

**Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas**

**Caracterización de la mortalidad de los adolescentes :
estudio descriptivo realizado del Registro Civil de los
municipios de Huehuetenango con datos
correspondientes del 1 de enero de 1995 al 31 de
diciembre de 1999 .**

Tesis

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

Por

SARA JUDITH GAITÀN CARRANZA

**En el acto de investidura de
Medica y Cirujana**

Guatemala, septiembre del 2001.

INDICE

	Pagina
I. Introducción	1
II. Definición y análisis del problema	2
III. Justificación	4
IV. Objetivos	6
V. Revisión bibliográfica	7
VI. Material y métodos	19
Definición de variables	21
Presentación y análisis de resultados	22
VII. Análisis y discusión de resultados	24
VIII. Conclusiones	61
IX. Recomendaciones	62
X. Resumen	63
XI. Bibliografía	64
Anexos	67

I. INTRODUCCION

La adolescencia es definida sociológicamente como el periodo de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta autónoma. Es una etapa crucial en la vida del ser humano, donde se fundamentan las bases de su estructura personal definitiva. Pero existen factores desencadenantes que podrían cambiar completamente su vida.

Las tasas de mortalidad de adolescentes son relativamente bajas comparadas con otros grupos de edad, pero han sido consideradas prioritarias por encontrarse enmarcadas dentro de las causas reducibles con medidas sanitarias sencillas. Las tasas marcan una tendencia creciente en los últimos años. Las violencias intencionales y no intencionales están ocupando los primeros lugares (accidentes, homicidios y suicidios) y son un indicador de patologías psicosociales graves como depresión, maltrato familiar, violencia social y consumos de alcohol y drogas.

Entre los principales componentes de la salud de la población, destaca por su vulnerabilidad la *capacidad de respuesta a los factores de riesgo*. Ello interesa específicamente en atención primaria, donde, mediante la educación comunitaria, podemos intentar un aumento en la efectividad del autocuidado, desde la alimentación y nutrición, a la prevención de los hábitos tóxicos y la higiene antiinfecciosa, la protección y prevención de las lesiones accidentales, junto a la potenciación del entorno familiar para el cuidado y la promoción del desarrollo de los hijos. El principal problema reside en demostrar la vulnerabilidad a la intervención, ya que suele intervenir ante procesos presumiblemente multicausales, cuyos mecanismos son poco conocidos (por ejemplo, maltrato infantil, patología cardiovascular, accidentes de tráfico, obesidad). La evaluación de las intervenciones de prevención primaria en la infancia y la adolescencia requieren estudios epidemiológicos largos, caros y con las dificultades metodológicas e interpretativas asociadas a cualquier intervención educativa.

El presente trabajo servirá indudablemente a nuestra generación profesional de importante guía, ya que es muy poco lo que se sabe de los adolescentes y de los problemas que los atacan.

II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

En el área de Latino América y el Caribe la población que corresponde a las edades de 10 a 19 años para 1995 fue de 130 millones (19,22). En el último censo de 1994 Guatemala contaba con una población de 8,331,874; de ellos 4,228,305 correspondían al sexo masculino; según datos más recientes la población es de 10,980,048 habitantes. Los adolescentes de 10 a 19 años constituyen 2,613,986; lo que corresponde al 27% del total de la población. Según la Academia de Lenguas Mayas 6,832,749 son indígenas y de estos 1,844,572 son adolescentes. (18).

Existen varios factores que influyen en la conducta actual de los adolescentes; podríamos decir que son 2 estilos de vida de alto y bajo riesgo y los que se presentan como de alto riesgo puede llegar a tener conductas que llegarán a afectar de un modo u otro su salud; como los accidentes que pueden llevarlos hasta la muerte sin dejar de mencionar los suicidios y el uso irresponsable de drogas. Al igual que en algunos otros países de América Latina las primeras causas de mortalidad son los suicidios y homicidios; en Norte América el suicidio ocupa el tercer lugar como causa principal de muerte en los adolescentes.(9) En EE.UU. el 70% de las muertes en los adolescentes lo constituyen los homicidios, suicidios y violencia, (3, 30) el 17% corresponde a los accidentes por vehículo no así las lesiones producidas por deportes y el ahogamiento. (19)

En Costa Rica; un país centroamericano, la información varía en cuanto a los demás países; entre sus primeras causas de mortalidad en el grupo de 10 a 19 años para 1992 estaban los traumatismos y el envenenamiento y como segunda y tercera causa de defunciones en los mismos rangos de edad están los tumores malignos y las enfermedades nerviosas respectivamente. Aunque los sistemas de salud muchas veces dificultan el llegar a determinar las necesidades de salud de este grupo de la población se determinó que la primera causa de mortalidad en Guatemala para 1994 en el grupo de adolescentes (10-19 años) fueron en su mayoría hechos violentos entre los que se cuentan homicidios y otros accidentes.(18)

La primera vía de entrada de los adolescentes a los servicios de salud para recibir atención médica es en la mayoría de las

veces por la emergencia; citándose entre otros problemas de morbimortalidad las infecciones respiratorias, digestivas, desnutrición y enfermedades que afectan al sistema nervioso. (18)

Para el departamento de Huehuetenango en el año 1999 una de las principales causas de mortalidad en adolescentes fueron las reportadas como naturales, seguidas de suicidios y homicidios (12). Como se puede observar las causas de origen violento ocupan la mayor parte de defunciones en América y posiblemente en el mundo entero; causas que muchas veces pueden ser evitadas si se tratara de entender mejor a esta población y si se toma en cuenta tanto su salud física como psicológica; su desequilibrio es, en la mayoría de los casos la causa principal de las defunciones en el grupo de adolescente y jóvenes.

III. JUSTIFICACIÓN

La adolescencia se interpreta muchas veces como una etapa difícil y de rebeldía, llena de cambios tanto psicológicos, como físicos y de comportamiento en el ámbito social. Sin embargo en la mayoría de los adolescentes, este período puede presentarse sin ningún problema; esto se puede llevar a cabo con una adecuada orientación, buena información y acceso a los distintos servicios que presta la sociedad. De esta forma el adolescente crecerá y se desarrollará como un adulto saludable en todos los aspectos.

Los adolescentes necesitan un cuidado especial; ellos frecuentemente están sometidos a presiones por parte de los padres, la falta de comunicación, los lleva a tomar conductas de riesgo para su salud, debido a esto las altas tasas de mortalidad.

En muchos países de América la constituyen las de origen externo; en la que influyen diversos factores como lo son los familiares: la estructura y ambiente familiar, (con sus particulares características) pueden contribuir al desarrollo sano del adolescente con factores protectores de salud integral, o determinar factores generadores de daño al adolescente que se perpetúan en la edad adulta. Factores sociales: el tipo de integración que el adolescente efectúe en la sociedad, depende de las características que actualmente la definen.

La convención sobre los derechos del niño dice que: niño es todo menor de 18 años, por lo que indirectamente se incluye al grupo de los adolescentes, lo cual significa que todos los artículos allí especificados deberían ser reconocidos para este grupo.

Es importante conocer las distintas causas de muerte en los adolescentes en nuestro país. Aunque se toma muy en cuenta las muertes causadas por fenómenos nocivos a la salud, se ha dejado por un lado las producidas por las llamadas causas externas que son aquellas diferentes a las causas de origen biológico que afectan a un gran número de adolescentes en el mundo entero. Así se puede tener un contexto de las necesidades de esta población y seguir

poniendo en marcha, el plan de atención para los adolescentes.

En nuestro país todavía no existe una legislación específica que reconozca los derechos y asegure la protección de esta población; sin embargo existe una propuesta que está en fase de revisión y análisis, pendiente de entrar en vigencia, que es el Código de la Niñez y la Juventud. Considero importante la realización de este estudio; ya que ayudará a detectar en forma oportuna los factores y conductas de riesgo que son causa de las principales condiciones de morbimortalidad en la población adolescente, así mismo buscará potencializar factores protectores que disminuyan estas condiciones.

IV. OBJETIVOS

GENERAL

Caracterizar la mortalidad de los adolescentes del Departamento de Huehuetenango durante el periodo del 1 de Enero de 1,995 al 31 de Diciembre de 1,999.

ESPECIFICOS

1. Determinar las causas de mortalidad de cada municipio por año.
2. Determinar las causas de mortalidad de cada municipio por edad
3. Determinar las causas de mortalidad de cada municipio por sexo
4. Identificar el lugar de ocurrencia de las defunciones
5. Determinar quienes proporcionan la información de la causa de muerte al Registro Civil Municipal.

V. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

A. DEFINICIÓN:

Los adolescentes son personas en la etapa comprendida entre los 10 y 19 años de edad; y los jóvenes la población comprendida entre los 15 y 24 años. Son el 30% de la población total en Latino América. (18,19,21)

La adolescencia se divide en 2 etapas o periodos: *adolescencia temprana* que va de 10 a 14 años y de 15 a 19 años llamada *adolescencia tardía*. (20)

El adolescente por su singular estilo de vida tiene implicaciones importantes para su salud. Además de las características propias de la edad de esta etapa vital, se pueden encontrar diferencias entre los adolescentes, basadas en desarrollo físico y psicosocial. El adolescente pasa a ser una persona adulta en el momento que actúa como un ser independiente de su familia.

B. ALGUNAS CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ADOLESCENCIA

En la etapa de la adolescencia, los jóvenes viven un proceso de cambio corporal, intelectual y afectivo que genera en ellos una cierta tensión cuyas causas en muchas ocasiones no se encuentran en el propio adolescente sino en la familia y en su propia comunidad. No obstante, la mayoría de los adolescentes se adaptan razonablemente, superando la tensión y los conflictos de manera satisfactoria, lo que los lleva a ser personas responsables de sus propias actividades ante la sociedad.

Se dice que es un período transitorio psicológicamente de la infancia a la madurez que sirve como preparación a la vida adulta, aunque no siempre se aprecia con regularidad ese cambio; que depende prácticamente de su autonomía familiar. Al mismo tiempo se producen cambios corporales importantes para cada uno de ellos, ya que de esto depende su aceptación a su grupo de amigos que con el tiempo se van transformando de ser grupos de un solo sexo a grupos mixtos, he allí la importancia de su físico.

Se produce una fuerte integración social en el grupo de iguales y comienza el proceso de separación familiar. El grupo actúa como agente de socialización permitiendo al adolescente practicar

conductas, habilidades y roles que contribuirán a la construcción de su identidad adulta, dependiendo siempre de su capacidad psicosocial.

Es un momento crítico en la formación de la identidad. La representación de sí mismo pasa a constituir un tema fundamental. El adolescente tiene una gran necesidad de reconocimiento y aceptación para formarse un concepto positivo de sí mismo.

Aparece una moral independiente; las reglas deben ejercerse por sus propias decisiones, y no de la exigencia de los adultos.

Desde el punto de vista educativo y preventivo la escuela ha de contribuir al desarrollo de la identidad y la aceptación del propio cuerpo. Cerca del 52% de los adolescentes estudian el nivel básico en Centro América con una diferencia muy notable en comparación con los Estados Unidos (EE.UU.) que casi llega al 100% de estudiantes de la misma edad, si a esto agregamos que en Centro América la mayor parte de población adolescente que asiste a las escuelas de nivel medio son del área rural; nos daríamos cuenta que es un gran porcentaje de jóvenes que no tienen acceso a la educación por alguna u otra forma. La autoestima, la resistencia a la presión de grupo así como promover valores y hábitos contrarios al uso de drogas, debe de ser asesorando y orientando al adolescente en los distintos aspectos que pasan a ser relevantes en su vida y sus relaciones: la sexualidad, el grupo de amigos, la experimentación de nuevas actividades, su tiempo libre, etc.(18,23)

1. DESARROLLO PSICOSOCIAL:

Durante la adolescencia, deben dominarse ciertas labores si se desea que el niño evolucione hacia un adulto con éxito en la sociedad. Se debería de enfocar el desarrollo del adolescente dentro de un contexto familiar y ambiental asociado a recreación, participación social, salud y empleo como elementos principales para su desarrollo. Se dice que entre las actividades del adolescente están: independencia familiar y de su propio entorno, formación de identidad sexual y sentido de adecuación sexual, etc. Llevar a cabo estos logros puede llevar mucho tiempo incluso toda la vida; pero es tarea de los médicos encontrar oportunidad para ayudarlos en su desarrollo psicosocial.

Entre las múltiples causas de un concepto personal pobre está el tiempo de maduración puberal. La adolescencia es un

proceso también psicosocial, y no solamente biológico. En los varones, madurar antes que sus amigos, se puede interpretar como algo ventajoso que por sí mismo lo va a convertir en el más maduro que todos; mientras que el que madura más tarde se forma una autoimagen inferior a la de los demás compañeros de su grupo social.(19,21,30) Por lo tanto el cuidado de la salud juvenil viene como una subespecialidad para el nuevo médico. Se han publicado varios libros de texto recientemente, en donde se enfoca la necesidad de los médicos de entender mejor a esta población única, es una relación entre pediatras convencionales y medicina del adulto. La epidemiología de los problemas de salud entre los adolescentes es distinta. Anteriormente el diagnóstico de la salud del adolescente se realizaba por medio de un marco conceptual en donde se enfocaban los factores de riesgo y las actitudes arriesgadas que tomaban, mismas que conllevan a elevar las tasas de mortalidad de causas externas. Sus percepciones de tiempo, acciones entre las relaciones, responsabilidades y sus consecuencias son para el médico un desafío. (4,21)

C. MORTALIDAD EN EL ADOLESCENTE

La mayoría de problemas de salud del adolescente están relacionados casi siempre con su conducta y con problemas psicológicos. Esto se puede demostrar observando que las principales causas de mortalidad en esta población son externas, no así de tipo orgánico. Las metas para el año 2000 eran reducir la mortalidad de los adolescentes en un 30% en comparación con el año de 1991, sería importante investigar si realmente estas metas se han cumplido.(17,23,24)

1. Clasificación del riesgo en adolescentes

Estos criterios fueron elaborados para mejorar la capacidad de los médicos de comprender mejor a los adolescentes y sus problemas y están enfocados principalmente al ámbito psicosocial.

a. Riesgo psico-social:

- Tabaquismo
- Alcoholismo
- Uso y abuso de otras drogas
- Problemas graves de relación familiar
- Huidas del hogar frecuentemente
- Aislamiento
- Depresión

- Acción suicida
- Conducta delictiva
- Conducta agresiva
- Actividad sexual temprana
- Bajo rendimiento escolar y repitencia
- Desintegración familiar
- Analfabetismo del adolescente
- Desempleo del jefe del hogar

Todos estos factores se verán enfocados en cada una de las causas de muerte establecidas para los adolescentes. (2)

2. Muerte súbita en el adolescente

¿Que se define por "súbito"?, hay una variabilidad de definiciones en la literatura, se dice que las víctimas están bien o han tenido al parecer una enfermedad menor. Si tenían una enfermedad mayor, se pensó que estaba estable su condición por lo tanto la muerte fue inesperada. Aunque se considera la muerte súbita rara, su incidencia en personas de rangos de la edad de 1 a 20 años es de 1,1 a 13,8 por 100.000 por año, y explica 2 a 5 por ciento de muertes en ese grupo de edad. Un estudio de Melbourne, Australia, informó una tasa de mortalidad anual debido a trauma de 10,6 por 100.000 entre niños de 0 a la edad de 14 años. La incidencia de muerte súbita es más alta en hombres que en mujeres y por lo tanto hay que poner principal atención en los factores de riesgo para esta entidad. (5, 29)

3. Anorexia y Bulimia

Tomando en cuenta el desarrollo físico y psicológico de los adolescentes, es importante tomar en cuenta algunos aspectos que pudieran también intervenir en su salud por ejemplo, el desarrollo puberal femenino, se acompaña muchas veces de aumento en la grasa corporal lo que origina que las adolescentes se vean ellas mismas como sobrepasadas de peso, la baja autoestima podría desencadenar deseos de tener la figura perfecta y esto llevarla a conductas inapropiadas acerca de su alimentación; dando inicio muchas veces a la temida anorexia que tanto ha afectado a jóvenes durante muchos años; y que se caracteriza por un desequilibrio conductual en el que la persona tiene una pérdida de peso autoprovocado; por pretender llegar al peso ideal, lo cual trae repercusiones fisiológicas muchas veces irreversibles. (30)

La anorexia afecta sobretodo a mujeres jóvenes y en algunos casos a hombres. La mortalidad puede ocurrir en el 6% de mujeres hospitalizadas y esto debido a complicaciones de la misma como lo son inanición y desequilibrios electrolíticos; se ha reportado que en el 1 % puede darse el suicidio, secundario muchas veces a la depresión que manejan por tratar de alcanzar el ideal cultural del cuerpo. (30)

4. S.I.D.A.

Otro problema alarmante son las causas de muerte por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA); el inicio prematuro de la vida sexual activa pone en riesgo a los adolescentes a contraer enfermedades de transmisión sexual sin olvidarse de esta pandemia que se vuelve rápidamente en una de las principales causas de muerte entre adolescentes en las edades de 15 a 24 años de edad en Estados Unidos. La mitad de los nuevos contagios con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se producen en jóvenes comprendidos en estas mismas edades. En 1989 se habían informado 109,167 casos de SIDA en este país; de estos, 1266 son adolescentes entre 13 – 21 años. (11, 23,24). Debido a factores biológicos y sociales, las muchachas son especialmente vulnerables al contagio de estas enfermedades. Los riesgos son particularmente grandes para los o las que tienen múltiples compañeros sexuales y para quienes tienen relaciones sexuales comerciales para ganarse la vida. La Tuberculosis es una de las enfermedades infecciosas que más se ha relacionado con las muertes por SIDA.

5. Otras causas:

Debido a sus características fisiológicas las adolescentes se encuentran más vulnerables a:

La mortalidad materna: son las adolescentes entre los 15 y 19 años las que corren un riesgo dos veces mayor de morir durante el embarazo que el resto de las mujeres.

Enfermedades de transmisión sexual (ETS): cada año a nivel mundial 1 de cada 20 adolescentes adquiere una ETS (incluyendo el VIH/SIDA). En el Hospital de Kenyatta en Nairobi, de las jóvenes de 15 a 19 años de edad que habían acudido en busca de atención prenatal, una cuarta parte había contraído una ETS (gonorrea, clamidia o herpes), el estudio no está bien fundamentado, ya que no

se conoce el año en que éste fue realizado; pero la cantidad de adolescente afectadas allí mencionadas es considerable. (15)

Se ha mencionado también que entre las principales causas de mortalidad en el grupo de jóvenes están: accidentes, suicidios, homicidios, enfermedades infecciosas, complicaciones en el parto, enfermedades neoplásicas malignas y cardiovasculares; en un orden de importancia distinto en cada país. (9, 28) Los conflictos armados han tomado muchas vidas en las últimas décadas sin tomar en cuenta las discapacidades que estos producen y vuelven a la persona no apta para el trabajo físico que al no estar preparada psicológicamente se enfrenta nuevamente a un factor de riesgo como lo es la depresión. (24).

La muerte accidental, explica casi la mitad de las muertes entre personas 1 a 24 años de edad en los Estados Unidos. Los accidentes causan 3 por ciento de muertes entre infantes menores de 1 año de edad, y 71 por ciento de muertes entre personas a la edad de 15 a 19 años. El 40% de todas las muertes están involucradas con los choques automovilísticos y son los acompañantes los que en su mayoría sufren las consecuencias. (3)

Hasta 1989 en algunos países de Centro América, incluyendo Guatemala, el 54 % de las muertes en adolescentes y jóvenes se debieron a causas externas, viéndose una mayor incidencia en hombres que en mujeres, podría ser por la conducta arriesgada que toman los varones muchas veces.(22) Además el ingreso a temprana edad de los jóvenes a los trabajos forzados, incrementa el riesgo a su salud que podría también afectar su vida muchas veces. (27)

Causas de origen accidental más frecuentes (1)

- 50% es por accidentes viales: vehículos a motor (chofer y ocupantes), motocicletas, peatones, ciclistas.
- Caídas
- Ahogamientos
- Heridas por arma de fuego
- Envenenamiento
- Quemaduras
- Accidente ofídico
- Maquinaria e instrumentos cortantes

Las muertes no accidentales pueden ser debidas a homicidio o niño que abusa de sustancias ilícitas. (13) El suicidio ocupa el 4to. lugar entre las causas de muerte durante el periodo de la adolescencia y alcanza ½ millón de casos anuales en los jóvenes que lo han intentado. (7)

En la última década, la violencia se ha ido incrementando a nivel mundial, llegándose a caracterizar como epidemia. En América el 28.7% de homicidios es reportado en la población de 10 –19 años. 5 países de América incluyendo Colombia y El Salvador son los países con tasas mas elevadas de homicidios en jóvenes masculinos.(24) La violencia contra niños y adolescentes es otro fenómeno creciente. Sólo en Colombia, durante el primer semestre de 1994, fueron registrados 1,666 homicidios de niños menores de 18 años. Esto equivale a más de 9 asesinatos diarios. (10)

Las armas de fuego son los medios más utilizadas por las personas suicidas, y son los hombres los que utilizan los métodos más violentos. Se calcula que en EE.UU. existen aproximadamente 220 millones de armas de fuego. El 90% de las pistolas se encuentran involucradas en crímenes y usos ilegales de las armas. (3)

Según informes del Banco Mundial, la violencia es responsable por uno de cada cinco días de vida saludable perdidos por las mujeres en edad reproductiva. (14)

Otra causa de defunción que hay que tomar muy en cuenta y nos debe preocupar es el consumo de sustancias ilícitas; de los 1.06 millones de muertes que se dan anualmente en Estados Unidos y que son atribuidas al estilo de vida y a la conducta de alto riesgo de los adolescentes; un 50% se deben al consumo de alcohol, tabaco y drogas en forma indebida. La experimentación con drogas tiene una época en la que se considera de mas riesgo para el uso de tabaco, alcohol, marihuana, y es posiblemente cuando el consumo de éstas los hace parecer más importantes ante la sociedad; y es antes de los 20 años cuando ellos al menos han tenido una experiencia con sustancias ilícitas (6, 30). En 1996 se realizó una encuesta acerca del uso de drogas en Bolivia en una población de 12 a 17 años en donde se demostró que el 11% la habían consumido en el pasado (21), esto demuestra que los adolescentes están empezando a muy temprana edad a utilizar estas drogas como un medio de escape posiblemente por cuestión

de personalidad como se comentó anteriormente; esto se convierte en un círculo vicioso pues mientras más consumen, mas necesidad de ellas tienen, la falta de autocontrol y la forma negativa como ven su problema los hace hundirse y no poder salir de ellas, es por eso que el uso indebido de las drogas ha llevado y seguirá llevando a más jóvenes a las morgues de los hospitales si no se hace algo por resolver este problema.

El consumo de alcohol se ha presentado también como un problema en los adolescentes desde hace muchos años, es la droga más consumida y más fácil de conseguir; y por si fuera poco la que está más vinculada a accidentes de tráfico generalmente mortales.(6)

D. MONOGRAFÍA DE HUEHUETENANGO:

1. INFORMACIÓN GENERAL

Este departamento se halla limitado al Norte por México, al Este con Quiché, al Sur con Totonicapán y San Marcos y al Oeste con México. La distancia entre la capital hacia Huehuetanango es de 267 Kms.

Consta de 31 municipios.

ZACULEU: centro político y ceremonial de los Mames; fue declarado monumento nacional en 1931, se encuentra a 5 kilómetros de la cabecera.

Extensión Territorial: 7,403 Km cuadrados (es el departamento número 5 de los 22 del país, en extensión territorial. (8)

Clima: de templado a frío

Accidentes geográficos:

Montañas: los Cuchumatanes, Chamá, Santa Cruz y Montañas Mayas.

Ríos: Cuilco, Chancal, Negro o Chixoy, Selegua, Azul, Nentón, Chanjón, Ixcán, San Juan, Cananá, Piedras Blancas, Quisil

Lagunas: Yolnajib, Maxbal.

Feria Titular de la cabecera departamental:

16 de Julio, en honor de Nuestra Señora del Carmen.

Municipio con mayor extensión territorial: Barillas

Municipio con menor extensión territorial: San Gaspar Ixchil

a. BREVE RESEÑA HISTORICA:

El nombre de Huehuetenango fue tomado de la cabecera departamental, la cual en la época prehispánica se conocía como Shinabajul, Capital del Señorío de los Mames. Durante la conquista, los indígenas mexicanos que acompañaban a los españoles empezaron a llamarle Ahuehuetlenango, Ueuetenango, Gueguetenango, hasta llegar al nombre actual. Posiblemente le dieron esos nombres por la abundancia del árbol llamado sabino en las márgenes del Río Selegua y que en México se le conoce como Ahuehuetle. (16)

Durante la época prehispánica, el señorío Mam era de los más vastos territorialmente, pues comprendía los departamentos de Huehuetenango, Totonicapán, Quetzaltenango, San Marcos, y la Provincia de Soconusco (ahora territorio mexicano). Debido a las cruentas luchas entre las diferentes tribus, este territorio fue desmembrado, especialmente por la invasión de los quichés al mando del rey Quicab, conocido como Quicab el Grande, y sus aliados los cakchiqueles, obligando a los mames a abandonar parte de sus extensos dominios, replegándose a la parte montañosa, en especial Huehuetenango y San Marcos, aunque actualmente todavía existen pueblos mames en el departamento de Quetzaltenango en los municipios de Cabricán, Huitán y otros.

b. INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA:

Población total: 960,016 habitantes (8)

Población Urbana: 15% Población Rural: 85%

Población por grupo étnico:

Indígena: 64% No indígena: 33% Otros: 3%

Idiomas hablados:

Español, mam, awakateco, akateco, chuj, popti' y q'anjob'al

Tasa de analfabetismo: 52%

Esperanza de vida al nacer: 68 años

Formación de la PEA (población económicamente activa de 10 años o más)

- Mujeres: 12% - Hombres: 88%

Porcentaje de hogares con acceso a agua por tubería: 61%

c. ECONOMIA:

- Producción agrícola: café, caña de azúcar, tabaco, chile, yuca, achiote y gran variedad de frutas.
- Producción pecuaria: crianza de ovejas, ganado vacuno y caballar.

- Minería: explotación de minas de plata, plomo, zinc y cobre.
- Producción industrial: fabricación de artículos de cuero, alfarería, hilados y tejidos; guitarras fabricadas en la ciudad de Huehuetenango que por su calidad y sonoridad tienen mucha demanda.
- Producción artesanal: piedras de moler, cerámica tradicional, productos de palma, muebles de madera, cerería, imaginería, artículos de cobre y productos pirotécnicos. (13)

Pertenece a la región metropolitana No. VII NorOccidente junto con Quiché.

2. PROYECCIONES DE POBLACIÓN DEPARTAMENTO DE HUEHUETENANGO AMBOS SEXOS

	1,995	1,996	1,997	1,998	1,999	2,000
TOTAL	757,729	780,981	804,832	829,284	854,335	879,987
HUEHUETENANGO	73,269	75,989	78,950	81,970	85,051	88,371
CHIANTLA	62,534	64,513	66,731	69,010	71,348	73,927
MALACATANCITO	13,735	13,989	14,243	14,496	14,750	15,004
CUILCO	44,017	45,205	46,433	47,822	49,370	50,958
NENTON	22,490	22,885	23,280	23,676	24,071	24,466
SAN PEDRO NECTA	24,509	25,454	26,399	27,345	28,290	29,235
JACALTENANGO	32,196	33,240	34,285	35,329	36,374	37,418
SOLOMA	31,069	31,973	32,877	33,782	34,686	35,590
IXTAHUACAN	26,023	26,744	27,466	28,187	28,909	29,630
SANTA BARBARA	16,407	17,031	17,654	18,278	18,901	19,525
LA LIBERTAD	25,256	25,710	26,164	26,617	27,071	27,525
LA DEMOCRACIA	36,253	37,998	39,742	41,487	43,231	44,976
SAN MIGUEL ACATAN	22,091	22,373	22,655	22,936	23,218	23,500
SAN RAFAEL LA INDEPENDENCIA	11,855	12,070	12,284	12,499	12,713	12,928
TODOS SANTOS CUCHUMATAN	23,801	24,756	25,712	26,667	27,623	28,578
SAN JUAN ATITAN	13,889	14,422	14,954	15,487	16,019	16,552

SANTA EULALIA	23,797	24,316	24,834	25,353	25,871	26,390
	1995	1996	1997	1998	1999	2000
SAN MATEO IXTATAN	27,804	28,649	29,520	30,418	31,342	31,411
COLOTENANGO	20,484	21,107	21,749	22,410	23,091	27,095
SAN SEBASTIÁN HUEHUETENANGO	18,263	18,818	19,390	19,980	20,587	22,817
TECTITAN	7,556	7,786	8,023	8,266	8,518	8,888
CONCEPCIÓN HUISTA	17,804	18,345	18,903	19,478	20,070	21,713
SAN JUAN IXCOY	16,987	17,503	18,035	18,584	19,149	20,737
SAN ANTONIO HUISTA	10,795	11,123	11,461	11,810	12,169	12,782
SAN SEBASTIÁN COATAN	16,567	17,071	17,590	18,125	18,675	18,410
BARILLAS	54,280	55,930	57,630	59,382	61,188	58,559
AGUACATAN	39,109	40,298	41,523	42,786	44,086	45,506
SAN RAFAEL PETZAL	5,924	6,104	6,290	6,481	6,678	6,671
SAN GASPAR IXCHIL	5,486	5,652	5,824	6,001	6,184	7,468
SANTIAGO CHIMALTENANGO	6,369	6,563	6,762	6,968	7,180	7,490
SANTA ANA HUISTA	7,232	7,451	7,678	7,911	8,152	5,867

Fuente: INE y Centro Latinoamericano de Demografía (26)

CLASIFICACION DE MUERTE PARA EL AÑO 1999 EN HUEHUETENANGO (12)

1. Causa Natural	3,521	95.14%
2. Accidente	125	3.38%
3. Homicidio	43	1.16%
4. Suicidio	12	0.32%
TOTAL	3,701	100.00%

Situación de Salud de Huehuetenango para 1999*

Tasa de Natalidad	41.24 por mil nacidos vivos
Mortalidad General	4.33 por mil
Tasa de fecundidad	206.14 por mil
Muerte por suicidios:	12 muertes
Muerte por homicidios	43 muertes
Muerte por accidentes	125.00

AÑO 1998

Muerte por suicidios: 23 muertes
 Muerte por homicidios 32 muertes
 Muerte por accidentes 119 muertes

- Situación de Salud 1999 OPS/OMS.

POBLACIÓN ADOLESCENTE EN GUATEMALA

GRUPO DE EDAD Y EDAD SIMPLE	TOTAL		
	TOTAL		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
10-14	1,124,702	573,143	551,559
11	212,784	108,478	104,306
12	238,223	122,535	115,688
13	225,312	114,933	110,379
14	21,178	106,130	105,628
15-19	909,903	442,844	467,059

Fuente: censo 1994

POBLACIÓN GRUPO DE ADOLESCENTES EN HUEHUETENANGO

EDAD	URBANA			RURAL		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
10-14	13247	6637	6610	78694	40282	38412
10	281	1440	1375	17869	9124	8745
11	2401	1201	1200	14312	7415	6897
12	2788	1357	1431	16704	8565	8139
13	2748	1422	1326	15547	8002	7545
14	2495	1217	1278	14262	7176	7086
15-19	10538	4847	5691	60179	29185	30994
15	2426	1182	1244	13738	6783	6955
16	2225	1024	1201	12611	6279	6332
17	2240	1045	1195	12758	6320	6438
18	2106	928	1178	12178	5739	6439
19	1541	668	873	8894	4064	4830

Fuente: censo 1994

VI. MATERIAL Y METODOS

A. Metodología

1. Tipo de Estudio:

Descriptivo, retrospectivo

2. Objeto de estudio

Libros de defunciones del Registro Civil Municipal

3. Población de estudio

Se tomaron el 100% del total de defunciones reportadas en adolescentes (10-19 años), en el Registro Civil Municipal de los 31 municipios del Departamento de Huehuetenango, del 1 de Enero de 1,995 al 31 de Diciembre de 1,999.

4. Criterios de Inclusión:

Registro de defunciones en adolescentes (10-19 años), documentados en el Registro Civil Municipal de los 31 municipios del Departamento de Huehuetenango, en el periodo del 1 de Enero de 1,995 al 31 de Diciembre de 1,999.

5. Criterios de Exclusión

Registro de defunción no legible

6. Instrumento de Recolección de Datos

El instrumento de recolección de datos se realizó y procesó en EPI.info.6.

B. Recursos:

1. Materiales físicos:

hojas de papel
materiales de escritorio
libros de defunción del registro civil
Boleta de recolección de datos
fotocopias
computadora

2. Humanos:

médicos asesor y revisores

personal bibliotecario
estudiante
personal de las distintas municipalidades

3. Económicos:

Transporte:	Q1500.00
Hospedaje:	Q2000.00
Alimentación:	Q1,345.00
Fotocopias:	Q 695.00
Alquiler de computadora:	Q 105.00
TOTAL	Q5,645.00

4. Institucionales:

Universidad de San Carlos de Guatemala
Biblioteca USAC
Municipalidades de Huehuetenango

DEFINICION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDICION
CAUSA DE MUERTE	Evento que directa e indirectamente causó la muerte	Causa informada en el libro de defunciones del Registro Civil Municipal	Nominal	Causa
EDAD	Tiempo cronológico de vida desde el nacimiento hasta la defunción	Tiempo en años informados en el libro de defunciones del registro civil municipal	Numérica	Años Adolescencia temprana Adolescencia tardía
SEXO	Características físicas y fisiológicas que distinguen a hombres y mujeres	Sexo informado en el libro de defunciones en el registro civil municipal	Nominal	Femenino Masculino
FECHA DE OCURRENCIA	Fecha de ocurrida la muerte	Año en que se informó la defunción en el registro civil municipal	Numérica	Año y mes
LUGAR DE OCURRENCIA	Espacio territorial donde aconteció la muerte	Lugar donde se informó en el registro civil municipal la defunción	Nominal	Hospital Centro o puesto de Salud Domicilio Otro domicilio Centro de recreación Calle Campo Otro _____
PERSONA QUE INFORMA	Persona que dio información sobre la defunción	Persona que informó en el registro civil municipal la defunción	Nominal	Médico Enfermera Autoridad municipal Otra

VIII. CONCLUSIONES

1. Los años mas afectados en cuanto a muertes por adolescentes en el departamento de Huehuetenango fueron 1,995, 1997 y 1999, registrándose el menor número de muertes en 1996.
2. Las causas de muerte que ocuparon el primer lugar en el departamento fueron las bronconeumonías y neumonías, seguidas por deshidratación y en tercer lugar los politraumatismos, en su mayoría reportados en el área urbana.
3. La etapa que presentó el mayor numero de defunciones fue la tardía.
4. El sexo masculino predominó en las diferentes causa de muerte.
5. La persona que informó mas casos de defunción fue el médico seguido por enfermera, especialmente en los municipios de Cuilco y Barillas y Huehuetenango.
6. El lugar de ocurrencia de la mayoría de defunciones fue el domicilio y en segundo lugar la calle.

IX. RECOMENDACIONES

1. Promover un programa en el que el adolescente sea el que eduque a otros adolescentes, ya que esta población se entiende mejor entre su propio grupo.
2. Hacer campañas para que los adolescentes acudan mas a los servicios de salud y así poder brindar mayor servicio y prevenir muchas enfermedades.
3. Motivar e incentivar a médicos y enfermeras a prestar servicios en el área rural y llegar a lugares en donde el acceso es muy difícil debido a las distancias y sus carreteras.
4. Capacitar a los trabajadores de salud y personal que tiene acceso a los libros de defunción para poder brindar diagnósticos de muerte más específicos.
5. Capacitación adecuada del equipo de salud, para que en un trabajo integrativo e interdisciplinario hagan un abordaje individual y comunitario ajustado a las necesidades de los adolescentes.

X. RESUMEN

Las causas de mortalidad en el grupo de adolescentes se pueden concentrar en varias áreas: accidentales, procesos reproductivos y trastornos psicosociales entre otros.

El presente es un estudio de tipo descriptivo – retrospectivo, realizado en el departamento de Huehuetenango en los años de 1995 a 1999; en donde se pudo observar que entre sus principales causas de defunción se encuentran las infecciones de tracto respiratorio (Bronconeumonías/Neumonías), deshidratación y politraumatismos; todas estas son causas prevenibles en su mayoría; los accidentes son el problema de mayor incidencia en la mortalidad del adolescente; con repercusiones de gran impacto en el ámbito personal y familiar que se refleja en la dinámica social y económica.

Se recomienda tanto a las distintas autoridades como al Ministerio de Salud Pública, no centralizar los servicios de salud y hacer más accesibles los caminos hacia los distintos municipios; el departamento de Huehuetenango cuenta con únicamente 8 caminos asfaltados que conducen hacia la cabecera departamental, lo que dificulta el traslado a dicho hospital en caso de una emergencia.

Que se incorpore el grupo adolescentes en los planes de salud y se establezca una infraestructura necesaria para promover el desarrollo positivo de ellos mismos.

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. Adolescencia y Accidentes
www.media.payson.tulane.edu:8083/html/spanish/1h004s/1h004s04.htm
2. Adolescencia en la Sociedad
www.media.payson.tulane.edu:8083/html/spanish/1h004s/1h004s04.htm
3. Behrman, R. et. al Nelson. Tratado de Pediatría. 15ava ed. México D.F. editorial Interamericana 1,997. Vol 1
4. Brook, Ch. The Practice of Medicin in Adolescence.
www.nejm.org/content/1994/0330/0015/1095b.asp
5. Campillo, B. Muerte súbita e inesperada en niños y adolescentes.
www.siicsalud.com/main/welcome.html
6. Clínicas Medicas de Norte América. Abuso de Alcohol y otras Substancias. México. Editorial Interamericana 1998. vol. 4
7. Clínicas Pediátricas de Norte América. Medicina de Adolescentes. México. Editorial Interamericana 1980. vol.1.
8. Cristiani, C. Recursos Económicos de Centro América; Recursos Humanos. 4ta ed. USAC. Facultad de Ciencias Económicas Área Común. Colección Cristal, julio 2,000. Unidad III.
9. Daniel, W. Adolescents in Health and Disease. Washington. The c.v. Mosby Company, 1977. p.119.
10. Equidad de Derechos y Oportunidades para todos los Niños, Niñas, Adolescentes y Mujeres.
www.unicef.org/lac/espanol/infancia/equidad.htm
11. Farrow, J. The Medical Clinics of Norh America; Adolescent Medicine. Philadelphia. Guest Editor, September 1,990. vol. 74 No. 5.

12. Hernández Rousselin, Miriam Azucena. Violencia, un Problema de Salud Pública en Guatemala. Tesis (médico y cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 2000. 56p.
13. Houston K. Suicide in young people aged 15 – 24: a Psychological autopsy study.
www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=&DB=PubMed
14. Infancia y adolescencia en América Latina y el Caribe. Niñas, adolescentes y mujeres como víctimas de la violencia.
www.unicef.org/lac/espanol/infancia/ninas.htm
15. La Sexualidad y el parto en la adolescencia
www.safemotherhood.org/fact_and_figures/spanish/s-adolescent-sexuality.htm
16. Mapas de Huehuetenango.
<http://interhuehue.tripod.com/especiales.html>
17. Metas para el año 2000
www.fmed.uba.ar/mspba/linesmet.htm#ad.
18. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Área de atención integral a los y las adolescentes. Plan Nacional de atención integral a los y las adolescentes; Plan Nacional Materno Infantil. Guatemala, septiembre 1,998.
19. Organización Panamericana de la Salud. Adolescencia y Juventud. Aportes para una Discusión. Costa Rica. Marzo 1,995. 227p.
20. Organización Panamericana de la Salud. Programa Regional de Salud Materno Infantil y Programa Regional y de Salud del Adulto. Reunión de consulta sobre prioridades, estrategias y planes enero relacionados con la salud del adolescente. Washington D.C. 9-13 de 1,989.
21. Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas. Washington D.C. 1.998. (Publicación científica OPS No. 569) vol. I. p.71-80

22. Organización Panamericana de la Salud. La Salud del Adolescente y el Joven. Washington D.C. 1,995. (Publicación científica OPS No. 552)
23. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción de Desarrollo y Salud de adolescentes y Jóvenes en las Américas 1998-2001. Washington D.C. noviembre, 1,998.
24. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. La Salud de los Adolescentes y los Jóvenes en las Américas: escribiendo el futuro. Comunicación para la Salud No. 6. 1,995.
25. Población Total por Grupo Étnico y Sexo, según Departamento y Área urbana-rural censos 1994.
www.ine.gob.gt/dem/censo/depto.htm
26. Proyecciones de Población Departamento de Huehuetenango Ambos Sexos.
www.ine.gob.gt/proyecciones/huehuetenango.htm
27. Situación de salud de la mujer, el niño y el adolescente
www.fmed.uba.ar/mspba/linesstt.htm#sad
28. Strasburger, V. R. Brown. Adolescent Medicine; a practical guide. Toronto. Little, Brown and Company, 1991. p.
29. Virad. R. Stephen D.C. Sudden Death in infancy, childhood and adolescence.
www.nejm.org/content/1995/0333/0017/1160b.asp
30. Wyngaarden, J. et. al. Cecil. Tratado de Medicina Interna. 19ª. Ed. México D.F. Editorial Interamericana 1,994. Vol 1.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
Unidad de Tesis
Investigadora: Sara Judith Gaytán Carranza

CARACTERIZACION DE LA MORTALIDAD DE LOS ADOLESCENTES
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

REGION _____

Departamento: _____

Municipio: _____

Fecha de la defunción: _____

Edad: _____

Sexo: M___ F___

Etapa de la Adolescencia: Temprana___ Tardía___

Causa de muerte registrada:

Lugar de Ocurrencia de la defunción:

Hospital:___ Centro o Puesto de Salud:___
Domicilio:_____

Otro domicilio:___ Centro de recreación:

Calle: ___ Campo: ___ Otro:

Persona informante:

Médico: ___ Enfermera: ___ Autoridad municipal: ___

Otra: _____

VII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

CARACTERIZACION DE LA MORTALIDAD DE LOS ADOLESCENTES. DEPARTAMENTO DE HUEHUETENANGO. 1995-1999 Tabla No. 1

El departamento de Huehuetenango cuenta con 2 hospitales nacionales, uno en la cabecera y el otro en el municipio de San Pedro Necta. Entre hospitales y sanatorios privados llega a tener un numero de 21 lugares que prestan servicio de atención en salud del nivel 1, sin tomar en cuenta los puestos de salud que en su totalidad son 73. Sin embargo el número de muertes en este quinquenio varió. Los años en que se observa un incremento son 1995, 1997 y 1999 a expensas de 2 municipios que son Huehuetenango y Barillas; éste último es el municipio con mayor extensión territorial del departamento no así, el de mayor población. Sin embargo es posible que la distancia y las carreteras poco accesibles, sean un factor de riesgo para la alta mortalidad que presentó y que representa el 0.4% de la población adolescente del área rural durante los 5 años (138,873 adolescentes del área rural).

Tabla No. 2

Este municipio es el único que tiene como primera causa de defunción el politraumatismo, y es el sexo masculino el que predomina y esto se debe, a que están mas expuestos a los accidentes viales y de automovilismo, y por tener un hospital nacional las causas de origen natural disminuyen con relación al área rural, sin embargo es importante observar que el shock séptico le sigue en importancia con un 9.17%.

Tabla No. 3

Las infecciones de las vías respiratorias ocupan el primer lugar de muerte en este municipio, seguido de deshidratación; pero de todas las defunciones ocurridas ninguna fue informada por algún trabajador de salud; al contrario en su mayoría se trató de personas empíricas y solo 7 reportadas por el juez de paz. La adolescencia tardía sin diferencias significativas en el sexo fue la que predominó, con un promedio de 0.04% de la población adolescente de 15 a 19 años en el área rural.

Tabla No. 4

El 81% de las defunciones en este municipio ocurrieron en el domicilio, resaltando como causa número uno la de origen respiratorio con un balance en edad y sexo. En el caso de neoplasia intracraneana se trató de una persona de 18 años de sexo masculino quién falleció en el hospital.

Tabla No. 5

Chiantla es el municipio que se encuentra más cercano a la cabecera departamental y es el segundo municipio que cuenta con mayor población, sin embargo el informe de defunción fue dado por el compareciente, que en este caso no era médico ni enfermera. En los casos de infarto al miocardio predominó el sexo masculino en su totalidad, dato que no fue reportado por médico en ninguno de los casos.

Tabla No. 6

Colotenango cuenta con una población de 27,000 habitantes aproximadamente para el año 2,000 y tiene 1 centro de salud tipo B y un puesto de salud, no tiene maternidad cantonal ni centro urgencias, por lo que es comprensible que sea el tercer lugar de defunción en cuanto a mortalidad de adolescente se refiere. La mayoría de causas pudieron haberse prevenido y fueron en su mayoría en la adolescencia tardía con predominio del sexo masculino.

Tabla No. 7

La mayoría de defunciones en este municipio fueron las de causa natural. El único caso de asfixia por sumersión (ahogamiento) y la única de causa externa fue un joven de 17 años de edad quien falleció en uno de los tantos ríos que tiene el departamento de Huehuetenango.

Tabla No.8

La primera causa de muerte en este municipio fue la deshidratación, afectando mas al sexo masculino en la etapa tardía; dato que parece incomprensible, ya que la mayoría de muerte por deshidratación es mas frecuente en los niños por su incapacidad muchas veces de beber líquidos por ellos mismos. El diagnóstico fue dado por enfermera.

Tabla No. 9

El 45.6% del total de las muertes en el municipio de Ixtahuacán se debió a Bronconeumonía y Neumonía y fue el médico el que informó el mayor número de casos. Con respecto a los casos de defunción por intoxicación no se especificó el tipo de substancia, y como se puede observar se encontraban en la adolescencia tardía que es de 29,185 masculinos y 30,994 femeninos del área rural departamental.

Tabla No. 10

Jacaltenango presenta una mortalidad relativamente baja y al igual que en la mayoría de municipios la causa predominante son las infecciones de las vías respiratorias. Cuenta con 4 puestos de salud y un centro de salud tipo B. Dato que es importante tomando en cuenta que el promedio de defunción en relación con la población adolescente del departamento es de 0.13% (19 de 138,873)

Tabla No. 11

A pesar de que el clima en el municipio de la Democracia es cálido, no disminuyen las causas por bronconeumonías, esto se debe muchas veces al descuido de los padres con respecto al resfriado común. Hubo un caso diagnosticado por medico de Linfoma de Hodking, un niño de 10 años, la información no fue suficiente como para relacionarlo con alguna otra enfermedad. En este caso la etapa más afectada fue la temprana.

Tabla No. 12

Este es de los pocos municipios en los que el informante fue en su mayoría enfermera y médico. Las bronconeumonías continúan siendo las causas predominantes y es el único municipio en el que las heridas por arma de fuego se encuentran entre las 3 primeras causas de defunción. No hay variedad en cuanto a la etapa de ocurrencia y el sexo. Hubo un caso de tuberculosis pulmonar en 1999, una joven de 12 años de edad.

Tabla No. 13

Malacatancito es el primer municipio que se encuentra camino a la cabecera departamental; tiene una población aproximada de 15,000 habitantes, y la mortalidad es baja especialmente en los años 1996 y 1997, con 2 casos uno de asfixia por sumersión y la otra por vómitos de etiología desconocida respectivamente. Aquí predomina el sexo masculino en ambas etapas.

Tabla No. 14

El 99% de defunciones en este municipio ocurrieron en el domicilio de los afectados y un caso en el río de asfixia por sumersión. Las infecciones del tracto respiratorio ocupan los últimos lugares en frecuencia, posiblemente debido a su clima cálido.

Tabla No. 15

San Antonio Huista es uno de los municipios con menos población y eso se refleja en la mortalidad. Las personas que informaron las causas fueron 2 médicos, 2 enfermeras y 1 juez de paz. La etapa tardía fue la que predominó. Un caso de intoxicación por disulfuro se presentó en un joven de 18 años en 1998, en este caso se puede pensar en un suicidio, ya que no se encuentra una causa que justifique su ingesta.

Tabla No. 16

San Gaspar Ixil fue uno de los municipios que presentó menor mortalidad y esto se reportó con 2 únicas causas: bronconeumonías y deshidratación. Este lugar es el de menor extensión territorial y por lo tanto su población es pequeña; perteneció al municipio de Cuilco y posee un puesto de salud. No presentó ninguna defunción en los años 1995 y 1996.

Tabla No. 17

1999 fue el año en que San Juan Atitán presentó el menor número de defunciones. La causa número uno fue la deshidratación, no se especificó cual fue la causa primaria, pero según la mortalidad para 1999 en el departamento de Huehuetenango la 2ª causa de muerte la obtuvieron las enfermedades diarreicas. Los 2 casos de tuberculosis pulmonar reportados fueron en 1,993 y 1,995, en las edades de 18 y 10 años respectivamente, esto explica también que esté la desnutrición entre las 3 primeras causas de muerte en asociación con los casos de tuberculosis presentados.

Tabla No. 18

Solo 2 casos de mortalidad fueron reportados por un médico en este municipio, en la mayoría el informante fue la persona que compareció y la autoridad municipal; es por eso que el diagnóstico de fiebre no es muy confiable como causa de muerte, ya que esta siempre acompaña a una enfermedad sistémica. Julio y Agosto del año 1997 fueron los meses en que se presentaron la mayoría de defunciones, que coincide con la época de lluvia, por lo que se observa a las infecciones respiratorias como segunda causa de muerte.

Tabla No. 19

San Mateo Ixtatán presentó una baja tasa de mortalidad en estos 5 años a pesar de que la población no es muy baja, pero cuenta con los servicios básicos en salud; tomando en cuenta que tiene un centro de salud tipo B y 2 puestos de salud para todo el municipio. No se reportaron muertes por causas externas y fue 1995 en donde ocurrieron la mayoría de defunciones.

Tabla No. 20

El 23% de las defunciones en adolescentes en este municipio se debieron a bronconeumonías y neumonías, un 31% fueron las causas de origen externo, esto nos hace pensar que la mayoría de causas pudieron haberse evitado si se hubiera realizado un diagnóstico y tratamiento tempranos.

Tabla No. 21

Nuevamente las causas de origen respiratorio ocupan el primer lugar; este municipio se encuentra aproximadamente a 2,000 metros sobre el nivel del mar lo que puede explicar que debido al clima se presenten dichas enfermedades. Se reportó un caso de pericarditis en 1,999 en una persona de sexo masculino de 14 años de edad, el informante fue un medico y cabe mencionar que San Pedro Necta es el único municipio, después de la cabecera departamental que cuenta con un hospital nacional; además de un centro de salud tipo B y un puesto de salud.

Tabla No. 22

Las causas de defunción no varían mucho de un municipio a otro, son pocas las reportadas como causa externa, y se puede comprobar en este municipio que no reportó ninguna entidad de origen violento. Este municipio no cuenta con maternidad cantonal pero sí con un puesto y un centro de salud; sin embargo la muerte por parto complicado reportada pudo darse por una mala atención durante este y falta de control prenatal.

Tabla No. 23

San Rafael Petzal reportó en 1995 y 1999 la mayor tasa de mortalidad en los meses de Octubre y Diciembre, el 33% de las

causas fueron de origen externo y el 50% lo ocuparon las infecciones respiratorias, predominó el sexo masculino en la etapa tardía. En la mayoría de casos de asfixia por sumersión se trata del sexo masculino, es importante investigar si el hecho fue accidental o por homicidio, pero lo que sí es cierto es que el sexo masculino es el que está mas expuesto a estos accidentes por su tipo de trabajo que muchas veces se realiza cerca de los ríos.

Tabla No. 24

Las causas por descarga electroatmosférica estuvieron en la mayoría de municipios y en San Sebastián Coatán ocupa la 7^a causa de defunción. La altura en que se encuentra este municipio y la cantidad de árboles que posee el departamento en general lo hace muy susceptible a este tipo de fenómenos que en la mayoría de los casos no se puede prevenir.

Tabla No. 25

El 0.2% de la población adolescente del departamento falleció en estos 5 años de estudio en el municipio de San Sebastián

Huehuetenango predominando las causas de origen respiratorio y digestivo. Los 2 casos de hemorragia post- parto nos confirma lo que dice la teoría con respecto al embarazo en la adolescencia, pues son ellas quienes más complicaciones presentan durante el parto; ambas tenían 18 años de edad y las muertes ocurrieron en 1998.

Tabla No. 26

Santa Ana Huista es el municipio con menor cantidad de habitantes, para el año 2,000 tenía 5,867 habitantes aproximadamente; esto se refleja en el número de muertes que se produjeron 2 de ellas fueron en personas del sexo masculino de 12 años de edad y fue informada por médico. La muerte súbita fue común en algunos municipios de Huehuetenango, puede deberse a 2 cosas: debido a la falta de un hospital cercano no se pudo realizar un diagnóstico más certero y segundo que el médico que informó de estos casos no fue el que los trató y por lo tanto no se puede llegar a una conclusión. No hubo causas de origen natural.

Tabla No. 27

1997 fue el año en que se reportó mayor número de muertes en este municipio, principalmente en los meses de Febrero a Julio que coincide con la etapa de verano e invierno, pudiéndose así explicar él porque las bronconeumonías y la deshidratación posiblemente por diarreas se presentaron en estas fechas. No hubo diferencia en cuanto etapa de adolescencia y sexo.

Tabla No. 28

Es importante observar que en la etapa tardía de la adolescencia todavía hallan personas con desnutrición que los pueda llevar a la muerte; ya que esto se observa mas en las personas de menor edad. Uno de los casos reportados en este municipio fue informado por una enfermera y se trató de una persona del sexo femenino de 16 años de edad.

Tabla No. 29

En este municipio se encontró un caso de suicidio por raticida, los suicidios de origen no violento están enfocados mas a los de sexo femenino, como se puede observar en este caso, los varones utilizan medios más violentos para llegar a finalizar con su vida. También hubo un caso de mutilación en un niño de 10 años de

edad que tenía desaparecido una semana. El 44% de causas de defunción en este municipio se debieron a causas externas.

Tabla No. 30

Las causas por asfixia ocupan el 18.18% de las muertes en este municipio. Las muertes ocurrieron en un 90% en el domicilio de los afectados. Soloma tiene un centro de salud tipo B y no cuenta con puesto de salud. Sin embargo la tasa de mortalidad es de 0.2 por cada 1, 000 adolescentes en dicho municipio con relación a la tasa de mortalidad general para el departamento de Huehuetenango en el año 1999 que fue de 0.82 por mil adolescentes.

Tabla No. 31

El acceso al municipio de Tectitán desde la cabecera es un poco difícil, uno de ellos es por el departamento de San Marcos, ambos con carretera de terracería, lo que dificulta muchas veces su

traslado a un centro asistencial, como lo es un hospital. Se reportaron 2 casos de parto distócico complicado, pero lo extraño es que los informantes fueron familiares y las muertes ocurrieron en el domicilio, lo que deja en duda el diagnóstico.

Tabla No. 32

El 35% de las muertes de este municipio se debieron a bronconeumonías y neumonías, es el municipio que tiene las temperaturas mas bajas del departamento. Se encuentra aproximadamente a 3,500 metros sobre el nivel del mar, lo explica su alto índice de muertes por causas respiratorias. Los meses más afectados fueron Septiembre y Diciembre.

Tabla No. 33

El departamento de Huehuetenango tiene como primera causa de muerte las bronconeumonías y neumonías (27%) seguido de las deshidrataciones por diversas causas (vómitos, diarreas, etc.), estas son entidades que pudieron haberse evitado con un tratamiento inmediato; Actualmente cuenta 29 médicos ambulatorios y 1,162 vigilantes de salud; pero la tasa de mortalidad es de 5.3 muertes por mil adolescentes. Lo que significa que posiblemente los trabajadores de salud están centralizados. El difícil acceso a la mayoría de municipios es el principal factor condicionante para que dichas enfermedades no se puedan atender

a tiempo. El politraumatismo ocupa la tercera causa de muerte en el departamento con un número mayor en el sexo masculino, debido a la forma de vida más arriesgada que tienen los varones. El 2.5% se debió a suicidio, predominando en este caso el sexo masculino en la etapa tardía. Las causas de muerte fueron por lo general muy parecidas, la diferencia en algunos municipios se debió a la cercanía de estos a la cabecera departamental o a la cantidad de centros asistenciales que poseían.

Tabla No. 34

Un 86% de las muertes en el área urbana fue informada por el médico y el resto por la autoridad municipal. Esto se debe a la cantidad de hospitales y clínicas en el departamento, en cuanto al área rural los familiares y comparecientes, que muchas veces no se sabía de quien se trataba, fueron los que certificaron la causa de la muerte, lo que significa que los diagnósticos no sean 100% verídicos.

Tabla No. 35

El lugar de ocurrencia de las defunciones fue en la mayoría en el domicilio; en algunos municipios el 100% de las defunciones se reportaron en dicho lugar. Esto varía en el área urbana; por la presencia de sanatorios y hospital nacional en donde el 67% de las defunciones ocurrieron en estos lugares y solo el 23.8% en el domicilio. También llama la atención las muertes ocurridas en los ríos. Huehuetenango cuenta con 14 ríos y muchos de ellos caudalosos, lo que pone en peligro la vida de muchas personas que trabajan o se divierten cerca de ellos.