capital.

A la aldea no llega ningún medio de comunicación escrita ni televisiva pues, como se mencionó anteriormente, no hay servicio de energía eléctrica. Igualmente se mencionó que el servicio de transporte es deficiente, ya que sólo se cuenta con ése los días domingos.

6. Recursos de Salud

a) Tradicionales

Entre los proveedores de salud del sistema médico tradicional, únicamente existen tres comadronas registradas. No hay curanderos ni espiritistas reconocidos por la comunidad. Vive en la aldea un anciano que, según información ofrecida, es brujo. Al mismo tiempo, la gente lo califica de "muy viejo" y afirma que "no es buscado para curar enfermedades". La función de sobadoras la desempeñan las madres de familia cuando lo consideran pertinente.

Existe el hábito de la automedicación, utilizando tanto remedios tradicionales como medicamentos farmacéuticos. Entre los últimos están: Sal Andrews, Alka-seltzer, Cafiaspirina, Neomelubrina, Vicks, Mejoral y otros de este tipo.

Entre los recursos terapéuticos tradicionales, ocupan un renglón impor-

tante las plantas medicinales, así como diferentes elementos de orden mágico-religioso propios de la región.

b. Institucionales o modernos

La aldea no cuenta con ningún servicio de salud institucionalizado. Cuando los pobladores de la aldea necesitan o deciden por este tipo de servicio, acuden al Puesto de Salud de Malacatancito a 10 ó 12 horas de camino a pie. Los resultados de las entrevistas realizadas a este respecto, muestran que ninguna de las 17 familias del estudio buscan en la actualidad los servicios del Puesto de Salud de Malacatancito porque no hay médico ni medicamentos en el mismo. Los pobladores dicen "vamos a madrugar porque nos tenemos que levantar a las tres de la madrugada, llegamos como a las 6:30 y no encontramos doctor, porque ahora no hay y tampoco hay medicina, ni siquiera aspirina". El medicamento recetado por la enfermera tienen que comprarlo en la farmacia, pero la mayor parte de las veces no llevan suficiente dinero para ello; regresan peor de como salieron de su casa después de caminar largas horas sin resultado positivo.

Ocasionalmente los pobladores visitan el Puesto de Salud de San Bartolo Aguas Calientes, donde la caminata es de menor tiempo. Sin embargo, los resultados son los mismos porque tampoco hay existencia de medicina en ese servicio.

En Pueblo Viejo, otra aldea de Malacatancito, construyeron hace dos años un Puesto de Salud, el que desde entonces permanece cerrado. La gente de la comunidad dice "solo gastaron pinto por gusto o inútilmente". Según los habitantes de Río Hondo, si el Puesto de Salud de Pueblo Viejo estuviera en funcionamiento, aliviaría muchos de los problemas de salud de su aldea,

ya que el recorrido a pie hasta el mismo es de tres horas de ida y regreso.

Todas las personas entrevistadas y con quienes se conversó informalmente manifestaron la necesidad de tener un Puesto de Salud en la aldea o cercano, pues cuando sus hijos o algún familiar enferma no tienen un servicio (oficial) a dónde recurrir. Indicaron que muchas veces el paciente se les moría en el camino a un servicio de salud como el de Malacatancito. El traslado de un enfermo adulto ocasiona muchos problemas pues, si su estado es grave, lo acondicionan en una silla y lo cargan en la espalda. El recorrido lo hacen varios hombres para turnarse en cargar al enfermo durante el trayecto.

El único programa de salud institucionalizado que los ha alcanzado es el de inmunizaciones. El Técnico de Salud de Malacatancito visita la comunidad dos veces por año para la aplicación de vacunas.

En Río Hondo hay un Promotor de Salud adiestrado en el Hospital de Jacaltenango. El ha recibido 11 cursillos entre los que incluye la práctica obstétrica y la extracción de piezas dentarias. El promotor ofrece servicio domiciliario y también tiene montada una pequeña clínica en la casa de su padre, donde da consulta y medicamentos, todos de tipo farmacéutico. Las medicinas las compra en Quetzaltenango y las vende a quienes se las solicitan. En su mayoría, las medicinas que tiene son antidiarréicos, antialérgicos, antipiréticos y antihelmínticos. El valor de la consulta varía dependiendo si el paciente va a la clínica o es visitado en su propia casa. Según el Promotor de Salud, sus servicios médicos son bastante solicitados, excepto los obstétricos que son desempeñados por las comadronas de la localidad o de Pueblo Viejo.

II. METODOLOGIA

La metodología para realizar los estudios etnográficos se encuentra detallada en un Manual de Investigación (). Se tratarán aquí únicamente las características sobresalientes de la presente investigación.

A. Selección de la Muestra

La selección de las familias de estudio no se hizo al azar como se indicaba en el protocolo general, debido a las características topográficas y socioculturales de la comunidad. En la fase inicial del estudio, el Promotor de Salud acompañó a la investigadora para conocer a todas las familias. De esta forma se obtuvo información general acerca de las características de la comunidad y se seleccionaron a propósito 17 familias con niños de 5 años o menores.

B. Procedimientos

Como técnicas de investigación se utilizaron la observación directa, indirecta y participante y la entrevista formal e informal. Con todas las familias se discutieron todas las preguntas que componen las guías y formularios del Manual de Investigación, a excepción de las guías de planificación familiar, de desarrollo infantil y de aspectos psicosociales. Se estimó que no era conveniente preguntar directamente sobre planificación familiar, ya que habían surgido comentarios en la aldea de que la presencia de la investigadora obedecía a que iba a "repartir pastillas anticonceptivas", que son, como medio de planificación familiar, muy mal vistas por la mayoría. Sin embargo, informalmente se trató el tema con algunos informantes (de tres familias). No se realizó el control de desarrollo infantil porque los niños menores de un año usan pañales enrollados alrededor de caderas y piernas y

las madres no permitieron que se les quitaran para hacer las observaciones requeridas. Con niños mayores de un año tampoco fue posible hacer las observaciones porque durante las entrevistas no se retiran del seno materno, son bastante uraños y no hablan español. Un estudio de desarrollo infantil hubiera requerido reconsiderar el enfoque y el tiempo de estudio.

La guía de aspectos psico-sociales también presentó algunos problemas. En su contenido hay preguntas relacionadas con el sexo, tema que no es discutido abiertamente. Se requeriría más tiempo y observaciones para obtener este tipo de información.

Como observación participativa se pueden notar invitaciones a reuniones de tipo religioso, de cumpleaños y comidas. En estas oportunidades se pudieron conocer diferentes costumbres de la comunidad.

C. Calendario de Estudio

La realización del estudio estuvo dividida en las siguientes etapas:

1. Del 10. al 24 de marzo de 1985 se revisó y discutió el manual de método etnográfico, técnicas e instrumentos de investigación a utilizar, en el INCAP. También durante este tiempo se realizaron varias reuniones en la Dirección General de Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

2. Del 25 al 29 de marzo se inició la investigación de prospección etnográfica en el Municipio de Malacatancito y la Aldea de Río Hondo, Huehuetenango.

3. Del 15 al 26 de abril se participó en el "Curso sobre Estudios Antropológicos Aplicados a Salud y Nutrición", realizado por el INCAP en el

Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) en Cartago, Costa Rica.

4. Del 30 de abril al 31 de mayo se llevó a cabo la investigación etnográfica sobre aspectos de salud y nutrición en Río Hondo, Malacatancito, Huehuetenango.

La investigadora, Lic. Elba Villatoro, tiene un grado de licenciatura en Antropología de la Universidad de San Carlos de Guatemala y actualmente trabaja en el Centro de Estudios Folklóricos de esa Universidad.

D. Obstáculos y Limitaciones

Algunos de los obstáculos para realizar la investigación ya fueron señalados arriba. Por otra parte, en esta comunidad cuando el jefe de hogar no se encuentra en la casa, es muy difícil que las mujeres den información. Tomando esto en cuenta, se trató de realizar las entrevistas iniciales en las horas en las que el esposo estaba en el hogar y la mayoría de ellos se mostraron accesibles. Fue bien notorio que si el esposo se mostraba amable y comunicativo, la esposa también daba información; de lo contrario, decía que no sabía nada. En las siguientes visitas algunas madres dieron información, aunque el esposo estuviera ausente, mientras que otras siempre esperaron que el marido estuviera en casa. La información fue, en su mayoría, ofrecida por los dos. Es importante señalar que, cuando el esposo daba la información, las señoras confirmaban lo ya dicho por él oralmente, con movimientos de la cabeza en señal de aprobación.

Respecto al rechazo inicial de algunas de las familias de la muestra se obtuvo información de que existía cierto descontento con la presencia de

la investigadora porque se decía que iba a "repartir pastillas para ya no tener hijos", a "dar malos consejos" respecto a lo mismo y que iba a "descomponer a la comunidad". Sin embargo, se continuó visitando a las familias hasta lograr ganar su confianza, excepto en dos casos, uno en que el esposo es comerciante y con frecuencia sale de la comunidad y el otro en que, según lo dicho por los pobladores, la familia vive en condiciones "no comunes, ni correctos", pues el jefe del hogar convive en una misma casa con dos mujeres. Cada una de ellas tiene seis hijos y todos comparten una sola habitación y una cocina.

III. RESULTADOS

A. Descripción de la Muestra

Como se mencionó arriba se seleccionaron a propósito 17 familias (de familias) como informantes para el estudio a profundidad. Estas familias representan un total de 114 personas, con un promedio de 6.7 miembros por familia. La mayoría de las familias (16) son nucleares y solo hay una familia extendida. Los jefes de familia son en su mayoría (11) casados.

La edad promedio de las madres informantes es de 33.3 años (el rango de 19 a 49 años). Al momento del estudio habían 11 madres lactando, dos madres embarazadas, dos embarazadas y lactando y dos ni embarazadas ni lactando.

El Cuadro 1 presenta otras características de los jefes (padres y madres) de las familias estudiadas. Se puede observar que la mayoría son indígenas originarios de la comunidad. La religión predominante es la Católica. Más hombres que mujeres saben leer y escribir.

C U A D R O 1

CARACTERISTICAS DE LOS JEFES DE LAS FAMILIAS ESTUDIADAS

CARACTERISTICA	JEFES MASCULINOS		JEFES FEMENINOS		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Tiempo de residir en la comunidad						
- Toda la vida	17	100.0	15	88.2	34	100.0
Grupo étnico						
- Indígena	17	100.0	15	88.2	32	94.1
- Ladino	0		2	11.8	2	5.9
Religión						
- Católica	13	76.5	13	76.5	26	76.5
- Evangélica	3	17.6	3	17.6	6	17.6
- No tiene	1	5.9	1	5.9	2	5.9
Sabe leer						
- Sí	13	76.5	5	29.4	18	52.9
- No	4	23.5	12	70.6	16	47.1
Sabe escribir						
- Sí	13	76.5	5	29.4	18	52.9
- No	4		12	70.6	16	47.1
Grados ganados en la escuela						
	$\bar{X} = 1.6$		$\bar{X} = 1.0$			

Las características de las viviendas de las familias estudiadas se presentan en el Cuadro 2. La mayoría consta de por lo menos dos ambientes, uno dormitorio y el otro cocina. Casi todas las casas tienen piso de tierra, techo de tejas y barro y paredes de abobe sin repello. No hay servicios sanitarios ni de disposición de desechos humanos y otros. Cuatro (23.5%) familias estudiadas tienen radio en uso, seis (35.3%) lo tienen descompuesto y siete (41.2%) no tienen.

B. Morbilidad de Niños

Según lo informado por los padres de familia, los niños de y menores de cinco años habían sufrido de las siguientes enfermedades en las dos semanas anteriores: respiratorias, de la piel (ronchas), sarampión y enfermedades diarreicas.

C. Enfermedades Diarreicas

En el caso de las enfermedades diarreicas fue común que los informantes reportaran como agentes etiológicos a: (1) los parásitos ("lombrices y amebas"), (2) comer en exceso frutas como duraznos o limas (fruta de la temporada) y, en pocos casos, (3) falta de higiene. En torno a todas las causas anteriores va implícita la categoría de frío-caliente.

El período de evolución es percibido por la pérdida del apetito, el decaimiento o niño triste y la irritabilidad o mal carácter del niño.

Los padres de las 17 familias entrevistadas reconocen la gravedad del vómito en un episodio de diarrea. En esos casos, la curación se torna más difícil y prolongada.

Solamente dos señoras conocen lo que significa el término "deshidrata-

CUADRO 2

CARACTERISTICAS DE LAS VIVIENDAS DE LAS FAMILIAS ESTUDIADAS

CARACTERISTICAS	No,	%
- Vivienda propia		
Sí	16	94.1
No	1	5.9
- Número de cuartos		
Dos	14	82.4
Tres	3	17.6
- Cocina en Dormitorio	0	
separada informal	4	23.5
separada formal	13	76.5
- Piso de tierra	17	100.0
- Techo de Paja	5	29.4
de Teja de barro	10	58.8
de lámina de zinc	2	11.8
- Paredes de caño	5	29.4
de adobe sencillo	10	58.8
de adobe repellado	2	11.8
- Forma de cocinar en el suelo	13	76.5
en poyo informal	1	5.9
en poyo formal	3	17.6
- Instalación sanitaria ausente	17	100.0
- Desague a flor de tierra	17	100.0
- Abastecimiento de agua manantial	17*	100.0
- Basura la botan alrededores	17	100.0

* Consisten en nacimienots de agua muy pobres y muy dispersos en la comunidad.

ción". Es de tomar en cuenta que se trata de la esposa del promotor de salud y una señora mestiza que recientemente se trasladó a vivir en la comunidad. Los signos de deshidratación no los reconocen como tal, los identifican como gravedad de la enfermedad.

El tratamiento en los inicios de la enfermedad diarreica consiste en la automedicación con medicamentos tradicionales como pericón, hierba buena, altamiza y productos farmacéuticos, entre ellos, Aureomicina, Santeomicina, Alka Seltzer, Sal Andrews y otros. Estos últimos son adquiridos en las tiendas o con el promotor de salud.

D. Alimentación y Cuidado del Niño

En cuanto a la alimentación en general, se puede decir que tanto la población adulta como la niñez de Río Hondo vivía, durante el período de estudio, una situación dramática. En primer lugar, Río Hondo no es una comunidad autosuficiente. Por la falta de agua no pueden cultivar hortaliza- y la producción de maíz y frijol no es suficiente para satisfacer las necesidades de la familia. Durante el tiempo de estudio se observó que la mayoría de las familias se alimentaban solamente con tortillas con sal o tortillas con aguacate (esto por ser la temporada de aguacate). Las familias que tienen posibilidad económica consumen frijol una o dos veces por semana. Las familias con menos recursos consumen frijol una o dos veces por mes.

La difícil situación que el indígena de Río Hondo esta atravezando ha empeorado en el último tiempo pues, según los pobladores, "todavía uno o dos años atrás, producían más porque tenían dinero para comprar fertilizantes e insecticidas". En la actualidad no tienen capacidad de consumir la dieta

habitual constituída por la trilogía tortilla, frijol y chile. Fue frecuente encontrar como explicación al hecho de que ya no consumen chile, que "les da más apetito y esto les hace consumir más tortillas".

Esta situación general la padecen también los niños. Los padres buscan alimentarlos con un poquito más dándoles de tomar atole de maíz y algunas veces Incaparina. Sin embargo, para que esta última abunde, la preparan muy diluida.

En el transcurso del estudio, se observó a la población sumamente preocupada y triste porque la estación lluviosa se había retrasado. Por esta razón no se conseguían hierbas comestibles ni tampoco se conseguían huevos. La investigadora pudo presenciar un almuerzo, en el que se habían preparado dos huevos para siete personas. Otro almuerzo observado consistió en algunas hojas de repollo cocidas y acompañadas del agua en que se habían cocido. Consumen carne una o dos veces por mes. El "comer carne" en realidad consiste en preparar una libra de hueso y carne en la forma comúnmente llamada "cocido" o caldo, al cual agregan un guisquil, algunas papas y un pedazo de repollo. Para consumir cocido tienen que viajar a San Bartolo y comprar los ingredientes necesarios.

El niño pequeño no tiene una dieta especial. Entre los seis y ocho meses de edad comienza a ingerir la tortilla con sal y ella constituye su dieta habitual acompañada del seno materno hasta los 18 o 24 meses de edad. Después del destete come exactamente lo que los adultos consumen.

Las condiciones de la vivienda son higiénicamente muy malas, por lo que el niño vive constantemente en contacto directo con la tierra. La mayoría

de los niños que caminan son descalzos. La vestimenta es de arapos. La ropa de cama consiste en frazadas totalmente agujereadas.

E. Crecimiento y Desarrollo del Niño

Lo descrito anteriormente permite suponer que las condiciones nutricionales de las madres y de los niños antes y después de nacidos son deficientes. A esta descripción se deben sumar los elementos culturales que a veces influyen negativamente en la salud y especialmente en el adecuado crecimiento y desarrollo del niño. Entre estos está el hecho de que en el último trimestre del embarazo la madre limita su dieta par no tener un "niño gordo" (de 7 lbs o más) porque se sufre mucho en el parto.

Por otra parte, al ser preguntadas las señoras están conscientes que deben aumentar de peso durante el embarazo, pero no saben cuánto, ni cuánto efectivamente aumenta, porque los controles prenatales son efectuados por la comadrona y ésta no las pesa. Así también tienen conocimiento que un niño con bajo peso al nacer (según su definición de 3 a 5 libras) corre el riesgo de morir. Las madres entrevistadas opinaron que un buen peso para un niño al nacer es de 6 lbs.

Las madres reconocen el desarrollo y crecimiento de su niño por la forma como pide sus alimentos. Generalmente se ve en forma positiva si el niño es gritón y sí contesta a las caricias de los mayores. Son pocas las familias que reciben la ayuda alimentaria otorgada por el Puesto de Salud, razón por la cual no tienen control del peso de sus niños.

Fue posible observar con detalle a una sola niña de un año de edad,

miembro de la familia donde la investigadora iba a comer.

F. Embarazo, Parto y Post-parto

Las señoras son atendidas por comadronas a partir del quinto o sexto mes de embarazo y hasta el primer mes post-parto. La generalidad de las entrevistadas dijo no haber tenido problema alguno, ni en el embarazo, ni en el parto y post-parto. El período post parto es uno cuando por tradición come carne, ya sea de gallina, de res, o de oveja e ingieren atoles de maíz, Incaparina o chocolate para tener una buena producción de leche. Los cuidados, tanto en la alimentación como de su persona (por "aires") los tienen durante los primeros 40 días después del parto.

G. Lactancia Materna

Es hábito darle el pecho al niño pocas horas después de nacido. Las madres reconocen que la leche materna es el mejor alimento para el niño. Destetan al niño entre los 18 y los 24 meses de edad, generalmente por motivo de nuevo embarazo, pero a veces hasta el nacimiento del siguiente niño. Se observaron casos en que las madres lactaban al recién nacido y al niño mayor, porque sentían "tristeza" de destetar al grande.

Ninguna madre utiliza biberones. Tampoco manifestaron problemas en el amamantamiento. En cuanto a la edad apropiada del destete, las respuestas dadas representan el patrón ideal y no el comportamiento observado real. Las señoras contestaron que es bueno dar el pecho al niño hasta la edad de 18 meses; sin embargo, como se mencionó, los amamantan hasta los 20 o 24 meses de edad y a veces más.

H. Utilización de Recursos de Salud

La mayoría de las familias entrevistadas se automedica, en base a experiencias previas de la misma familia o de familiares cercanos o vecinos. Así también reciben consejos de parientes y vecinos.

En la comunidad no hay curanderos, sobadoras, ni hueseros. Entre los recursos de salud tradicionales cuentan únicamente con las comadronas, a quienes en raras ocasiones consultan por enfermedades de niños mayores de un mes de edad. Son las madres las terapeutas de los niños, utilizando para curarlos recursos tradicionales (plantas medicinales) y/o recursos farmacéuticos comprados en las tiendas o al promotor de salud.

Cuando las madres perciben que el tratamiento administrado no da los resultados esperados acuden al promotor de salud. Muchos se quejan porque "el promotor cobra mucho". Asimismo, las familias entrevistadas manifestaron que antes, aunque tuvieran que caminar bastante, llevaban a sus hijos al Puesto de Salud de Malacatancito porque había médico y medicinas. En la actualidad carecen de esto, entonces "no van a cansarse inútilmente".

Son muy pocas las familias que han acudido alguna vez a médico particular porque no tienen los recursos económicos para hacerlo.

La población de la aldea cree y tiene confianza en la medicina occidental pero no en la institucional. Reconocen que los productos farmacéuticos (pastillas e inyecciones) son buenos para reestablecer la salud, pero el problema económico no les permite hacer uso de ellos.

Por carecer esta comunidad de servicios de salud institucionales no se realizó la investigación como lo indicaba el protocolo. Solamente se entrevistó al promotor de salud.

I. Educación y Comunicación en Salud y Nutrición

En las casas de las familias visitadas, no se encontró ningún material gráfico, a excepción de una donde tenían un afiche del Papa Juan XXIII. Las paredes de las casas contaban solamente con clavos para colgar algunas bolsas de pita.

Cuatro familias tienen radio, las otras no porque se les descompuso y no tienen dinero para la reparación o nunca han tenido radio. De manera que por este medio no reciben ningún mensaje en cuanto a programas u orientación en salud y nutrición. Una familia dijo haber escuchado consejos de APROFAM, pero que esos consejos son muy malos "porque quieren acabar con la semilla que dejó Dios", como es la de tener hijos.

J. Salud Oral

En cuanto a los conocimientos y creencias sobre salud oral se refiere, la mayoría de las familias entrevistadas reportaron los mismos. La experiencia les dice que la primera dentición empieza entre los 5 y los 9 meses de edad. Estos dientes principian a caerse entre los 5 y los 8 años de edad.

Existe una práctica muy particular en relación a la caída de los primeros dientes. Cuando a un niño se le cae un diente de leche, el niño "dueño del diente" lo toma entre los dedos pulgar, índice y medio de la mano derecha y corre alrededor de la casa hasta completar nueve vueltas, después lanza el diente al techo de la casa. Según la creencia local, esto le asegura una buena dentadura.

Al preguntar acerca de enfermedades o problemas de la boca, solamente mencionaron la caries dental. Al profundizar, mencionaron como enfermedad muy

frecuente "el fuego" en la lengua, encías y paladar. Atribuyeron como agente causal del "fuego" en la boca el calor (del ambiente), tomar o comer comidas calientes (irritantes) y la fiebre. En la caries dental se mencionó como agente causal a "un gusano o animalito que se mete entre los dientes",

Llamó la atención que la mayor parte de los informantes de las familias dijeron no tener conocimiento de que existan las muelas cordales y estas no les habían salido. Otros informantes respondieron que tenían conocimiento que estas muelas, llamadas "de viejo", salían a los 20 años de edad, pero igualmente informaron que no les habían salido. Sólo tres informantes de las 17 familias de la muestra manifestaron que ya les habían salido las muelas cordales y que no habían tenido ningún problema. Habría que realizar una evaluación dental para confirmar o no estos informes.

Para el dolor de piezas dentales o inflamaciones de la boca el tratamiento consiste en la aplicación, solos o combinados, de productos farmacéuticos (violeta de genciana, Aspirina, Mejoral) y de productos naturales (tomate, entre otros).

En relación a las medidas de higiene oral tienen algunos conocimientos y saben de su conveniencia, sin embargo no las aplican. Las razones aducidas son: que se les olvida, que no tienen cepillo de dientes o que no tienen pasta dental. Algunas veces cuando van al mercado los compran, pero si se les terminan los dejan de usar. Como medida de higiene bucal acostumbran hacer enjuagatorios de agua simple al levantarse en la mañana y se frotan los dientes con el dedo. Cuando van de paseo o de visita, se frotan los dientes con sal y con los dedos o a veces utilizan cepillo y pasta dental "Colgate". Nunca acuden al dentista

cuando tienen problemas dentales porque dicen que no tienen recursos económicos necesarios y además, tienen que caminar mucho. Para la extracción de muelas se aplican "granos de cal viva", "granos de sal caliente" o "granos de alcanfor" en la pieza. Fue la opinión general que irían al dentista si tuvieran las facilidades. Consideran que el Promotor de Salud cobra muy caro por extracción dental y sólo en caso de urgente necesidad acuden a él. Las personas que en un momento dado han acudido al dentista para "arreglarse los dientes o muelas" han tenido experiencias negativas, por lo que opinaron que era mejor sacarse los dientes que arreglarlos (rellenarlos u otro). Todos los informantes de las familias entrevistadas manifestaron lo importante de conservar la dentadura completa para evitar trastornos digestivos.

K. Planificación Familiar

En relación a las guías de entrevistas sobre planificación familiar, no se pudo obtener la información deseada por los problemas que se encuentran explicados en el inciso referente a obstáculos y limitaciones en la realización del estudio.

A las familias entrevistadas se les hizo preguntas en torno al tema, en forma bastante informal para que no percibieran que formaban parte del estudio. Las respuestas a las preguntas sobre el número de hijos que debe tener una pareja, el intervalo ideal entre ellos y sus deseos de más hijos estuvieron siempre íntimamente relacionados "a la voluntad de Dios".

En general, la población no acepta la planificación familiar y, menos aún con métodos anticonceptivos artificiales. Para obtener información más precisa sobre el tema, se necesitaría convivir más tiempo en la comunidad y así lograr más acercamiento y ganar mayor confianza para abordarlo. Este es un tema que

en general no les agrada abordar.

L. Aspectos Psico-sociales de la Familia y de la Comunidad

En Río Hondo existen organizaciones religiosas y comités que han trabajado en programas de desarrollo de la comunidad. La opinión de los pobladores en cuanto a éstos es favorable.

Los maestros coincidieron en informar que "el indígena respeta mucho la voluntad del niño", por lo tanto al corregirlos generalmente no usan medidas físicas y nunca llegan a hacerle daño físico visible. Les llaman la atención a los niños verbalmente y a veces les castigan pegándoles con "chiribiscos" (ramas secas). Los niños que llegan golpeados a la escuela es por causas accidentales cuando están jugando o en el trabajo cuando ayudan a sus padres.

Los maestros dijeron no conocer casos de incesto en la comunidad. El alcoholismo no es reconocido como tal, porque los hombres beben cuando hay alguna celebración cívica, religiosa o familiar, pero en forma esporádica. En relación a la drogadicción, prostitución y delincuencia, en el pueblo no se conocen problemas de ese tipo. Las respuestas a nivel de las familias estudiadas y otros informantes al respecto coincidieron con las de los maestros.

En lo referente a la importancia de mandar a los niños a la escuela, las respuestas afirmativas quedan a nivel de lo ideal, porque en la práctica no se realiza. El niño debe prestar mano de obra a su padre y la niña ayudar a cuidar a sus hermanos menores y otras tareas domésticas. Sobre todo es la mujer quien raramente va a la escuela más allá del segundo grado de primaria.

Las preguntas que tienen alguna relación con el sexo, casi no fueron contestadas, los informantes adugeron que "no sabían". Se necesita más tiempo de convivencia en la comunidad para alcanzar la confianza necesaria para obtener la información deseada.

El retraso mental es percibido como un fenómeno "mandado por Dios". En la comunidad se conoce un caso solamente. Los informantes dijeron no conocer a personas con limitaciones físicas.

El divorcio o la separación no es aceptada, pues es transgredir "las leyes de Dios". Así mismo, no se acepta la infidelidad, sobre todo si es por parte de la mujer. Durante el período de estudio en Río Hondo hubo un caso de infidelidad por parte de la mujer y ella fue muy criticada por los hombres y mujeres entrevistados. Eran los informantes quienes sacaban a luz el tema y condenaban el hecho. La unión familiar es considerada como el modelo de vida ideal para vivir "bien y en paz".

IV. CONCLUSIONES

1. Río Hondo, Malacatancito, es una comunidad que aunque no está tan distante en relación a otras del departamento de Huehuetenango, está en un total aislamiento y abandono en cuanto a servicios públicos. No tiene servicio de agua entubada intradomiciliaria, menos aún de agua potable. No tiene servicio de energía eléctrica ni servicios de comunicación.

2. La economía de la aldea es agrícola de subsistencia. La tierra es cada vez menos en cantidad y calidad, lo que probablemente incide directamente en los problemas de nutrición y salud de la población en general y de

los niños en particular.

3. La población no tiene cobertura real de programas de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ya que los Centros y Puestos de Salud a los que debería acudir están muy lejos y carecen de medicinas. La prestación de servicios de salud fuera del hogar está a cargo de un promotor de salud de un programa privado y de las comadronas tradicionales.

4. La población cree en la medicina occidental, en el médico y en los productos farmacéuticos, pero en general, éstos son inalcanzables por razones económicas. Es decir, no son factores puramente culturales los que limitan el uso de medicina occidental, sino económicos y sobre todo institucionales.

5. La necesidad de Instalar un Puesto de Salud en la comunidad o cercano fue manifestada por todos los pobladores con quienes se tuvo la oportunidad de platicar.

6. La diarrea es reconocida como un problema de salud que afecta principalmente a los niños pequeños y las causas a las que se le atribuye son: (a) parásitos ("lombrices" y "amebas"), (b) relacionadas con la comida y (c) falta de higiene, en ese orden.

7. El tratamiento de las enfermedades en los niños (incluyendo la diarrea) está a cargo de las madres y consiste en una combinación de medicinas tradicionales (plantas medicinales) y fármacos vendidos en las tiendas o por el promotor de salud. Raramente se consultan servicios fuera de la comunidad.

8. Todo el cuidado prenatal, la atención del parto y el cuidado post-parto está a cargo de comadronas tradicionales, quienes ocasionalmente son consultadas sobre enfermedades en niños pequeños.

9. Existe conciencia de que los alimentos distribuidos en el Puesto de Salud de Malacatancito son buenos pero la distancia al mismo es un obstáculo para recibirlos. Por lo tanto, el niño de 5 años y menor queda al margen del control nutricional de peso y talla.

10. A diferencia de las familias de otras comunidades donde no se le da el uso adecuado a los productos de los programas de alimentación complementaria (vendiéndolos o dándoselos a los animales), en Río Hondo éstos son apreciados y consumidos aunque no como se debe, porque a cambio de que les tarden más tiempo, los preparan muy diluidos.

VIII. RECOMENDACIONES

1. Se podría instalar en Río Hondo, Malacatancito, una Clínica Rural. Para ello se podría aprovechar el edificio de la antigua escuela rural que está abandonado, pero en muy buenas condiciones.

2. De igual manera, para la atención de la clínica se podrían aprovechar los conocimientos, la preparación y el deseo de colaborar con los miembros de su comunidad del promotor de salud. El ha recibido 11 cursillos de salud en el hospital de Jacaltenango. En la actualidad también realiza trabajos de extracción de piezas dentales. Se le podría re-adiestrar en algunos aspectos y orientar un poco en las bondades de la medicina tradicional, pues su preparación está basada únicamente en la práctica médica occidental y ahora margina la medicina tradicional y con ello a algunas familias de la comunidad.

Por otra parte, el promotor es una persona de la comunidad, conoce el idioma y los problemas de los pobladores a todos los niveles, incluyendo los de salud.

3. Se podría solicitar una pequeña partida para pago del promotor de salud, así como para la compra de medicamentos para las enfermedades más comunes de la comunidad (por ejemplo, sobres de sales de rehidratación oral).

4. Solicitar una cuota periódica (o en la forma acostumbrada) de ayuda alimentaria como leche, trigo, harina de maíz, aceite, para su distribución a las familias con niños menores y de 5 años desnutridos o a riesgo.

INFORME FINAL DE LA INVESTIGACION ETNOGRAFICA
SOBRE ALGUNOS ASPECTOS DE SALUD Y NUTRICION EN
UNA COMUNIDAD DE HUEHUETENANGO

PREPARADO POR ELBA VILLATORO Y ELENA HURTADO

DEL CENTRO DE ESTUDIOS FOLKLORICOS DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA Y
EL INSTITUTO DE NUTRICION DE CENTROAMERICA
Y PANAMA, DIVISION DE PLANIFICACION, RES-
PECTIVAMENTE

PARA EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL DE GUATEMALA

ENERO 1986