

JULIA STORMONT SANTOS



SALUD-ENFERMEDAD EN PERSONAS DESPLAZADAS DE SU  
HABITAT POR LA VIOLENCIA  
(NEBAJ, QUICHE, GUATEMALA).

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE HISTORIA

L, 989



14 T (34)

JULIA STORMONT SANTOS

SALUD-ENFERMEDAD EN PERSONAS DESPLAZADAS DE SU  
HABITAT POR LA VIOLENCIA  
(NEBAJ, QUICHE, GUATEMALA)

TESIS PRESENTADA POR EL AUTOR  
PREVIO A OBTENER EL GRADO DE-  
LICENCIADA EN ANTROPOLOGIA.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE HISTORIA

CONSEJO DIRECTIVO

DIRECTOR

LIC. JULIO GALICIA DÍAZ

SECRETARIO

LIC. GABRIEL MORALES CASTELLANOS

VUCALES

LIC. CELSO A. LARA FIGUEROA

LIC. GUILLERMO DÍAZ ROMEU

BR. SALVADOR LÓPEZ AGUILAR

BR. ENRIQUE GORDILLO CASTILLO

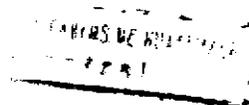
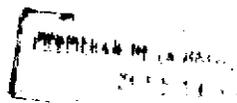
BR. ROBERTO ROBLES MAYÉN

COMITE DE TESIS

DR. RÓMULO SÁNCHEZ

LIC. GUILLERMO PEDRONI

LIC. ALFREDO GÓMEZ





ESCUELA DE HISTORIA  
Ciudad Universitaria, Zona 12  
GUATEMALA, CENTROAMÉRICA

Guatemala, 17 de agosto de 1989

Señores Miembros  
Consejo Directivo de la  
Escuela de Historia  
Area de Antropología  
PRSENIIE

Señores Miembros del Consejo Directivo:

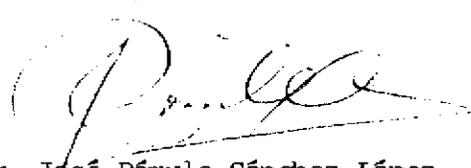
En mi calidad de asesor me permito presentar a su consideración el Trabajo de tesis de la Dra. Julia Stomont Santos, previo a optar el título de Licenciado en Antropología, intitulado: SALUD-ENFERMEDAD EN PERSONAS DESPLAZADAS DE SU HABITAT POR LA VIOLENCIA (NEBAJ, QUITCHE, GUATEMALA), el cual he revisado.

La investigación fue realizada en base a un estudio acucioso del tema, en donde se profundiza en hechos y consecuencias de un problema que presentan miles de familias guatemaltecas, especialmente el relacionado con la salud-enfermedad y la manera que estos grupos han sobrellevado este proceso.

El trabajo cumple con los requisitos exigidos, tanto académicos, técnicos como científicos, que requiere una investigación universitaria de esta naturaleza. Por lo anterior, al aprobarlo como asesor, solicito al Honorable Consejo Directivo, seguir con los trámites correspondientes.

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "

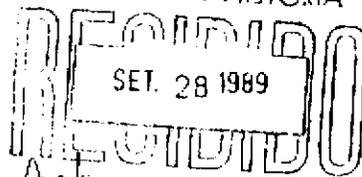


Dr. José Rómulo Sánchez López  
A S E S O R

JRS/wdec  
cc. Archivo



ESCUELA DE HISTORIA  
Ciudad Universitaria, Zona 12  
GUATEMALA, CENTROAMERICA



Datos

EH1164/89

Guatemala, 22 de septiembre de 1989

Señor Director  
Escuela de Historia  
Lic. Julio Galicia Díaz  
Su Despacho

Licenciado Galicia:

Atentamente nos dirigimos a usted y por su medio al Consejo Directivo de la Escuela, con el objeto de rendir informe sobre el trabajo de tesis de la estudiante JULIA STORMONT SANTOS, carnet No. 25361, que se titula "SALUD-ENFERMEDAD EN PERSONAS DESPLAZADAS DE SU HABITAT POR LA VIOLENCIA".

De conformidad con lo establecido en los artículos décimo cuarto y - décimo quinto del "Reglamento de tesis" vigente, hemos cumplido con examinar y analizar el trabajo, en el que la autora desarrolla de manera excelente el tema, especialmente en lo referente a la problemática del proceso salud-enfermedad de los desplazados por la violencia y su lucha por superarla.

Habiendo observado tales aspectos, rendimos nuestro informe final, indicando que el trabajo de tesis de la estudiante Stormont Santos merece -- nuestra aprobación, para que pueda sustentar el examen previo a obtener el título de Licenciada en Antropología.

Sin otro particular, aprovechamos la oportunidad para suscribirnos - de ustedes como atentos servidores.

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "

Dr. Rómulo Sánchez López  
Presidente Comité de Tesis

Lic. Guillermo Pedroni D.  
Miembro del Comité

Lic. Alfredo Gómez D.  
Miembro del Comité

RD/wdec  
cc. Archivo

DEDICO ESTA TESIS A

HUGO PERCY ALEJANDRO

MI ADORADO HIJO, A QUIEN  
PIDO PERDON POR HABERLE-  
ARREBATADO TIEMPO VALIO-  
SO DE CONVIVENCIA PARA -  
LA CULMINACION DE MI CA-  
RRERA.

## INDICE

	PAG.
I. INTRODUCCION	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
III. JUSTIFICACION	7
IV. REFERENTE TEORICO METODOLOGICO	8
V. REFERENTE EMPIRICO	13
VI. OBJETIVOS	28
VII. HIPOTESIS DE TRABAJO	29
VIII. TECNICAS	30
IX. PRESENTACION DE RESULTADOS	32
X. DISCUSION	59
XI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	67
XII. RESUMEN	75
XIII. BIBLIOGRAFIA	77
XIV. ANEXOS	82

## I. INTRODUCCION

La Salud-Enfermedad es uno de los problemas de primer orden en países como Guatemala, de economía dependiente. En éste país, además se suma un severo desgaste habido durante la última década, las fluctuaciones del mercado internacional afectan negativamente la economía nacional, esta última ya alterada por una situación de guerra entre otros factores.

En áreas urbanas del país crecen las actividades informales de grupos de población marginada, muchas veces provenientes del área rural, algunos desplazados por la violencia, simultáneamente en el área rural la pobreza se agudiza en la mayoría de su población en ellas existe poca posibilidad de progresar, e incluso de satisfacer coetáneamente sus necesidades básicas; por otra parte, a pesar de las medidas de orden económico ejecutadas a nivel nacional, los servicios básicos continúan deteriorándose incluyendo la salud de la población, esta última sufre de enfermedades ligadas al subdesarrollo socio-económico, por ejemplo la desnutrición, las enfermedades infecciosas y otras; manifestándose con tasas elevadas ya que ellas están íntimamente ligadas a la pobreza, las mismas responden favorablemente a mayor disponibilidad de alimentos al incremento del alfabetismo, al saneamiento ambiental, a la vacunación y a otras medidas que son sincrónicas al desarrollo socioeconómico.

Estos problemas de salud-enfermedad y sus determinantes son mayores en los grupos de población guatemalteca llamados desplazados, en quienes se suman al fenómeno de la violencia por la guerra ya citada, la cual aumenta la susceptibilidad y riesgo a enfermar y morir.

Este trabajo tiene como fin identificar presentar y discutir las características de la población calificada como desplazada por la violencia en el municipio de Nebaj, Quiché; como parte de él, se pretende, en cuanto al proceso salud-enfermedad del grupo comparar dos poblaciones, una recién reestablecida y otra cuyos pobladores tengan por lo menos dos años de estar establecidos, tratándose de encontrar las posibles causas de la morbili

dad detectada, y dar las explicaciones a todo ello.

Los grupos a estudiar son de la etnia india Ixil, ambos grupos de desplazados no poseen recursos económicos y pertenecen a una cultura determinada. Como parte del estudio se tratará de establecer sus mecanismos adaptativos para la supervivencia; estableciéndose coetaneamente, las similitudes y diferencias en cuanto a morbilidad entre estos grupos y la población de similares características socio-económicas pero no desplazada.

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a las especiales circunstancias en que se encuentra Guatemala: en guerra constante desde hace 28 años; de baja intensidad con períodos de exacerbación, de variable duración, agudizada en determinadas áreas del país, en las que, como en algunos departamentos del altiplano, la violencia se ha mantenido activa en las últimas dos décadas.

La población de estos lugares rurales se ha visto obligada a migrar -tanto dentro de nuestro territorio -desplazados- como fuera de él -refugiados- (México, Honduras, Bolivia, Belice). Tal fenómeno es significativo, -pues solo entre los años de 1981 a 1983 llegaron a México 100,000 refugiados siendo en general durante el mismo período aproximadamente de 250,000.

1/

La población desplazada que ha permanecido en Guatemala se encuentra en muchos casos en peor situación que los refugiados y repatriados, constituyendo aquel grupo cifras tan altas como de 1.000,000 de personas.

2/

El cambio de gobierno ocurrido en 1986 ha planteado algunas posibilidades para estos grupos, por ejemplo se creó por parte del gobierno de Guatemala la Comisión Especial de Atención a Repatriados en septiembre del mismo año, sin embargo no se puede tratar el tema repatriados independientemente de los desplazados. Por lo que en 1988 dicha comisión se amplió -para dar atención a estos grupos anteriormente al cuidado del ejército -del país. (CLEAR)

La situación del desplazado interno es peor que la del repatriado -según Acnur-, por lo que buscan crear programas conjuntos de repatriación y reintegración, financiados por la comunidad económica Europea.

3/

1/ Acnur. Refugiados asistidos por Acnur al 31 de mayo 1987. Cifras dadas por los gobiernos.

Nicaragua	5
Honduras	478
Belice	877
México	40,983

2/ Acnur. "Refugiados" Agosto 87.

3/ IBID.

El orden político ideológico social y económico determinan y condicionan el proceso salud-enfermedad, por lo que lo citado con anterioridad va a caracterizar de manera especial las formas en que se muestra éste proceso, haciéndose necesario conocer su presentación y comportamiento.

Cuales son las causas más frecuentes de morbilidad en los desplazados?

Sufren de las mismas enfermedades que grupos no desplazados del altiplano rural guatemalteco, con similar cultura y nivel socio-económico?

Respecto a estas interrogantes podemos decir que además de la desnutrición crónica que posiblemente padezcan; sufren de las mismas enfermedades - que otros grupos del área rural guatemalteca y de similar adscripción socio-étnica?

En qué condiciones viven los desplazados?

La vivienda y el saneamiento ambiental, en general es adecuada y congruente con su cultura?

Sobre lo anterior se sabe que al mejorar el saneamiento del medio en que se desarrollan los grupos, mejora el proceso de Salud-Enfermedad de los mismos, pero las medidas que sean tomadas en pro de éste mejoramiento deben ser consonantes a las características y recursos existentes en el área, así como acordes con sus valores culturales.

Presentan algún cuadro depresivo los recién desplazados, más frecuentemente que la población de similar cultura y clase, desplazados y desde hace algún tiempo reubicados.

El formar parte de un grupo social, con todo lo que ello implica, en éste caso una aldea, tomada como asentamiento de un grupo étnico. El ser --- miembro de éste grupo, tener una familia y poseer algunos medios de producción que tradicionalmente ha poseído para su trabajo agrícola o artesanal, proporciona seguridad y tranquilidad, lo que se traduce en una mejor posición ante cualquier situación adversa.

Cuando se pierde o se desintegra la familia, o parte de ella o el grupo social con el que tenía relaciones cotidianas y algunas o todas sus posiciones incluyendo sus medios de producción, se afecta de manera significativa la salud en sus distintos órdenes (social, psíquica, orgánica)., estas - pérdidas repentinas y violentas pueden generar angustia, pánico, depresión

y desadaptación hechos que pueden hacer a las personas más susceptibles a la enfermedad social, psíquica y orgánica por la pérdida de lo querido, - la desadaptación, falta de ingreso las conduce a la angustia primero y a la depresión después.

La depresión se va a manifestar además de su sintomatología patognomónica, en baja de las defensas el individuo haciéndolo presa fácil de enfermedades físicas.

4, 5/

Es posible que se forme un círculo partiendo de la reacción situacional depresiva pasando por angustia, bajo rendimiento, agresividad, resentimiento, dependencia, depresión? En cada uno de los momentos enumerados se es fácil presa de enfermedades orgánicas.

- 4/ Herrero Valesco L. F. Sabanes Magrina E. Payes Aveli.  
Trastornos depresivos de la práctica diaria. Barcelona Hoechst, s. a. -- 1,983.  
"Disforia pura o enmascarada trastornos del sueño, del apetito, alteraciones del curso del pensamiento, alteraciones de percepción, trastornos de la motricidad.  
Alteraciones de la atención, de la memoria, alteraciones sexuales y molestias somáticas"
- 5/ Honey K. La personalidad neurótica de nuestro tiempo. "  
"Angustia es el núcleo dinámico de la neurosis, tanto la angustia como el miedo son reacciones afectivas ante un peligro manifestándose a través de sensaciones físicas como: taquicardia, sudor, temblor, etc.  
En la esfera mental una sensación de inquietud, de ser impulsado o paralizado por algo desconocido".  
Wolman B. teoría y sistemas contemporáneos en psicología. p. 414.  
"El miedo es una reacción emocional ante un peligro real, mientras la angustia es una reacción ante una situación que subjetivamente es considerada peligrosa"  
Noyes A. Psiquiatría clínica moderna. P. 72 y 112.  
"El miedo es la respuesta afectiva a un peligro extraño, real y actual y desaparece cuando se elimina la situación amenazadora. La angustia -- por el contrario es señal de una amenaza inminente a la personalidad, - es una sensación persistente de temor, aprehensión y desastre".

Que mecanismos ha desarrollado el grupo como tal para defenderse de la enfermedad y sobrevivir?

Cuáles son sus mecanismos adaptativos para la supervivencia?

6/

Estas son algunas interrogantes que vale la pena responder, pues a través de éste conocimiento pueden llegar a definirse líneas de trabajo congruentes con la realidad de los grupos por medio de planificación participativa con la comunidad, acorde con los problemas detectados y aceptados por el mismo grupo como tales, en busca de posibles soluciones.

6/ Noyes A. Op. cit. p. 156.

"El duelo y la angustia por la separación deben reconocerse como respuestas emocionales regulares ante una pérdida, ambos tienen un período de desarrollo y una resolución"

From E. Psicoanálisis de la sociedad contemporánea. p. 165.

El hombre nunca puede liberarse de las dicotomías de la existencia, vive pero debe morir".

Trastornos depresivos reactivos son llamados los que se presentan como respuesta ante una situación alterada, social ambiental, orgánica psicológica, etc. que es desencadenante del cuadro clínico, generalmente es pasajera, éste es un criterio situacional, de clasificación de las depresiones; el criterio etiológico llama depresiones psicógenas a las originadas por causas psíquicas ambientales estresantes con contaminación psico-social, pero indudablemente existen factores "endógenas" -- propias de cada individuo que permiten que se presenten las reacciones pues no todas las personas en similar situación responden deprimidamente, otras lo hacen de manera ansiosa o con agresividad y otras no presentan ninguna psicopatológica.

Se llaman depresiones secundarias a las relacionadas con patología previa. Respecto a la severidad del cuadro clínico esta puede ser el de una depresión mayor o el de una menor es decir, el síndrome completo -- se le llamaría Depresión mayor y a éste con menor severidad o estabilidad Depresión menor.

Noyes A. Op. cit. p. 92.

Cada especie en el curso de su evolución desarrolla diversos mecanismos por medio de los cuales se adapta a las condiciones que encuentra; el hombre, la especie más desarrollada, ha logrado no solo ajustes en su anatomía que lo protegen estructural y fisiológicamente de su ambiente, sino que también ha producido recursos psicológicos que lo ayudan a manejar sus tensiones y necesidades emocionales. Estos recursos pueden por ejemplo ayudar a satisfacer necesidades emocionales, como las de afecto, de seguridad personal, de importancia personal y de defensa contra sentimientos perturbadores, actuando sin que el individuo los reconozca conscientemente, estos recursos mentales efectúan una adaptación a las situaciones interiores y a las experiencias que, de otra manera, serían penosas o intolerablemente molestas".

### III. JUSTIFICACION

La problemática de salud es prioritaria en América Latina, especialmente en Centro América, en donde países como Guatemala han sufrido cambios -- profundos de orden económico, político, ideológico, social y cultural en -- los últimos años.

Se hace necesario el conocimiento objetivo de la situación de salud-enfermedad, del grupo socio-cultural que nos ocupa con características propias, tomando en cuenta factores étnicos, sociales, económicos, psicológicos y biológicos así como los mecanismos actualmente utilizados por el grupo para dar solución a la problemática de salud-enfermedad, que en estos -- sectores es determinada, no solo por los factores antes mencionados, sino -- además por la violencia.

Mediante el conocimiento de la realidad socio-económica y cultural en general y el conocimiento del proceso salud-enfermedad en particular, así -- como de la magnitud y trascendencia del daño en éste importante proceso puede llegarse a conclusiones que permitan posteriormente el estudio y propuesta de soluciones a los problemas en éste sector, dichas soluciones deberán ser participativas, adaptadas y aceptadas en éste caso, por el grupo desplazado para que pueda tener éxito, no obstante que la actual crisis del país -- no permite que se logren las metas propuestas en el campo de la salud.

## IV. REFERENTE TEORICO METODOLOGICO

Se encuentra ampliamente demostrado que el proceso Salud-Enfermedad - encuentra su explicación estudiado dentro del grupo social en el que se desarrolla, cada sociedad tiene sus propias condicionantes y determinantes, - los cambios ocurridos especialmente en la dimensión socio-económica actúan sobre las enfermedades, haciéndolas producto de las condiciones en que se desenvuelve determinado grupo, en cada momento histórico.

La Salud-Enfermedad se comporta de diferente manera en cada grupo por lo que las determinantes y condicionantes del proceso deben considerarse en su estudio. El conocimiento integral de un grupo étnico y de una clase social explica las condiciones de vida así como las diferentes características de producción y de consumo.

7/

Las características socio-económicas y culturales principalmente, con los fenómenos biológicos conforman el proceso Salud-enfermedad; es decir la posibilidad de estar sano o enfermo, vivo o muerto.

"La patología que puede encontrarse en un determinado grupo no es directa consecuencia de factores biológicos y sí son la estructura económica y las relaciones sociales de producción los factores que condicionan el fenómeno, por lo que se encuentran en los diferentes modos de producción, diferentes patrones de enfermedad"

8/

---

7/ Cuerrero J. Gilberto López y Rivas. Las minorías étnicas como categoría política en la cuestión regional. En revista: antropología americana. Instituto Americano de Geografía e Historia. México 1,984.

"La especialización en un cierto conjunto de actividades económicas no depende de las necesidades del proceso de reproducción ampliado si no de las condiciones impuestas por el medio; de hecho en lo que se refiere a los grupos étnicos que actúan en estas últimas condiciones".

8/ Brejth, J. Epidemiología Económica. Medicina y política. Quito. Ed. Universitaria 1,979.

Las políticas de salud se traducen en objetivos, metas y acciones - en concordancia con el sistema dominante y sus necesidades.

9/

El presente trabajo pretende ubicar el proceso Salud-Enfermedad como una dimensión articulada al modo de producción dominante; se pretende demostrar que el estado de Salud-Enfermedad en grupos desplazados por la violencia presenta un patrón diferente de comportamiento que en grupos similares en etnia y clase, pero que no han sufrido recientemente el impacto - del desplazamiento, así como identificar las percepciones creencias y comportamiento ante las condiciones del proceso.

La discriminación de clase y la étnica se han mantenido en el país -- desde la época colonial continuándose después de la independencia, como ejemplo puede citarse el trabajo forzado, suprimido hasta el año de 1,944;- así como la supresión de las tierras comunales de indios efectuada por la Reforma liberal. La igualdad étnica es real pero existe históricamente una concepción equivocada de desigualdad. "Existe una resistencia a reconocer a los pueblos indígenas y comunidades étnicas como sujetos de derechos históricos particulares". (H. Díaz-Polanco).

"El ladino generó estereotipos sobre el indígena que justifica una explotación por lo menos potencial y que en cierto modo colocan aunque de -- forma vedada el problema a nivel de raza inferior", argumento verdadero-

10/

9/ Op cit.

"La calidad de vida a la que está expuesto cada grupo socioeconómico es diferente y por tanto es igualmente diferente su exposición a factores de riesgo que provocan la aparición de enfermedades y formas de muerte-específicas así como su acceso a procesos beneficiosos o potenciadores de la salud y de la vida".

10/ Martínez S. Racismo y análisis histórico en la definición del indio -- guatemalteco. Revista crítica. Universidad autónoma de Puebla. N. 131. 1,987.

pero esta contradicción Indio-ladino no es la fundamental en nuestra -- sociedad. No obstante si influye en el desarrollo del proceso salud--  
 11/  
 enfermedad de grupos desplazados que como es sabido pertenecen a grupos étnicos determinados con una adscripción de clase específica, por lo -- que son víctimas de marginación y explotación además del desplazamiento.

Algunas categorías que se manejan en el presente estudio son las siguientes:

#### Clases Sociales

"Las clases sociales son grandes grupos de hombres que se diferencian entre sí por el lugar que ocupan en un sistema de producción históricamente determinado, por las relaciones en que se encuentran frente a los medios de producción (relaciones que las leyes fijan y consagran), por el papel que desempeñan en la organización social del trabajo y, por consiguiente, por el modo y la porción en que perciben la parte de la riqueza social de que disponen.

11/ Díaz Polanco. La cuestión étnico Nacional. Ed. Línea México. 1985. p' 27.

"La misma configuración étnica sirve de "cúpula" en varias clases -- sociales articuladas, es decir, una estructura clasista en una formación social concreta. Lo que deseamos postular es que en éste caso -- estamos en presencia de una nacionalidad, así pues la etnicidad puede ser el sustento tanto de las etnias como de las nacionalidades".

"La etnia abarca un fenómeno de identidad restringido a ciertos grupos constitutivos de una clase social determinada o a lo sumo al conjunto de una clase social. El fenómeno nacional por su parte involucra una estructura compleja de clases sociales en relaciones recíprocas asimétricas que encuentran, no obstante, un terreno común de solidaridad en función de la cual desarrollan una forma particular de identidad".

Las clases sociales son grupos humanos, uno de los cuales puede a apropiarse del trabajo del otro por ocuparse puestos diferentes en un - régimen determinado de economía social".

12/

Clases sociales

"Son grupos sociales antagónicos en que uno se apropia del trabajo del otro a causa del lugar diferente que ocupan en la estructura económica de un modo de producción determinado, lugar que está determinado - fundamentalmente por la forma específica en que se relaciona con los -- medios de producción".

13/

Modo de Producción

"Concepto teórico que permite pensar la totalidad social como una- estructura dominante en la cual el nivel económico es determinante en - última instancia".

14/

Formación social

"Es una totalidad social concreta históricamente determinada".

15/

Grupos étnicos

"Existe en la formación social diversas configuraciones sociocul- - turales basadas en la etnicidad y que se relacionan con la estructura - clasista de la sociedad , grupo étnico entre otros. Los grupos étnicos de hoy son un resultado del desarrollo nacional como creación del siste - ma capitalista".

16/

---

12/ Harnecker M. los conceptos elementales del materialismo histórico p. 167 cita a Lenin, "Una gran iniciativa" en Marx, Engels, Marxismo, - p. 479.

13/ Ibid p. 143.

14/ Ibid p. 146.

15/ Ibid p. 168.

16/ Barillas E. et al. Formación Nacional y realidad étnica en Guatemala. propuesta para su análisis. Cenal. p. 23.

### Etnicidad

Característica de un grupo socio cultural, en una configuración de la clase. Se expresa como grupo étnico y como nacionalidad dominante.

### Perfil epidemiológico de clase

"En el desarrollo de cada clase social aparecen condiciones benéficas y condiciones negativas que son el resultado del proceso histórico en que se ha inscrito esa clase social".

17/

### Perfil epidemiológico

"Expresa las condiciones de salud-enfermedad y explica el perfil reproductivo de cada clase social".

17/

---

17/ Breihl, Jaime op. cit. p. 210-216.

## V. REFERENTE EMPIRICO

El constante deterioro de las condiciones de vida de la mayoría - de los guatemaltecos es evidente, la injusta tenencia de la tierra y - de la riqueza se traduce en marginación social y étnica en desempleo, - analfabetismo, y deficiente estado de salud, por mencionar algunos fac - tores que señalan la desigualdad social y que unidos a la dependencia - económica, endeudamiento externo y el fenómeno inflacionario mundial, - forman parte del marco en el que se desarrolla el guatemalteco. <sup>18/</sup>

Guatemala es un país de Centroamérica con un territorio de ----- 108,889 Km<sup>2</sup> ; con una población estimada para el 30 de Junio de 1,988 - de 8,081,081 habitantes, con una densidad demográfica de 79 H/Km<sup>2</sup> (pa - ra 1988, con el 62% de población rural y 42% de población indígena (se - gún censo nacional de marzo 1981 y sus proyecciones).

El porcentaje total del analfabetismo es de 42.4%, el rural del - 64% <sup>19/</sup> aunque la impresión generalizada en estudiosos de la materia, - es que el analfabetismo podría ser mayor.

De la población mayor de 7 años el analfabetismo afecta el 54% (- censo nacional de 1,981 y sus proyecciones) considerado de manera glo - bal, pero existen regiones más afectadas.

El crecimiento de la población es de 2.9% por año; en países desa - rrollados (de este y oeste), esta tasa es cercana o inferior al 1%.

---

<sup>18/</sup> Organización mundial de la salud. El desarrollo y fortalecimiento - de los sistemas locales de salud en la transformación de los siste - mas nacionales de salud. CE 101/25 junio-julio 1988.  
"En América latina en 1987 más de \$28 millones fueron transferidos -- fuera como ahorros, en vez de que los países industrializados trans - fieran fondos a estos países. En los últimos 5 años el pago de la - deuda externa acumulada en América latina llegó a los 130,000 millo - nes de dólares.

<sup>19/</sup> Encuesta Nacional socio demográfica 1986-87. Vol. I.

La tasa de fecundidad de Guatemala respecto a América Latina, ocupa el cuarto lugar, dicha tasa expresa el número de nacimientos ocurridos en un año en relación con el número de mujeres en edad fértil, éste medio es más exacto que la tasa de natalidad ya que ésta relaciona la cantidad de nacidos vivos con la población general.

En 1,985, el ingreso percápita fué de Q.2.49, <sup>20/</sup> dato que no es representativo, es solo un promedio, el índice de costo de vida ha aumentado a casi el doble de 1977 a 1987, la tasa inflacionaria se ha mantenido alta (10-12%) y el poder adquisitivo del quetzal ha bajado significativamente (Q.0.40 para enero 1987). <sup>21/</sup>

El déficit de vivienda tanto en el área urbana como la rural es alarmante y progresivo, pues ni siquiera la población económicamente activa con un salario fijo tiene acceso a vivienda, ya que podrían pagar su costo sólo del 20 al 30 % de éste grupo. <sup>22/</sup>

---

20/ Dirección General de Estadística IX censo de población y IV de habitación y sus proyecciones.

21/ Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales. Universidad de San Carlos de Guatemala. Estos hechos colocan al grueso de la población en una situación de pobreza y extrema pobreza en un 35%. La mayor parte de esta población vive en el área rural en donde la desigual tenencia de la tierra agudiza el problema agrario. Respecto a la tenencia de la tierra, más del 89% de propiedades territoriales son extensiones menores de 10 manzanas cultivadas en un 85% del total de su superficie territorial, encontrándose centradas en la región nor-occidente del país. El latifundio aglomera el 65% del territorio nacional y representa menos del 3% de la propiedad territorial en fincas que van en extensiones de más de una caballería hasta 200 y más, cultivadas en un 32% de su potencial territorial; siendo eminentemente forestal.

El desempleo llegó en 1986 a afectar al 68% de la población produciéndose un aumento en el porcentaje de trabajo no formal en áreas urbanas especialmente. En el área rural se continúan movilizand o contingentes de trabajadores temporales del altiplano a la costa sur en donde sufren el conocido proceso de explotación. 23/

El salario mínimo nominal, para 1,988, en la industria fué de Q.5.80 en la agricultura de Q.4.50, el promedio de salarios mínimos de las distintas actividades económicas fué de Q.5.90; el valor real de éste promedio en base a datos de 1,980 fué de Q.2.64. Para 1,988 el costo de la dieta mínima por persona es de aproximadamente Q.2.00 (según elaboración propia). Estas cifras explican el porque de la desnutrición, y la calidad de vida de la mayoría de los guatemaltecos.

24/

En el sector salud, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (I.G.S.S.), para 1987 cubría una población de 678,995 trabajadores; 254,220 en el área rural y 424,775 en el área urbana, representando la población afiliada el 27.1% de la población económicamente activa, pero debe tomarse en cuenta que en Guatemala trabajan personas no consideradas en éste grupo y que el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social doble ese

---

22/ Quezada F. Invasiones de terrenos a la ciudad de Guatemala. "Solo para superar el deficit cuantitativo en un período de 20 años se tendrían que producir por lo menos 28,000 viviendas anuales, además de 32,000 para cubrir las necesidades producidas por el crecimiento vegetativo y 15,000 para reponer por deterioro del inventario existente. En total tendrían que producirse cuando menos 75,000 viviendas anuales cantidad imposible de alcanzar".

23/ Op. cit. pag. 13-14 IBID.  
CSUCA. Los trabajadores temporales en la agricultura, C.A.

24/ INFOR -PRESS, en base de acuerdo gubernativo. 21-1-88. Pag. 10.

porcentaje no con la totalidad de sus programas. 25/ y 26/

El departamento de El Quiché tiene una población calculada para 1,987 de 499,638 habitantes, 56,620 urbano y 443,018 rural, con una superficie de 8378 Km<sup>2</sup>, el municipio de Nebaj para ese mismo año tiene una población total de 27,608 habitantes; 6,838 urbano y 20,769 rural, con una superficie de 608 Km<sup>2</sup>.

La población calculada para 1988 es de 473.657 habitantes distribuida en 239,812 del sexo masculino y 233,701 del sexo femenino para el departamento de El Quiché, 27/ constituyendo el 5.4% de la población total del país, con 59 habitantes por Km<sup>2</sup>; según el IV censo de población, el 71% de la población mayor de 7 años del departamento de analfabeta, siendo analfabeta el 85% de la población indígena.

25/ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: Guatemala.

26/ Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Informe anual de labores del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social 1,986. El departamento de El Quiché está cubierto por el programa de accidentes del I.G.S.S. desde el 1 de enero de 1,967, representa actualmente el 1% de la población total afiliada al I.G.S.S. en --septiembre de 1,978 se agrega al programa de enfermedad común y maternidad, en marzo de 1,977 el programa de I.V.S. habiendo en el departamento dos consultorios y un puesto de primeros auxilios.

En el departamento de El Quiché el I.G.S.S. cubre el 14% de la población; el total de afiliados es de 7,575. Para 1988 el número total de afiliados en el municipio de Nebaj fué de 69, dedicados al transporte, almacenamiento y comunicaciones (Según el departamento de Actuarial y Estadística del I.G.S.S.).

27/ Secretaría General del Consejo Nacional de Planificación Económica. -- Instituto Nacional de Estadística. INE. Unidad Informática D.G.S.S. Las proyecciones de los censos siempre se han criticado por presentar mayor número de habitantes que el real. Según el censo 1,981, para ese año habian en el departamento del Quiché 328,173 habitantes y según proyecciones del mismo para el 1o. de enero 1,987, habian en dicho departamento 499,638 habitantes, de los cuales 65,115 eran Ixiles (20,844 en Chajul, 16,663 en Cotzal y 27,608 en Nebaj), por lo que la población Ixil será el 13% de la población total del departamento, según los criterios censales.

La morbilidad poco ha variado en el país en las últimas décadas según, información del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en el año de 1,988 en el consolidado nacional se encuentran las siguientes- 10 primeras causas de enfermedad.

1. Infección respiratoria aguda;
2. Diarreas
3. Paludismo
4. Desnutrición;
5. Amebiasis;
6. Neumonías;
7. Influenza;
8. Tuberculosis del aparato respiratorio;
9. Infecciones gonocócicas;
10. Mordedura de perro.

Todas estas causas son infecciones gastro intestinales y respiratorias, las que unidas a la desnutrición y a la malaria conforman nuestro patrón característico de morbilidad, siendo la desnutrición la principal causa en nuestro medio. Lo que sucede es que no se tabula en muchos casos.

Entre las causas más frecuentes de morbilidad el sarampión se encuentra en el lugar número trece, la tos ferina en el número dieciocho, las demás enfermedades prevenibles por vacuna que forman parte del programa ampliado de inmunizaciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (difteria, tétanos, tos ferina, sarampión, poliomielitis y tuberculosis) se encuentran reportadas en bajas cantidades; de polio en todas sus variantes hubo 35 casos en un año (8 de paralíticas), de difteria 8 casos, de tétanos en general 94 casos (de tétanos neonatal 7 casos). De todas estas entidades no debieran haber casos pues son prevenibles por vacuna. Es importante insistir que las estadísticas de morbilidad son deficientes por lo que es muy posible encontrar en la realidad cifras mayores a las reportadas.

Las causas de morbilidad no han variado significativamente en los últimos años, no obstante que la salud del guatemalteco sufre continuo deterioro; según información del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para el año 1,987 en el consolidado nacional para El Quiché, se encuentran las siguientes 10 primeras causas de morbilidad.

1. Infección respiratoria superior;
2. Avitaminosis y deficiencias nutricionales;
3. Enteritis y enfermedades diarréicas;
4. Otras helmintiasis;
5. Otras neumonías
6. Infecciones de la piel y del tejido celular subcutáneo;
7. Disenteria bacilar y amebiasis;
8. Enfermedad péptica;
9. Traumatismos, laceraciones y heridas;
10. Infecciones del aparato genitourinario;

Las causas de orden infeccioso y parasitario se encuentran en orden similar al patrón presentado en la morbilidad nacional, pero llama la atención que en éste Departamento se encuentre la enfermedad péptica dentro de las primeras diez causas de morbilidad por ser esta entidad asociada a stress y angustia.

En la República de Guatemala, la tasa de morbilidad general fué de 8.9 por 1000 habitantes.<sup>28/</sup>

En el departamento de El Quiché, la tasa de mortalidad general - fué del 10 por 1,000 habitantes, ocupando el sexto lugar del total de los departamentos, es superada por Quezaltenango, Totonicapán, Suchitepequez, Sololá y Jalapa; con respecto a las defunciones en menores de un año, para 1,986 la tasa de mortalidad infantil fué de 55.82 por 1000 habitantes, éste dato aparentemente bajo es el promedio ---

---

<sup>28/</sup> Unidad Informática Dirección General de Salud Pública y Asistencia Social.

para la república; para el departamento de El Quiché, la tasa de mortalidad infantil fué de 47.15 por 1000 habitantes. Datos que se prestan a duda por el subregistro existente.

29/

Entre las principales causas de mortalidad, las enfermedades infecciosas gastrointestinales y las enfermedades del aparato respiratorio ocupan el primer lugar en la población general y especialmente en menores de 5 años, muertes prevenibles, pues en países desarrollados no se dan estas causas de muerte, la prevención se logra elevando el nivel de vida de la población, evitando la desnutrición, factor predisponente para estas causas de muerte; las causas de mortalidad infantil (menores de un año), son asimismo prevenibles de similar forma y con servicios adecuados de atención, las anomalías congénitas ocupan el sexto lugar en nuestro país, ésta es una de las causas más difíciles de prevenir -- y es la más frecuente causa de mortalidad infantil en países desarrollados.

Las causas gineco obstétricas de muerte más frecuentes en mujeres de 15 a 44 años son las hemorragias del embarazo, el parto y el puerperio, (para 1988), todos ellos posiblemente prevenibles, pero no contamos con la necesaria atención para el grupo, faltando además capacitación adecuada del personal que lo atiende, que es no médico en más del 80% de los casos.

La esperanza<sup>30/</sup> de vida al nacer del guatemalteco es una de las tres más bajas de América (55 años) sólo superada por Haití y Bolivia; debe hacerse notar que en el área rural la esperanza de vida es menor, el presente es el promedio nacional.

31/

---

29/ Op. cit. Es importante señalar el sub-registro y el mal registro efectuado posiblemente por personal no capacitado, pues se encuentran fluctuaciones amplias por departamento de un año a otro, y en el mismo año según la fuente.

30/ Op cit.

31/ World population prospects As Assesed in 1980. Naciones Unidas N.Y. 1981.

Entre las actividades de prevención en salud se encuentra la vacunación, pese a las campañas efectuadas y a la vacunación constante, no se ha logrado erradicar las enfermedades prevenibles por inmunizaciones.

32/

Entre otras actividades de prevención reportadas tenemos las letrinas otorgadas; en el departamento de El Quiché, se instalaron 2,239 - en 1,986.

33/

Después de analizar las cifras estadísticas notamos que la desnutrición, la enfermedad respiratoria aguda y la diarrea son nuestras causas de morbilidad más frecuentes; la tuberculosis que pareciera ser infrecuente es alarmantemente persistente; la malaria en otro tiempo controlada hoy dista de su erradicación, todo ello pese al subregistro -- presente. Pareciera que a los programas de medicina preventiva no se les otorgan los recursos necesarios para éste momento.

---

32/ Unidad de Informática. op. cit.

Para 1986 la cobertura (población nacional vacunada) con 3 dosis - de DPT y ANTI POLIO, una dosis antisarampionosa y una dosis de BCG y mujeres embarazadas en control con dos dosis de toxoide tetánico fué la siguiente:

VACUNA	DE 1 AÑO	EMBARAZADAS
DPT	37%	--
Antipolio	39 %	--
Antisarampionosa	49%	--
BCG	8%	--
Toxoide tetánico	-	12%

33/ IBID.

En toda la república fué de 35,758, pero ésta como otras cifras que se pueden analizar, son inciertas pues sabido es que el solo proporcionar una letrina, y aún colocarla no asegura de ninguna manera su uso y aceptación. Además en dos reportes del mismo año, y de igual fuente de información, se encontró una diferencia de más de 1000 letrinas (Unidad informática de la Dirección General de Servicios de Salud Pública, 1,986., anexo F-16. P. 102. 3,626 letrinas y anexo - p. 106. 2239 letrinas).

La problemática de Salud-Enfermedad no es el único problema que aqueja a la mayoría de la población, son múltiples los índices de bajo nivel de vida que se encuentran hallándose en todos ellos tendencia -- progresiva al deterioro.

Los indígenas y ladinos agricultores y otros grupos no son sino un número en el censo, pareciera que estos sectores no son considerados verdaderos ciudadanos en su propio país, pues los derechos políticos sociales y económicos se esgrimen únicamente en determinados momentos, siendo todos ellos verdaderos marginados.

Para una mejor ubicación en el momento actual es importante hacer referencia a algunos pasajes del proceso histórico de los pobladores de Nebaj, que es un municipio del departamento del Quiché, que colinda al norte con Chajul, (Qui), y Santa Eulalia (Hue); al este con Chajul, San Juan Cotzal y Cunán (Qui); al sur con Sacapulas (Qui) y Aguacatán (Hue); al Oeste con Chiantla y San Juan Ixcoy (Hue). (ver anexos).

Está a 1,906.57 mts. S.N.M. lat. 15° 24' 15" long.- 91°08'52". -- (Diccionario Geográfico Nacional).

Cuenta asimismo con caminos y veredas que unen a sus poblados y propiedades rurales entre sí y con los municipios vecinos. Durante el período hispánico se conoció como "Nevá", "Santa María Nebah", "Santa María Nevah" y sus variantes de grafía. Se desconoce por el momento el nombre aborigen.

En la recordación Florida del capitán don Francisco Antonio de -- Fuentes y Guzman, escrita por 1690 y transcrita --entre otros-- por Juarros en 1800, se detalla la toma de la plaza fuerte de Uspantán y conquista de Nebaj.

En ese año (1529) Gaspar Arias fracasó en su intento de conquista junto con 300 indígenas mexicanos y 60 soldados españoles. Al año siguiente Francisco de Orduña conquista los Ixiles con ayuda de 400 in-

dios y 80 españoles.

34/

Los antepasados de los Ixiles parecen haber habitado el área desde 2000-1600 años A.C., pero su apareamiento como grupo Ixil con un idioma propio fué posterior, pero siempre dentro del período pre-clásico. - Este territorio posiblemente fué lugar de comercio intermedio entre altiplanos y tierras bajas, de ello no hay certeza, al respecto existe limitada información de los Ixiles, se supone que vivieron como un reino independiente hasta que fueron conquistados por los quichés, hacia el - siglo XII D.C., por esa época parece ser que Chajul era el pueblo hegemónico del grupo, hegemonía que se manifiesta hoy en el plano religioso únicamente.

35/

---

34/ Gall F. Diccionario Geográfico Nacional. Instituto Geográfico Nacio-  
nal. 1,981.

"Acercóse el ejército español al pueblo de Nebah, ceñido por todas-  
partes de profunda barranca y como los defensores vieron aproxi-  
marse a los nuestros, acudieron todos a impedirnos la entrada y des-  
cuidaron de lo demás, asegurados en su profunda quiebra pero aprove-  
chándose nuestros indios de este descuido y bajando con admirable a-  
gilidad, agarrándose de los árboles y bejucos puestos a la otra par-  
te de aquel foso dieron fuego al pueblo por varias partes. Como --  
los indios vieron arder sus casas abandonaron la defensa de la en-  
trada por acudir al fuego; y en este intervalo, segando los nues-  
tros la quebrada a buena diligencia se hicieron dueños del lugar --  
y prisioneros a los principales personajes. Al día siguiente se he-  
rraron todos los vecinos de Nebah, y esto fué medio suficiente no -  
solo para que se rindiese este pueblo, sino también el de Chahul...  
Alcanzóse esta memorable victoria en los últimos días de diciembre-  
de 1530".

35/ Stewar S. El árbol familiar de los idiomas mayenses mimeografiado -  
escuela de Historia USAC. 1,987. La familia de idioma mayense sufre  
varias divisiones desde 2000 años A.C. "Entre los años 600 a 100 -  
A.C. el mam mayor se divide en Ixiliano y mam propio, el ixilano se  
divide 600 D.C. en sus idiomas: aguacateco é Ixil". Actualmente lo-  
hablan aproximadamente 71,000 personas.

Después de ser conquistados por los españoles en 1530 los Ixiles - fueron reagrupados, la población fué concentrada y reducida, pués antes de la conquista existían por lo menos 7 centros importantes que fueron reducidos a 3 ó 4; Nebaj, Cotzal, Chajul e Ilo; se despobló Ilo en el siglo XVII yéndose sus pobladores a Chajul y se repobló como un centro menor en el siglo XVIII.

36/

Las epidemias de la época, los cambios de asentamiento y la esclavitud a que fueron sometidos después de la conquista dieron como resultado una considerable baja en la población, fenómeno que se dió en casi todos los territorios conquistados por España, antes de que en los mismos se implantaran las leyes nuevas en el año 1,542. La explotación sufrida por los indios mediante el repartimiento y la encomienda fué similar en todos los grupos étnicos de mesoamérica y de la región andina; - los ixiles sufrieron éste proceso mediatizado por la iglesia, los primeros misioneros en el área fueron los franciscanos, luego los dominicos, desde 1553 fundaron iglesias y cofradías (habían 19 en el área en 1731), con la evangelización surgió el sincretismo religioso, sobreviviendo -- hasta el presente vestigios de la religión tradicional.

En el siglo XVII Tomás Gage viajó por el territorio ixil, describió a sus pobladores como sumisos, pero, pese a ello, se sabe que grupos ixiles viajaron al norte a territorio no conquistado (Cortés y Larraz); para imponer su voluntad sobre la del cura respecto al lugar de enterramiento, efectuaron una rebelión de la cual salieron triunfantes en 1799.

La población ixil en 1530 pudo haber sido de unas 25,000 personas, en 1,740 habían 940 y en 1,950, 6,700.

El arzobispo Doctor don Pedro Cortés y Larraz escribió sobre la visita pastoral efectuada en 1769 a la parroquia de Santa María Nebaj. "El pueblo de Nebaj está en alguna llanura, rodeado de montañas, elevadísimas, muy vestidas de árboles y con mucha humedad, porque de ellas se despeñan varios arroyos que se cruzan en el camino. Es cabecera de este curato, con dos pueblos anexos: 1o. San Juan Cotzal, 2o. San Gaspar Chajul, los caminos que hay desde la cabecera para ellos son como el que se lleva dicho...En el pueblo de Nebaj, hay familias 212, con 769 perso-

nas. El idioma que se habla en esta parroquia es el Ixil, y no se habla en alguna otra del arzobispado, y aún tengo entendido, que en los pueblos anexos se halla notablemente alterado. Los frutos de este país son maíces y frijoles en abundancia, pero no pueden tener salida, pues aunque los dejan en balde, ninguno los tomaría por solo el trabajo de irlos a buscar; los indios andan vestidos y es tierra fría en donde llueve mucho todo el año. "El cura dice en sus respuestas que no ha notado escandalos en la parroquia, pues aunque ha visto algunos ebrios, los ha reprendido... que procura asistan todos a más y que respecto a los que faltan, manda a los fiscales den a cada uno ocho o diez azotes. Que no hay escuela para enseñar a los niños. Que en todo lo demás dan muestras de devoción y de cumplir las obligaciones de cristianos. Y que éstos -- naturales han sido vejados por su Alcalde Mayor don Juan Vacaro.. Desde el punto de nuestra señora de la Asunción de Nebah al de Jocopilas hay veinte leguas, rumbo como de norte a sur". 37/

Durante la primera mitad del siglo XIX aumentó el aislamiento y autonomía de la zona ixil, como resultado del retiro del dominio español y los disturbios políticos subsecuentes en Centro América. Existe evidencia de que en esa época los ixiles no fueron sumisos, por otra parte el aislamiento mismo del área permitió que rasgos culturales primarios se mantuvieran con mayor fuerza que en otras áreas indígenas del país.

En la segunda mitad del siglo XIX, la revolución liberal llevó al área ixil el cultivo del café, llegando con éste una serie de entidades perjudiciales para los ixiles, la explotación, el trabajo forzado, los contratistas, los ladinos, los nuevos terratenientes y como es natural el empobrecimiento del indio. En 1890 con el café llegó el capitalismo y sus sabidas consecuencias. La población poco a poco fué incorporándose a la economía nacional y así se mantuvo semi-integrado hasta 1944, año en que otra revolución la liberó por fin de trabajo forzado (pese a que Ubico algo había hecho al respecto, con otro nombre, éste tipo de trabajo seguía existiendo), parece ser que el "decreto 900" no causó alteración significativa en el área, así como la contra revolución de 1,954, --

37/ IBIJ.

pués en la región fué un movimiento más de ladinos que de indios. De -- cualquier manera la tierra que pasó de los ixiles a la iglesia primero - y luego a cafetaleros y contratistas de manera fraudulenta, haciéndole - falta hoy a esta multiplicada y empobrecida población.

Los pobladores ixiles se dedican a la agricultura, solamente en Cotzal existe una producción significativa de redes; la agricultura es de - roza, se siembra maíz, frijol, guisquiles y papas, el maíz se dá en una cosecha al año (de mayo a diciembre o enero), debido al clima frío; exis - te escasez de tierra, la mayoría de los ixiles son minifundistas o agri - cultores sin tierras por lo que se ven obligados a migrar a la costa pa - ra vender su fuerza de trabajo y así poder sobrevivir .

El Área Ixil se ha visto especialmente afectada por la violencia -- desde principios de los años setenta, época en la que el EGP (Ejército - Guerrillero de los Pobres), inició sus acciones en éste territorio, co - bró adeptos entre los ixiles quienes se vieron tan altamente involucra - dos en el movimiento que a finales de la década de los 70 y principios - de la actual, la población migró por miedo al ejército nacional e identi - ficación con la guerrilla o por intimidación, quedando practicamente des - poblados todas las aldeas del municipio de Nebaj, (así como Cotzal y Cha - jul) a principios de la presente década el ejército nacional varió sus - acciones dejando de atacar a la población civil que vivía con la guerri - lla, poco a poco esta población regresó a su casa o cerca de ella, en Ne - baj hubo hasta 15,000 desplazados hacia 1,983, parte de estas personas - fueron absorbidas por la población ya establecida al ir a vivir con sus - familiares y parte se instalaron formando asentamientos en lugares como - la pista de aterrizaje de Nebaj; se dió la necesidad de reubicar a estas - personas que bajaban de la montaña ya que a veces no podían regresar a - sus aldeas de origen por estar destruidas o debido a la violencia que se - vivía en esos lugares en ese momento; respondiendo a este problema, en - tre otros surgieron los llamados "polos de desarrollo", (uno de ellos -- es Nebaj y las "aldeas modelo" El proceso de reubicación a desplaza--

38/

---

38/ En la actualidad no existen polos de desarrollo ni aldeas modelo, no - bajo ese nombre, pués con la llegada al gobierno de un presidente po - pularmente electo y civil, cambiaron las políticas y por ende las es - trategias hacia los desplazados.

dos llega hasta el presente, porque existen aún hoy aldeas desiertas, y - hay población reubicada con diferente tiempo de haber dejado la montaña.- El ejército fué el que al inicio se hizo cargo de éste proceso, con participación interinstitucional; actualmente éste se desarrolla multisectorial mente.

Algunas de las aldeas reubicadas no presentan el mismo patrón de asentamiento -disperso- que presentaban anteriormente, pues fueron construídos de manera similar a una cabecera municipal.

Desde el punto de vista de infraestructura el área urbana de Nebaj en la actualidad cuenta con todos los servicios básicos.

Desde 1893 se iniciaron trámites para la obtención de agua potable, en 1929 se efectuaron trabajos de introducción, en 1951 se declaró zona de veda para la explotación forestal de los bosques comprendidos en un radio de 200 metros alrededor del nacimiento de agua que surte a la población y 200 más hacia arriba en la cañada respectiva. La cabecera cuenta con servicio de agua potable, cuya realización en los primeros meses de 1973 estuvo a -- cargo del Departamento de Ingeniería Sanitaria, División de Saneamiento Ambiental del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Existe energía eléctrica desde 1945 por contrato celebrado entre la Municipalidad y la empresa hidroeléctrica del estado.

La oficina postal fué inaugurada en 1895; se elevó a segundo orden en 1914 y el 4 de junio de 1949 abrió al servicio público la oficina de Correos y Telecomunicaciones. En la actualidad funciona una Oficina Postal y telegráfica de la Dirección General de Correos y telégrafos.

Cuenta además con un Centro de Salud tipo A del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

La fiesta titular se celebra del 12 al 15 de agosto en honor a la Virgen de la Asunción, el 15 es día principal que la iglesia la conmemora.

El idioma indígena como ya se indicó es el ixil. Los habitantes se dedican en su mayoría a faenas agrícolas. Han existido dos tenerías y entre las pequeñas industrias cuenta con la de tejidos regionales, elaboración de sacos de magüey y ladrillo y teja de barro. También en pequeña escala se han fabricado velas de parafina y de sebo.

La dieta de la población Ixil desde que se tiene noticia ha sido la misma, basada, en maíz, frijol y chile, anteriormente completada con carne de animales silvestres.

El municipio de Nebaj cuenta con 11 aldeas y 89 caserios. La cabecera Nebaj entre otros tiene ocho cantones; así como 15 caserios y 11 aldeas.

Siendo las aldeas las siguientes:

1. Acul con 10 caserios
2. Bicalamá con 1 caserio
3. Uhuatuj con 2 caserios;
4. Ixtupil con 1 caserio;
5. Pulay con 9 caserios;
6. Sacsiguán;
7. Salquil con 12 caserios;
8. Santa Marta con 2 caserios;
9. Sumal con 15 caserios;
10. Tzabal, con 14 caserios;
11. Xoncá con 8 caserios;

Cuenta además con 9 sitios arqueológicos; 2 sierras que son Los Cuchumatanes y Sacapulas; 16 cerros; 31 ríos; 5 riachuelos; 3 quebradas; 7 arroyos y 4 lagunetas. 39/

39/ IBID.

Sobre Nebaj existe un trabajo etnográfico del Instituto Indigenista Nacional no publicado, completo, en el que se detalla casi todos los aspectos posibles de describir en cuanto a costumbres, organización, comercio, industria, etc., pero fué hecho en 1949 (hace casi 40 años), de utilidad comparativa e histórica ya que la violencia vivida en esa área en la última década ha influido en el resquebrajamiento en la base y superestructura de los grupos sociales.

## VI. OBJETIVOS

## GENERAL.

Conocer los problemas de salud más frecuentes en grupos de población desplazada de orden psíquico, orgánico y social, así como los mecanismos de solución y adaptación desarrollados por la comunidad para la supervivencia ante la problemática de Salud-Enfermedad.

## ESPECIFICOS

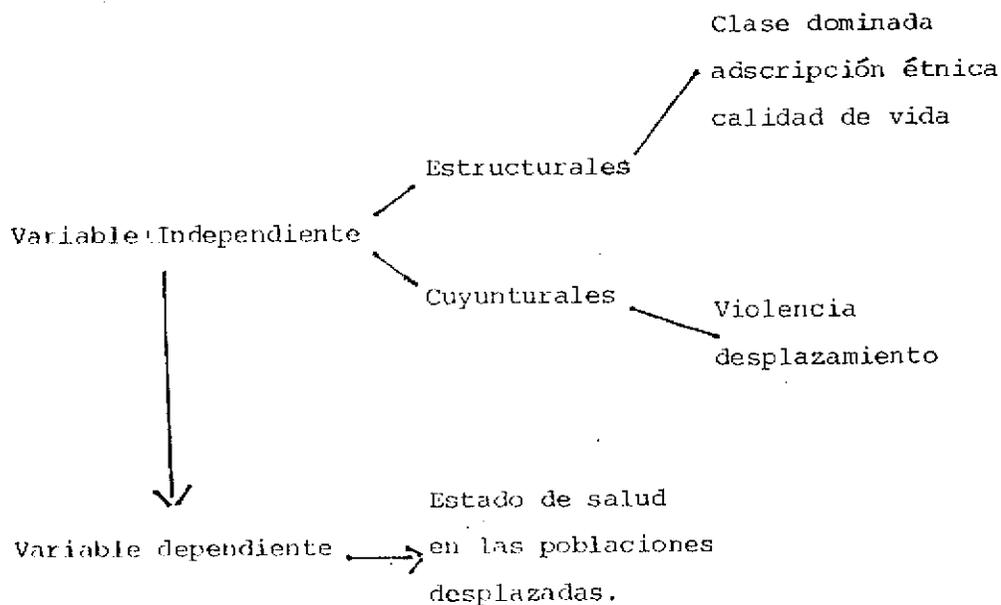
1. Conocer la situación de Salud-Enfermedad de la población;
2. Señalar los factores que determinan y condicionan el proceso Salud-Enfermedad en las poblaciones en estudio;
3. Precisar el estado actual de salud de los grupos a riesgo de la población. (grupo materno-infantil).
4. Determinar las condiciones de saneamiento ambiental en las que viven los grupos.
5. Identificar la posible sintomatología de depresión presente en la población.
6. Conocer los mecanismos adaptativos para la supervivencia usados por la población para dar solución parcial o total a la problemática Salud-Enfermedad.
7. Generar los conocimientos básicos necesarios para una posible programación posterior tendiente a la búsqueda de soluciones a los problemas detectados.

## VII. HIPOTESIS DE TRABAJO

## a-FORMULACION

El fenómeno Salud-Enfermedad se encuentra determinado por la base socio económica y condicionado por múltiples factores relacionados con la calidad de vida, en poblaciones del altiplano rural guatemalteco los indicadores de morbi mortalidad son más altos que en las demás regiones del país; por predominar en estas áreas una economía de infra subsistencia, especialmente en -- grupos indígenas. Estas poblaciones se han visto expuestas a la violencia -- que conlleva desplazamiento, pérdida de posesiones materiales y sociales lo -- que genera depresión que se manifiesta ... tanto en sintomatología psíquica, -- psicósomática como patología orgánica. Pese a ello los grupos han generado -- mecanismos adaptativos ante el problema para su supervivencia.

## b-OPERACIONALIZACION



## VIII. TECNICAS

Se efectuó reconocimiento del municipio de Nebaj, y de las áreas en las que se ubica la población desplazada en estudio, aldeas Xemamatzé y Las Violetas. Se revisaron los censos de la propia comunidad, del ejército de Guatemala y otras instituciones particulares, gubernamentales que los tienen -- (CEARD), médicos del mundo, etc., Se detectó la organización de la población grupos formados, líderes de diferente orden (religioso-político, etc.), así como otros informantes específicos (curanderos, parteras, etc). La unidad de estudio fueron los grupos desplazados en sus asentamientos. (aldeas Xemamatzé y Las Violetas). En la medida de lo posible se evitó el uso de interprete, pero se utilizaron en casos imprescindibles, para evitar el riesgo de un sesgo en el estudio, por escogencia de informantes bilingües únicamente. Los libros de registro de los Centros de Salud aportaron los datos de morbilidad de los grupos durante el último año. Los datos sobre las enfermedades sufridas en éste período por la población desplazada y reubicada en general, y del grupo materno-infantil en particular, se obtuvo mediante la revisión de los libros de registro del Centro de Salud y de la clínica de CEARD y Clínica de Aldea Las Violetas a las que acude la población desplazada y reubicada de igual etnia y clase. Para éste estudio se tomó todo el universo que asistió a consulta durante el último cuatrimestre del año 1,988 por no haber disponibilidad de estadísticas anteriores completas en la clínica de CEARD.

Se pasó una encuesta en ambas aldeas (ver anexos), en Xemamatzé, se estudió el universo completo (50 familias), en "Las Violetas" se estudiaron 40 familias correspondiente éste número al 20% del universo total de 200 familias mediante una muestra obtenida al azar (se tomó cada quinta casa del conteo efectuado en el mapa).

La encuesta versó sobre datos generales, saneamiento ambiental, Salud-- Enfermedad, (orgánica y psíquica) y mecanismos adaptativos para la supervivencia del grupo ante la problemática. Se llevo a cabo el análisis compara-

tivo de las encuestas de las dos poblaciones, efectuándose posteriormente con dichos datos cuadros y gráficas.

Se analizó la problemática Salud-Enfermedad en la comunidad, mediante técnicas como la observación, la entrevista abierta, la dirigida, utilizando la guía de entrevista (ver anexo), en algunos casos se utilizó la observación participante (como médico), se obtuvieron así los datos que permitieron responder a los objetivos propuestos. En las entrevistas se recabaron los datos que hacían falta o que ameritaban profundizar después de confrontar las encuestas. Todos los datos obtenidos fueron registrados y clasificados en un diario de campo, boletas de encuesta y en grabaciones en cassettes de los cuales se pudo obtener información posterior.

Con la información obtenida de las fuentes enumeradas se efectuó un análisis conjunto y se procedió a redactar el informe final.

## IX. PRESENTACION DE RESULTADOS

## I. Encuesta

A continuación se presentan las gráficas de los datos obtenidos mediante la encuesta, comparándose en las mismas las dos poblaciones en -- que fué efectuada; aldeas "Las Violetas" y "Xemamatzé", del municipio de -- Nebaj, Quiché. Los resultados se presentan en cinco grupo de gráficas para mejor comprensión; encontrándose los cuadros correspondientes en los -- anexos. Los cinco grupos de gráficas son las siguientes:

## A. Datos generales

oficio

Estado civil

Religión

Edad

No. de hijos.

## B. Saneamiento Ambiental

agua

agua estancada

eliminación de basura

disposición de excretas

vivienda:techo, piso, paredes, ambientes, número de personas en vivienda.

## C. Salud-Enfermedad

Familias con enfermedades padecidas en el último mes

Lugar de consulta

Control prenatal

Monitoreo de crecimiento y desarrollo

Inmunizaciones

## D. Condiciones Psíquicas

Síntomas de depresión

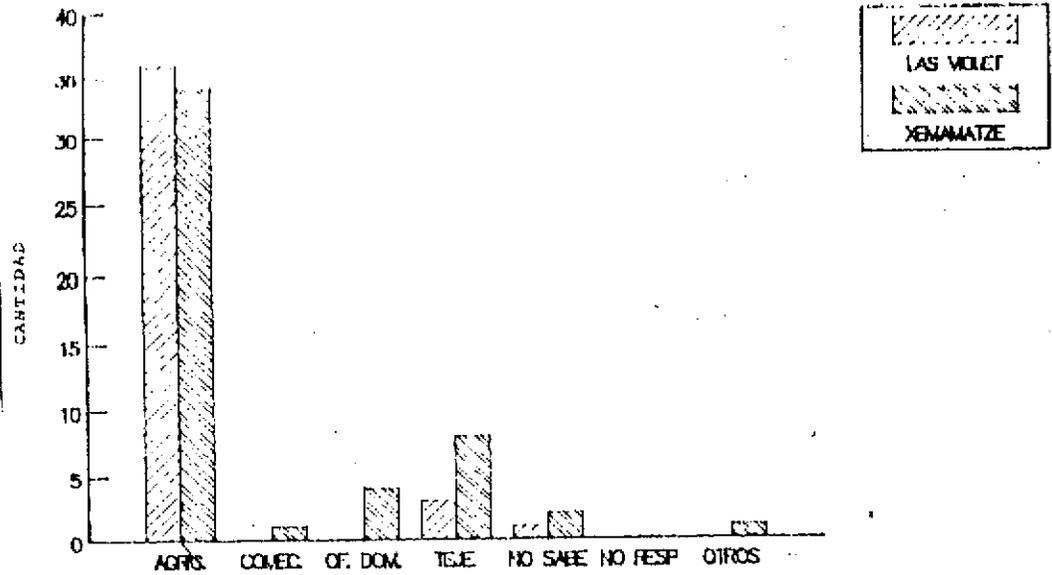
Síntomas psicósomáticas

## E. Mecanismos adaptativos para la supervivencia.

En adelante a la población de la aldea "Las Violetas" me referiré como población A y a la de la aldea "Xemamatzé" como población B.

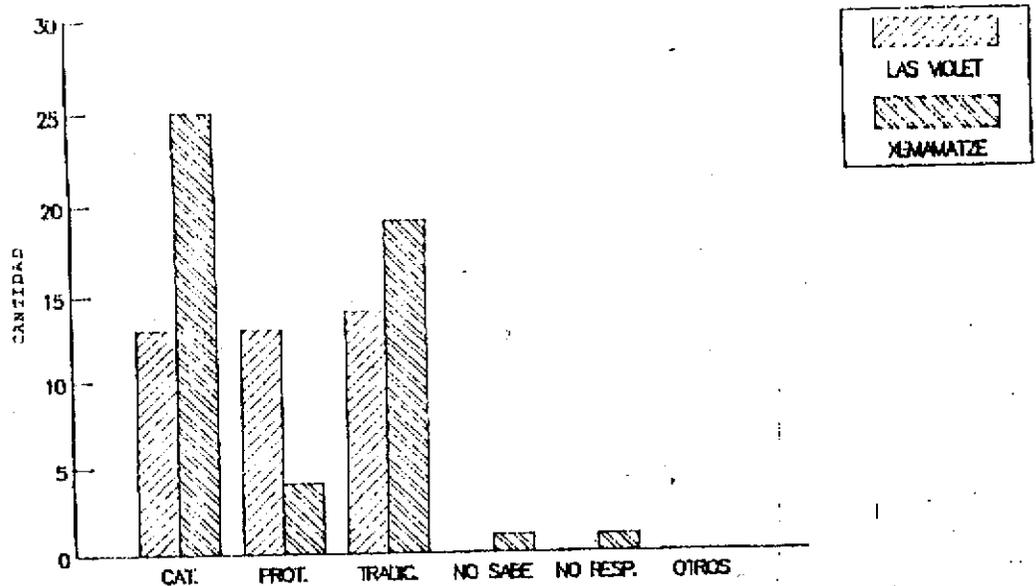
# DATOS GENERALES DEL JEFE DE FAMILIA

## OFICIO



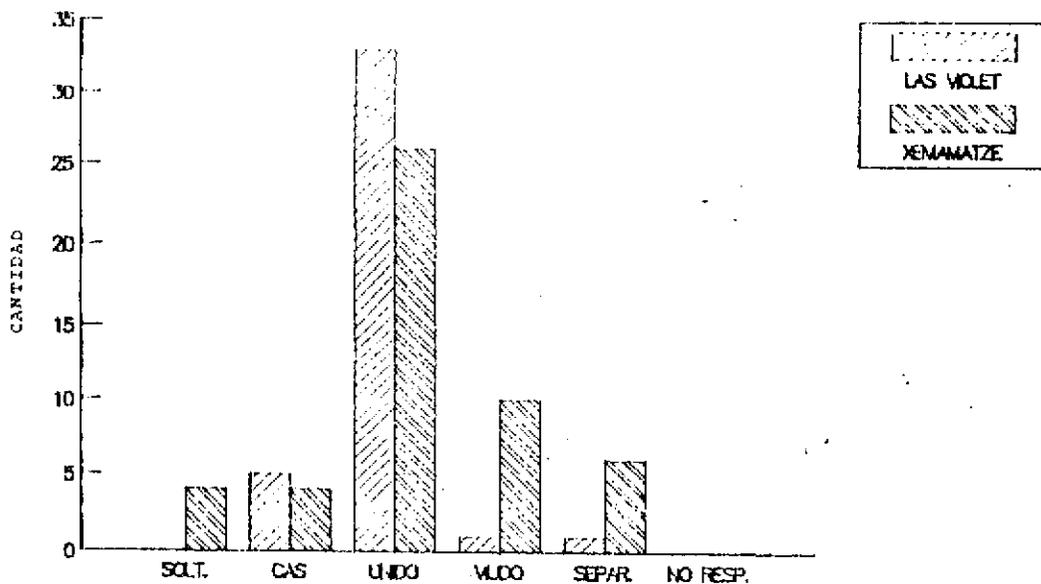
# DATOS GENERALES DEL JEFE DE FAMILIA

## RELIGION



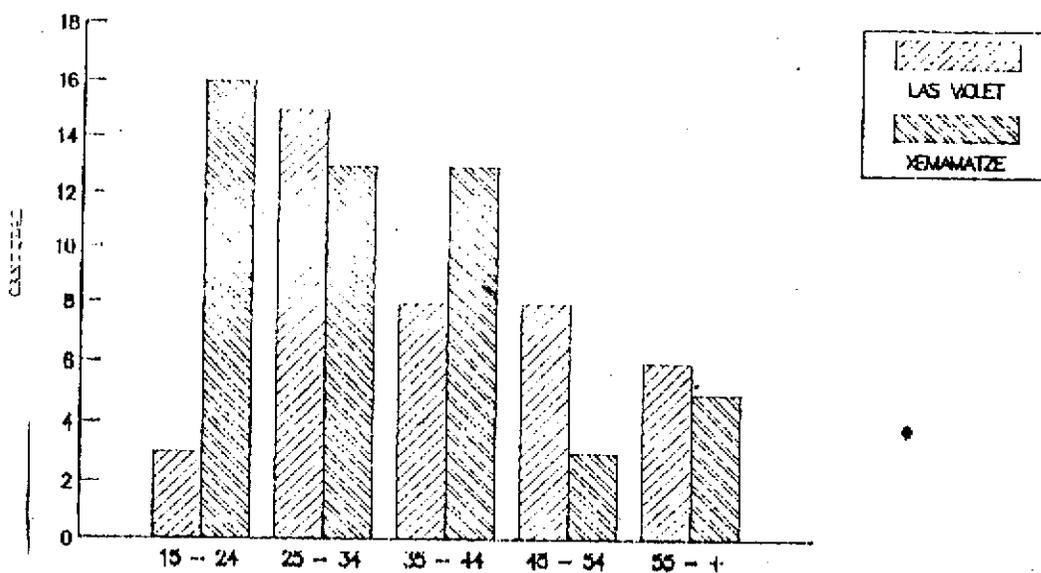
# DATOS GENERALES DEL JEFE DE FAMILIA

## ESTADO CIVIL

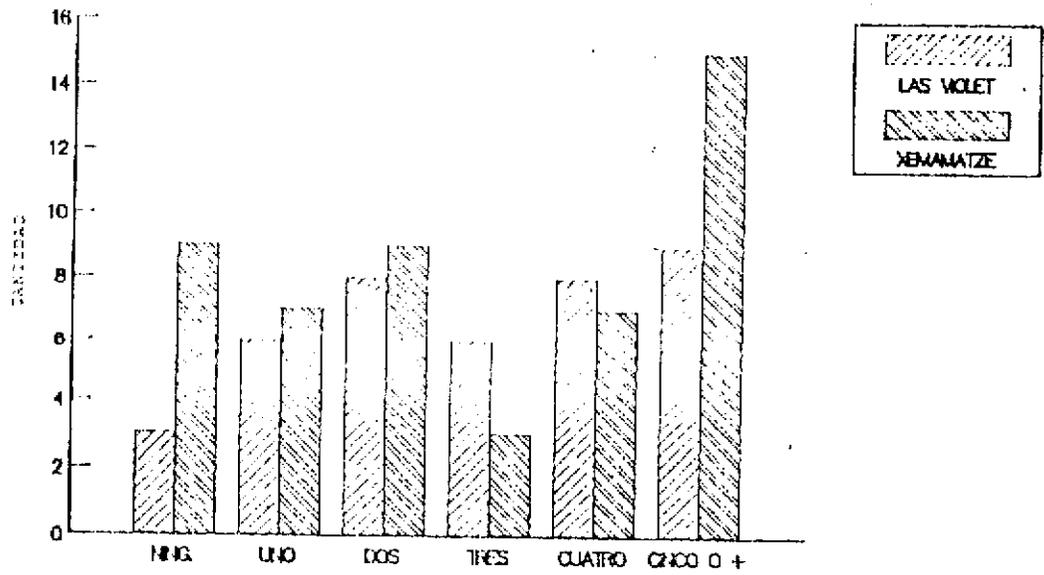


# DATOS GENERALES DEL JEFE DE FAMILIA

## EDAD



NO. DE HIJOS



#### A. Datos Generales

En las cinco primeras gráficas se proporcionan los datos generales de la población, algunos datos de éste tipo son relevantes en el conocimiento del grupo cultural, puede verse que la totalidad de la población tiene alguna religión, el 42% son católicos, el 37% tienen religión tradicional; es de hacer notar que las personas que son católicas conservan en su religión en mayor o menor medida rasgos tradicionales y los que tienen religión tradicional tienen en ella elementos de la religión católica. Consideradas -- separadamente las dos poblaciones, se profesa el catolicismo en el 32% y el protestantismo en el 32% en la población A, mientras que en la población B el catolicismo es la religión del 50% de la población y el protestantismo lo es solo del 8%, manteniéndose como ya se señaló en ambas poblaciones significativamente y más o menos constante la religión tradicional.

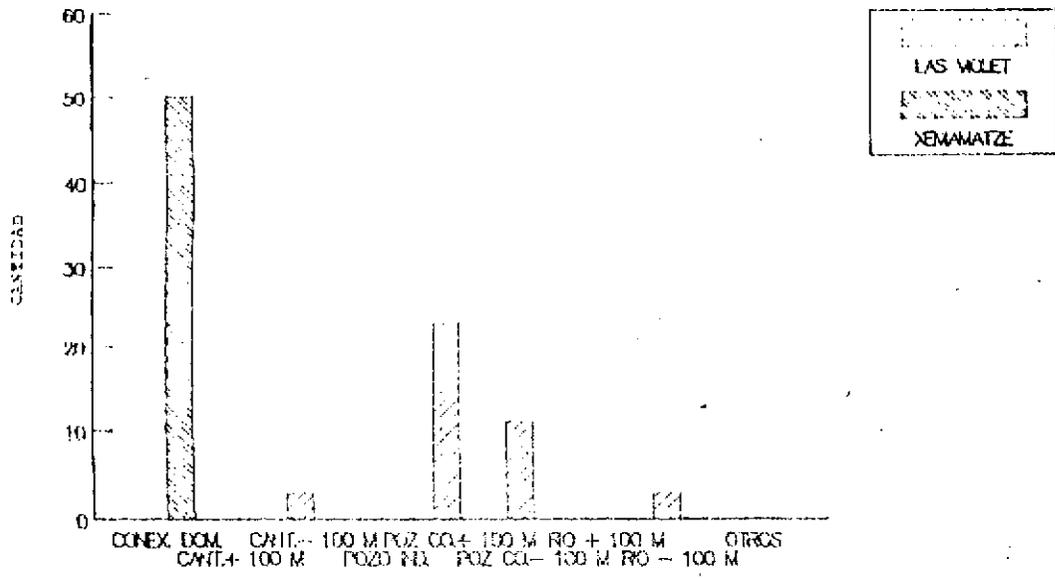
Respecto al oficio, en las dos poblaciones son mayoritariamente agricultores, en la población A en un 90% y la población B en el 68% y en mínimos porcentajes tejedores y comerciantes.

El estado civil más frecuente es el de "unido" en un 65% como dato -- conjunto de las dos poblaciones; separadamente es unido asimismo el estado civil más frecuente con el 82% en la población A y 52% en la población B, -- en esta última el porcentaje de viudas es de 20% y el de separado es de 12%.

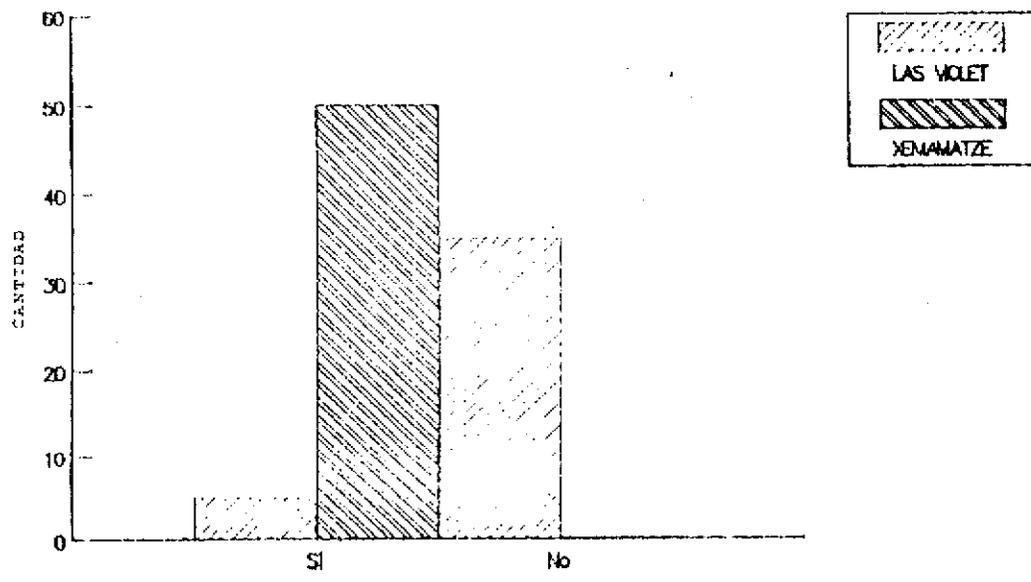
En los grupos de edad de los jefes de familia o personas solas que -- viven como una familia, la mayor frecuencia se encuentra entre 25-34 años -- en el 31%; en conjunto entre 15-44 años suman el 76% . Considerando separadamente las dos poblaciones, encontramos que en la población A el 45% de -- jefes de familia están comprendidos entre los 15 a 44 años, habiendo solo 35% mayores de 45 años. En la población B el 28% de jefes de familia y es tan comprendidos entre las edades de 15 a 24 años, y entre 25 y 44 años se encuentra el 52%; lo que demuestra lo joven de la población.

El número de hijos es variable y responde a la distribución por edades pero en general parece ser que la tendencia es a familias numerosas con 4 hijos o más.

AGUA



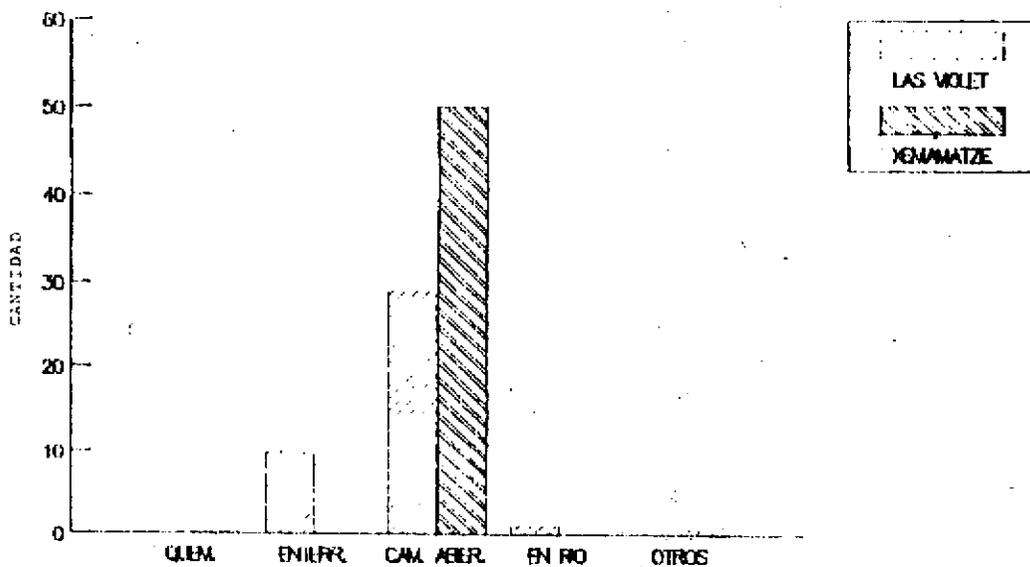
AGUA ESTANCADA



HAY AGUA ESTANCADA CERCA DE LA CASA?

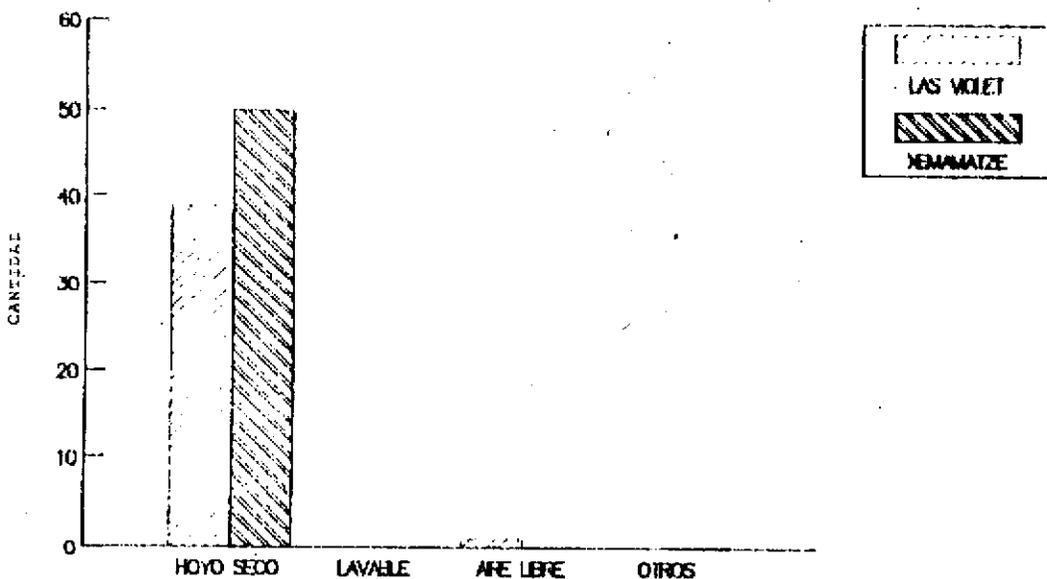
### DATOS SOBRE SANEAMIENTO AMBIENTAL

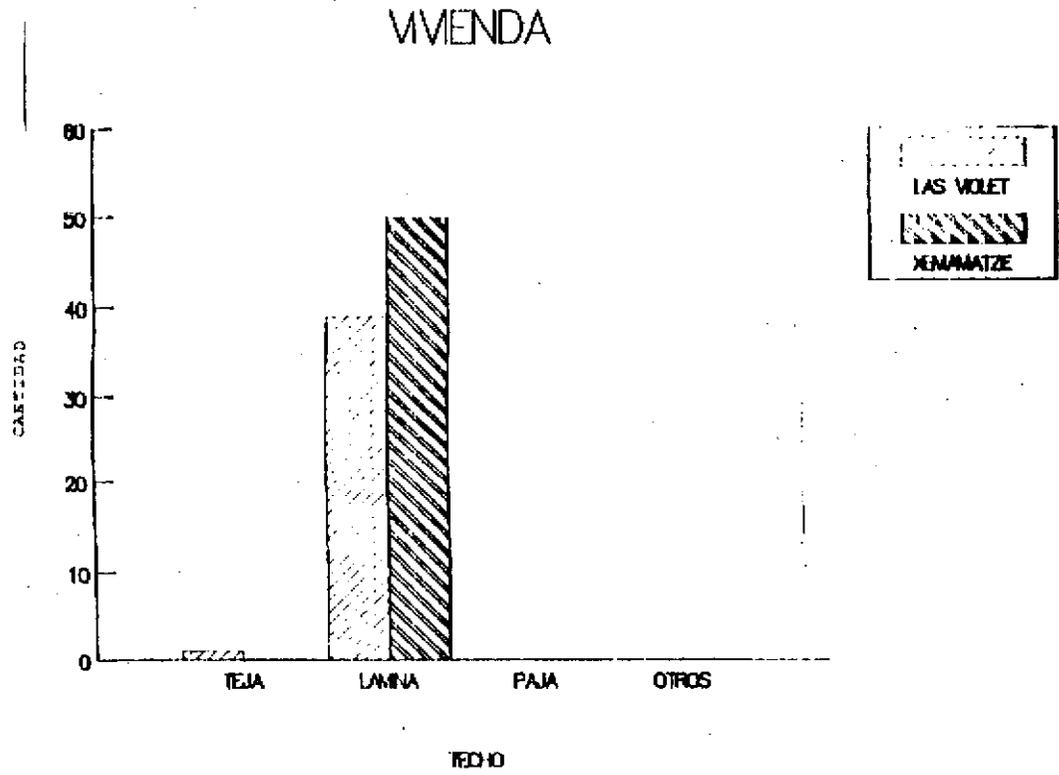
#### ELIMINACION DE BASURA EN VIVIENDA



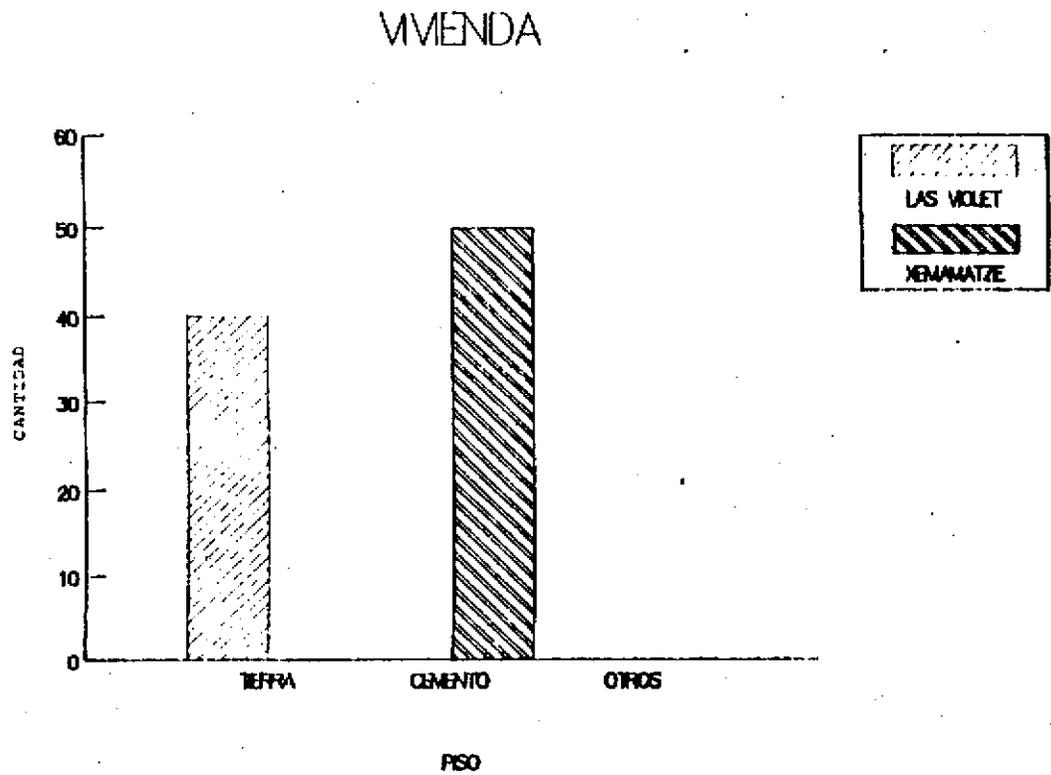
### DATOS SOBRE SANEAMIENTO AMBIENTAL

#### DISPOSICION DE EXCRETAS



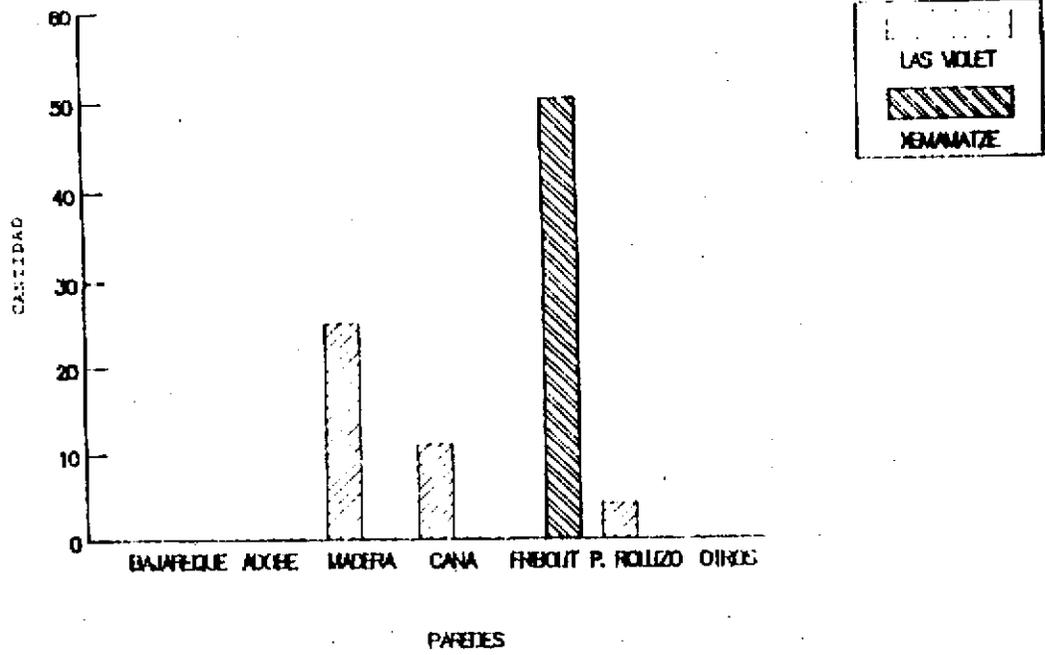


DATOS SOBRE SANEAMIENTO AMBIENTAL



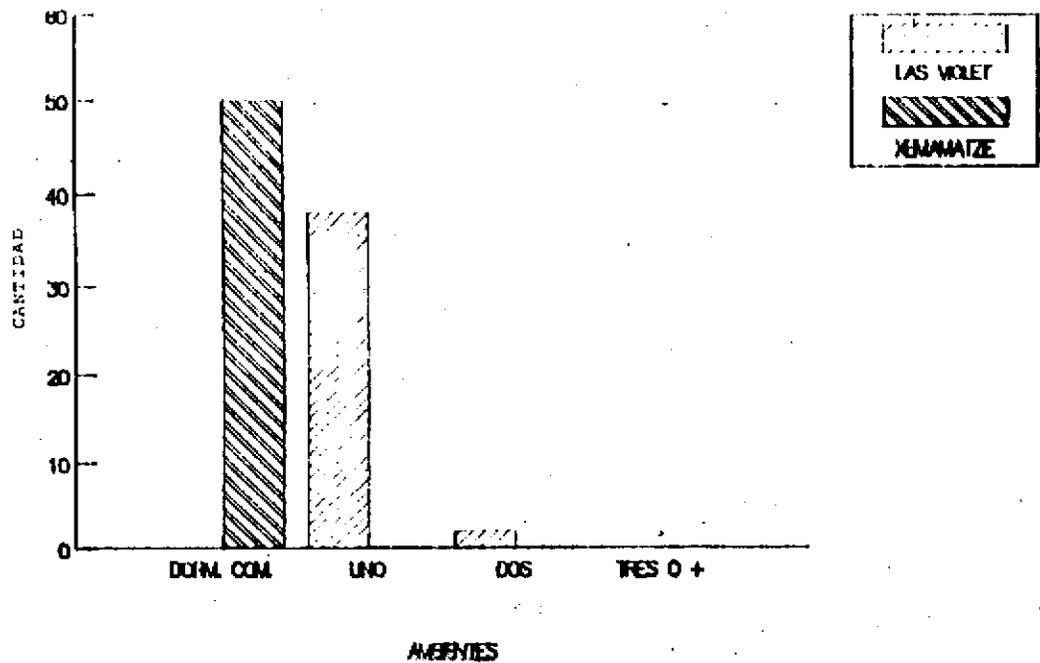
# DATOS SOBRE SANEAMIENTO AMBIENTAL

## VIVIENDA

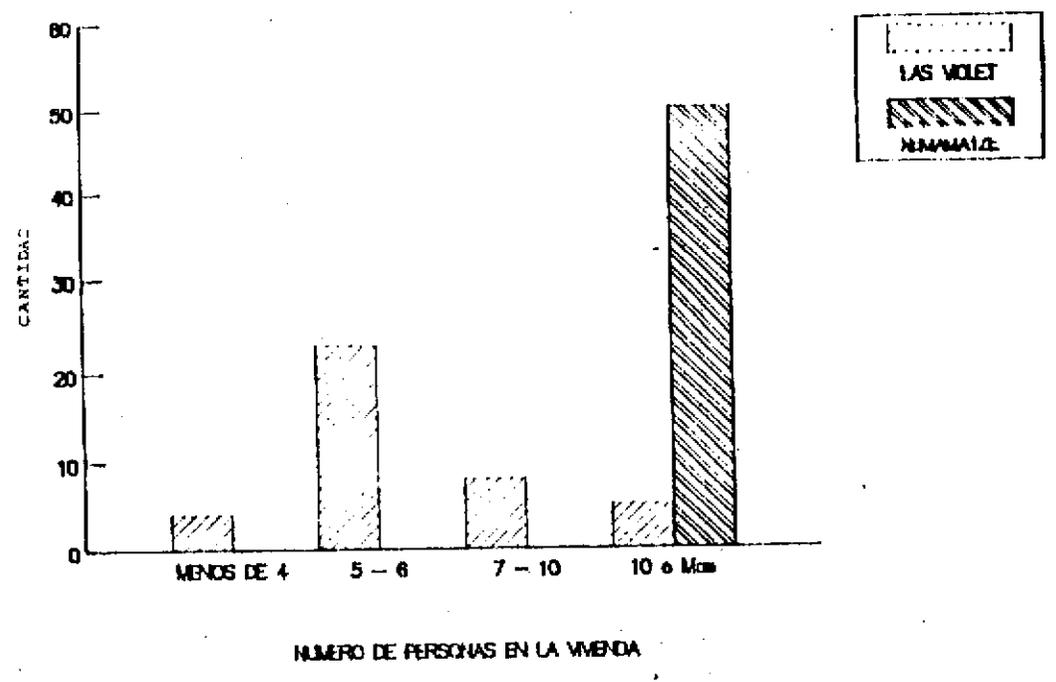


# DATOS SOBRE SANEAMIENTO AMBIENTAL

## VIVIENDA



VIVIENDA



PROPIEDAD DE LA COMISIÓN NACIONAL DE LA SALUD  
23/12/82  
CARLOS DE ALFARO  
SECRETARÍA DE SALUD

## B. Saneamiento Ambiental

En el estudio se consideraron varios aspectos relevantes, respecto al saneamiento ambiental; debe de tomarse en cuenta que la población A está en casas que ellos construyeron teniendo la mayoría de la población un mínimo de 2 años de residencia en el lugar; la población B está en un campamento para desplazados después de bajar de la montaña.

Respecto al abastecimiento de agua, la población A se abastece de agua de pozo y de río conjuntamente en el 100%, ninguna familia cuenta con conexión domiciliaria, la pureza del agua no se constató para ninguna de las dos poblaciones, pero los ríos que circundan ambas poblaciones en estudio presentan algún grado de contaminación por aguas negras provenientes de la cabecera municipal de Nebaj. En el campamento de Xemamatzé, la población B, si cuenta con agua entubada, pilas y baños de regadera comunales carentes de drenaje, lo que causa estancamiento del agua y encharcamiento del terreno plano.

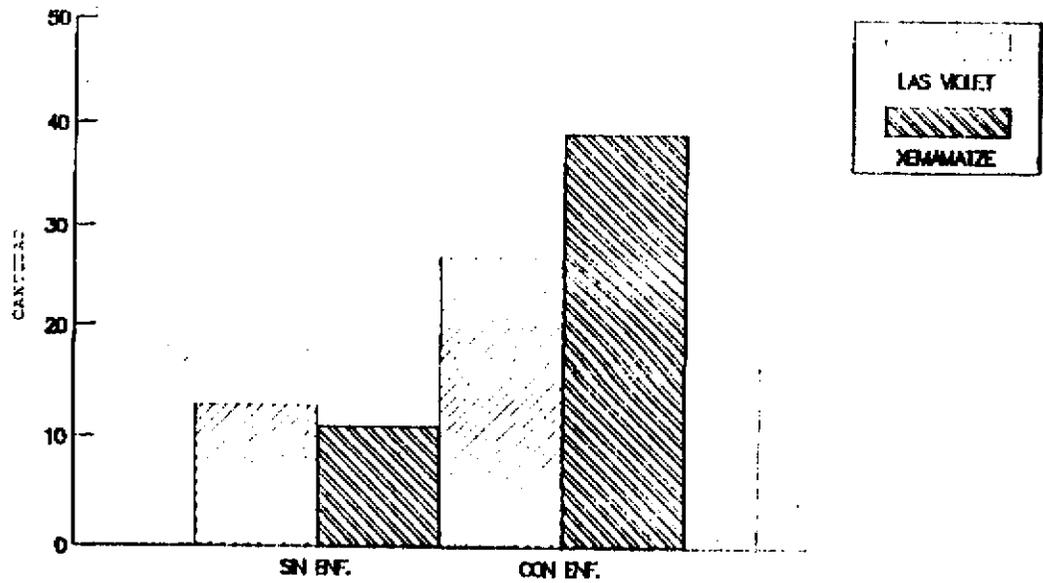
En la población A el 25% de familias dan tratamiento adecuado a la basura, en la población B no se les dá ningún tratamiento.

La vivienda de la población A es parecida a la vivienda tradicional Ixil, pero se ha adoptado el techo de lámina, sustituyendo al techo de teja o paja. La población B tiene una vivienda totalmente diferente a la vivienda Ixil, es de techo de lámina, paredes de planchas de cemento prefabricado, piso de torta de cemento sin ventanas, con un espacio de luz entre paredes y techo de unos 50cm., las instalaciones son comunales.

Las familias en general son numerosas siendo las casas de pocos ambientes (uno o dos), en la población A viven 4-10 personas por vivienda en el 78%. En la población B los dormitorios y servicios son comunales, cada dormitorio con 50 tarimas de madera en las que duermen varios miembros de una familia.

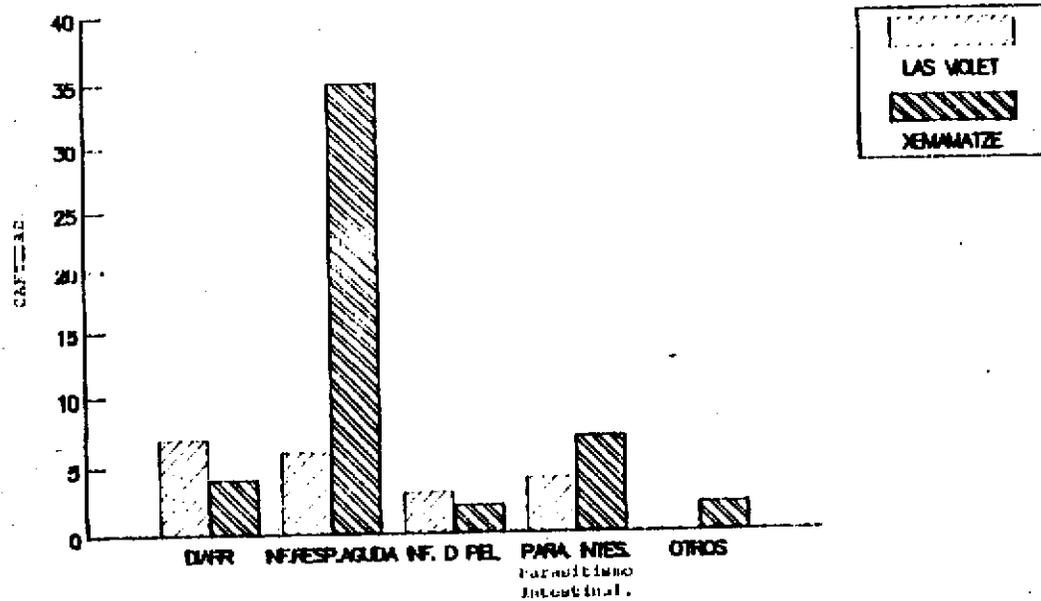
DATOS SOBRE SALUD - ENFERMEDAD

FAM. CON ENF. PADECIDAS EN EL ULT. MES



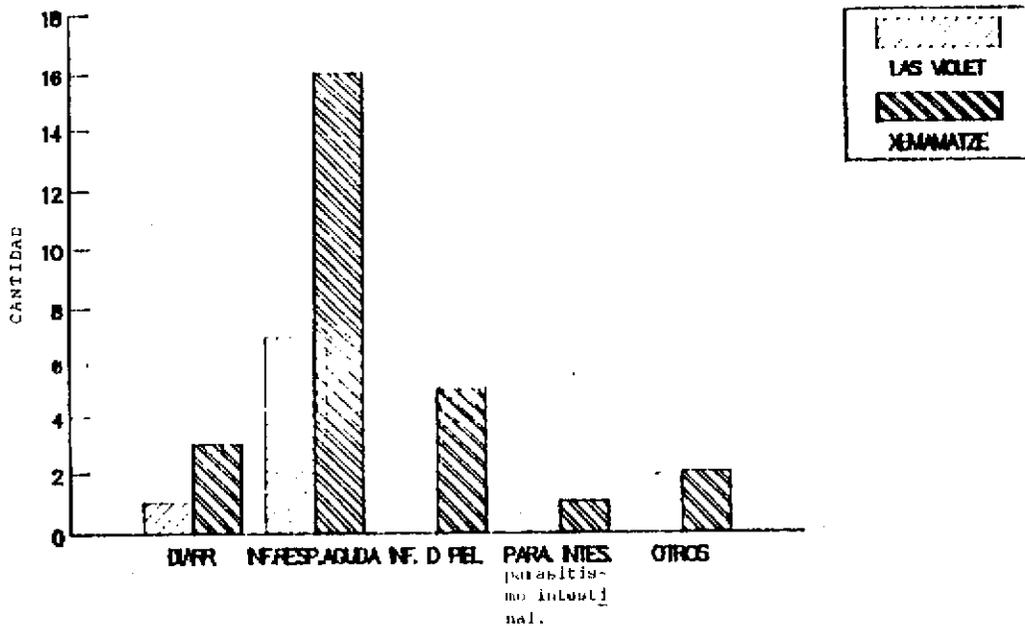
DATOS SOBRE SALUD - ENFERMEDAD

MENORES DE 5 AÑOS

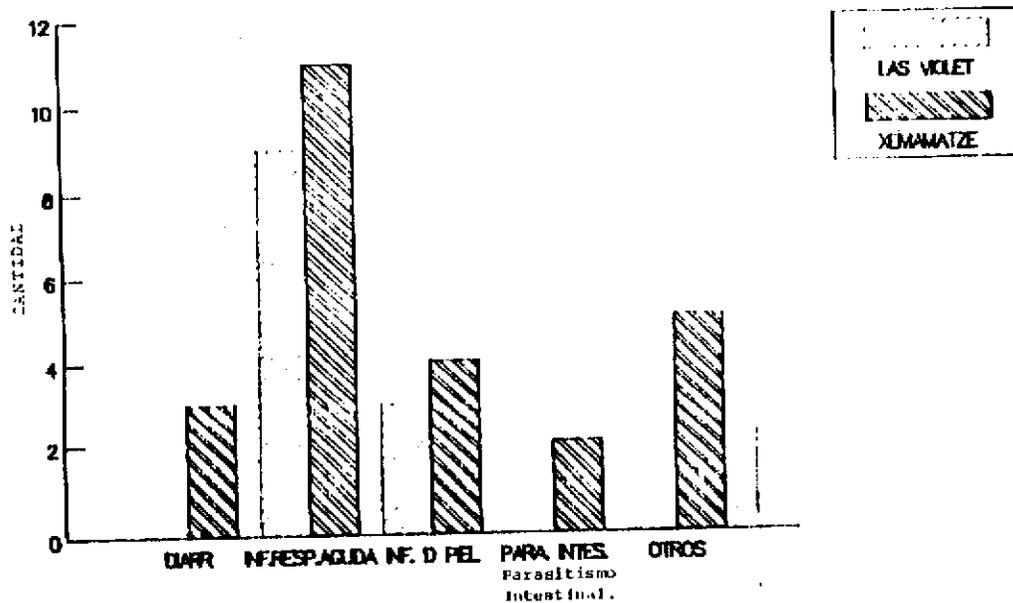


MUJERES

15-44 años

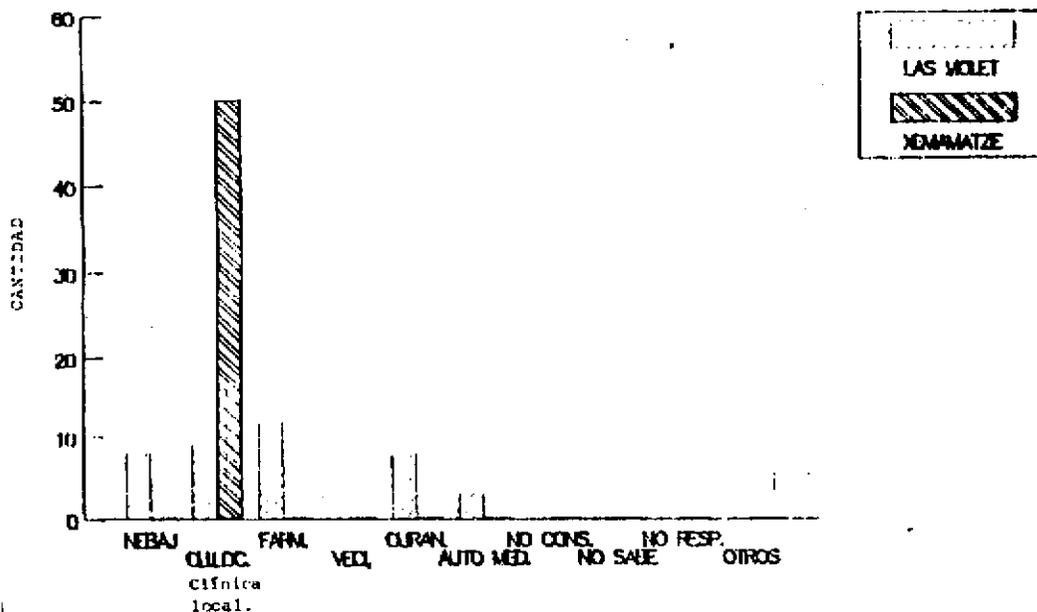


OTROS



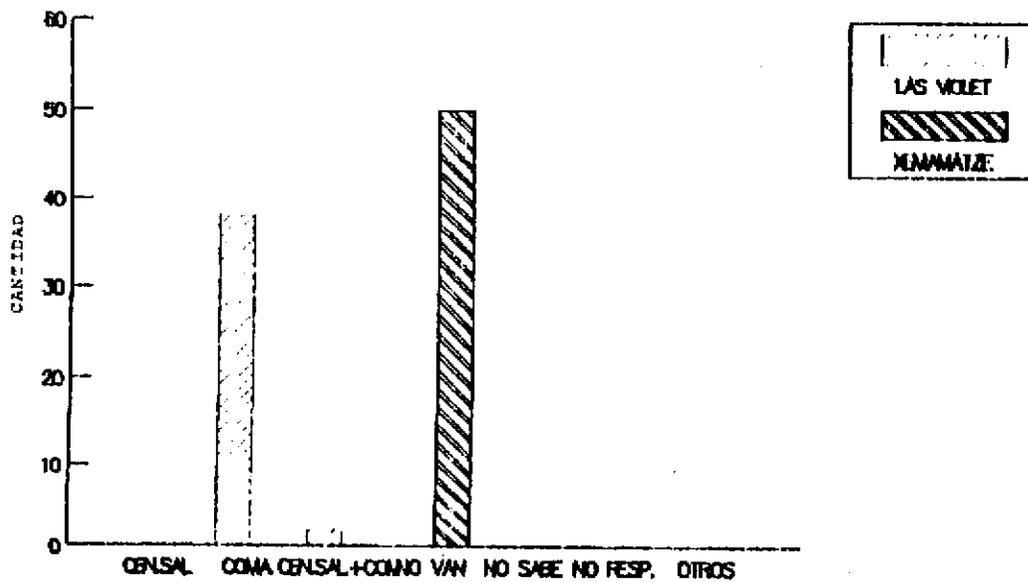
DATOS SOBRE SALUD -- ENFERMEDAD

A QUIEN CONSULTO POR ENFERMEDAD



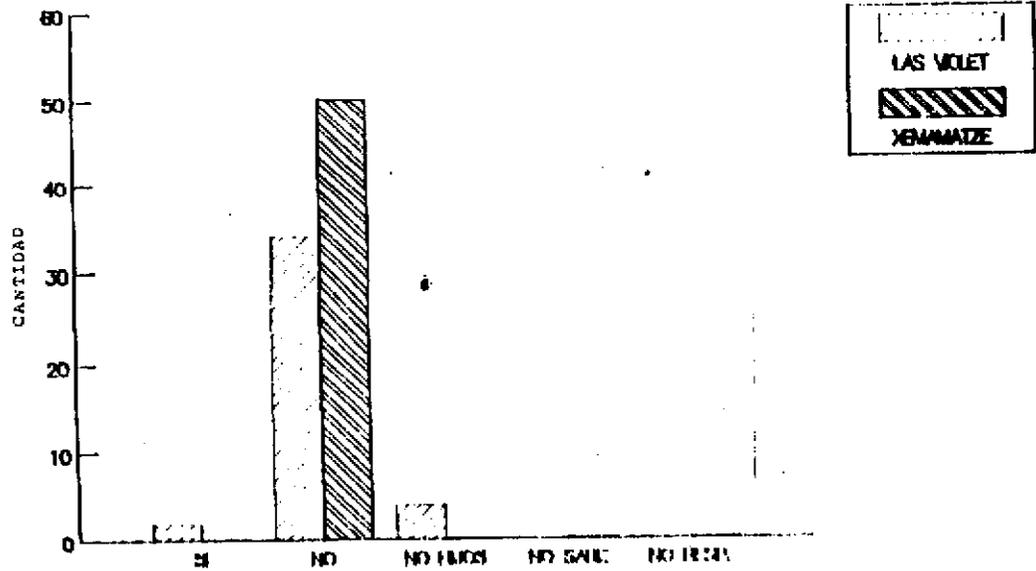
DATOS SOBRE SALUD -- ENFERMEDAD

LAS MUJERES VAN A CONTROL DE EMBARAZO?



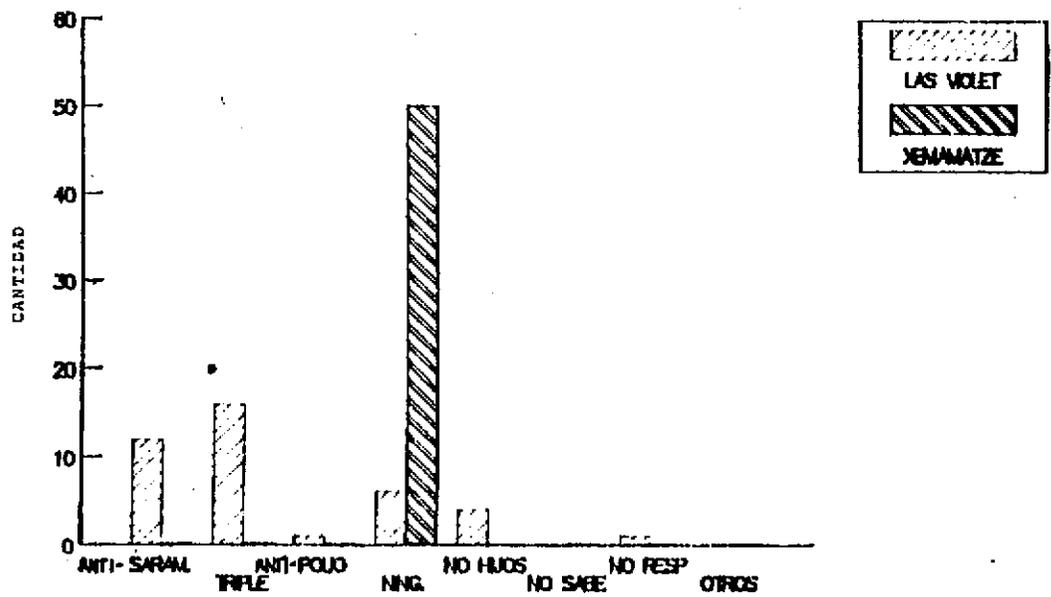
DATOS SOBRE SALUD - ENFERMEDAD

NINOS MENORES 1 AÑOS VAN A CONTROL



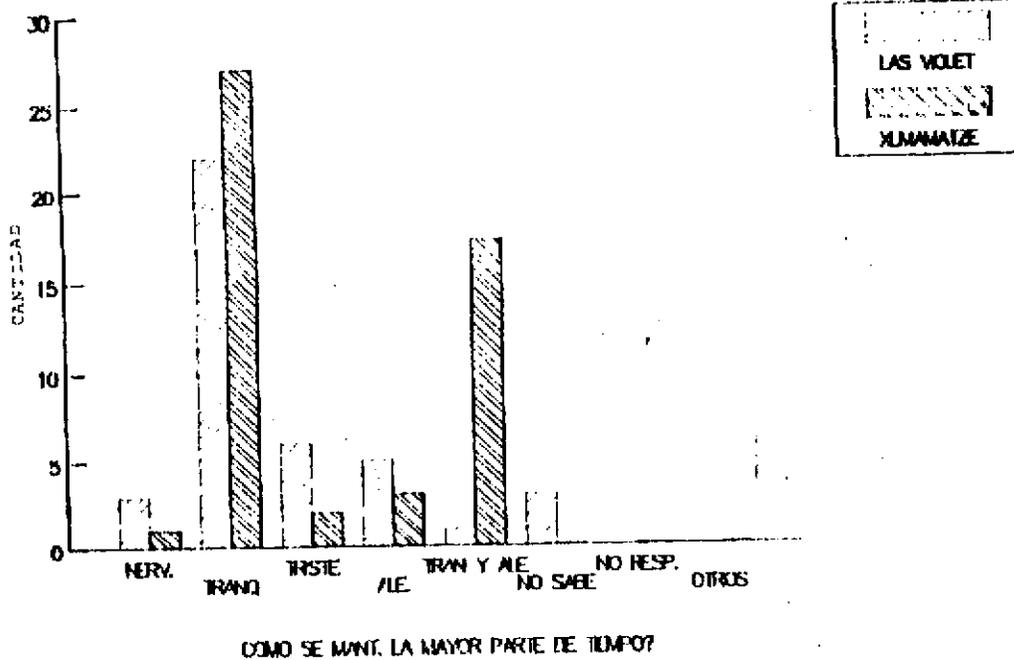
DATOS SOBRE SALUD - ENFERMEDAD

NINOS MENORES 1 AÑO SE HAN VACUNADO



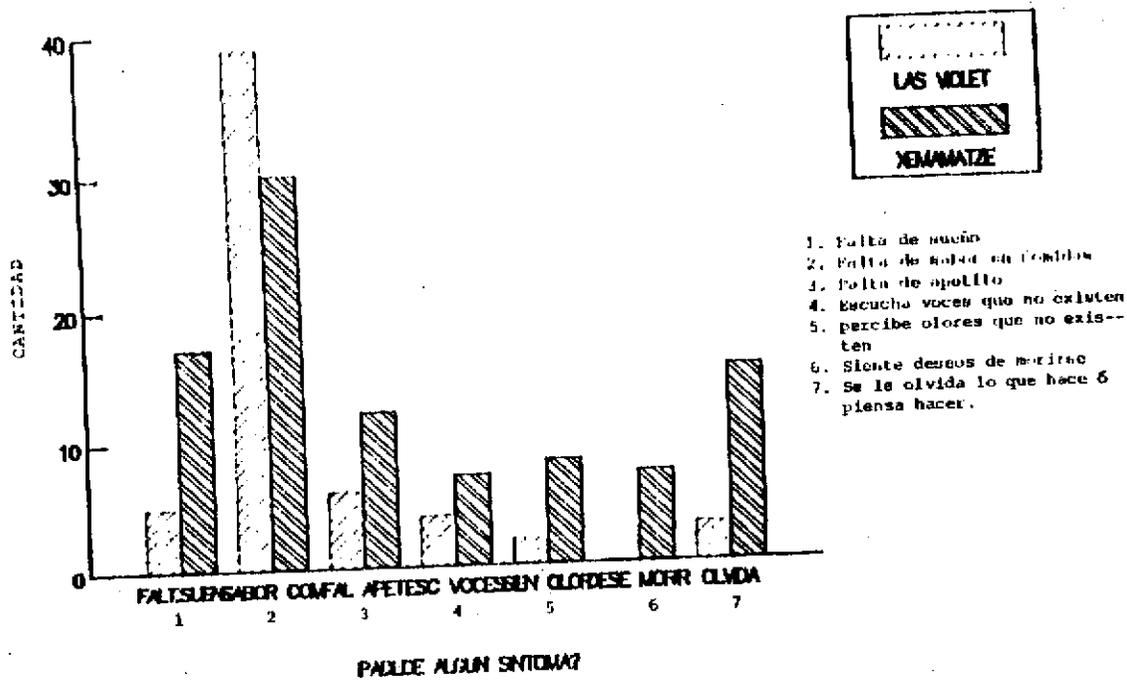
# CONDICIONES PSIQUICAS DESPUES MIGRAR

## DEL JEFE DE FAMILIA.

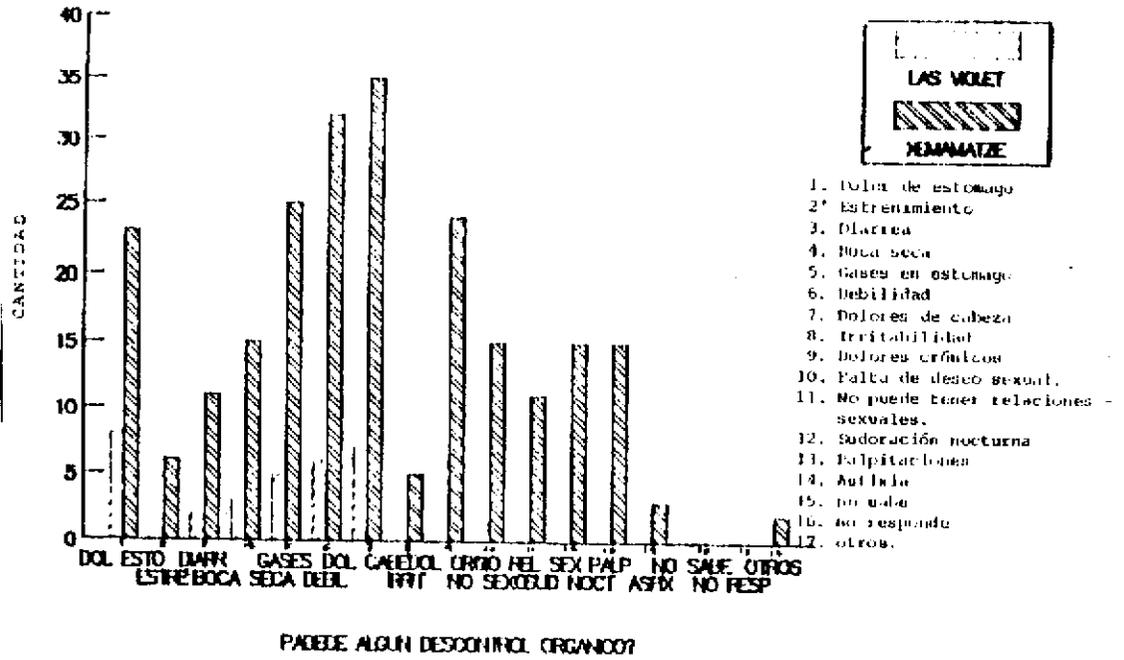


# CONDICIONES PSIQUICAS DESPUES MIGRAR

## DEL JEFE DE FAMILIA



DEL JEFE DE FAMILIA



### C. Salud-Enfermedad

Respecto a las enfermedades sufridas en el mes anterior al estudio en la población A se enfermaron 68% de familias y en la población B el 78%.

La causa más frecuente de morbilidad en menores de 5 años y en mujeres de 15 a 44 años así como en el resto de la población, fué la infección respiratoria aguda con 22 casos en la población A y en la B de 62 casos. Esta proporción de morbilidad es similar en las demás entidades en estudio.

En general hubo de las 5 diferentes causas de enfermedad (las más frecuentes en el país) 40 casos en la población A y 102 en la población B.

Respecto a quien consultan en caso de enfermedad, en la población A, -- van en casi igual porcentaje al Centro de Salud de Nebaj, a la clínica local y al curandero. En la población B todos consultan a la clínica local.

En lo que se refiere al monitoreo de crecimiento y desarrollo, los niños menores de 1 año no van a ningún control de éste tipo en ninguna de las dos poblaciones pues solo el 5% de la población A, van a control. Con las vacunas pasa algo similar, las aplicaciones a los dos grupos son escasas ya que solo el 1% de menores de un año ha recibido vacuna antipoliomielítica y el 17% ha recibido vacuna triple, dato dudoso porque en las campañas de vacunación estas vacunas se aplican juntas y con mayor frecuencia la vacuna antipolio, de manera separada.

En cuanto al control de embarazo este se lleva a cabo en la población A y es efectuado en el 100% por comadrona. En la población B no se lleva a cabo pese a haber clínica dentro del área de vivienda.

### D. Condiciones Psíquicas

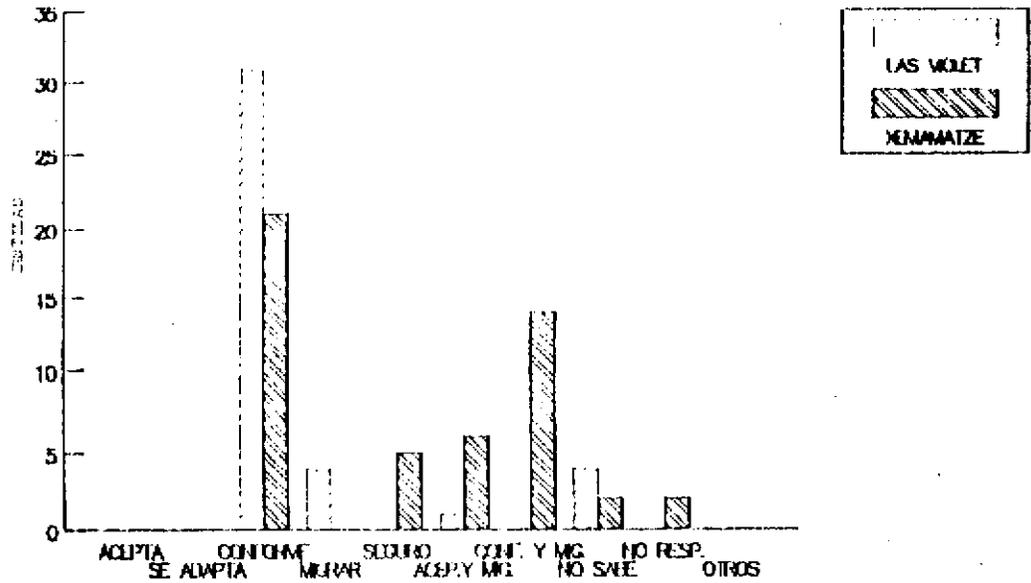
Respecto a las condiciones psíquicas de los grupos en estudio después de la última migración, en ambas poblaciones la mayoría se encuentra "tranquilo" y "tranquilo y alegre" según refieren en sus propias palabras.

Al preguntárseles sobre síntomas de depresión en la población A se encontró que aparentemente no presentan síntomas depresivos en el 65%, si -- los presentan en el 21% y a veces en el 14%.

En la población B no padecen síntomas depresivos en el 58%, si los presentan el 27% y a veces en el 15%, al preguntar los síntomas somáticos de depresión se encontró que en la población A solo el 5% padece de estos síntomas mientras que en la población B los padece el 31%.

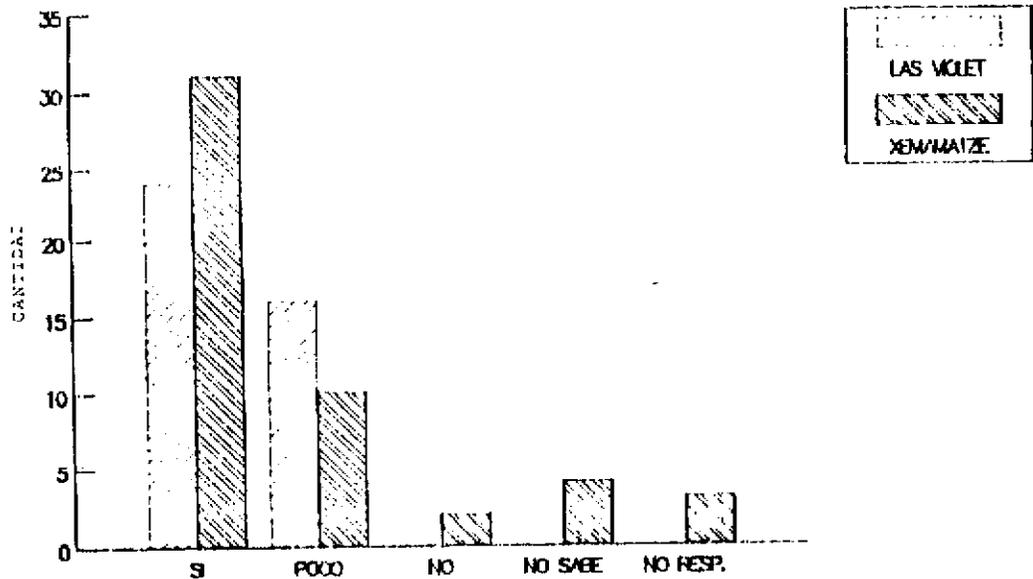
# MECANISMOS ADAPTIVOS PARA SUPERVIVENCIA

## COMO SE SIENTE CON EL CAMBIO DE VIDA?

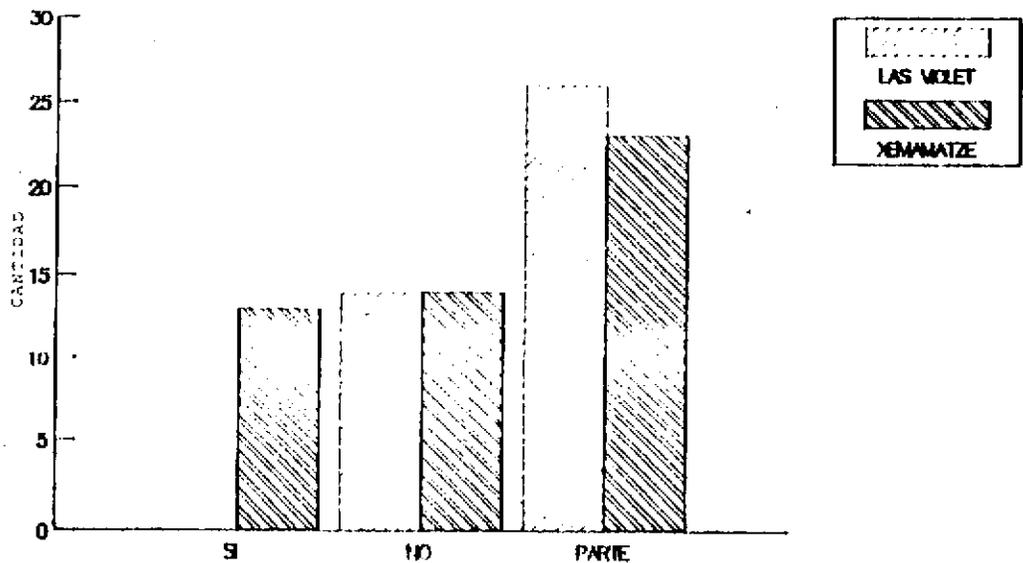


# MECANISMOS ADAPTIVOS PARA SUPERVIVENCIA

## LE GUSTA SU ALDEA?

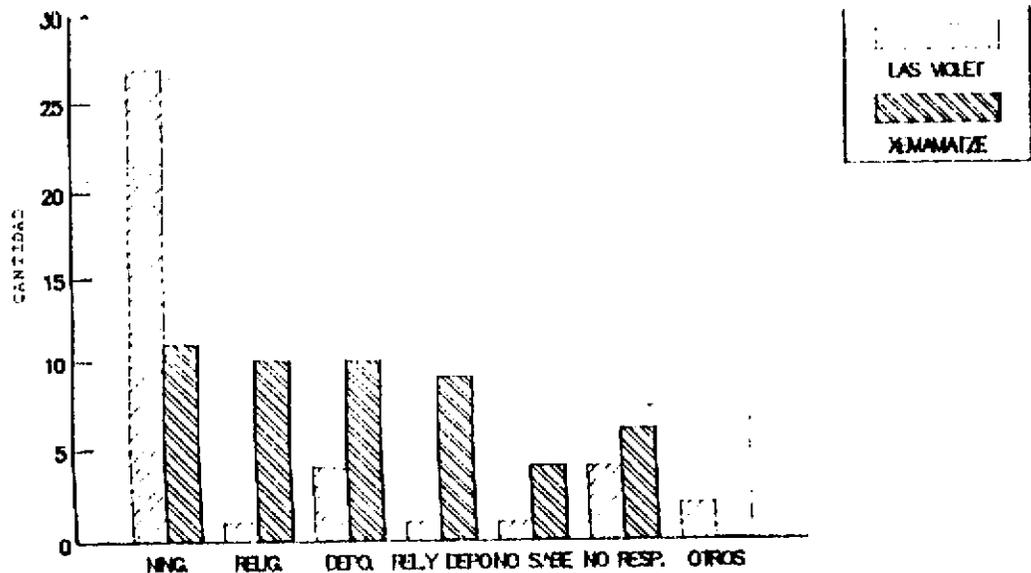


ENCUENTRA LO NECESARIO EN SU ALDEA?

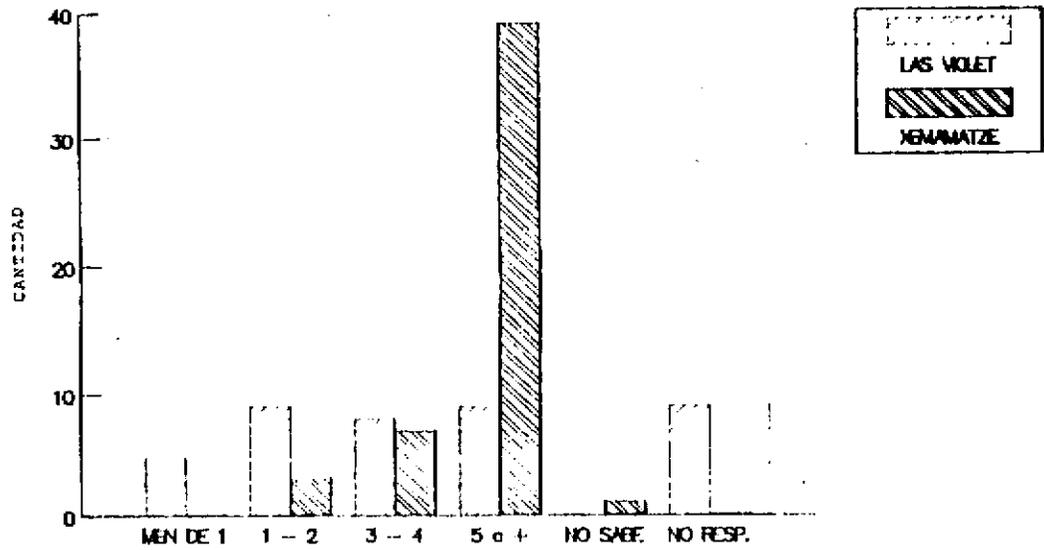


MECANISMOS ADAPTIVOS PARA SUPERVIVENCIA

PERTENECE A ALGUNA ORGANIZACION?

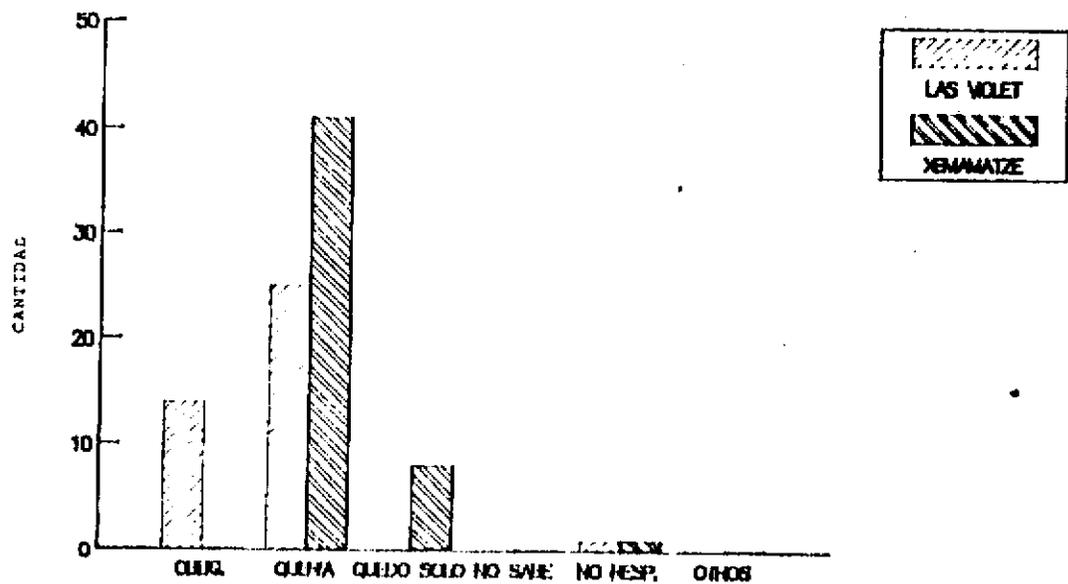


CUANTOS AÑOS PASO FUERA DE SU ALDEA?

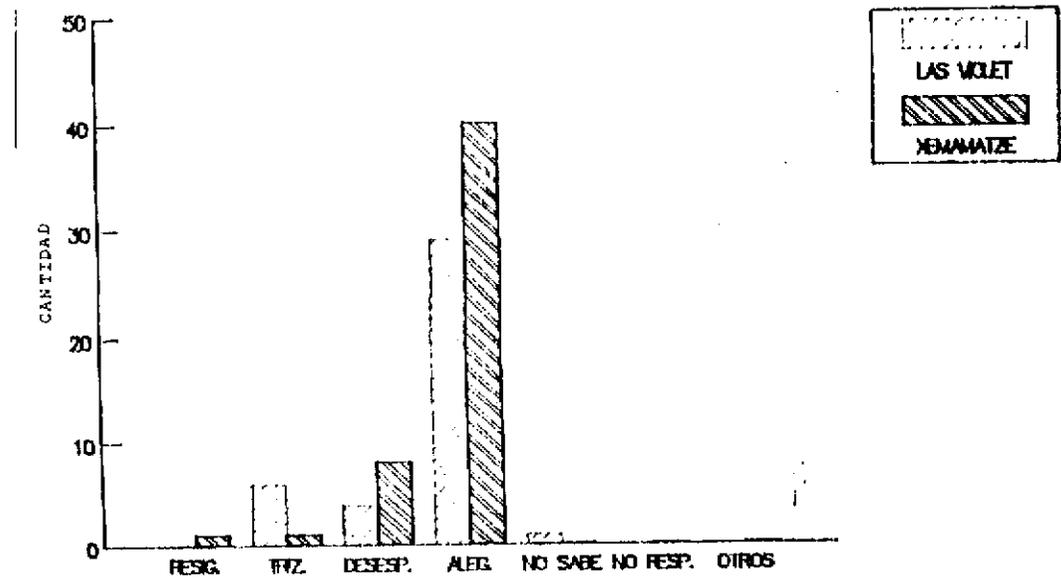


MECANISMOS ADAPTIVOS PARA SUPERVIVENCIA

CUAL FUE EL MOTIVO DE MIGRAR A NEBAJ?

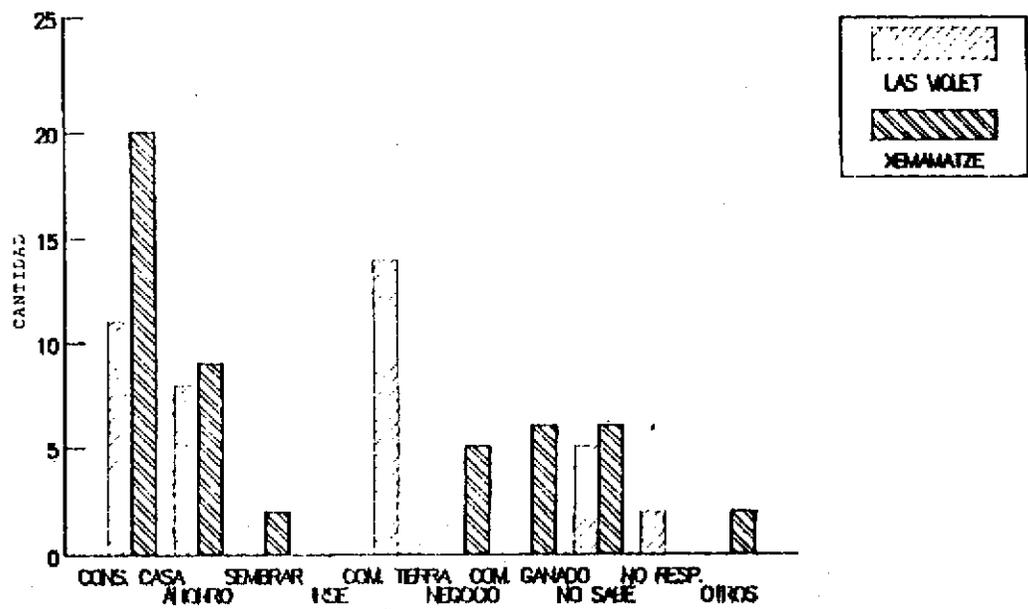


QUE SENTIO AL MIGRAR A NEBAJ?



MECANISMOS ADAPTIVOS PARA SUPERVIVENCIA

SI ENCONTRARA DINERO QUE HARIA?



### E. Mecanismos Adaptativos para la supervivencia

La respuesta a la pregunta: Cómo se siente ante el cambio de vida? coincide con la obtenida en la pregunta: como se siente la mayor parte del tiempo? hecha con anterioridad; un alto porcentaje de ambos grupos respondió --- estar conforme, 57%, en la población A, el 78% está conforme, en la población B, la segunda opción significativa después de estar conforme fué la opción de esta conforme pero quisiera migrar con el 28%, consideradas en conjunto.

En ambas poblaciones si les gusta, y les gusta un poco su aldea en el 100% para la población A y en el 82% para la población B.

Pertenecen a alguna organización comunitaria en la población A en el 20% y en la población B en el 58%.

La respuesta a la pregunta: Encuentra todo lo necesario para desarrollar su vida en su aldea? Se deben considerar separadamente las dos aldeas --- después las personas de la población A están establecidas y de la población B están en una etapa transitoria, por lo que respondieron en la población A --- que no en el 35% y en parte en el 65%, mientras que los de la población B --- no lo encuentran en el 28%, en parte en el 45% y si en el 26%.

La respuesta a la pregunta, Qué haría si se encontrara una buena suma de dinero? Para hacer lo que se desea, todos se quedarían en la región y --- adquirirían bienes relacionadas con la tierra, casa, tierras de cultivos, --- ganado principalmente.

La cantidad de tiempo pasada fuera de su aldea, en la montaña es un dato importante para el conocimiento del grupo; los de la población A estuvieron en la montaña menos de 4 años en el 55%; mientras que los de la población B estuvieron en la montaña más de 5 años el 78% y menos de cuatro el 20%.

El motivo de la migración de la montaña hacia su actual residencia, en la población A fué voluntario en el 63%; y obligado en el 35% en la población B, el motivo fué voluntario en 98% aquí se incluyen los que migraron porque --- se quedaron solos que también migraron voluntariamente.

Los sentimientos experimentados al migrar concuerdan con la respuesta anterior, estaban contentos por migrar, en la población A el 73% y en la población B 80%. Estaban tristes por migrar el 15% en la población A y 2% en la población B, sintieron desesperación al migrar 10% en la población A y --- 16% en la población B.

## 2. Morbilidad

Principales causas de morbilidad general, en la aldea "Las Violetas" - municipio de Nebaj, 1,988.

Cuadro No. 1.

No.	Causas	GRUPOS ETARIOS				Total	%
		0-1	1-5	6-15	Adultos		
	Total	74	144	126	173	515	100
1	Desnutrición	8	65	44	51	168	33.0
2	Infección respi ratoria aguda	29	38	33	40	140	27.0
3	Diarrea	21	31	22	27	101	20.0
4	Conjuntivitis	1	5	8	7	21	4.0
5	Impetigo	2	3	6	4	15	2.9
6	Gastritis	0	0	0	14	14	2.7
7	Sarcoptiosis	2	1	5	4	12	2.3
8	Traumas	0	0	3	8	11	2.1
9	TB pulmonar	0	0	1	6	7	1.3
10	Abscesos	10	0	2	4	20	1.1
11	Otras causas	11	1	2	8	20	3.8

Fuente: Libros de Registro Clínica "Las Violetas", tabulación propia.

Diez principales causas de morbilidad general en el Distrito de Salud del municipio de Nebaj, en 1,988. (Enfermedades de notificación obligatoria M.S.P. y A.S.).

Cuadro No. 2.

No.	Causas	GRUPOS ETARIOS						total	%
		1 año	1-4	5-14	15-44	45-64	65+-		
	Total	409	605	531	994	188	50	2777	100
1	Desnutrición	49	184	216	568	103	33	1153	41
2	Infección respi ratoria aguda	272	274	200	282	56	12	1096	39.4
3	Diarrea	47	67	31	31	9	1	186	6.6
4	Neumonias	19	51	49	37	11	1	168	6.0
5	Amebiasis	21	23	22	36	7	1	110	3.9
6	Tuberculosis del o aparato respira torio.	0	3	5	17	2	2	29	1.0
7	Tuberculosis - de otros órganos y no especificada	0	1	2	15	0	0	18	0.6
8	Malaria	0	1	5	4	0	0	10	0.4
9	Varicela	1	1	0	2	0	0	4	0.1
10	Hepatitis	0	0	1	2	0	0	3	0.1

Fuente: Telegramas enviados al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, desde el Centro de Salud de Nebaj, tabulación propia.

Diez principales causas de morbilidad general, de Aldea Xemamatzé (CEARD), municipio de Nebaj, 1,988.

Cuadro No. 3.

No.	Causas	GRUPOS ETARIOS			TOTAL:	%
		0-12	13-45	46+		
	Total	747	882	94	1723	100
1.	Infección respiratoria aguda	310	425	47	782	45.3
2	Parasitismo intestinal	136	127	25	288	16.7
3	Conjuntivitis	74	49	2	125	7.2
4	Otitis	32	59	8	99	5.7
5	Neumonias	79	4	0	83	4.8
6	Desnutrición	2	75	3	80	4.6
7	Anemia	0	58	1	59	3.4
8	Sarcoptiosis	26	13	3	42	2.4
9	Abscesos	13	16	0	29	1.7
10	Dermatitis	23	3	2	28	1.6
11	Otras causas	52	53	3	108	6.2

Fuente: Estadísticas clínicas CEARD; tabulación propia.

## 2. Morbilidad

Morbilidad comparada de Clínica de aldea "Las Violetas", Clínica de aldea Xemamatzé (CEARD) y Centro de Salud de Nebaj.

Las diez principales causas de morbilidad de cada uno de éstos lugares de atención, pese a que atienden a una población similar en cuanto a cultura, educación y otras características socio-económicas, no son iguales, existe mayor coincidencia entre las estadísticas de la clínica de la aldea Las Violetas y las del Centro de Salud de Nebaj. En la clínica de la aldea Xemamatzé si bien las causas de morbilidad son parecidas, el orden y la frecuencia en que aparecen las mismas es diferente, pudiéndose deber ello a varios factores como diagnósticos presuntivos y a falta de diagnóstico entre otras.

Debe de tomarse en cuenta que por no haber estadísticas de morbilidad, en la clínica de la aldea Xemamatzé anteriores a septiembre de 1,988, se tomó para el presente estudio tanto en esta clínica como la de la aldea Las Violetas solo los datos del último cuatrimestre de 1988 del Centro de Salud de Nebaj se presenta estadística de todo el año de 1,988.

## X. DISCUSION

1. Encuesta: Los grupos en que se efectuó el estudio son de religión católica con elementos tradicionales y tradicional con elementos de catolicismo mayoritariamente, éste dato ayuda a clasificar a los grupos como conservadores de sus creencias y costumbres religiosas a la vez que rebeldes en cuanto a su no conversión al protestantismo, pese al medio al que se encuentran expuestos.

Es sabido el recurso que representa el protestantismo, como posible doctrina justificadora de la explotación capitalista, podría pensarse que el proceso de conversión ha sido dirigido aquí, como en el resto del país y en América Latina y otras partes del mundo de similares características socio-económicas con ese fin primordial.

En ambas comunidades, pero especialmente en la población B existe -- constante endoctrinamiento religioso que reciben los desplazados por misio neros tanto católicos como de varias sectas protestantes; todos los grupos religiosos con sus propios objetivos y técnicas tienen libre acceso a los desplazados, de los cuales algunos participan, la razón por la cual lo hacen no está clara, novedad, distracción, podría ser, o bien que la conside ran como una actividad semiobligatoria como otras que efectúan en ese cam pamento.

El nivel educacional es bajo las mujeres son analfabetas, casi todos los hombres en su mayoría alfabetos, pero solo unos cuantos jóvenes han terminado la primaria completa.

En el estudio se encontró que la mayoría eran agricultores, lo cual es congruente con nuestra realidad, pues en el área rural de nuestro país los pobladores son agricultores casi en su totalidad y durante el tiempo que pasaron con la guerrilla fueron igualmente agricultores.

El número elevado de personas unidas existentes en ambas poblaciones es un dato asimismo congruente con nuestra realidad, pues en Guatemala se encuentran unidas las parejas en su mayoría.

En la población B el alto número de viudas hace pensar en violencia especialmente, y en enfermedad por el bajo nivel de vida que se refleja en mortalidad temprana. El porcentaje de separados en la población B, es importante por la significación socio cultural de descomposición social en una sociedad eminentemente tradicional. En la población B se pudo -- comprobar mediante entrevistas que un buen número de personas que aparecen como casadas, son viudas pero han vuelto a casarse con otras personas también viudas o solteros; el grupo de personas solteras es a expensas de los muy jóvenes, hechos que apuntan hacia la posible necesidad de vivir en pareja en éste tipo especial de sociedad en la montaña, en la que el riesgo constante en que se vive, así como la carencia de bienes de todo tipo podrían empujar hacia el existencialismo; pese a todo -- ello otros valores sociales culturales tradicionales se conservan.

Respecto a la edad, las dos poblaciones presentan una distribución -- joven, los mayores de 45 años son un porcentaje mínimo en ambas poblaciones, hecho más notorio en la población B, posiblemente más diesmada por enfermedad y muerte violenta, las estadísticas nacionales respecto a la esperanza de vida al nacer del guatemalteco del área rural son coincidentes. En esta población hay personas muy jóvenes que son por sí solos una familia ya que migraron a la montaña siendo niños entre los 8 a 12 años permaneciendo en ella entre 6 y 8 años, este es un fenómeno interesante de ser estudiado, éstos jóvenes especialmente de sexo masculino algunos no tienen familia, otros la tienen fuera de la aldea en otras comunidades, ellos se criaron con la guerrilla; cuando migraron a la montaña ya sabían leer y escribir y hablan bien el castellano, son joviales, comunicativos, entusiastas; más adelante cuando me refiera al estado anímico de la población haré referencia a ellos nuevamente.

El número de hijos en cada familia hace pensar en familias de más de 5 miembros, en ambas poblaciones, por lo que se conserva el patrón tradicional en cuanto a número de miembros de la familia; el programa de planificación familiar no tienen ninguna demanda dentro de los ixiles.

Un índice de hacinamiento es dado por el número de personas por dormitorio; tanto la población A como la B se encuentra hacinada según éstos patrones de medición, debe de tenerse en cuenta por otra parte que la familia ixil, tradicionalmente come y duerme junta en éste orden: padre, madre e hijos de menores a mayores, inclusive tapados con el mismo raído poncho, el clima es una razón para éste hecho, la cultura es otra, pero el orden económico es determinante; es difícil creer que la población se niegue por razones culturales a tener más de un poncho o una frazada de las más baratas que hay en el mercado para tapar a una familia de por lo menos 5 miembros. Las familias de cuadrilleros que migran en grupos a la costa puede verseles por la noche acostados en el corredor de la alcaldía mientras esperan su transporte, tapados con una rota frazada o poncho viejo y roto, acompañados estos de sus demás pertenencias, entre los que sobresalen las latas vacías de leche de 5 libras que usan como utensilio principal de cocina. Cuando regresan los cuadrilleros con algún dinero y obviamente muy explotados traen como galardón una frazada barata, unas cuantas latas vacías más de leche; al revisar su "equipaje" denota que vienen casi tan pobres como cuando se marcharon solo mejorando minimamente sus pertenencias, hechos conmovedores y deprimentes que no paso a analizar por no ser parte de éste estudio.

El saneamiento ambiental es deficiente en la población A, siendo similar al de toda población rural de Guatemala, con un patrón de asentamiento disperso, pero es realmente malo en la población B, en la que pareciera que se cuenta con más servicios pero estos son de mala calidad; el agua entubada no tratada funciona de manera continua pero no tiene desagües, simplemente se estanca; la basura se tira a campo abierto sin ningún tratamiento, las excretas merecen por si solas todo un capítulo al respecto de su manejo, son depositadas en letrinas no higiénicas que están llenas, a punto de rebalsar o rebalsadas desde hace por lo menos dos meses en el momento del estudio; hecho lamentable y más aún, cuando se sabe que es de fácil solución; se estaban construyendo unas letrinas lavables pero no ví que trabajaran en ellas durante por lo menos un mes; el olor insoportable -

el grado de contaminación es alto; por razones ecológicas la población de moscas es escasa favoreciéndose así afortunadamente la falta de contagio por medio de éste vector; a los desplazados se les proporciona papel higiénico pero estos deshechos se depositan a campo abierto.

Los dormitorios de la población B son deplorables, hechos de planchas de cemento sin ventanas, con 3 puertas, el techo es de lámina, existe un espacio entre la pared y el techo de 50 cms. el piso es de torta de cemento, tienen un promedio de 50 tarimas de madera rústica sin colchon de aproximadamente 1 metro de ancho, colocadas en dos filas, una frente a otra, a lo largo del dormitorio con un espacio entre cada una de 30-40 cms., en la parte correspondiente a la cabecera apilan sus mínimas pertenencias (una lata de leche de 5 libras con un agarrador rústico de alambre, un pocillo, una toalla y unas pocas prendas de ropa).

La vivienda tradicional Ixil es caliente con paredes de madera o caña y techo de paja o teja. Por consiguiente la vivienda de la población B es inadecuada, fría, con alto grado de hacinamiento, construída con materiales que aumentan la temperatura durante el día y la bajan por la noche, no se parece en nada a la vivienda tradicional del Ixil, de la cual debieran de haberse tomado los aspectos positivos para la salud; sin olvidar las diferentes funciones de orden cultural que cumple la vivienda dentro de la familia.

Respecto a las enfermedades fueron el triple más frecuente en la población B que en la A; en la población B el número de desnutridos adultos en sus diferentes tipos y grados es cercano al 100% y por lo menos se encuentra de igual manera presente en el 90% de los menores de 5 años, de éstos hechos no se tiene registro alguno, así como tampoco existen registro clínico de cada uno de los pacientes atendidos, el servicio de la clínica se limita a una elemental entrega de medicamentos según síntomas; ésto es un índice de mala atención a un grupo enfermo casi en su totalidad.

En cuanto al lugar de consulta no hay preferencia definida en la población A. En la población B todos consultan a la clínica local, en la que se les atiende. La atención que se presta en ambas clínicas merecería un particular estudio por la especial población que atienden y por estar invo

lucrados en las mismas, instituciones nacionales y extranjeras. En el momento de efectuarse este estudio en la población B pese a su mala situación se carece totalmente de planes de trabajo médico especialmente en medicina preventiva.

La falta de control de crecimiento y desarrollo, y la poca cobertura en cuanto a la vacunación en menores de 5 años en las dos poblaciones es un hecho deplorable, pero no es diferente a lo que sucede en la mayoría de la población rural guatemalteca, aunque la vacuna está disponible; la cobertura es baja en los grupos en estudio, pese a ello las enfermedades prevenibles por vacuna en las diferentes estadísticas de las clínicas de las aldeas Las Violetas, Xemamatzé y Centro de Salud de Nebaj no se encuentra dentro de las principales causas de morbilidad a excepción de la tuberculosis, que como es sabido su prevención se efectúa especialmente elevando el nivel de vida de la población.

Lo anterior podría deberse entre otras causas a falta de diagnóstico por una parte y por otra a que son poco frecuentes, estas enfermedades en el período del año estudiado. Las personas confunden por desconocimiento los términos de "vacuna" e "inyección", pues aparecen en el estudio 16 niños con vacuna triple y solo 1 con vacuna antipolio, dato que es dudoso, pues ambas vacunas se administran juntas, además se sabe que existe rechazo sistemático de la población hacia la vacunación.

En la población A, las comadronas atienden a las señoras que consultan por control pre-natal, hecho que justifica la necesidad de adiestrar adecuadamente a éste personal natural sin entrar en contradicción con sus valores positivos.

En la población B no acuden a control prenatal contando con clínica, en el momento en que se efectuó el estudio habían 4 embarazadas entre 3 y 5 meses de embarazo todas ellas; en esa misma población, un día una señora me consultó por un posible aborto espontáneo por el que no había consultado previamente, el hecho puede deberse a varias causas, entre ellos una general que sería, que existe poca comunicación entre los -

pobladores y la clínica, otra particular que hace referencia a la tradicional falta de comunicación, que en lo referente a la gineco obstetricia existe entre las mujeres de los grupos étnicos guatemaltecos con personas de -- sexo masculino y/o de diferente etnia.

La depresión con su sintomatología psíquica y psicósomática está presente en ambas poblaciones, sin mucha significación aparentemente en la población A y significativamente en la B, en la que se encuentran síndromes - depresivos incompletos frecuentemente en cada persona preocupada por su familia, por su futuro, por no tener nada, porque su esposo fué o se irá en comisión, a la montaña a rescatar familiares, por su salud misma, etc., todos están preocupados, entre mayor es la edad de las personas mayor es la preocupación; la pena, las enfermedades y la depresión, pese a ser en general una población joven, están apáticos hasta cuando comen, participando es casamente en las diferentes actividades que se organizan, los jóvenes menores de 20 años están mejor y los niños especialmente se les ve aparentemente bien psíquicamente, en general parecen menos deprimidos los hombres que las mujeres. Debe de tomarse en cuenta el hecho de que se está midiendo de presión con los parámetros dados por la cultura occidental, pero no se si debieran ser exactamente los mismos para la cultura Ixil; creo que haber diferencias culturales no profundas, la base es similar.

La conformidad es la sensación más frecuente de los jefes de familia ante el cambio de vida en ambas poblaciones, en la población B el deseo de migrar se hace presente en las respuestas, dato que fué comprobado en las entrevistas efectuadas. La angustia ante el futuro se siente en esta población, quieren reestablecerse, ubicarse.

Su aldea le gusta a ambas poblaciones, éste es un dato del que se duda pues mediante las entrevistas se notó que aceptan su aldea, pero no es exactamente lo que les gustaría para vivir, hecho más significativamente evidente en la población B. El pertenecer a organizaciones comunitarias es más frecuente en la población B que en la A; en la población B casi se les obliga a hacerlo. Si se toma en cuenta el porcentaje de protestantismo existente en la población A, se podría pensar de forma contraria, pues la iglesia protestante auspicia más que la católica tradicional la agrupación; aunque

en ambas poblaciones parece existir cierta resistencia hacia la organización comunitaria por parte del grueso de la población.

Al darse cuenta que a pesar que sus necesidades aparentemente no son muchas, posiblemente poco complicadas, no es posible satisfacerlas es frustrante especialmente en personas jóvenes que han tenido algún tipo de conocimiento al respecto de la realidad nacional. En la población B que al parecer tienen "todo" lo necesario para vivir, la población opinó que lo tienen solo en el 25%, esto podría deberse a que se les está proporcionando ayuda incongruente con sus deseos, con sus aspiraciones y ambiciones, pues existe poco conocimiento del grupo en sí, por parte de las personas que los tienen a su cargo, hay falta, entre otras cosas de mística en el trabajo, así como de objetivos y metas a corto y mediano plazo, hace falta planificación conveniente, oportuna y participativa.

Presenciando el reparto de alimentos observé que por lo menos el 50% de personas rechazaba las verduras fritas, al inquirir al respecto las cocineras me respondieron que a los desplazados no les gusta la comida con grasa, no obstante día a día les dan comida de éste tipo, cuando lo pertinente sería hacer la comida como a ellos les agrada, desde el punto de vista nutricional es de señalar que la dieta además de no ser totalmente al gusto de los desplazados tampoco es una dieta balanceada.

El apego a sus raíces culturales es manifiesto en el Ixil, a pesar del proceso de éxodo que ha sufrido debido a los diferentes grupos antagónicos que deseando ayudarlo lo han utilizado; no desea migrar, quiere quedarse allí en su tierra, solo desea que sea suya, pero quiere estar vivo para ver que es suya.

Las personas que vivieron menos años en la montaña tienen más tiempo de estar reestablecidos y los que vivieron más en ella están apenas reincorporándose a la vida cotidiana de una aldea Ixil. En esta segunda población que sufrió más el proceso de persecución se encuentra en mejor estado de ánimo al respecto de su migración, pero teme el futuro y está en malas condiciones orgánicas, psíquicas y sociales. Tanto en la encuesta como en las entrevistas en su mayoría expresa felicidad al referirse al sentimiento experimentado a su traslado, pues se encontraban sin casa, sin ropa,



sin medicamentos, con escasa comida, produciendo sin pago, esto último es importante pues los entrevistados lo señalaron varias veces, podría ser - que las personas por temor se expresaran de esa manera -trabajamos para ellos- refiriéndose a la guerrilla, hecho que puede denotar además, entre otras cosas, el bajo nivel ideológico que alcanzaron por lo menos la mayoría, por otra parte lo citado puede relacionarse con las diferentes políticas del ejército nacional que fueron variando para fines contrainsurgentes positivamente para estos grupos.

## 2 Morbilidad

Se encuentra aceptable concordancia entre las estadísticas de la clínica de la población A (aldea Las Violetas), y las del Centro de Salud de Nebaj, además ambos registros se corresponden casi exactamente con estadísticas de morbilidad reportadas en años recientes y en esa misma área, así como a la morbilidad reportada en otras áreas rurales del altiplano guatemalteco durante el mismo período. Existe discrepancia en nomenclatura y división de grupos etarios entre las 3 fuentes estadísticas, hecho frecuente en nuestro país en el que las diferentes instituciones que trabajan en el campo de la salud no adoptan la nomenclatura del organismo rector en este aspecto (M.S.P. y A.S.), dichas diferencias se hacen más notoria en la clínica de la población B en la que existen significativas diferencias en los aspectos antes enumerados, además subsiste falta de diagnóstico como ya fué señalado, el estado de salud orgánico de los desplazados de la población B es deplorable, se encuentran desnutridos casi en su totalidad, la tuberculosis es frecuente entre el grupo, así como otras enfermedades infecto contagiosas, además en éste lugar se pasan inadvertidas una serie de entidades nosológicas importantes por falta muchas veces de diagnóstico, lo cual no entraré a considerar por no ser parte de éste estudio.

## XII CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El desplazado Ixil es un agricultor que fué antes de ser desplazado campesino o proletario agrícola, es apegado a su cultura, sus creencias-religiosas son producto del sincretismo religioso existente, el desplazado es católico con alto grado de religión tradicional ó es religioso tradicional con algún rasgo de religión católica; puede deducirse que en la montaña existe práctica y por ende enseñanza de por lo menos algunos ritos religiosos. Algunos desplazados dejaron su familia y grupo siendo niños cuando tenían alrededor de los 8 años, pese a ello después de haber pasado 8 años en la montaña conocen ritos tradicionales religiosos, posiblemente algunos ritos y/o mitos sean parte del proceso de enseñanza no sistematizada que se dá en las montañas sobre aspectos cotidianos de la vida del Ixil, sobre sus valores y sus creencias.

El protestantismo se profesa entre los desplazados y reubicados especialmente, en algunos casos en los desplazados recién venidos de la montaña.

La población es joven en general, los mayores de 45 años son un reducido número, la esperanza de vida al nacer del guatemalteco del área rural oscila alrededor de los 45 años, en el grupo en estudio el promedio de vida es significativamente menos, el tipo de vida que lleva el desplazado es la causa; según las entrevistas, en la montaña no tienen ningún tipo de atención médica, además del stress que significa vivir al margen de la ley.

Los desplazados en su mayoría se encuentran unidos en parejas sin ningún tipo de arreglo legal, hecho común en el país, respecto siempre al estado civil es importante el hecho que en la población recién venida de la montaña hay 10 veces más viudas que en la población que pasó menos tiempo en la montaña y que se encuentra re-ubicada desde hace algunos años, asimismo en esta población existen 6 veces más personas separadas de su compañero, el primer dato denota muerte a temprana edad y el alto nú-

salud que ello representa.

Las excretas son tratadas mal, en letrinas no higiénicas (sin puerta ni tapadera), son por sí solos un foco de infección, además de que ya están llenas (saturadas). Se promociona el uso de papel higiénico pero se deposita al aire libre después de usado.

La vivienda es fría, con alto grado de hacinamiento y sin las más mínimas comodidades, carece de los valores tradicionales en la vivienda Ixil y tiene una inadecuada adaptación de los valores occidentales.

Las enfermedades sufridas en los últimos meses son tres veces más --- frecuentes en los recién venidos de la montaña, población B, especialmente en el grupo materno infantil, por lo que uniendo a éste dato los obtenidos mediante exámenes de gabinete, observación y entrevistas en la población --- puede concluirse que pese a que ambas poblaciones tienen en común los problemas de salud del país, dichos problemas son mucho más significativos --- por su frecuencia e intensidad en los recién venidos de la montaña, población B en la que la desnutrición crónica en mayor o menor grado está presente en todos los adultos y en por lo menos el 90% de los menores de 5 años, aunque durante los primeros años existe lactancia materna.

En cuanto al lugar de consulta en caso de enfermedad en la población A no parece haber preferencia definida por algún lugar de atención médica. Dentro de la misma aldea, en las casas lejanas al centro, no saben siquiera con que servicios cuenta la clínica local, ni como es su funcionamiento.

En la población B todos consultan a la clínica local, dentro del campamento, lugar en el que se les trata sintomáticamente.

Los niños menores de 1 año no van a control de crecimiento y desarrollo en ninguna de las dos poblaciones, hecho que constituye otro índice negativo para la salud, de la población; al igual que la falta de control durante el embarazo, en la población A, éste control se lleva a cabo por las comadronas de la comunidad; en la población B mediante las entrevistas se logró determinar que se encuentran inquietos por lo incierto de su futuro---pués parece ser que no ven con agrado el que no exista comadrona, como --- tradicionalmente se acostumbra en las comunidades Ixiles, sin embargo, ---

a que cuentan con clínica dentro del área de vivienda, no acuden a ella, - para éste control, por otra parte en la clínica parecen no tener interés - en controlarlas, limitándose a responder pobremente a la demanda, careciendo de planificación referente a medicina preventiva especialmente.

Con relación a las condiciones psíquicas de la población A no refieren tener síntomas psíquicas ni psicósomáticas de depresión; la población B en la encuesta respondió estar tranquila, pero mediante las entrevistas se logró determinar que se encuentran inquietos por lo incierto de su destino, pues parece ser que no ven con claridad lo que les depara el futuro, éste grupo presentó asimismo un mayor porcentaje de síntomas de depresión, lo cual es totalmente comprensible, es más, mediante entrevistas y observación simple y participante se comprobó la apatía, el deseo de estar en la cama ----aunque está constituida solo por unas tablas; las personas no asisten a eventos que se desarrollan dentro del campamento, eso sí asisten casi en su totalidad a los eventos programados por el ejército; las personas de más edad son las más renuentes a participar; los jóvenes y niños -- por el contrario responden de los eventos con entusiasmo.

Los síntomas psicósomáticos son frecuentes en éste grupo, las actitudes apuntan a favor de la depresión, los jefes de familia tienen cada uno un promedio de 5 síntomas psicósomáticos, lo que por sí solo ya es un índice de depresión.

Las personas de ambos grupos expresan estar conformes con su situación, en la población B se acompaña el estar conforme con el deseo de migrar. Por ser Xematzé, como ya se dijo, un centro de recepción de desplazados, en el que permanecen un corto lapso de tiempo antes de llegar a su residencia definitiva, es lógico que exista temor por el futuro si como sucede en muchos casos las personas carecen de tierras y dinero para enfrentar sus necesidades, además de que existe desinformación sobre la posible ayuda a recibir y el mecanismo para conseguirla.

En la población B se organiza a las personas para que participen de diferentes actividades, por lo que pertenecen a organizaciones comunitarias - más frecuentemente que en la A, en la que parece existir mínima organización, en esta población la organización debería aparecer como un esfuerzo -

del grupo por superar algún problema, pero parece haber falta de interés ó temor.

Las personas de la población A no encuentran en su aldea lo necesario para vivir, pues reciben relativamente escasa ayuda por parte de instituciones nacionales y extranjeras que trabajan para los desplazados, viven precariamente sin poder satisfacer necesidades básicas.

En la población B, en la que se les dá prácticamente todo lo necesario para vivir, los pobladores afirman encontrar lo necesario solo en el 25%.

Debería de dárseles lo que a criterio de ellos mismos es necesario y adecuado.

Las personas de ambas poblaciones no desean separarse de su tierra y su cultura pues hipotéticamente no lo harían, éste dato fué obtenido en la encuesta verificado en entrevistas; el Ixil desea estar allí, tener tierra, sembrarla, cosechar, comercializar para alcanzar por lo menos su mínimo vital cultural, no es mucho lo que desean, pero es difícil que lo logren. Puesto a que éste mínimo vital solicitado posiblemente no es suficiente para el desarrollo integral del humano.

Las personas que tienen más tiempo de estar reestablecidas vivieron menos en la montaña, por el contrario de la población recién venida que vivió más tiempo en ella, al preguntárseles porque migraron la mayoría de las dos poblaciones afirman que querían migrar, y que se sintieron felices de hacerlo, dicen los jóvenes: que querían salir a conocer y no solo vivir en la montaña, los mayores afirman que querían seguridad y tranquilidad, naturalmente que no toda la población participaba de estos deseos! algunas personas que añoran su vida en la montaña y su expresión al referirse a ella es de felicidad, mientras que aquí es de tristeza y apatía, son estas personas que se sintieron desesperadas y tristes cuando migraron de la montaña y lógicamente fueron obligadas a hacerlo.

La reserva y desconfianza de la población limita la comunicación de tópicos trascendentales. El desplazado es una persona agredida en todo aspecto y responde receloso, temeroso o inquieto por las repercusiones que

puedan generar sus palabras, cuando existe confianza hacia su interlocutor mejora la comunicación y su aspecto desconfiado varia; es un ser enfermo orgánica, psíquica y socialmente, utilizado y explotado a quien durante su proceso histórico se le ha acosado continuamente al buscar beneficio para otros.

La situación de Salud-Enfermedad en general es desventajosa para el Ixil, en el orden social, psíquico y orgánico. Los desplazados sufren un problemático proceso histórico que se inició desde la conquista, pues desde esa época fueron movilizadas violentamente de su asentamiento para ser organizados en pueblos convenientes para el conquistador con la imagen hispana, más recientemente después de un transcurso agregado progresivo de utilidades, agravado con la revolución liberal; durante los últimos 10 años aproximadamente se van incrementando la serie de etapas de aprovechamiento, la guerra entre dos grupos que bajo su propia ideología aseguran que luchan por ellos, involucrando a la población de manera directa, dicen buscar su bienestar y han venido a afectar negativamente la ya precaria salud del grupo, el cual ha venido desmandose orgánica, psíquica y socialmente, los sobrevivientes, divididos y confundidos por endoctrinamiento en diferentes sentidos se encuentran divididos y confundidos hechos por los que su cultura ha variado en casi todos los aspectos.

El punto de partida para efectuar cualquier trabajo con el grupo Ixil debiera de ser el conocimiento de lo que es su cultura en todas sus manifestaciones; las personas que se relacionan con ellos para beneficiarlos ya sean estos nacionales y extranjeros, debieran de estar preparados intelectualmente en estos aspectos, además de los propios de su especialidad.

Aspectos relevantes, respeto al ser humano, a sus costumbres y creencias debieran incluirse al planear y ejecutar la ayuda que se pretende dar, tomando en cuenta sus características socio-culturales para normar el desarrollo de todas las actividades a efectuar con la población ha

cerla así acto no solo espectador de su propia realidad y desarrollo.

El grupo en estudio manifestó la necesidad de ser informado claramente respecto a sus posibilidades y alternativas para el futuro.

En cuanto a Salud-Enfermedad debiera mejorarse en todo aspecto, especialmente en todas las medidas de medicina preventiva, haciendo énfasis en educación en salud, saneamiento ambiental, vacunación, etc., aprovechando el personal propio de la comunidad como promotor de medidas preventivas, todo ello basado en la comunicación con el Ixil, y desde luego acorde con sus creencias estimulando todo lo positivo que en ellos existe, desvirtuando mediante la demostración lo posible negativo de algunas aptitudes y creencias.

Es necesario organizar a la comunidad de comités en salud para que sean apoyo al personal médico y paramédico en su lucha en pro del mejoramiento del proceso Salud-Enfermedad comunitario. Debe enseñarse no deformarse.

40/

Las enfermedades orgánicas de que sufre la población son posibles de superar, ellas responden positivamente a una dieta adecuada y a medidas preventivas como la vacunación y el saneamiento ambiental.

En situaciones especiales como cuando se está bajo stress o bajo el efecto de neurosis, los estímulos desagradables que en situaciones normales son bloqueados, pasan la barrera natural que para ello existe, por lo que el individuo queda patologicamente sensible y reacciona exageradamente ante estos estímulos, la personalidad se defiende mediante la resistencia, la negación, la sustitución y otros mecanismos; considerando estos mecanismos naturales, es lógico encontrar la conducta desconfiado, hostil, y osca del Ixil que está en un estado patológico-depresivo, entre otros problemas por haber sufrido engaños y frustraciones y que continua sufriendo la incertidumbre del futuro.

---

40/ Un ejemplo de esto es la población B, en la que se usa papel higienico pero esto no se trata adecuadamente como tampoco se tratan los demás deshechos existentes.

Está población tan duramente golpeada, debe ser primero comprendida, luego ayudada según sus propios patrones, sin lesionarles más de lo que ya se les ha hecho, sin paternalismos, compartiendo con ellos el conocimiento y respetándolos como seres humanos que son. La terapia grupal debiera ser considerada en el centro de recepción (población B). En general debe conocerse más a la etnia ixil, debe estudiarse su proceso de aprendizaje para poder compartir con ellos los beneficios del conocimiento. Las percepciones de un mismo hecho no pueden ser las mismas por ser el acúmulo de una serie de sensaciones culturalmente determinadas.

De importancia se considera recomendar, respecto a Bio estadística que es necesario utilizar una forma única de estadística médica, en éste caso lo pertinente es la utilizada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social por ser la entidad rectora en éste campo ya que centraliza y procesa la información del país, por lo que tanto dependencias -- de otros ministerios, así como de instituciones no gubernamentales nacionales y extranjeras debieran de seguir sus lineamientos en cuanto a clasificación, nomenclatura, papelería y reglas estadísticas, además de estar obligados a reportar sus propias estadísticas al área de salud en que se desarrollan. Por otra parte, debieran de unificarse criterios con el personal que labora en dichas clínicas, para desarrollar en lo posible - los programas de atención establecidas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

## XII. RESUMEN

El presente trabajo tiene como fin conocer la situación de Salud-Enfermedad (orgánica, psíquica y social), en grupos desplazados por la violencia de la guerra vivida en Guatemala desde hace aproximadamente tres décadas. - El altiplano guatemalteco ha sido una de las regiones más afectadas y la población rural indígena, generalmente dedicados a la agricultura, el grupo - más golpeado por esta situación.

La investigación se desarrolló en el área Ixil, en el municipio de Nebaj, del departamento de El Quiché, lugar en el que se efectuó un estudio - comparativo de dos poblaciones desplazadas por la violencia, la primera de ellas ubicada en la aldea "Las Violetas", lugar en el que residen desplazados reubicados desde hace por lo menos dos años, cuenta con 200 familias, - la aldea presenta un patrón de asentamiento disperso tradicional, recibiendo sus pobladores ayuda médica y de otros servicios de instituciones nacionales y extranjeras. (Población A).

La segunda población en estudio está compuesta por personas desplazadas recién venidas de la montaña que se encuentran ubicados en el centro - de recepción de desplazados de la Comisión Especial de Atención a Repatriados y desplazados, del Ministerio de Relaciones Exteriores de Guatemala, - encontrándose ubicada esta población en la aldea Xemamatzé. (Población B).

El estudio se efectuó mediante el uso de técnicas básicas de investigación social, observación, observación participante, entrevistas, encuestas, etc.

La encuesta versó sobre cinco aspectos principales; datos generales, - (condiciones sociales), saneamiento ambiental, salud-enfermedad (orgánica), condiciones psíquicas y mecanismos adaptativos para la supervivencia; dicha encuesta se efectuó en ambas poblaciones; en la población A se tomó una -- muestra al azar de 40 familias, en la población B se tomó para el estudio - el total del universo (50 familias).

La información adquirida por medio de la encuesta fué contrastada con la obtenida de entrevistas con informantes claves de las comunidades, para ampliaciones, aclaraciones y comprobaciones de los datos.

Por otra parte se revisaron los libros de registro de 1,988 de las clínicas médicas que funcionan en cada una de las dos poblaciones, comparando dichas estadísticas con las del Centro de Salud de Nebaj; durante el mismo período, a éste último lugar acude en demanda espontánea población de similar etnia y clase (que pudo haber sido o no desplazada), que la atendida por las clínicas de las poblaciones en estudio.

Los datos obtenidos mediante éste proceso señalan que el estado de Salud-Enfermedad otorga un balance negativo para las dos poblaciones estudiadas, en cuanto a salud integral se refiere, siendo especialmente deplorabile la situación de Salud-Enfermedad de los desplazados de la población B, en los que además de un mayor número de patología orgánica se detectaron síntomas y signos depresivos en un porcentaje significativo.

En el estudio de éste último grupo de desplazados se determinaron una serie de problemas médicos superables mediante la prevención, haciendo uso especialmente de la antropología y de algunos aspectos de la epidemiología médica en pro del bienestar del grupo.

## BIBLIOGRAFIA

1. Aguayo S. El éxodo centroamericano. Consecuencias de un conflicto. México. Secretaria de Educación Pública Cultura Forro 2000. 1,985.
2. Barillas E. Et al. Formación nacional y realidad etnica en Guatemala; propuesta para su análisis. Universidad de San Carlos de Guatemala. Escuela de Historia. Octubre 1,988.
3. Bate L. Cultura, Clases y la cuestión étnico nacional. México. Ed.- Juan Pablo 1988.
4. Blauberger. Diccionario Marxista de Filosofía. México. Ediciones de - cultura popular. 1977.
5. Bradfor Hill, Sir. A. Estadística Médica. Buenos Aires. 4a. ed. El- Ateneo. 1,980.
6. Breihl J. Epidemiología; Economía, Medicina y Política. Quito. Ed.- Universitaria 1979. pp. 210-216.
7. Castillo Montalvo, R. La salud en Guatemala. Rev. Ciencia y tecnolo gía para Guatemala. México. Cuaderno No. 2. Octubre 1,984.
8. Colby B. N. P. L. Van den Berghe Ixiles y Ladinos. Ministerio de E- ducación. Seminario de Integración Social de Guatemala. Publicación No. 37. Guatemala. Ed. José de Pineda Ibarra 1,977.
9. Contra Insurgencia y polos de desarrollo en la región Ixil de Guate mala. Cultura Survival 1988.
10. Cueva A. La concepción marxista de las clases sociales Rev. Praxis- 13-14 Depto. de Filosofía. Universidad de Heredia Costa Rica No. 1. 1,975.
11. Díaz Polanco H. La cuestión étnico nacional. México Ed. Línea S. A. 1,985.
12. Díaz Polanco H. Et. al Indigenismo modernización y marginalidad, una Revista crítica. México 3a. edición. Centro de Investigación para la integración social Juan Pablo. Editor. 1,984.

13. Duarte Dunes E. Organización Panamericana de la Salud. Ciencias Sociales en América Latina. (mimeografiado). 1,986.
14. El Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. Organización Mundial de la Salud. Esp. 101. Reunión Washington, D. C.- Junio-Julio 1,988.
15. Elliot R. Términos de parentesco unitario de los indígenas de Nebaj. Revista. Guatemala Indígena. Vol. XIII. No. 1-2. 1,978.
16. Piqueroa Ibarra C. Acerca del proletariado rural en Guatemala. - Universidad de San Carlos de Guatemala. Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales. Guatemala. 1976.
17. From E. Psicoanálisis de la Sociedad Contemporánea. México. 7a. - ed. Fondo de la Cultura económica. 1966.
18. Gage T. Los viajes de Tomas Gage en la Nueva España. Guatemala. - Biblioteca 20 de octubre volumen 7, 1979.
19. Gall F. Diccionario Geográfico de Guatemala. Instituto Geográfico Nacional. Compilación crítica. tomo II. Guatemala 1981.
20. Guatemala un país que se construye en la guerra. Le Monde Diplomatique. Sección Especial de la Ed. en español Oct. 1979.
21. Guerrero J. Gilberto López y Rivas. Las minorías étnicas como categoría política en la cuestión regional. En la cuestión étnico-nacional en América Latina. México. Revista antropología americana. Instituto Americano de geografía e historia. México. 1,984.
22. Guzman Bockler C. J. L. Herberth. Guatemala. Una interpretación - histórico-social. México. Ed. siglo XXI 1,970.
23. Harnecker M. Los conceptos elementales del Materialismo Histórico México 42 ed. Ed. Siglo XXI. 1,979.
24. Herrero V.L.F. Sabanes M. E. Payes A. Trastornos depresivos en la práctica diaria. Newsletter. Hoechst Ibérica S. A. Barcelona 1983.

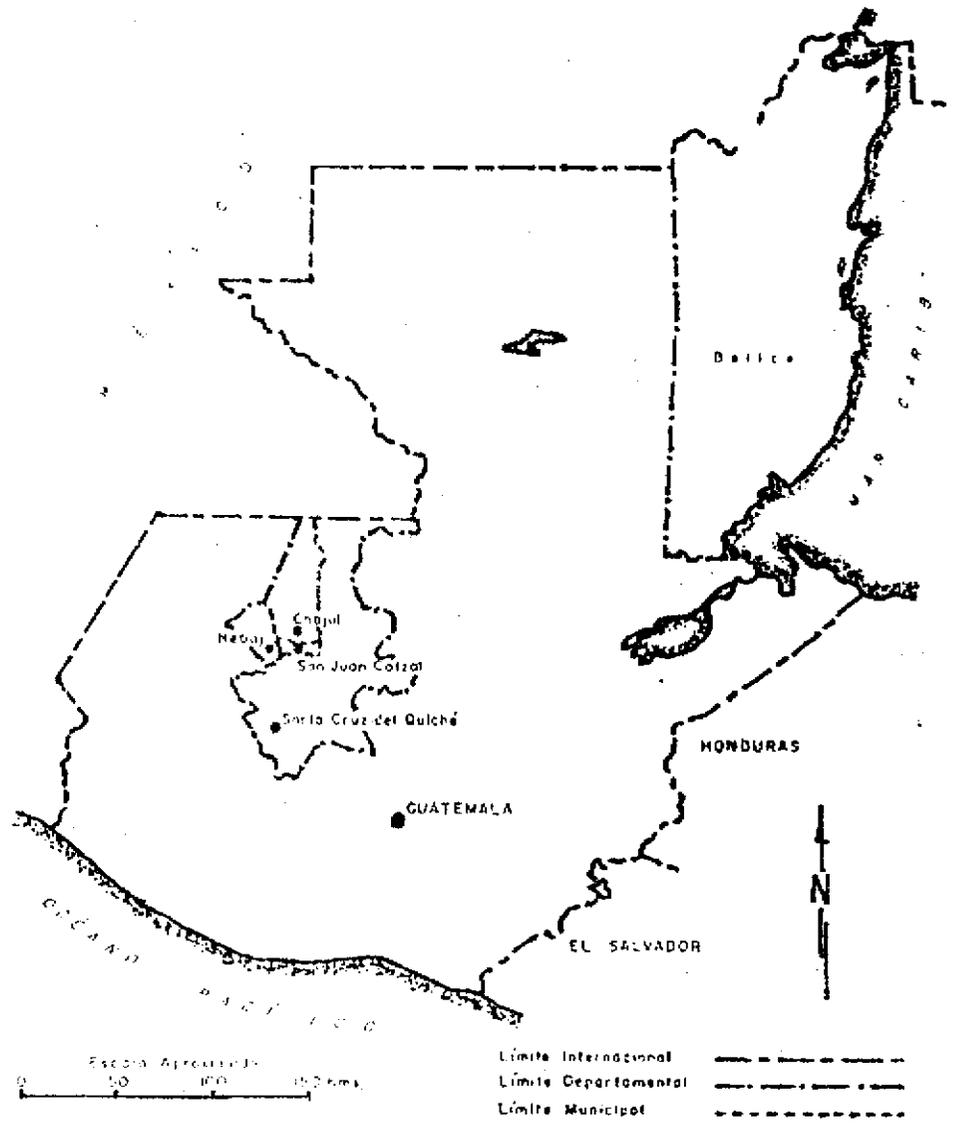
25. Honey K. La personalidad Neurótica de nuestro tiempo. Buenos Aires. Ed. Paidós. 1974.
26. Informe anual de labores. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. 1,986.
27. Kroeger A. R. Luna. Atención primaria en salud. Organización Panamericana de la Salud. Centro Latinoamericano del Instituto de Higiene tropical U. de Heidelberg. Fundación Alemana para el desarrollo internacional. Ed. Pax. México Librería Carlos César -- Man. S. A. 1,987.
28. López Aguilar S. Las clases sociales en Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala. Vol. No. 28. 1,984. Fac. de Ciencias Económicas.
29. López Rivas G. Antropología, minorías étnicas y cuestión nacional. México Ed. Aguirre y Beltrán. 1,982.
30. Los trabajadores temporales en la agricultura C.A. (mimeografiado). Universidad de San Carlos de Guatemala. Fac. de Ciencias Médicas. 1,986.
31. Martínez S. Racismo y análisis histórico en la definición del indio guatemalteco. Revista crítica. Universidad autónoma de Puebla. No. 13. 1,987.
32. Morbi-Mortalidad en Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección General de Servicios de Salud. Unidad de Informática. Guatemala 1,987.
33. Muñoz P. E. La repercusión de la crisis centroamericana en la Salud. Confederación Universitaria Centroamericana. Cuadernos de Investigación No. 25. 1,988.
34. Neurótica Anonymus International. Inc. Liason. Las Leyes de la enfermedad mental y emocional. No. 2. 1,970. Washington. D.C.
35. Noyes A. Psiquiatría clínica moderna. México 6a. ed. La prensa médica mexicana. 1,983.

36. Orellana R. A., J. R. Cancino. La inflación en centroamérica, el caso de Guatemala. IV Congreso Centroamericano de Economistas. - Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales. Universidad de San Carlos de Guatemala. 1981.
37. Palma R. D., A. L. Ramírez M.J. Vargas C. Proyecto. El trabajo - no formal bajo condiciones de Crisis. Confederación Universitaria centroamericana. Dic. 1,984.
38. Principios de epidemiología para el control de las enfermedades. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. División de Recursos Humanos e Inv. Programa ampliado de libros de texto. 1,985.
39. Proyecciones regionales de Población 1980-2000. Secretaría General del Consejo Nacional de Planificación Económica. Instituto Nacional de Estadística. Marzo 1,985.
40. Quezada F. J. Invasiones de terrenos a la ciudad de Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala. Centro de Estudios Urbanos y Regionales 1. 1,985.
41. Refugiados. Rev. Refugiados. Alto comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados. Informe del mes. No. 30. Junio 1,987.
42. Retorno y reintegración, exiliados y repatriados guatemaltecos, - refugiados. Alto comisionado de las Naciones Unidas. Informe del mes No. 32. Agosto 1,987.
43. Santa María Nevas. Síntesis socio-económica. Rev. Instituto Indígenista Nacional de Guatemala. Archivo de materiales culturales- 1,949-1,956.
44. Stavenhagen R. Las clases sociales en América Latina. México. Universidad autónoma de México. Instituto de Investigaciones sociales. Siglo XXI. 1,973.

45. Stewart S. El árbol familiar de los idiomas mayenses (mimeografiado). Universidad de San Carlos de Guatemala. Escuela de Historia. 1,982.
46. Stoll, O. Etnografía de Guatemala. Guatemala. Seminario de integración social. Ministerio de Educación No. 8. 1,958. Ed. José de Pineda Ibarra
47. Wayne W. Daniel. La estadística aplicada a la investigación. Bioestadística Base para el análisis de las ciencias de la salud. (mimeografiado). Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Octubre 1,982.
48. William J. Goode y Paulk Halt. Método de Investigación Social - México. Ed. Trillas s. a. 1,967. pp. 227-266.
49. Wolman B. Teorías y sistemas contemporaneos en Psicología. Barcelona Ed. Grijalvo, 1,975.
50. World population Prospects as assessed in 1,980. N. Y. Naciones Unidas. 1,981.

XI.

A N E X O S



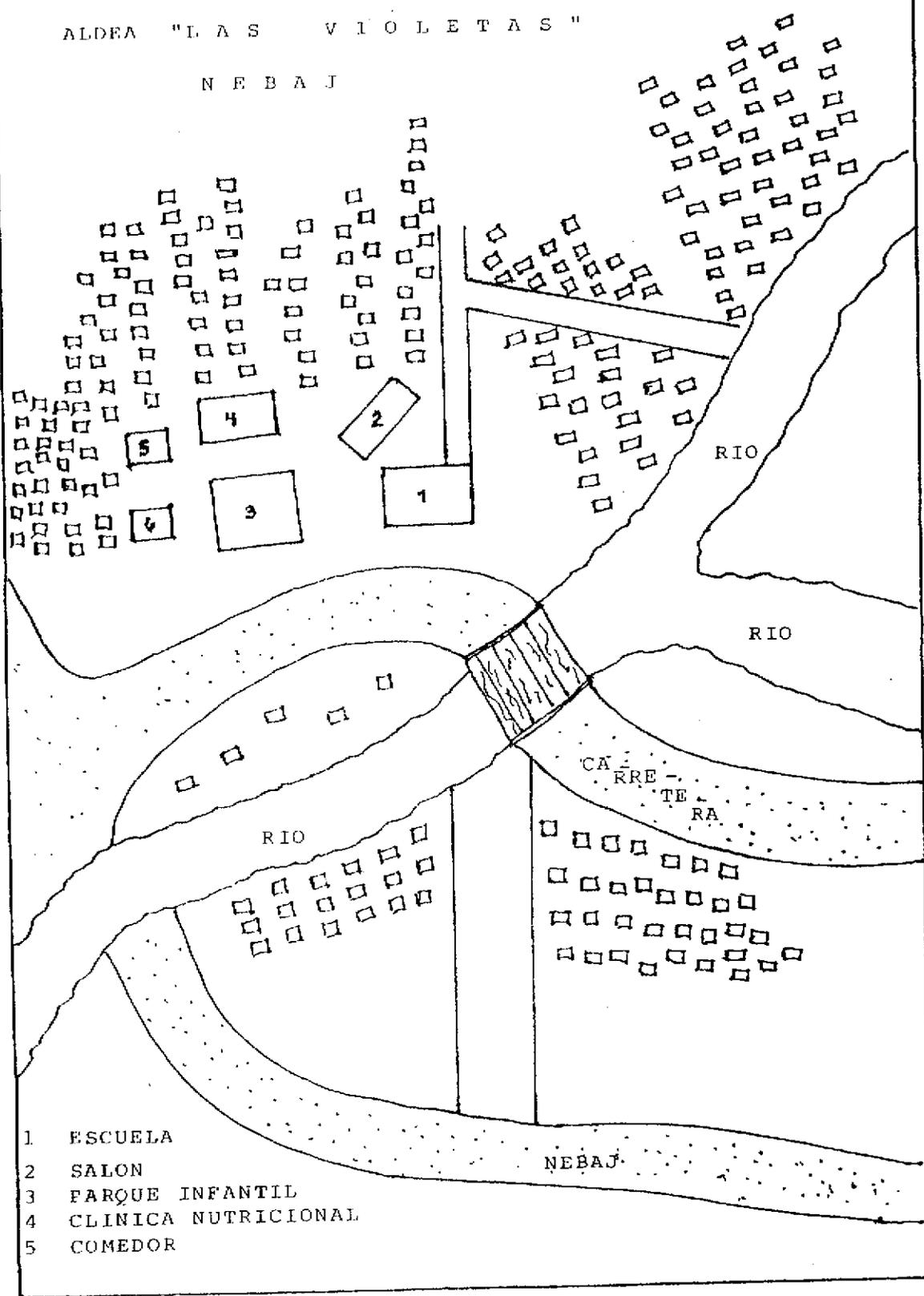
### MAPA 1

UBICACION DE LAS TRES MUNICIPIOS DEL TERRITORIO IXIL.

INSTITUTO GUATEMALTECO DE INVESTIGACIONES Y ESTADÍSTICAS  
 Biblioteca Central



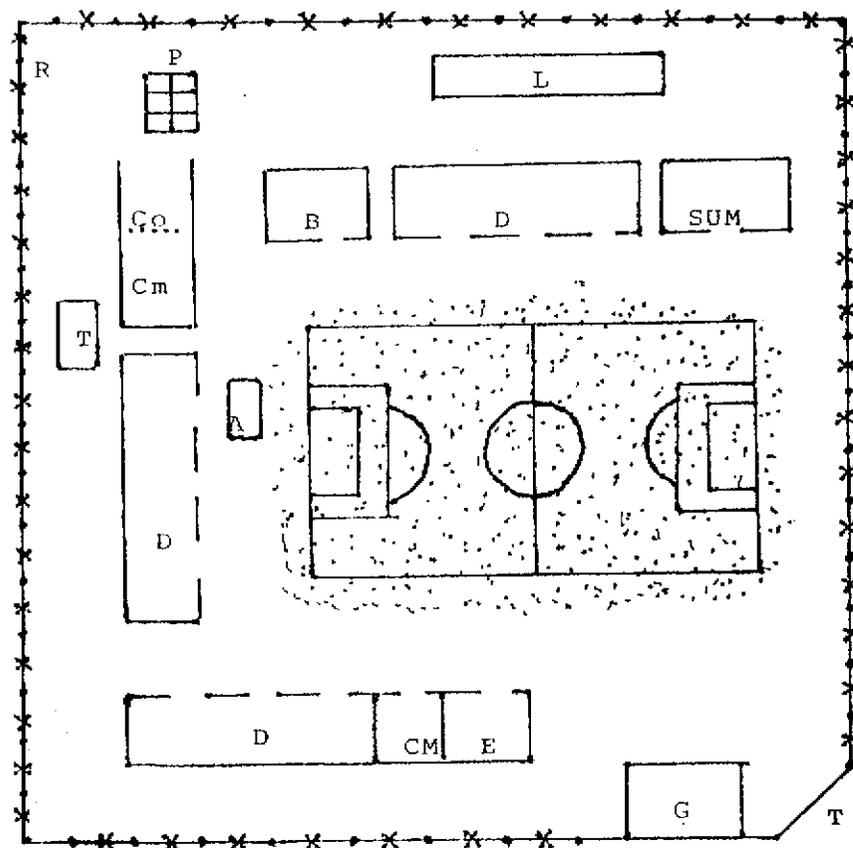
ALDEA "LAS VIOLETAS"  
NEBAJ



- 1 ESCUELA
- 2 SALON
- 3 PARQUE INFANTIL
- 4 CLINICA NUTRICIONAL
- 5 COMEDOR

## CAMPAMENTO PARA DESPLAZADOS

XEMAMATZE, NEBAJ



A-Altar cívico  
 B-Bodega  
 Co-Cocina  
 Cm-Comedor  
 D-Dormitorio  
 CM-Clínica Médica  
 E-Escuela  
 G-Garita del Ejército  
 L-Letrinas  
 P-Pilas

R-Regaderas  
 SUM-Salón de Usos Múltiples  
 T-Temascal.

## \*\* DATOS GENERALES DEL JEFE DE FAMILIA \*\*

OFICIO	POBLACIONES		EDAD	POBLACIONES	
	A	B		A	B
Agricultor	36	34	15 - 24	3	16
Comerciante		1	25 - 34	15	13
Oficios Domesticos		4	35 - 44	8	13
Tejedor	3	8	45 - 54	8	3
No Sabe	1	2	55 - Mas	6	5
No Responde					
Otros		1			
RELIGION			No. DE HIJOS		
			Ninguno	3	9
Catolico	13	25	Uno	6	7
Protestante	13	4	Dos	8	9
Tradicional	14	19	Tres	6	3
No Sabe		1	Cuatro	8	7
No Responde		1	Cinco o Mas	9	15
Otros					
ESTADO CIVIL					
Soltero		4			
Casado	5	4			
Unido	33	26			
Viudo	1	10			
Separado	1	6			
No Responde					

## \*\* DATOS SOBRE SANEAMIENTO AMBIENTAL \*\*

AGUA	POBLACIONES		VIVIENDA	POBLACIONES	
	A	B		A	B
Abastecimiento :			TECHO		
Conexión			Teja	1	
Domiciliaria		50	Lámina	39	50
Llena Cantaros			Paja		
- Mas de 100 Mts			Otro		
- Menos de 100	3		PISO		
Pozo Individual			Tierra	40	
Pozo Comunal			Cemento		50
- Mas de 100 Mt	23		Otros		
- Menos de 100	11		PAREDES		
Río			Bajareque		
- Más de 100 Mt			Adobe		
- Menos de 100	3		Madera	25	
Otros			Caña	11	
AGUA ESTANCADA			Plancha de Cem. Prefab.		50
Hay Agua Estancada Cerca de Casa			Palo Rollizo	4	
Si	5	50	Otros		
No	35		AMBIENTES		
ELIMINACION DE BASURA EN VIVIENDA			Dormitorio Comunal		50
Quemada			Uno	38	
Enterrada	10		Dos	2	
Campo Abierto	29	50	Tres o Más		
Vacuada en Río	1		NUMERO DE PERSONAS		
Otros			EN VIVIENDA		
DISPOSICION DE EXCRETAS			Menos de Cuatro	4	
Hoyo Seco	39	50	5 - 6	23	
Lavable			7 - 10	8	
Al Aire Libre	1		10 o Más	5	50
Otros					

## \*\* DATOS SOBRE SALUD - ENFERMEDAD \*\*

## FAMILIAS CON ENFERMEDADES PADECIDAS EN EL ULTIMO MES

	POBLACIONES		POBLACIONES		POBLACIONES	
	A	B	A	B	A	B
Sin Enfermedad	13	11				
Con Enfermedad	27	39				
Enfermedad	Menos de 5 años		Mujeres 15-44 años		Otros	
Diarrea	7	4	1	3		3
Infección Respiratoria Aguda	6	35	7	16	9	11
Infecciones de la Piel	3	2		5	3	4
Parasitismo Intestinal	4	7		1		2
Otros		2		2		5

## A QUIEN CONSULTO POR ENFERMEDAD

	POBLACIONES	
	A	B
Centro de Salud - Nebaj -	8	
Clinica Local	9	50
Farmacias	12	
Vecinos		
Curandero	8	
Auto Medicación	3	
No Consultó		
No Sabe		
No Responde		
Otros		

## LAS MUJERES EMBARAZADAS DE SU FAMILIA VAN A CONTROL DE EMBARAZO?

Centro de Salud		
Con Comadronas	38	
Centro de Salud y Comadronas	2	
No Van		50
No Sabe		
No Responde		
Otros		

## LOS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO VAN A CONTROL D CRECIMIENTO Y DESARROLLO

	POBLACIONES	
	A	B
Si	2	
No	34	50
No Tiene Hijos	4	
No Sabe		
No Responde		

## A LOS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO LES HAN PUESTO ALGUNA VACUNA?

Inyectada en Brazo Antisaranpión	12	
Inyectada en Cadera Triple	16	
Tomada Anti-Polio	1	
Ninguna	6	50
No tiene Hijos	4	
No Sabe		
No Responde	1	
Otros		

CONDICIONES PSIQUICAS DESPUES DE  
ULTIMA MIGRACION (Del Jefe de Familia)

ACTUALMENTE COMO SE MANTIENE LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO

	POBLACIONES	
	A	B
Nervioso	3	1
Tranquilo	22	27
Triste	6	2
Alegre	5	3
Tranquilo y Alegre	1	17
No Sabe	3	
No Responde		
Otros		

ACTUALMENTE PADECE DE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS

	P O B L A C I O N E S					
	A			B		
	SI	NO	AVECES	SI	NO	AVECES
Falta de Sueno	5	30	5	17	39	3
Le Siente Sabor a las Comidas	39	1		30	10	10
Falta de Apetito	6	30	4	12	26	12
Escucha Voces que no Existen	4	36		7	39	4
Siente Olores que no Existen	2	36		8	38	4
Siente Deseos de Morirse		40		7	34	9
Se Olvida de lo que Hace o Piensa Hacer	3	6	31	15	25	10

ACTUALMENTE PADECE DE ALGUN DESCONTROL ORGANICO

	POBLACIONES			
	A		B	
	SI	NO	SI	NO
Dolor de Estomago	8	32	23	2
Estreñimiento		40	6	4
Diarrea	2	38	11	3
Boca Seca	3	37	15	3
Gases en Estoma	5	35	25	2
Debilidad	6	34	32	1
Dolores de Cabeza	7	33	35	1
Irritabilidad		40	5	4
Dolores Crónicas		40	24	2
Falta de Deseo Sexual		40	15	3
No Puede Tener Relaciones Sexuales		40	11	3
Sudoración Nocturna		40	15	3
Palpitaciones		40	15	3
Asfixia		40	3	4
No Sabe				
No Responde				
Otros		40	2	4

## \*\* MECANISMOS ADAPTATIVOS PARA LA SUPERVIVENCIA \*\*

ACTUALMENTE COMO SE SIENTE ANTE EL CAMBIO DE VIDA?	POBLACIONES		CUANTOS AÑOS PASO FUERA DE SU ALDEA?	POBLACIONES	
	A	B		A	B
Acepta con Valor			Menos de Uno	5	
Se Adapta Activamente			1 - 2 Años	9	3
Está Conforme	31	21	3 - 4 Años	8	7
Quisiera Migrar	4		5 - o Más	9	39
Seguro		5	No Sabe		1
Acepta Activamente pero Quisiera Migrar	1	6	No Responde	9	
Está Conforme pero Quisiera Migrar		14	CUAL FUE EL MOTIVO DE SU MIGRACION A NEBAJ?		
No Sabe	4	2	Traslado Obligado	14	
No Responde		2	Quería Hacerlo	25	41
Otros			Porqué Quedo Solo		8
LE GUSTA SU ALDEA?			No Sabe		
Sí	24	31	No Responde	1	1
Un Poco	16	10	Otros		
No		2	QUE SINTIO CUANDO MIGRO HACIA NEBAJ?		
No Sabe		4	Resignación		1
No Responde		3	Tristeza	6	1
ENCUENTRA EN SU ALDEA TODO LO NECESARIO PARA DESARROLLAR SU VIDA?			Desesperación	4	8
Sí		13	Alegría	29	40
No	14	14	No Sabe	1	
En Parte	26	23	No Responde		
PERTENECE ALGUNA ORGANIZACION COMUNITARIA EN SU ALDEA?			Otros		
Ninguna	27	11	SI ENCONTRARA UNA BUENA SUMA DE DINERO QUE HARIA?		
Religiosa	1	10	Construir Casa	11	20
Deportiva	4	10	Ahorrar	8	9
Religiosa y Deportiva	1	9	Sembrar en la Región		2
No Sabe	1	4	Se iría de la Región		
No Responde	4	6	Comprar Tierra en la Región	14	
Otros	2		Negocio		5
			Comprar Ganado		6
			No Sabe	5	6
			No Responde	2	
			Otros		2

No. de casa: \_\_\_\_\_

Nombre jefe fam. \_\_\_\_\_

Localización:

A. Las Violetas

B. Xemamatzé

ENCUESTA FAMILIAR DOMICILIARIA:

(poner en la casilla de la derecha el No. ó los Nos. elegidos a la izquierda).

I. DATOS GENERALES DE JEFE DE LA FAMILIA:

1. Religión: 1. Católica  
 2. Protestante  
 3. Tradicional  
 8. No sabe  
 9. No responde  
 10. Otros: \_\_\_\_\_

2. Oficio: 1. campesino  
 2. comerciante  
 3. tejedor  
 8. No sabe  
 9. No responde  
 10. Otros: \_\_\_\_\_

3. Estado Civil: 1. soltero  
 2. casado  
 3. unido  
 4. viudo  
 5. separado  
 9. no responde \_\_\_\_\_

4. Edad: 1. 15-24 años  
 2. 25-34 "  
 3. 35-44 "  
 4. 45-54 "  
 5. 55 ó más \_\_\_\_\_

5. No. de hijos: 1. ninguno  
 2. uno  
 3. dos  
 4. tres  
 5. cuatro  
 6. cinco  
 7. ó más \_\_\_\_\_

II. DATOS SOBRE SANEAMIENTO AMBIENTAL DE LA VIVIENDA DE LA FAMILIA:A. ABASTECIMIENTO DE AGUA:

1. 1. Conexión domiciliaria.  
 2. Llena cantaros a + 100 mts.  
 3. Llena cantaros a - 100 mts.  
 4. pozo comunal a + de 100 mts.  
 5. pozo comunal a - de 100 mts.  
 6. río a + 100 mts.  
 7. río a - 100 mts.  
 10. Otros: \_\_\_\_\_
2. Hay agua estancada cerca de su casa:  
 1. sí  
 2. no

B. DISPOSICION DE EXCRETAS:

1. 1. hoyo seco
2. lavable
3. al aire libre
10. Otros: \_\_\_\_\_

C. ELIMINACION DE BASURA EN VIVIENDA:

1. 1. quemada
2. enterrada
3. campo abierto
4. vaciada en río
10. Otros: \_\_\_\_\_

D. VIVIENDA:1. TECHO:

1. teja
2. lámina
3. paja

10. otros: \_\_\_\_\_

2. PAREDES:

1. bajareque
2. adobe
3. madera
4. cañas
5. Planchas de cemento prefabricado
6. palo rollizo

10. Otros: \_\_\_\_\_

3. PISO:

1. tierra
2. cemento

10. otros: \_\_\_\_\_

4. NUMERO DE AMBIENTES:

1. dormitorio comunal
2. uno
3. dos
4. tres ó más: \_\_\_\_\_

III. DATOS SOBRE SALUD-ENFERMEDAD:

- A. Durante el último mes qué personas de su familia se han enfermado por lo menos una vez?

No.	Enfermedad	Menores 5 años	mujeres 15-44	Otros:
1.	Diarrea			
2.	Infección respiratoria aguda			
3.	Infecciones en piel			
4.	Parasitismo intestinal			
5.	Otros:			

B. A QUIEN CONSULTO POR LA ENFERMEDAD:

1. no consultó
2. Al centro de Salud de Nebaj
3. Clínica local
4. Farmacias
5. Vecinos
6. Curandero
7. Automedicación
8. No sabe
9. No responde
10. Otros: \_\_\_\_\_

C. Los niños menores de un año van a control de crecimiento al Centro de Salud?

1. Sí
2. No
3. no tiene hijos
8. no sabe
9. no responde. \_\_\_\_\_

D. A los niños menores de un año les han puesto alguna vacuna?

1. Ninguna
2. Inyectadas en el brazo (antisarampión)
3. Inyectadas en la cadera (triple)
4. tomada (antipolio)
5. No tiene hijos
8. No sabe
9. No responde
10. Otros: \_\_\_\_\_

E. Las mujeres embarazadas de su familia van a control de embarazo?

1. no van
2. van con comadrona
3. van al Centro de Salud
4. van con comadrona y al centro de salud
8. no sabe
9. no responde
10. Otros: \_\_\_\_\_

IV. CONDICIONES PSIQUICAS DESPUES DE ULTIMA MIGRACION:

A. Actualmente cómo se mantiene la mayor parte del tiempo?

1. nervioso
2. tranquilo
3. triste
4. alegre
5. tranquilo y alegre
8. no sabe
9. no responde
10. otros: \_\_\_\_\_

B. Actualmente padece de falta de sueño?

1. sí
2. no
3. a veces \_\_\_\_\_

C. Actualmente le siente sabor a la comida?

1. sí
2. no
3. a veces \_\_\_\_\_

- D. Actualmente padece de falta de apetito?
1. sí
  2. no
  3. a veces \_\_\_\_\_
- E. Actualmente escucha voces que no existen?
1. sí
  2. no
  3. a veces \_\_\_\_\_
- F. Actualmente siente olores que no existen?
1. sí
  2. no
  3. a veces \_\_\_\_\_
- G. Actualmente siente deseos de morirse?
1. sí
  2. no
  3. a veces \_\_\_\_\_
- H. Actualmente se le olvidan las cosas que está haciendo o piensa hacer?
1. sí
  2. no
  3. a veces \_\_\_\_\_
- I. Actualmente padece de algún descontrol orgánico?
1. dolor de estómago
  2. estreñimiento
  3. diarrea
  4. boca seca
  5. gases en estómago
  6. debilidad
  7. dolor de cabeza
  11. Irritabilidad
  12. dolores crónicos
  13. falta de deseo sexual
  14. no puede tener relaciones sexuales
  15. sudoración nocturna
  16. palpitaciones
  17. asfixia
  18. no sabe
  9. no responde
  10. otros: \_\_\_\_\_
- V. MECANISMOS ADAPTATIVOS PARA LA SUPERVIVENCIA:
- A. Actualmente cómo se siente ante el cambio de vida?
1. acepta con valor
  2. se adapta activamente
  3. está conforme
  4. quisiera migrar
  5. se siente seguro
  6. Acepta activamente pero quisiera migrar
  7. Está conforme pero quisiera migrar
  8. no sabe
  9. no responde
  10. otros: \_\_\_\_\_

- B. Le gusta su aldea?
1. sí
  2. un poco
  3. no
  8. no sabe
  9. no responde: \_\_\_\_\_
- C. Tiene alguna organización comunitaria en su aldea?
1. no tiene organización
  2. tiene organización religiosa
  3. tiene organización deportiva
  4. tiene organización religiosa y deportiva
  8. no sabe
  9. no responde
  10. otros: \_\_\_\_\_
- D. Encuentra en su aldea todo lo necesario para desarrollar su vida?
1. sí
  2. en parte
  3. no. \_\_\_\_\_
- E. Si encontrare una buena suma de dinero, qué haría?
1. construir casa aquí,
  2. ahorrar
  3. sembrar en la región
  4. se iría de la región
  5. comprar tierra en la región
  6. pondría un negocio en la región
  7. comprar ganado
  8. no sabe
  9. no responde
  10. otros: \_\_\_\_\_
- F. Cuantos años pasó fuera de su aldea?
1. - de 1 año
  2. 1-2 años
  3. 3-4 años
  4. 5 ó más
  8. no sabe
  9. no responde \_\_\_\_\_
- G. Cual fué el motivo de migración hacia Nebaj?
1. traslado obligado
  2. quería hacerlo
  3. porque se quedó solo
  8. no sabe
  9. no responde \_\_\_\_\_
  10. otros \_\_\_\_\_
- H. Que sintió cuando migró hacia aca?
1. resignación
  2. tristeza
  3. desesperación
  4. alegría
  8. no sabe
  9. no responde \_\_\_\_\_
  10. otros \_\_\_\_\_

GUIA ENTREVISTA:

(Las preguntas serán adecuadas al interlocutor al ser formuladas)  
(Información grabada)

1. Datos generales. (del jefe de familia).

Nombre	Lugar
Edad	Fecha
Oficio	Hora
Religión	No. de miembros de -
Estado Civil	su familia : _____
Nivel educacional.	

2. SANEAMIENTO AMBIENTAL. (familias).

Cómo le parece el actual abastecimiento de agua?  
 Cómo cree que debiera de ser?  
 Cree que es bueno o malo que exista agua estancada cerca de las viviendas?  
 Cómo les parece el actual tratamiento de excretas?  
 Cómo cree que debiera de ser?  
 Cómo trata actualmente la basura? le parece bien?  
 Cómo cree que debiera de ser?  
 Cómo le parece su actual vivienda?  
 Cómo le gustaría que fuera?

3. DATOS SOBRE SALUD-ENFERMEDAD DE LA FAMILIA:

Enfermedades sufridas desde que vino de la montaña.  
 De qué han enfermado?  
 Quienes más han enfermado de su familia?  
 De qué han enfermado?  
 Cuántas veces cada uno?  
 A quién consultó?  
 Y por qué?  
 Qué medicamento le dió?  
 Los niños menores de un año van a control de crecimiento y desarrollo al Centro de Salud?  
 Los niños menores de un año les han puesta alguna vacuna?  
 Su esposa durante el embarazo va a control?  
 A donde? Por qué?

4. DATOS SOBRE DEPRESION: (del jefe de familia).

Padece actualmente de:  
 Disforia  
 Alteraciones del sueño (insomnio, pesadillas).  
 Trastornos del apetito: Cualquier grado o necesidad de comer más ó menos de lo habitual.  
 Descenso del rendimiento.  
 Alteraciones en su aspecto general  
 (cansado, ojeras, preocupado, movimientos lentos, tristes).  
 Lenguaje y curso del pensamiento circular al pesimismo.  
 emociones depresivas

falta de atención  
 alteraciones de la percepción  
 (alucinaciones auditivas, olfática).  
 trastornos de la motricidad.  
 alteraciones de la atención y concentración  
 alteraciones de la memoria (déficit de memoria)  
 alteraciones sexuales (dispareunia, impotencia, falta de deseo).  
 Molestias somáticas  
 fatigabilidad  
 anorexia  
 meteorismo  
 debilidad taquicardia  
 irritabilidad  
 sequedad de boca  
 estreñimiento o diarrea  
 dolores crónicos  
 sudoración  
 cefalea

5. DATOS SOBRE MECANISMOS ADAPTATIVOS PARA LA SUPERVIVENCIA:

Cuando migró de su aldea a la montaña?

Por qué lo hizo?

Cuánto tiempo estuvo en la montaña?

Se enfermó cuando estaba en la montaña?

De que?

Como se curaba?

\_\_ medicamentos

\_\_ hierbas

Como se encontraba en la montaña (alegre o triste)

Cuando estuvo en la montaña, tuvo hijos?

Cuando migró de la montaña a Nebaj, porque lo hizo?

Deseaba regresar?

Actualmente como se siente?

Hubo muertos en su familia por violencia?

Está contento con su actual vida?

Cuenta con lo necesario para desarrollar su vida?

Qué le preocupa actualmente?

Con quién va a ir a vivir al salir del campamento?

Qué quisiera hacer en el futuro?

Qué va a hacer cuando salga del campamento?

