

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

**“APOORTE DEL TRABAJO SOCIAL PARA CONTRARRESTAR LOS NIVELES DE
DESNUTRICIÓN EN ESCOLARES GUATEMALTECOS QUE PRESENTAN LA
HIPERPLASIA MULTIFOCAL DEL EPITELIO”**

TESIS

Presentada a la Dirección de la

Escuela de Trabajo Social de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

POR

INGRID BEATRIZ POLANCO MONZÓN

Previo a conferírsele el título de

TRABAJADORA SOCIAL

En el grado académico de

LICENCIADA

Guatemala, mayo de 2006

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR
SECRETARIO

Dr. Luis Alfonso Leal Monterroso
Dr. Carlos Enrique Mazariegos Morales

AUTORIDADES DE LAS ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

DIRECTORA
SECRETARIA

Licda. Mirna Aracely Bojórquez de Grajeda
Licda. Carolina de la Rosa de Martínez

CONSEJO DIRECTIVO

REPRESENTANTES DOCENTES

Licenciada
Licenciado

Alma Lilian Rodríguez Tello
Edwin Gerardo Velásquez

REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES

Licenciado

Rómulo Teodoro Rojas Ajquí

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

Estudiante
Estudiante

Gladys Elizabeth Moreno Girón
Mauricio Burrión González

TRIBUNAL EXAMINADOR

Directora
Secretaria
Coordinadora IIETS
Tutora – Revisora
Coordinadora Área de
Formación Profesional Específica

Licda. Mirna Aracely Bojórquez de Grajeda
Licda. Carolina de la Rosa de Martínez
Licda. María del Carmen Galicia Guillén
Licda. Ana María García Noval
Mtra. Ada Priscila Del Cid

Artículo 11

Los autores serán los responsables de las opiniones y criterios expresados en sus obras.

Reglamento del Consejo Editorial de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

ACTO QUE DEDICO

A DIOS

Te agradezco Padre Celestial por este momento, por ser la fortaleza en los momentos de debilidad, la luz, la guía y por brindarme la oportunidad de la vida para alcanzar esta meta.

A MIS PADRES

Clara Matilde Monzón Hidalgo de Polanco y Víctor Manuel Polanco Lima, padres abnegados por quienes hoy soy, quien soy, y a quienes agradezco todo su sacrificio, esfuerzo, comprensión y apoyo moral y económico y que este triunfo sea una recompensa por toda su entrega de hoy y de siempre.

A MIS HERMANOS

Erick Orlando, Edgar Estuardo y Ana Lucrecia, hombres y mujer nobles y responsables y a quienes agradezco por ser buenos hermanos y buena hermana, por su cariño y por compartir conmigo tantos momentos de la vida, que Dios los guíe y cuide con todo su amor.

A MIS SOBRINOS Y SOBRINA

Erick Steeven Enmanuel, Roger Orlando y Dulce Esmeralda, a quienes amo y a quienes dedico este éxito para que sea un ejemplo en su caminar.

CON ESPECIAL APRECIO

Al Doctor Víctor Ernesto Villagrán Colón, por todo su cariño y apoyo incondicional, por presentarse en mi vida y quien es una persona muy querida por mí.

A MIS COMPAÑERAS DE ESTUDIO

Lesbia Mayté, Anabella del Carmen, Brenda, Karina y Noemí a quienes les deseo una carrera profesional llena de satisfacciones. **A MIS AMIGOS** Noemí Hernández y Yul Ovalle por su valiosa amistad.

TESIS QUE DEDICO

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

A LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

Con todo respeto, porque en sus aulas logré alcanzar mi formación profesional, en donde compartí momentos inolvidables y por brindarme la oportunidad de laborar como catedrática auxiliar.

A MIS TUTORES – REVISORES

Licda. Ana María García Noval y Lic. Carlos Noriega por su apoyo y asesoría profesionales en el desarrollo de mi tesis y por ayudarme a concluir satisfactoriamente esta meta.

A MIS PADRINOS DE GRADUACIÓN

Licenciada Rebeca Morán, por ser una persona con valores morales y por ser una profesional del Trabajo Social digna de ejemplo a quien respeto y admiro.

Licenciado Marco Antonio Morales Custodio, por todas sus enseñanzas de la vida y por motivarme a trabajar con excelencia.

Doctor Víctor Ernesto Villagrán Colón, por todo su ayuda, especialmente en la parte estadística de mi tesis.

A MIS CENTROS Y SUPERVISORES DE PRÁCTICAS PROFESIONALES

En la Práctica Introductoria, a la Licda. Amparo Meléndez y a la Comunidad de Llanos del Pinal, jurisdicción de San Pedro Sacatepéquez; en Individual y Familiar, Licda. Mirna Aracely Bojorquez y de Grupos, Licda. Telma Luna y Licda. Elsa Arenales, ambas prácticas realizadas en el Centro de Día de Atención Integral al Adulto Mayor San Francisco de Asis y en el Ejercicio Profesional Supervisado, realizado en el Área de Odontología Socio Preventiva de la Facultad de Odontología, a mi supervisor de EPS, Lic. Edwin Gerardo Velásquez, porque de alguna manera las personas de las comunidades y centros de práctica, al igual que mis supervisores y tutores me han permitido culminar felizmente mi carrera universitaria.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	i
CAPÍTULO 1	
ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA HIPERPLASIA MULTIFOCAL DEL EPITELIO	1
1.1 Origen y Descripción de la Entidad	1
1.2 Antecedentes Históricos de la Hiperplasia Multifocal del Epitelio	5
CAPÍTULO 2	
REALIDAD NACIONAL	7
2.1 Pobreza, Pobreza Extrema y Miseria	7
2.2 Cultura y Tradiciones	16
2.3 Etnias Mayas	17
CAPÍTULO 3	
NIÑEZ Y FAMILIA	20
3.1 Discriminación de la Niñez y la Familia	20
3.2 Exclusión de la Niñez y la Familia	25
3.3 Niveles de Desnutrición y Poca Atención de la Salud en la Niñez y la Familia Guatemalteca	28
CAPÍTULO 4	
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO	37
4.1 Presentación	37

4.2	Objetivo General	39
4.3	Objetivo Específicos	39
4.4	Hipótesis General	40
4.5	Hipótesis Específicas	40
4.6	Metodología	40
4.7	Presentación de Resultados	43

CAPÍTULO 5

	PROPUESTA METODOLÓGICA DEL APORTE DE TRABAJO SOCIAL, PARA CONTRARRESTAR LOS NIVELES DE DESNUTRICIÓN EN LOS NIÑOS ESCOLARES GUATEMALTECOS QUE PRESENTACIÓN LA HIPERPLASIA MULTIFOCAL DEL EPITELIO	58
5.1	Justificación	58
5.2	Objetivo General	61
5.3	Objetivos Específicos	61
5.4	Estrategia de Intervención	61
	CONCLUSIONES	63
	RECOMENDACIONES	65
	BIBLIOGRAFÍA	66

INTRODUCCIÓN

Una de las realidades más críticas y difíciles de la sociedad guatemalteca es la condición de pobreza y pobreza extrema, que actualmente podría considerarse una condición de miseria, lo que genera que las familias urbanas y rurales, especialmente éstas últimas, vivan aisladas de cualquier oportunidad de tener una calidad de vida de manera digna y respetable.

Es importante mencionar que la pobreza y pobreza extrema es la carencia de una serie de factores que afectan de manera directa el desarrollo humano de las personas y sus familias. Entre estos factores podemos mencionar: la falta o nulo acceso a fuentes de empleo que les permitan un ingreso económico para un acceso a los artículos de la canasta básica; la falta de salud y acceso a los servicios de salud, que pueda otorgar a cada uno de los integrantes de la familia, un servicio integral, eficaz y efectivo; la falta de educación y capacitación técnica que de a las familias la oportunidad de mejorar sus condiciones de vida, a través de una preparación educativa; la falta de acceso a los servicios básicos, como lo son drenaje, energía eléctrica, agua potable, vías de comunicación, transporte, seguridad pública, entre otros.

Para tener un referente más significativo, de acuerdo con el Informe Nacional de Desarrollo Humano 2005, del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, señala que con relación a la pobreza y pobreza extrema de las familias guatemaltecas, para el año 2004, el 21.9% de la población vivía con menos de un dólar diario. La situación de exclusión de la población indígena y de las áreas rurales trae como consecuencia peores indicadores de pobreza extrema, ya que el 38 % de la población indígena rural subsiste con menos de un dólar diario, lo que consecuentemente imposibilita el mínimo necesario para una alimentación adecuada.

Otro elemento importante de mencionar, es la desigualdad, ya que ésta incrementa la pobreza y limita los efectos de crecimiento, debilita la cohesión social, aumenta la conflictividad, la violencia y la delincuencia. Así también la desigualdad tiene múltiples expresiones, que se concatenan entre sí y generan situaciones de profunda exclusión en las oportunidades de desarrollo humano que trascienden, en su mayoría a futuras y múltiples generaciones de guatemaltecos y guatemaltecas. Por lo anterior, la desigualdad y la exclusión, afectan a la sociedad guatemalteca, pero especialmente a la mujer indígena rural, ya que ella se encuentra sumergida en condiciones extremas que coartan la oportunidad de mejorar su calidad vida, y por consecuencia mejorar la calidad de vida de sus hijos.

El Informe Nacional de Desarrollo Humano 2005, del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, señala que los índices de desarrollo humano compendian tres ámbitos importantes dentro del concepto, salud, educación e ingresos, unificándolos en una medida que permite comparar avances entre sociedades y a lo largo del tiempo. Cuando los ingresos de un país se concentran demasiado en algunos sectores, tal es el caso de Guatemala, en donde un 5% de la población son los dueños de los medios de producción y un 95% de la población es asalariada, las oportunidades de lograr mejores indicadores educativos y de salud se reducen, en menoscabo de su Índice de Desarrollo Humano.

Por intereses propios de la investigadora, se profundizará en uno de los principales factores que implican un desarrollo humano integral, como lo es la salud. Se conoce que el sistema de salud del guatemalteco ha dado prioridad a la atención de la enfermedad y la mortalidad de la población materna e infantil, sin embargo, el país continúa presentando elevadas tasas de estos indicadores.

En referencia al Informe de Desarrollo Humano 2005, del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, se considera importante mencionar que la salud de la madre, está íntimamente ligada a la salud de niño y niña guatemalteca y las mayores tasas de mortalidad infantil se encuentran entre 50 niños y 37 niñas por cada 1,000 nacidos vivos en madres menores de 20 años o mayores de 39 y cuando el intervalo entre embarazos es menor de dos años.

Por lo relevante del documento, el Informe de Desarrollo Humano 2005, del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, mencionar que las deficiencias y decadencias de la salud, es más crítica y preocupante en algunas regiones del país, por ejemplo la región Sur – occidente tiene una tasa tres veces más alta que la metropolitana y una tasa del 35% más alta que la tasa de mortalidad infantil indígena y al analizar las tendencias entre los grupos étnicos se observa que la brecha entre indígenas y no indígenas se mantiene casi inalterable desde 1995 y 2002.

Ahora bien, las deficiencias de la salud, en los niños y niñas, se manifiestan en primer lugar, porque la mayor proporción de las muertes son por causas infecciosas y carencias nutricionales, que refieren más que nada, a la precariedad de las condiciones de vida: deficiencia habitacional, poco acceso a ingresos económicos y educación de la población, en particular de las mujeres. Y en segundo lugar, la mortalidad y problemas de desnutrición crónica en los niños y niñas podría evitarse, en gran medida, si el sistema de salud funcionara de manera efectiva, eficiente y oportuna y estuviera adecuadamente financiado.

Como profesional del Trabajo Social determino la importancia de trabajar como punto de tesis el tema: “Aporte del Trabajo Social para contrarrestar los niveles de desnutrición en los escolares guatemaltecos, que presentan la Hiperplasia Multifocal del Epitelio”, considerando que es un tema relevante para la Escuela de Trabajo

Social, porque es una institución formadora de profesionales calificados para intervenir, evidenciar y aportar soluciones a la problemática de la sociedad guatemalteca, a través de los COCODE, integrados en cada una de las comunidades del país y porque además abordar este tipo de estudios, es uno de los fines principales de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA HIPERPLASIA MULTIFOCAL DEL EPITELIO

1.1 Origen y Descripción de la Entidad

De manera muy general, se darán a conocer algunos detalles y características propios de la Hiperplasia Multifocal del Epitelio, que se consideran importantes que el Trabajador Social identifique, debido a que esta entidad patológica, afecta de manera directa la salud de niños y niñas guatemaltecas que viven en pobreza y pobreza extrema, especialmente del área rural.

Por lo anterior, literalmente se menciona que “la anatomía patológica especial estudia en cada órgano, aparato o sistema las características peculiares de las lesiones que en él se presentan. En el cuerpo doctrinal de la odontología hay también una anatomía patológica especial que estudia las lesiones buco – faciales y de las glándulas anexas”¹.

Lo anterior quiere decir, que para el Trabajador Social resulta importante determinar las formas y sistemas de estudio de este tipo de lesiones debido a que éstas, están íntimamente relacionadas con aspectos socio culturales de grupos y comunidades.

Estas lesiones patológicas pueden clasificarse en primarias, que son las ocasionadas por la agresión del agente etiológico, es decir la agresión o presencia de las causas

¹Antonio Bascones Martínez, Tratado de Odontología, Tomo I, , Ediciones Avances Médico – Dentales, S. L. Boix y Morer, 6 – 1º 2800 Madrid, Madrid, Primera Edición Octubre 1998, Segunda Edición Noviembre 1998, Pág. 1027.

que provocan la lesión, siendo éstas internas - propias del organismo del sujeto de estudio- y las externas – de su entorno y contexto -, así también puede clasificarse en secundarias, que son la consecuencia de los mecanismos fisiopatológicos instaurados, que es por consiguiente un daño más profundo que en una lesión primaria.

Esto significa que si la lesión primaria se encuentra ubicada dentro de la cavidad bucal, en un espacio que reciba fricción o trauma, ésta puede convertirse en una lesión secundaria que expande la lesión a tal grado, que afecta la salud, física y emocional del niño o niña.

Las lesiones primarias pueden ser sólidas, con una densidad variable o líquidas. Entre las sólidas se encuentran las pápulas y nódulos las dos únicas que mencionaremos para el desarrollo de este estudio.

Las lesiones secundarias pueden clasificarse en tres grandes grupos: de los cuales mencionaremos únicamente las clasificadas en el segundo grupo, por tener relación directa con esta investigación y que consiste en erosiones, fisuras y ulceraciones.

“La Hiperplasia Epitelial Focal (enfermedad de Heck) es un trastorno que se caracteriza por múltiples pápulas blandas, bien circunscritas, sésiles (o sea, aún no formado de manera expansiva) distribuidas en la totalidad de la mucosa bucal, es endémica en algunas comunidades esquimales y de indios estadounidenses, pero rara en caucásicos. Estas lesiones se han considerado durante muchos años de origen viral, y en fecha más reciente por el hallazgo que aparecen en personas con

predisposición genética. Una vez que se identifican, las lesiones no requieren tratamiento; no se conoce su transformación maligna”².

La anterior cita, contiene términos propios de la profesión de un Cirujano Dentista, quien maneja y conoce muy bien los mismos, sin embargo, se retomarán algunas líneas de la cita anterior para aclarar un poco los términos médicos: La Hiperplasia Epitelial Focal fue conocida anteriormente y de manera errónea como la Enfermedad de Heck, la Hiperplasia es una lesión que aparece en la cavidad bucal como pequeñas inflamaciones parecidas a una ampolla, y que dentro de la misma se observan pequeñas glándulas color blanco mate, y que además se propician en la primera capa de la mucosa bucal. Cuando se menciona que son bien circunscritas, significa que dentro de la ampolla, aparecen varias erupciones redondas y blancas, de manera seguida, una a la par de la otra, y que están distribuidas en la totalidad de la mucosa bucal, es decir que la lesión tiene la capacidad de expandirse en los carrillos, labios inferior y superior, bermellón, mucosa retromolar, paladar blando, paladar duro, lengua vientre, lengua bordes y a cada una de las partes bucales de manera permanente, constante y continua. Así también se menciona que la lesión es endémica en pueblos de esquimales y algunos pueblos indígenas estadounidenses, es decir que la lesión se manifiesta en estos pueblos de manera permanente por lo que otros estudios consideran que la lesión es provocada por un desorden genético. Como afirma la cita textual, no se requiere de un tratamiento, sin embargo, se tratará de demostrar que esta entidad si requiere de un tratamiento individual al igual que se tratará de demostrar las consecuencias sociales y físicas que sufre el niño o niña que padecen ese problema.

“La Hiperplasia Epitelial Focal se desarrolla como lesiones nodulares múltiples, usualmente con una base sésil, es más frecuente en el labio inferior aunque también se observa en la mucosa bucal, en las comisuras, en el labio superior y en la lengua.

² Malcom A. Lynch, Vernon J. Brightman y Martin S. Greenberg, Medicina Bucal de Burket, Diagnóstico y Tratamiento, Mc Graw – Hill Interamericana, Editores, S. A. De C. V. México 1999, Pág. 169 y 170.

Rara vez se afecta la encía y al parecer no se presentan en piso de la boca o paladar. Estas lesiones nodulares que suelen medir de 1 a 5 mm de diámetro, son suaves y tienen el mismo color que la mucosa adyacente.

Esta alteración predomina entre los 6 y 18 años de edad, aunque también se han descrito casos de adultos. A menudo, es posible que sufran regresión espontánea después de cuatro a seis meses; sin embargo, en algunos casos duran un año o más. A veces, las lesiones son recurrentes.

Prqetorius – Clausen y Willis informaron el hallazgo de partículas parecidas al virus en las lesiones de la hiperplasia epitelial focal que se presenta en los esquimales de Groenlandia. Estas partículas virales fueron similares en tamaño y aspecto morfológico a las descritas en los papilomas bucales, las verrugas humanas y los condilomas humanos. Por ello, Practoruis – Clausen y Willis sugieren que las partículas representan un tipo de papovavirus. Aún es incierto si éste es el agente etiológico de la hiperplasia epitelial focal”³.

Para enriquecer la descripción de la lesión, a continuación literalmente se menciona que: “La hiperplasia epitelial focal consiste en unas lesiones ligeramente elevadas planas, sésiles y blandas. La superficie suele estar finamente punteada o ligeramente verrugosa y queratótica; en la mayoría de los casos tiene un color similar al de la mucosa adyacente. Cuando la mucosa se distiende, algunas de las lesiones tienden a desaparecer. Su tamaño suele ser de 0.1 a 0.5 cm. La localización más frecuente es la mucosa del labio inferior, y a veces se extiende hasta el borde bermellón, en orden decreciente de frecuencia, aparece también en la mucosa bucal,

³ Shafer, Hine, Levy, Tomich, Tratamiento de Patología Bucal, Nueva Editorial Interamericana, S. A. De C V., México, D. F., 1986, Pág. 23.

en las comisuras y en el labio superior. Sin embargo en los esquimales más del 50% de los casos se localizan en la lengua”⁴.

1.2 Antecedentes Históricos de la Hiperplasia Multifocal del Epitelio

En 1965 Archer, Heck y Stanley emplearon el término “hiperplasia epitelial focal”, para designar la lesión que Heck observó por primera vez sobre la mucosa bucal en un grupo de niños indios navajos. Praetorius – Calusen y colaboradores revisaron esta alteración; se ha informado que actualmente también se presenta en Colombia, Ecuador, Venezuela, Brasil, El Salvador, Guatemala, El Paraguay, Israel, Egipto y en los esquimales de Groenlandia y Alaska”⁵.

“Los indios navajos son originarios de España, además los otros países que se mencionan de latinoamérica, entre ellos Guatemala, con el índice más alto en prevalencia de la entidad, ya que en Guatemala figura un 3.2%, cuando en Brasil figura un 0.0003%”⁶.

“La hiperplasia epitelial focal o enfermedad de Heck se identificó como una entidad aislada en 1965, lo cual eliminó las confusiones que existía sobre este transtorno antes denominado hiperplasia poliposa múltiple, verruga o papiloma. Los estudios iniciales describen la lesión en indios americanos de los Estados Unidos y Brasil, y en los esquimales; sin embargo, estudios más recientes identifican además otras

⁴ J. J. Pindborg, Atlas de Enfermedades de la Mucosa Oral, Ediciones Científicas y Técnicas, S. A., 5ª. Edición, 1994, Pág. 46.

⁵ Shafer, Hine, Levy, Tomich Tratamiento de Patología Bucal, Op Cit. Pág. 23.

⁶ J. J. Pindborg, Atlas de Enfermedades de la Mucosa Oral, Op Cit. Pág. 49.

poblaciones y grupos étnicos que presentan la lesión e incluyen sudafricanos, mexicanos y centroamericanos”⁷.

“El término hiperplasia epitelial focal se usó por primera vez en 1965 para designar ciertas elevaciones nodulares múltiples de la mucosa oral que se observaron entre los indios americanos de Nuevo México y en Brasil. Desde entonces se ha observado la enfermedad en los indios de muchos países latinoamericanos y en los esquimales de Canadá y Groenlandia. La mayor incidencia (36%) con gran diferencia, se ha encontrado entre los esquimales de Angmagssalik, Groenlandia. Actualmente se han descrito muchos casos aislados en numerosos países de Europa y de África (555). Hasta el momento no se ha observado ningún caso en Asia, a excepción del Asia Menor “⁸.

⁷Joseph A. Regezi y James J. Sciubba, Patología Bucal, Y James J. Sciubba, Nueva Editorial Interamericana, S. A. De C. V. México D. F. 1991, Pág. 182.

⁸ Ibid. Pág. 46.

CAPÍTULO 2

REALIDAD NACIONAL

2.1 Pobreza, Pobreza Extrema y Miseria

Uno de los tantos problemas de la realidad nacional, que afecta a los guatemaltecos, especialmente al niño o niña es la pobreza y extrema pobreza en la que ellos se desenvuelven.

Por lo anterior, y para evidenciar los niveles de pobreza que condicionan el desarrollo de nuestros niños y niñas guatemaltecas, considerado como uno de los grupos vulnerables de nuestra sociedad, se desea mencionar los aspectos generales de las condiciones de pobreza del núcleo familiar, ya que son los padres de familia, los responsables – con el apoyo del Estado - de satisfacer sus necesidades básicas.

Debido a que una de las principales actividades económicas de las familias en el área rural, es la agricultura, convirtiéndose este en el medio para satisfacer sus necesidades básicas, sin embargo es importante mencionar que el “modelo de desarrollo de Guatemala ha creado insuficiencias estructurales, generando desigualdades en la distribución de la tierra (2.2% de los terratenientes tienen el 65% de la tierra útil), y en la distribución del ingreso (10% de la población capta el 44% del ingreso). Como consecuencia, el 76% de todas las familias viven actualmente bajo la línea de pobreza”⁹.

A lo anterior, y para agudizar el cuadro de la realidad de las familias guatemaltecas se encuentran las secuelas del conflicto armado interno, vivido por casi 36 años, y

⁹ Unicef,: SEGEPLAN, Realidad Socio Económica de Guatemala, Con Énfasis en la Situación del Niño y la Mujer, Editorial Piedra Santa, Guatemala, 1994, Pág. 15.

que a la fecha aún existen las consecuencias en las personas más afectadas, especialmente de la región noroccidente del país.

“Esta problemática social interna ya ha cobrado un estimado de 100,00 vidas en la última década, provocando la existencia de más de 43,000 refugiados, oficialmente registrados por ACNUR, y alrededor de medio millón de desplazados (hasta un millón según estimaciones de la iglesia católica). Además el conflicto mantiene un ambiente de violencia y de no respeto a los derechos humanos en el país “¹⁰.

El conflicto armado interno ha provocado muchos efectos negativos en la población, además de la pobreza, entre ellos la desintegración familiar, los refugiados que tuvieron que salir huyendo del país, especialmente a México, en donde se asentaron y rehicieron sus vidas y que posteriormente por determinaciones políticas entre los países, tuvieron que regresar a Guatemala, convirtiéndose en los llamados retornados y que al regresar no pudieron encontrar el apoyo político, social y económico que les permitieran reinsertarse con otras expectativas de vida, estas familias vinieron a figurar, entre las familias que actualmente que viven en pobreza y pobreza extrema.

La economía guatemalteca de 1980 a 1992, ha generado una crisis que impacta fuertemente a la sociedad, entre ellas: “Disminuyeron los niveles de consumo; se desestimó la inversión y se generó un fuerte proceso inflacionario. También se agudizaron las desigualdades sociales: aumentó la concentración de la riqueza, se deterioró el poder adquisitivo, hubo devaluación monetaria, desempleo y aumento de la pobreza”¹¹.

¹⁰ Unicef – Segeplan, Ibid. Pág. 36.

¹¹ Realidad Socio Económica de Guatemala, Ibid. Pág. 21.

“La Encuesta Nacional Socioeconómica (ENS) de 1989 estimaba que el 80% de la población guatemalteca se encontraba bajo la línea de la pobreza, y el 59% en situación indigente. Mientras que en el área rural ascienden a 87% y 71% respectivamente.

En 1993, el costo de la canasta básica para una familia de cinco miembros ascendía a Q.899.13, sin embargo, el salario mínimo era de sólo Q.420.00. En otras palabras, el salario mínimo cubría únicamente el 47% del costo de la canasta básica. El ingreso promedio de la población asalariada ascendía a Q.678.45, lo que significa sólo un 75.5% del costo de la canasta básica”¹².

Significa entonces, que las familias que vivían en éstas circunstancias económicas, son consideradas en pobreza o pobreza extrema, que no les permitía cubrir ni siquiera el costo total de la canasta básica, para una familia de cinco miembros, y tampoco tenían oportunidad, ni acceso a servicios de salud, educación, recreación, capacitación, etc.

“En el 2002 el 1% de la población con mayores ingresos recibía el 13.9% del ingreso total de Guatemala y el 10% de aquellos con mayores ingresos recibían casi la mitad de los ingresos totales del país. En contraste el 20% de la población de menores ingresos, en su mayor parte en una situación de extrema pobreza, percibían sólo el 1.6% del ingreso total. Ello está asociado a la existencia de una alta proporción de la población que vive en el área rural, donde aún prevalece una estructura agraria anticuada, en que se emplea a la mayor parte de la población, y que se caracteriza por una alta concentración de la tierra y con algunas excepciones como la caña de

¹² Sub – Comisión Regional, Comisión Pro –Convención sobre los Derechos del Niño –PRODEN-, Entre el Olvido y la Esperanza, La Niñez de Guatemala, Sub – Comisión Regional, Editorial HIGSSA GALA, Guatemala, Noviembre de 1996, Pág. 11.

azúcar, por una baja productividad laboral y un empleo precario. Ello explica, en buena parte, el alto nivel de pobreza en el área rural”¹³.

En consecuencia, la concentración de la tierra en pocas manos, la poca capacitación técnica en el manejo de los insumos agrícolas, las técnicas obsoletas en la agricultura, no permiten que la gran mayoría de las familias rurales que se dedican a esta actividad económica, mejoren sus condiciones y niveles de vida.

“La situación de los niños y jóvenes menores de 19 años en el contexto descrito es alarmante, si consideramos que el 83% del total nacional comprendido en este rango de edad ha nacido y crecido en medio de la pobreza, con las consecuentes implicaciones negativas para su desarrollo físico, personal y profesional. Es significativa la relación entre pobreza y sus secuelas si consideramos que 8 de cada 10 niños presentan algún grado de desnutrición; 6 de cada 100 niños mueren antes de cumplir un año de edad, y las 10 principales causas de la muerte son de índole prevenible. Además, 60% de la población no posee agua potable, y el porcentaje de analfabetismo alcanza del 65% al 80% de la población, dependiendo del área donde radique”¹⁴.

Al respecto, y lo que se desea resaltar es que 8 de cada 10 niños presentan algún grado de desnutrición, situación que los deja al margen de una situación de salud inestable, propensos a desarrollar cualquier tipo de enfermedad, con un sistema inmunológico débil, que además los limita a tener un desarrollo intelectual normal y llevar una vida más o menos estable.

¹³ Guatemala, Una Agenda para el Desarrollo Humano, 2003, Informa Nacional de Desarrollo Humano, Sistema de Naciones Unidas en Guatemala, SNU 2003, Pág. 11.

¹⁴ Sub Comisión Regional, Comisión Pro-Convención Sobre los Derechos del Niño – PRODEN-, Op Cit. Pág. 11.

Otros aspectos importantes que se mencionan, y que agravan la situación de las familias guatemaltecas, especialmente las rurales son, los altos índices de analfabetismo, el poco o nulo acceso a la salud, los altos índices de natalidad, el elevado índice de desempleo, el escaso acceso a la tierra, la poca capacitación técnica, el poco acceso a los servicios básicos, entre otros, lo que motiva la migración de las personas a las grandes ciudades, tal es el caso de Guatemala; y en los casos extremos en el que “la baja productividad agrícola, el alto costo de la vida o el incremento en el precio de los insumos para la agricultura obligan a los y las guatemaltecas a abandonar sus países para sostener a sus familias”¹⁵.

Generando otros efectos en la sociedad, por ejemplo, que la mujer con la partida de su esposo, al extranjero, toma las riendas de la familia convirtiéndose en la jefe de hogar. Otra situación, es que la esposa, permanece en Guatemala años y años sola, y quizá reciba de su pareja alguna remesa en dólares, pero la ausencia moral y emocional de la pareja convierte a ella, en las mujeres llamadas, las viudas blancas.

Significa entonces, que la pobreza, es la motivación principal para provocar la migración, de la población latinoamericana, especialmente la guatemalteca, a países del norte.

Para el interés de este estudio, en el que aborda elementos directos relacionados con uno de los escenarios de actuación del Trabajador y Trabajadora Social como lo es la salud, se tomarán algunos aspectos que agravan la situación de las familias rurales, entre ellas, el poco acceso a la salud y sus servicios.

¹⁵ Belia Aydee Villeda Erazo, Documento: Migraciones, Crisis Económica y Pobreza, Un análisis de las historias y vida obligadas al desarraigo (Primera Parte), Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Trabajo Social, Instituto de Investigaciones, Guatemala, 2004, Pág. 19.

Si consideramos que: “Todas las personas cualquiera que sea su condición económica y/o social tienen derecho a estar sanos, por varias razones, pero principalmente para poderse realizar, es decir para estar en la plenitud de condiciones de ser los protagonistas de su propio destino” ¹⁶.

Sin embargo, el aspecto de la salud en una persona, no sólo significa su estado físico, sino el aspecto de la salud involucra elementos como el acceso a los servicios de salud, salud mental, emocional e inclusive espiritual.

Considerando que la salud, de acuerdo a las responsabilidades atribuidas al Estado, se le acredita como “el goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna” ¹⁷.

Es decir, que el derecho a la salud, es otorgado al ser humano independientemente de su condición social, económica, religiosa, política y cultural y que los mismos patrones políticos y económicos, no permiten que la población tenga acceso a este servicio.

Ahora bien, como un elemento relativamente importante dentro de los aspectos de la salud, especialmente en la niñez guatemalteca, se encuentra lo tipificado como alimentación y nutrición, que indica que “el Estado velará porque la alimentación y nutrición de la población reúna los requisitos mínimos de salud. Las instituciones especializadas del Estado deberán coordinar sus acciones entre sí o con organismos

¹⁶ Gehlert Mata, Carlos, Vida, Enfermedad y Muerte en Guatemala, Editorial Universitaria, Colección Monografías Vol. No. 8, de la División Editorial de la Dirección General de Extensión Universitaria de la Universidad de San Carlos de Guatemala, Edificio Recursos Educativos, 2º nivel, Ciudad Universitaria, Zona 12, 1980, Pág. 11.

¹⁷ Constitución Política de la República de Guatemala, Artículo 94, Decretada por la Asamblea Nacional Constituyente 31 de mayo de 1985, Reformada por Consulta Popular Acuerdo Legislativo 18-93, Pág. 16.

internacionales dedicados a la salud, para lograr un sistema alimentario nacional efectivo”¹⁸.

Se menciona el aspecto de alimentación y nutrición, debido a que los niveles de desnutrición en la niñez guatemalteca, refleja condiciones crónicas y con deficiencias moderadas, especialmente entre las edades de 0 a 15 años.

“Hay evidencias para afirmar que la desnutrición grado 2 y/o 3 de la clasificación de Gómez (media y severa) se encuentra asociada hasta en un 70% a todas las defunciones por diferentes causas, de niños menores de 5 años”¹⁹.

“El indicador talla / edad refleja la historia nutricional de un individuo, midiendo el estado nutricional crónico. Un niño con proceso de desnutrición agudo, puede perder peso pero no puede perder altura. Una talla baja para su edad implica retardo en el crecimiento. Los niños que han superado la desnutrición aguda han recuperado el peso / talla esperado, pero no la talla/ edad”²⁰.

De acuerdo a la “la clasificación del estado nutricional de niños según el indicado talla para edad, es la siguiente: niños de 6 años a 7 años 11 meses, que midan de 101.5 centímetros o menos a 110.5 centímetros o menos respectivamente se encuentran clasificados en retardo severo en crecimiento; en los niños de 6 años a 7 años 11 meses, que midan de 102.0 centímetros a 115.5 centímetros respectivamente, se encuentran clasificados en retardo moderado en crecimiento; y

¹⁸ Ibid. Pág. 17.

¹⁹ Gehlert Mata, Carlos, Vida, Enfermedad y Muerte en Guatemala, Op Cit. Pág. 11.

²⁰ Unicef, SEGEPLAN, Realidad Socio Económica de Guatemala, Con Énfasis en la Situación del Niño y la Mujer, Op Cit. Pág. 101.

finalmente de los niños de 6 años a 7 años y 11 meses, que mida de 106.5 a 116 centímetros, se encuentran clasificados en un crecimiento normal”²¹.

Las citas anteriores, que se refieren al aspecto de desnutrición, que se mencionan con el propósito de hacer referencia a las condiciones generales en el aspecto de salud de los niños y niñas, así como de los parámetros contemplados para establecer los estados de desnutrición.

Con relación a los otros factores que determinan un estado de pobreza y pobreza extrema en la población guatemalteca, se encuentran los altos índices de natalidad, en el que juega un papel importante la mujer, y los aspectos culturales, que se abordarán posteriormente. “Las mujeres representan el 49.5% de la población y de ellas un poco menos de la mitad son mujeres en edad fértil. La población indígena se estimó para 1990 en 4.4 millones de personas, equivalentes al 48% de la población total”²².

Por lo que el afectado directo, cuando existen altos índices de natalidad, son los mismos infantes, debido a que cada familia rural, tiene un promedio de 5 a 7 hijos, situación que no permite satisfacer sus necesidades básicas.

Y todos los otros aspectos anteriormente mencionados, también influyen directamente en los altos índices de pobreza y pobreza extrema de las familias y de los niños y niñas que viven en el área rural, pero que por intereses propios de esta investigación, se enfocará lo relacionado especialmente con el área de salud.

²¹ Segundo Censo Nacional de Talla, de Escolares de Primer Grado de Primaria de la República de Guatemala, del 16 al 20 de julio de 2001. Informe Final abril 2002, Ministerio de Educación, Pág. 27.

²² Unicef, SEGEPLAN, Realidad Socio Económica de Guatemala, Con Énfasis en la Situación del Niño y la Mujer, Op Cit. Pág. 21.

Por lo anterior “las Coberturas de los servicios de salud para 1992, se estimó una población de 9,744,748 habitantes, la que, **por ley**, debería ser atendida por el Ministerio de Salud Pública”²³.

Los 9,744,748 equivalentes a un 100% de la población, solamente fue atendido por el Ministerio de Educación un 27%, por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social un 15%, por servicios privados un 12.5% y la población no atendida fue de un 45.5%, es decir un aproximado a 4.5 millones de personas.

Ahora bien, en cuanto a la distribución de los servicios de salud a nivel nacional, “se asume que existe un número de Puestos de Salud por Región en función de la población potencial a atender, existen tres regiones en el país con un déficit superior al promedio nacional: al Norte, al Sur – occidental y al Nor – occidental. Las restantes cinco regiones enfrentan una situación deficitaria, pero de proporciones menores al promedio mencionado.

Al analizar la distribución regional de los establecimientos de salud, tanto del sector público como del privado, resulta evidente la concentración de los servicios en la Región Metropolitana”²⁴.

Es importante evidenciar la mínima cantidad de puestos de salud por Región, según las tres mencionadas anteriormente, ya que en la medida en que se construyan más puestos de salud, así también la población tendrá más oportunidad de acceder a este derecho.

²³ UNICEF – SEGEPLAN, Op Cit. Pág. 64.

²⁴ UNICEF – SEGEPLAN, Ibid. Pág. 15.

Se considera entonces, la construcción y equipamiento de los Puestos de Salud, como un elemento importante para prestar los servicios de salud a la población, sin embargo, habrá que considerar aún más importante, el recurso humano en el área de salud, que indica que “la concentración del 80.3% de los 7,850 médicos que se ha estimado en servicio en la Región Metropolitana en 1992, estableció una relación de 28.6 médicos por cada 10,000 habitantes. En el otro extremo, se situaron las Regiones II y VI, con índices de 1.1 y 2.7 médicos por 10,000 habitantes respectivamente.

El coeficiente nacional del país es de 8.06 médicos por 10,000 habitantes, relación semejante a los ocho médicos convenidos para un país como Guatemala; lo cual muestra que el problema no radica en el número de médicos por habitante, sino en la mala distribución de los mismos”²⁵.

Se requiere entonces de una conciencia social, que disponga a los médicos a viajar e instalarse en el área rural, para compensar la distribución del recurso humano capacitado en salud, tanto con los médicos como con el resto del personal técnico en el área de salud.

2.2 Cultura y Tradiciones

“Para fines de la década pasada (1989) el número total de familias era equivalente a 1,580 miles, de las cuales el 61% habitan en el campo.

²⁵ Ibid. Pág. 66.

La familia rural está naturalmente vinculada a actividades agrícolas propias de la pequeña unidad de producción familiar y, en el caso de la población indígena, también a actividades de artesanía y pequeño comercio”.²⁶

Las actividades agrícolas propias de la pequeña unidad de producción familiar, se limitan a aquella producción que pueda generarse en algunos casos como pago en especie por la renta de la tierra, así también se genera para consumo propio de la familia y el restante para la venta; afrontando las familias de manera directa, la poca oportunidad de tener acceso a la tierra, por los aún existentes latifundios.

En las actividades de artesanía y pequeño comercio, éstas se desarrollan como herencia a través de la enseñanza de las generaciones, como lo son la cestería, el tejido, la comida propia de cada región, entre otras.

2.3 Etnias Mayas

La sociedad guatemalteca, está integrada por un alto porcentaje de población que pertenece a las diferentes étnias mayas, y debido a que la mayoría de personas descienden de una de éstas, se pretende mencionar algunas características socio - económicas, que permitan establecer un panorama general, de sus condiciones de vida.

“Guatemala es un país de contrastes. Su población es de gran diversidad étnica, formada, entre otros, por más de 21 grupos indígenas, cada uno hablando su propio

²⁶ Sub – Comisión Regional, Comisión Pro –Convención sobre los Derechos del Niño –PRODEN-, Entre el Olvido y la Esperanza, La Niñez de Guatemala, Op Cit. Pág. 41.

idioma. La mayor parte de la población (62%) es rural y vive en 19,000 pequeñas comunidades dispersas, de menos de 2,000 habitantes cada una”²⁷.

Por lo anterior si consideramos que un 62% de la población vive en el área rural y pertenece alguna etnia maya, significa que de acuerdo con el XI Censo Nacional de la Población y VI de Habitación de 2002, existen en Guatemala 11,237,196 habitantes.

7,651,062 personas guatemaltecas, viven en el área rural y tienen un alto porcentaje de pertenecer a alguna etnia maya, por lo que se considera importante mencionar las condiciones de vida y características generales en las que se desarrolla este porcentaje de población.

“En lo que se refiere a grupos étnicos, la mortalidad infantil es más alta en la población indígena”²⁸.

De acuerdo a los datos de la mortalidad infantil, en 1981 según grupo étnico maya, fallecen 108 niños y del grupo no étnico 77 por cada mil nacidos vivos; y en 1986 según grupo étnico, fallecen 87 niños y del grupo no maya 70 por cada mil nacidos vivos.

De 1981 a 1986, ha habido una disminución de los niños fallecidos en ambos grupos, sin embargo los índices de fallecimientos de niños aún se considera elevado, ya que predominan enfermedades que afectan la infancia de forma directa, enfermedades

²⁷ Unicef,: SEGEPLAN Realidad Socio Económica de Guatemala, Con Énfasis en la Situación del Niño y la Mujer, Op Cit. Pág. 15.

²⁸ Ibid. Pág. 96.

determinadas como un riesgo a su sobrevivencia, tal como el SIDA infantil; altos índices de desnutrición crónica, malaria y dengue, infecciones gastrointestinales e infecciones pulmonares, independientemente de la pertenencia a su grupo étnico, debido a que la adquisición de cualquier tipo de enfermedad, se debe no a su origen genético, sino a sus condiciones de vida, las cuales a nivel nacional se manifiestan en decadencia por vivir en pobreza y pobreza extrema, que en el caso de Guatemala, la pobreza extrema a través de los años, se ha ido convirtiendo en miseria generacional, debido a que ésta ha sido heredada de generación a generación, existiendo en la actualidad, familias completas que viven literalmente en la calle, en donde el futuro de éstos niños es aún más crítico y difícil.

CAPÍTULO 3

LA NIÑEZ Y LA FAMILIA

3.1 Discriminación de la Niñez y la Familia

“Los niños y niñas que viven en la pobreza se enfrentan a la privación de muchos de sus derechos: a la supervivencia, la salud, y la nutrición, la educación, la participación y la protección contra los daños, la explotación y la discriminación. Más de 1,000 millones de niños y niñas sufren graves privaciones de por lo menos uno de los bienes y servicios esenciales que necesitan para sobrevivir, crecer y desarrollarse. Millones de niños y niñas padecen graves privaciones en materia de nutrición, agua, instalaciones de saneamiento, acceso a los servicios básicos de atención de la salud, vivienda adecuada, educación e información. La discriminación de género es un resultado visible y un factor subyacente de todas estas privaciones graves. Incluso en países donde la privación absoluta es reducida, la privación relativa en lo que atañe a los ingresos y la riqueza de la familia implica una desigualdad de oportunidades para los niños y niñas.

La pobreza también afecta a los niños y niñas que sufren la violación de sus derechos a la seguridad y la dignidad. Todos los años, decenas de millones de niños y niñas son víctimas de la explotación, la violencia y el abuso, que les priva de su infancia y les implica alcanzar plenamente su potencial”²⁹.

El anterior criterio planteado por UNICEF, es una realidad que acosa, no solo a la niñez guatemalteca, sino a la mundial, por ello la importancia de su conocimiento, ya

²⁹ UNICEF, Estado Mundial de la Infancia 2005, La Infancia Amenazada, Pág. 15.

que nos da una idea general del estado y las condiciones de los niños y niñas a nivel mundial.

“Las coberturas de primeras consultas de crecimiento y desarrollo, tanto en menores de un año, como en niños de uno o cuatro años, muestran un estancamiento para el período 1985 – 1988. Para el caso de menores de un año se pasó a nivel nacional de un 67%, en 1985, a un 64% en 1988. Para los niños de uno a cuatro años, los indicadores respectivos fueron 31% y 32%”³⁰.

Lo anterior significa que las coberturas de primeras consultas de crecimiento y desarrollo, tienen un promedio de 20 años, de no ser implementadas, lo que indica una discriminación hacia la niñez, en el aspecto de salud, y que los gobiernos de manera evidente han descuidado al sector de la niñez, no solo en salud, sino además en aspectos sociales como educación, recreación, e integración familiar, entre otros.

Un dato más reciente al citado anteriormente, indica que “el estado de salud al nacer de la niña o niño es un factor determinante para su supervivencia y calidad de vida. La Investigación Interamericana de Mortalidad de la Niñez reveló que la inmadurez y la deficiencia nutricional eran causas asociadas a la alta mortalidad en menores de 1 año”³¹.

Si el estado de salud del niño o niña al nacer, se convierte en ese momento, en uno de los elementos o factores más importantes para el infante, ya que a través de su

³⁰ UNICEF : SEGEPLAN, Realidad Socioeconómica de Guatemala. Con Énfasis en la Situación del Niño y la Mujer, Op Cit. Pág. 117.

³¹ Situación de la Seguridad Alimentaria y Nutricional de Guatemala, Sistema de Naciones Unidas Grupo de Seguridad Alimentaria Nutricional, Septiembre 2003, Pág. 78.

estado de salud, se establecerá su futura existencia y calidad de vida, es preocupante la realidad de la niñez guatemalteca, debido a que un alto porcentaje de niños y niñas al nacer presentan un alto índice de estado de desnutrición crónica y desnutrición moderada.

Una investigación efectuada en el año 2001, sobre la asociación entre el bajo peso al nacer y algunas características sociales, familiares y maternas que fueron medidas en las Encuestas Nacionales de Salud Materno Infantil; el análisis multivariado indicó que en las regiones Metropolitana y Norte se observó alrededor de un 20% de bajo peso al nacer y la proporción estadística entre las otras regiones del país, fue altamente significativa.

“Respecto a las características de la madre, se encontró mayor riesgo de bajo peso al nacer en madres delgadas y de baja talla (145- 149) y con bajo nivel de escolaridad”³².

La condición de desnutrición de la mujer, cuando se convierte en madre, hay que considerarla desde su infancia, cuando de niña, vive situaciones de exclusión, discriminación, explotación y abandono por parte de la familia y la sociedad; llega a su etapa de adultez, con limitantes físicas y mentales que bloquean de alguna manera el estado nutricional del feto y del niño al nacer. Y es en estas situaciones, en donde el hecho que la madre no sepa leer ni escribir, la limitan aún más a mejorar su estado de salud y condiciones de vida, para ella y sus hijos. Las familias mayas han sido obligadas a vivir, bajo un sometimiento económico, militar, religioso, social, educativo y político, también han sido marginados del acceso a los servicios básicos y culturales. Todavía existe en el área rural y áreas precarias, violencia institucionalizada y sistematizada. Los derechos inherentes a su persona humana,

³² Ibid. Pág. 79.

son negados por la influencia de organizaciones de desarrollo, que no toman en cuenta la cultura de las poblaciones que son manipuladas en su interacción social por sectores de poder y que algunos de estos sectores son oportunistas, porque buscan un enriquecimiento a través del servilismo y explotación de las poblaciones mayas.

Estas organizaciones incongruentes con la cultura de la población indígena – maya deberían considerar elementos multilingües, pluriculturales y multiétnicos de la región en donde se trabaja para considerar las costumbres de las diferentes étnias mayas existentes, o de alguna específicamente, se evidenciaría el trabajo y enfoque de un desarrollo social dentro de una realidad propia. Por otro lado, los sectores de poder en Guatemala, concentrados en un 5% de la población, celosos y cuidadosos que la estructura social permanezca, coarta las oportunidades sociales, económicas y culturales del 95% de la población restante. Es indispensable, proponer estructuras sociales que rompan el esquema actual de la sociedad guatemalteca.

“El sistema de salud no tiene aún la capacidad para asegurar un acceso universal – ni siquiera en servicios básicos – a la población. Se estima que persiste poco menos del 20% de los habitantes del país sin acceso a ningún tipo de apoyo institucional en este tema”³³.

Si nos referimos al 20% de los habitantes del país sin acceso a ningún tipo de apoyo en el tema de salud, tomando en cuenta que ese 20% de la población se atiende en su mayoría en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, institución en donde la calidad y servicios han sido cuestionados y que la población asiste a este tipo de institución por no tener la capacidad económica de ser atendidos en instituciones

³³ Sistema de Naciones Unidas de Guatemala, Una Agenda para el Desarrollo Humano, Informe de Desarrollo Humano 2003, Guatemala, Pág. 18.

privadas en donde los controles de calidad del servicio de salud, podrían ser más elevados y mejores.

Otro aspecto que implica discriminación hacia la familia, es la poca o nula atención de los servicios de salud, ya que éstos prestan poca importancia a las características culturales, de género y territoriales de la población guatemalteca. Como resultado, la oferta de servicios es homogénea y no refleja las diversas concepciones ni necesidades de salud coexistentes en las personas guatemaltecas. Tampoco incorpora los conocimientos, experiencias y prácticas tradicionales de salud de la población ladina. No distingue entre las necesidades específicas de mujeres y hombres a lo largo de todas las etapas de su ciclo de vida.

En el caso de las mujeres, especialmente la mujer indígena, a pesar de que los servicios de salud se concentran en la atención materna, abandona el enfoque de atención de otras necesidades de salud de la mujer, dejando éstas en un plano secundario, por lo que se considera poco probable que el país logre cumplir con la meta de reducir, para 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes y de reducir la mortalidad infantil de 219 por 100,000 nacidos vivos a 55 por 100,000 nacidos vivos. Es decir, que los servicios de salud respondan de manera integral y efectiva a las necesidades básicas de salud de la mujer y la población, determinan un indicador de su capacidad de alcance y efectividad.

Se desea entonces de lo anterior, señalar tres aspectos importantes: 1. Que la salud y los servicios de salud no integran, ni consideran en sus objetivos, las características culturales de la población, tomando en cuenta que la cosmovisión maya implica no solo la parte física, sino que además el entorno, medio ambiente y el ecosistema, elementos importantes, que si fuesen tomados en cuenta, el impacto de la salud, tendría otro tipo de aceptación, de la población especialmente la indígena.

2. La mujer queda aislada de sus necesidades en este caso de la salud, ya que para ella, la atención predomina en estado de embarazo, por tener el Gobierno programas específicos para la atención materna, sin embargo, no existen programas que contemplen otros aspectos de la salud de la mujer, como podría ser: atención en el VIH SIDA, cáncer, violencia intrafamiliar, entre otras. 3. El hecho de tener un indicador como lo es el fallecimiento de 219 nacidos vivos, por cada 100,000, manifiesta el poco alcance, acceso e impacto de la salud, y servicios de salud, en la mujer y la familia guatemalteca.

“En una mujer, los requerimientos nutricionales se ven afectados por la demanda adicional durante el tiempo del embarazo y de lactancia (20.6 meses de duración como promedio)”³⁴.

El promedio de 20.6 meses, de exigencias nutricionales para el estado de embarazo y lactancia de una madre – mujer hacia su hijo, es un período relativamente largo, es casi de dos años, tiempo en el que ella, expone su salud, ante esta situación, y más preocupante aún, cuando en el área rural, los altos índices de natalidad, en donde las mujeres indígenas tienen de 5 a 7 hijos, se convierte en un círculo vicioso que afecta a la madre, pero también se convierte en un círculo vicioso para los niños que nacen, con esa deficiencia nutricional y que no es posible nivelarla, debido a las limitantes de la familia, principalmente económicos y para complementar las pocas oportunidades de acceso a la salud y sus servicios.

3.2 Exclusión de la Niñez y la Familia

³⁴ UNICEF – SEGEPLAN, Realidad Socioeconómica de Guatemala. Con Énfasis en la Situación del Niño y la Mujer. Op Cit. Pág. 132.

“La mayoría de la población guatemalteca se encuentra en situación de marginalidad como consecuencia de la crisis económica y social prevaleciente, a su interior hay diferencias sustantivas entre la población indígena y no indígena, y entre hombres y mujeres. Los indígenas y las mujeres son los grupos que tradicionalmente han sido excluidos de la estrategia de desarrollo”³⁵.

Considerando que Guatemala, es un país multilingüe, pluricultural y multiétnico, y que gran porcentaje de su población es descendiente de una de las 23 étnias mayas y que además existen diferencias sustantivas entre la población indígena y no indígena y que los grupos indígenas especialmente las mujeres, han sido excluidos desde siempre, en una estrategia de desarrollo, desde el Estado y el Gobierno, es de comprenderse entonces, que un 51% de la población, siendo ésta femenina, en su mayoría indígena, no ha tenido la oportunidad de ser incluida en las estrategias de desarrollo, considerándose esta acción, como un movimiento político de exclusión social hacia la mujer, y por consecuencia hacia la niñez.

“Ser pobre es ya de por sí una condición de desigualdad, el ser mujer conduce a una situación de doble exclusión. Por un lado sufre un alto grado de marginación ante los embates de la pobreza, lo cual mina las capacidades tanto físicas y psíquicas como espirituales de las personas. Por el otro, el ser mujer hace que se agreguen otras situaciones de desigualdad en una sociedad caracterizada por la violencia y el machismo. Así solamente un cuarto del total de las mujeres de edad laboral forma parte de la población económicamente activa. Además, el 12% de la población femenina desempeña la jefatura de su hogar”³⁶.

³⁵ Comisión Pro-Convención Sobre los Derechos del Niño –PRODEN, Entre el Olvido y la Esperanza, La Niñez de Guatemala, Op Cit. Pág. 5.

³⁶ Ibid. Pág. 12.

Hacer mayor relevancia a los estados y condiciones que limitan a la mujer, es importante ya que uno de sus entornos, son sus hijos y en la medida en que ella se encuentre limitada para su superación moral y económica, así se encontrarán sus hijos e hijas, especialmente ellas, ya que también son víctimas de manifestaciones de discriminación, exclusión y violencia por mencionar algunas.

“La capacidad de socialización de las familias también se ve afectada directa e indirectamente por su situación social y económica. La escasez de medios, la ineludible concentración en los problemas de la subsistencia cotidiana, la falta de una vivienda adecuada y el hacinamiento afectan directamente la nutrición, la salud, la madurez emocional y cognoscitiva de los niños y niñas guatemaltecos, la capacidad familiar para completar la labor educativa de las escuelas, e incluso para tener a los hijos en el hogar. Como efectos indirectos de esos factores, la inestabilidad de las familias pobres, en particular la ausencia o el cambio de la figura paterna, limitan aún más su capacidad de socialización”³⁷.

Es evidente que vivir en la pobreza y pobreza extrema, genera en el ser humano, niños, niñas, mujeres como grupos vulnerables de la sociedad, efectos no solo en el aspecto físico – biológico, sino además en el aspecto emocional, espiritual y psicológico, que de alguna manera se vuelven irreversibles y con el transcurrir de la vida y la pérdida de la esperanza por optar a mejores condiciones de vida, la pobreza se vuelve parte normal de desarrollo enajenado del hombre y la sociedad, a menos que se tome conciencia de la realidad y se determinan las estrategias de acción, no precisamente a nivel de gobierno, sino a nivel personal, familiar y comunal, que les permita cambiar los elementos necesarios para mejorar sus condiciones generales de vida.

³⁷ Ibid. Pág. 40.

“La situación de los niños y jóvenes menores de 19 años en el contexto descrito es alarmante, si consideramos que el 83% del total nacional comprendido en este rango de edad ha nacido y crecido en medio de la pobreza, con las consecuentes implicaciones negativas para su desarrollo físico, personal y profesional. Es significativa la relación entre pobreza, y sus secuelas si consideramos que 8 de cada 10 niños presentan algún grado de desnutrición; 6 de cada 100 niños mueren antes de cumplir un año de edad, y las 10 principales causas de muertes son de índole prevenible. Además, 60% de la población no posee agua potable, y el porcentaje de analfabetismo alcanza del 65% al 80% de la población, dependiendo del área donde radique”³⁸.

Si el 83% de la población de niños y jóvenes menores de 19 años, ha nacido y crecido en medio de la pobreza, es necesario analizar que ese 83% de niños y jóvenes, se encuentran limitados al acceso de salud, con altos índices de desnutrición, lo que conlleva al bajo rendimiento escolar y en consecuencia a la mala o poca preparación en educación, además de otros factores colaterales que limitan su desarrollo, como lo es la falta de acceso a los servicios básicos, servicios de salud, oportunidad de recreación, etc.

3.3 Niveles de Desnutrición y Poca Atención de la Salud en la Niñez y las Familias Guatemaltecas

Previo a establecer algunas realidades acerca de los altos índices de desnutrición, el poco acceso a la salud y sus servicios existentes hacia la niñez y familias guatemaltecas, se considera importante interrelacionar la pobreza, con las condiciones generales de estos escenarios de intervención del Trabajo Social.

³⁸ Ibid. Pág. 11.

Las Naciones Unidas consideran la pobreza como una condición humana que se caracteriza por la privación continua o crónica de los recursos, la capacidad, las opciones, la seguridad y el poder necesarios para disfrutar de un nivel de vida adecuado y de otros derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales.

La pobreza incluye la privación de bienes y servicios básicos, también incluye privaciones de otros derechos humanos fundamentales como el descanso y la recreación y la protección contra la violencia y los conflictos y debido a que los niños y niñas experimentan la pobreza como un entorno que perjudica su desarrollo mental, físico, emocional y espiritual, es especialmente importante ampliar la definición de pobreza infantil más allá de conceptos tradicionales como bajos ingresos de las familias o bajos niveles de consumo.

Analizar entonces la pobreza, más allá de la forma tradicional con indicadores de bajos ingresos de las familias o bajos niveles de consumo y poder adquisitivo, implica desglosar y profundizar en cada uno de los elementos y factores que afectan a los niños y niñas tanto a nivel mundial como en Guatemala; por lo que por implicaciones directas en esta investigación, nos referiremos especialmente al aspecto de desnutrición, poco o nulo acceso a los servicios de salud y a la salud propia enfocada de una manera integral y eficiente.

Por lo anterior, “uno de cada seis niños nacidos en países menos adelantados muere antes de cumplir cinco años, frente a uno de cada 167 en los países ricos. Como promedio, un niño procedente del 20% más pobre de la población de un país en desarrollo tiene el doble de posibilidades de morir antes de cumplir cinco años que un niño del 20% más rico. Las zonas más depauperadas –normalmente las rurales –

tienen escasas instalaciones de atención de la salud o carecen de ellas, y pocos medios para transportar a las personas a donde puedan recibir asistencia médica”³⁹.

Las ventajas en mortalidad infantil de los países ricos, sobre los países pobres es abismal, y si un niño procedente de un 20% de la población más pobre de un país tiene el doble de posibilidades de fallecer antes de los cinco años, es alarmante en el caso de Guatemala, ya que un 90% de la población permanece en pobreza y de ese 90% un 67% vive en condiciones de pobreza extrema y miseria.

Ahora bien, en el aspecto de salud y nutrición 7 de cada 10 muertes en niños menores de cinco años en países en desarrollo pueden atribuirse a algunas causas principales como infecciones agudas de las vías respiratorias, diarrea, sarampión o paludismo. Significa entonces, que la desnutrición origina la mitad de estas muertes. La carencia de vitaminas y de micronutrientes también tiene que ver con su estado de desnutrición y los altos índices de mortalidad. La desnutrición para algunas personas, no supone ninguna amenaza para la vida del infante, sin embargo la desnutrición en la primera infancia puede causar retraso en el crecimiento o discapacidad y menoscabar el desarrollo cerebral del niño y sus capacidades de aprendizaje, reduciendo su aptitud para recabar conocimientos que son esenciales para sus posibilidades de prosperar en la vida. Otros aspectos que ayudan a deteriorar el estado de salud del niño o niña, es la falta de acceso a agua potable y a saneamiento adecuado ya que éstas dos últimas, ayudan a propagar enfermedades, agravan la desnutrición y debilitan la salud del infante.

La desnutrición es entonces el punto de partida para el deterioro de la salud en la niñez, y ella propicia mayor oportunidad para adquirir enfermedades, agravar y aumentar los altos índices de mortalidad infantil.

³⁹ UNICEF, Estado Mundial de la Infancia 2005, La Infancia Amenazada, Op Cit. Pág. 17.

“La salud de los guatemaltecos está además vinculada a condiciones higiénicas inadecuadas, mala nutrición, bajo nivel educativo y, sobre todo, a un limitado acceso a los servicios de salud”⁴⁰.

La categoría salud, es una categoría compleja que implica elementos directos e indirectos sobre el ser humano, se mencionan las condiciones higiénicas inadecuadas, relacionadas con la poca cultura ecológica y el medio ambiente, el mal manejo de recursos naturales y turísticos, así también se menciona la mala nutrición, vinculada al poco poder adquisitivo de las familias guatemaltecas, que en la realidad, únicamente les permite el acceso a la compra de un 56% de alimentos de la canasta básica, para un grupo familiar promedio de 5 miembros, cuando conocemos que las familias mayas “se conciben como la unidad de la comunidad o pueblo donde se encuentra establecida, y es extensa, por el papel que desempeñan cada uno de los elementos que la conforman, desde los abuelos maternos y paternos, la madre y el padre, los tíos maternos y paternos, los hijos y las hijas, incorporando incluso a los primos y sobrinos como parte de la familia”⁴¹.

Los datos anteriores de una familia maya extensa, que es la que predomina en el área rural y a nivel nacional, concluye con un promedio de 14 a 16 personas integrantes de la misma, lo que nos indica que con una familia de 5 miembros (familia tradicional) se tiene un 56% de poder adquisitivo de alimentos de la canasta básica, con un grupo de 14 personas baja de un 56% a un 39% el poder adquisitivo para alimentos de la canasta básica, que es lo que permite un salario mínimo, esto sin incluir educación, vivienda, salud, recreación, etc.

⁴⁰ Ibid. Pág. 49.

⁴¹ UNICEF – SEGEPLAN, Realidad Socioeconómica de Guatemala. Con Énfasis en la Situación del Niño y la Mujer, Op Cit. Pág. 45.

“Respecto al uso de los servicios de salud, la mayor prevalencia se encontró en madres sin ningún control prenatal, observándose una reducción de los porcentajes de bajo peso conforme aumenta el número de visitas prenatales”⁴².

En cuanto al acceso a los servicios de salud, la mayor prevalencia se encontró en madres sin ningún control prenatal, sin embargo existen aspectos culturales, que no permiten a la madre asistir con frecuencia a sus controles prenatales, ya que se demostró que hay una reducción de los porcentajes de bajo peso, conforme aumenta el número de visitas prenatales. La mayoría de las madres indígenas, asisten con comadronas o promotores de salud, antes de asistir con un médico, debido a que el machismo en nuestras comunidades predomina a tal grado, que impide a la mujer tener un mejor y mayor acceso a los servicios de salud. A esto, habrá que sumarle, que en la realidad guatemalteca, los servicios de salud no tienen la capacidad de cobertura para satisfacer las necesidades de salud, de las poblaciones guatemaltecas.

Existe una estrecha correlación entre la pobreza, la infancia y la desnutrición, en Guatemala, ya que de cada 100 niños menores de 5 años padecen de desnutrición aguda, esta cifra se eleva a un 72% en las áreas rurales y marginales de Guatemala; el existir un 72% de niños menores de 5 años, que padecen de desnutrición aguda, es un reflejo de las precarias condiciones en que vive la población guatemalteca, especialmente las familias en el área rural.

Esta condición de salud de los niños, conlleva a los altos índices de morbilidad y mortalidad infantil y como contrapeso a la situación anterior, ha sido demostrado que “los incrementos salariales y el suministro de maíz enriquecido con proteína redujo la incidencia del bajo peso, de un 32% a un 22% en el grupo muestra de los niños más

⁴² Situación de la Seguridad Alimentaria y Nutricional de Guatemala, Op Cit. Pág. 79.

de 17 meses de edad. El promedio de incidencia de bajo peso en los hijos de campesinos con acceso a 1.4 hectáreas, descendió del 37% a un promedio de 17.5% en las familias de acceso a 3.5 hectáreas de terreno”⁴³.

Han existido programas de salud y nutrición, que han dado como resultados la mejora en el suministro de maíz enriquecido, provocando una disminución de la desnutrición del 10% en niños de más de 17 meses de edad, y que paralelamente los hijos de campesinos con mayor acceso a la tierra, representaron otra disminución en la desnutrición. Es evidente que el Estado de Guatemala, debe apropiarse de cambios sociales sustanciales, y la implementación de programas de nutrición que constituyan un impacto real y positivo en la salud en la población guatemalteca; que permitan: 1. el acceso a una alimentación más completa; 2. la distribución de tierra a campesinos y 3. que las personas tengan la oportunidad de acceso a empleo y trabajo con un salario estable, de forma que estos factores, incidan en la disminución parcial y por qué no total de los niveles de desnutrición que actualmente acosan a la niñez guatemalteca.

“Persiste en el país un patrón de enfermedad y muerte que se caracteriza por la preeminencia de enfermedades infecciosas y nutricionales, que si bien afectan principalmente a la niñez y a los adultos mayores, continúan presentándose en todos los grupos de edad, entre la población en situación de pobreza, los indígenas y las personas que viven en el área rural.

Aún no se ha logrado librar a importantes sectores de la población del hambre y la desnutrición. La desnutrición se concentra además en la población indígena, el área rural y en las regiones del Nor y Sur occidente y la región Norte del país”⁴⁴.

⁴³ UNICEF – SEGEPLAN, Realidad Socioeconómica de Guatemala, Op Cit. Pág. 106.

⁴⁴ Sistema de Naciones Unidas de Guatemala, Una Agenda para el Desarrollo Humano, Informe de Desarrollo Humano 2003, Op Cit. Pág. 17.

Quiché, Huehuetenango, San Marcos, Sololá, Totonicapán, son algunos de los departamentos que aún a la fecha permanecen en una crisis de pobreza y salud siendo afectada en su mayoría la población indígena, especialmente los niños y niñas, por concentrarse en esta región geográfica del país. Así también “La reubicación de los desplazados se ha establecido principalmente en Quiché, especialmente en el Triángulo Ixil. Traumas psicológicos, desnutrición, orfandad, falta de atención en educación y salud, inestabilidad emocional y social, son algunos de los problemas que aquejan a los niños afectados por el conflicto armado”⁴⁵.

Las poblaciones de los departamentos que conforman la región occidente del país, han sido a través de la historia de Guatemala, las más afectadas, considerando como factores principales que les han y aún les perjudican como el conflicto armado interno y en el 2005 la Tormenta Stan, por mencionar algunos.

“El costo de la alimentación en relación al poder adquisitivo del salario, del ingreso familiar o del ingreso per cápita, es un indicador socio económico que permite sugerir el deterioro de las consecuencias alimentarias y nutricionales en una familia o grupo de población. Para 1988 el salario mínimo completo apenas alcanzaba a cubrir el 56% del costo de una canasta básica de alimentos”⁴⁶.

Dentro de las crisis permanentes a nivel nacional, se establece población que no percibe ni siquiera un salario mínimo, es decir que su ingreso económico está por debajo de éste, cuando ni siquiera un salario mínimo cubre el costo total de una canasta básica. Significa que las familias que perciben un ingreso económico, por debajo del salario mínimo, no tienen la oportunidad de tener una alimentación nutricional conveniente para cada uno de sus miembros, además de no tener

⁴⁵ UNICEF – SEGEPLAN, Realidad Socioeconómica de Guatemala. Con Énfasis en la Situación del Niño y la Mujer, Guatemala, Op Cit. Pág. 153.

⁴⁶ UNICEF – SEGEPLAN, Realidad Socioeconómica de Guatemala. Ibid. Pág. 111.

mayores oportunidades en los aspectos de vivienda, servicios básicos, salud, educación, recreación, etc.

De acuerdo al Segundo Censo Nacional de Talla, de Escolares de Primer Grado de Primaria, de la República de Guatemala, realizado del 16 a 20 de julio de 2001, se determinó que el retardo de talla a nivel departamental, en niños y niñas de 7 a 15 años, fue de mayor o igual al 60.28% en la categoría de vulnerabilidad: Muy Alta.

Se hace énfasis en los escolares de 6 a 9 años que registran una prevalencia de retardo en la talla, debido a que en esas edades, de acuerdo a la opinión general de los médicos, es cuando los infantes manifiestan físicamente una crisis nutricional, de los 10 años en adelante, ya no es tan evidente su estado de desnutrición, aunque permanezca, debido a que el organismo va evolucionando y respondiendo de manera más positiva. Sin embargo, esta opinión, de acuerdo a nuestra realidad nacional en los aspectos de pobreza y extrema pobreza, estados de desnutrición y analfabetismo entre otros, se torna contraria, debido a que nuestros niños y niñas, viven una desnutrición crónica aún después de los 10 años de edad.

Es importante, mencionar que la desnutrición de un niño, es un estado que se manifiesta a través de su crecimiento físico, sin embargo, esta desnutrición se incorpora a la vida del infante, desde el vientre de la madre, ya que los requerimientos nutricionales se ven afectados por la demanda adicional durante el tiempo de embarazo y de lactancia. “En Guatemala, existen otros factores de suma importancia que modifican estas demandas: La alta frecuencia de embarazos, especialmente en la población subprivilegiada y otros factores son, los embarazos durante la adolescencia “⁴⁷.

⁴⁷ Ibid. Pág. 132.

A lo anterior, habrá que agregarle los componentes de una dieta popular guatemalteca, pobre en proteínas de alta calidad, de baja densidad energética; pobre en productos animales y frutas, deficiente en vitamina "A", yodo y hierro que se han deteriorado con el tiempo; cuando en realidad, la mayoría de las familias, especialmente las rurales, mantienen una dieta de frijoles y maíz como sus principales alimentos.

CAPÍTULO 4

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

4.1 Presentación

Para afirmar o refutar una determinada situación, es importante considerar la sumatoria de elementos que dan como resultado una determinada situación, por lo que cuando nos referimos a la categoría de Condiciones de Vida, es necesario establecer que ellas implican un sin número de elementos y factores, que pueden determinarla como estable o inestable, o también podrían determinarla como buena o mala, tomando en cuenta, si las personas sujetas de este estudio, tienen acceso a los servicios básicos, dentro de los que podemos mencionar: servicio de agua potable, de energía eléctrica, de drenajes, acceso a vías de comunicación, educación, salud, recreación, empleo y otras que la persona considere de importancia y que le permitan tener las condiciones de vida, que le den la oportunidad de disfrutar de una vida plena y digna fomentando una calidad de vida, al igual que la de los miembros de su familia.

Otro aspecto importante que debemos considerar para evidenciar el tipo de condiciones de vida de una persona y su familia, son los materiales de construcción de la vivienda, el lugar en donde la vivienda está ubicada geográficamente, el número de ambientes y el número de habitantes por hogar.

Otro elemento a observar, es el origen étnico de la persona y su familia, elemento que a través de la observación del uso del traje típico, puede complementarse la información, preguntando a la madre o padre del niño, que idioma maya se habla en casa, no porque el idioma maya implique pobreza, pero sí porque los antecedentes

históricos de nuestro pueblo maya evidencian: discriminación, explotación, exclusión, pobreza y pobreza extrema, vivida y experimentada desde tiempos de la colonia. Significa que determinar el origen étnico del niño o niña y su familia, y determinar los niveles de ingreso económico de la unidad familiar, permitirán establecer los niveles de pobreza o pobreza extrema en la que viven las familias, especialmente las del área rural, y que refleje la presencia o ausencia de la lesión, al igual que el estado de nutrición o desnutrición del infante.

A continuación se desglozan los subcapítulos para establecer una relación directa entre las condiciones de vida y la aparición de la lesión.

Para realizar la investigación de campo, se tomó las siguientes 30 comunidades rurales: Hospital Infantil de Izabal, Puerto Barrios; San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango; Huehuetenango, Cabecera; Río Hondo, Zacapa; Nuevo Progreso, San Marcos; San Sebastián, Retalhuleu; San Juan de Argueta, Sololá; Jocotán, Chiquimula; Dispensario Sor Marta, Izabal, Puerto Barrios; Pueblo Nuevo, Suchitepéquez; Chanmagua, Esquipulas, Chiquimula, Proyecto Garífuna, Izabal, Puerto Barrios; Pajapita, San Marcos; Cunsuroc, Suchitepéquez; San Martín Zapotitlán, Retalhuleu; Malacatancito, Huehuetenango; Cabricán, Quetzaltenango; Palencia, Guatemala; Fray Bartolomé de las Casas, Alta Verapaz; San José Poaquil, Chimaltenango; Zaragoza, Chimaltenango; Hospital Regional de Quetzaltenango; Santo Tomás Milpas Altas, Sacatepéquez; Finca San Julián, Suchitepéquez; Nahualá, Sololá; Santa Elena Barillas, Villa Canales; San Pedro Las Huertas, Sacatepéquez; San Bartolomé Milpas Altas, Sacatepéquez, Hospital Malacatán, San Marcos y El Novillero, Sololá; y como unidades de análisis se tomó un universo de 2,400 niños que es el total de la muestra, distribuida en las anteriores comunidades, de manera proporcional de acuerdo a su tamaño de población, de la escuela elegida para este estudio, en niños y niñas de primero a sexto año de primaria.

Al planificar la investigación se plantearon los siguientes objetivos:

4.2 Objetivo General

Determinar los aportes del Trabajo Social para contrarrestar el grado de pobreza, en los escolares que presentan o padecen la Hiperplasia Multifocal del Epitelio.

4.3 Objetivos Específicos

1. Identificar los factores de riesgo de índole biológica, étnico y socio económico, asociados a la aparición de la Hiperplasia Multifocal del Epitelio, lo cual permitirá establecer un Modelo Predictivo de ésta en escolares de 6 a 15 años de edad.
2. Establecer los niveles de pobreza, pobreza extrema y desnutrición en los escolares que presentan la Hiperplasia Multifocal del Epitelio

Los objetivos fueron alcanzados favorablemente, ya que se logró conocer la situación social, de salud y económica de los niños escolares guatemaltecos oscilantes entre los 6 y 15 años de edad, así como establecer las causas de aparición de la lesión Hiperplasia Multifocal del Epitelio. Y en referencia a los resultados de los objetivos, se determinaron los aportes del Trabajo Social para contrarrestar el grado de pobreza en los escolares que presentan o padecen la Hiperplasia Multifocal del Epitelio, aportes que se plantean en el siguiente capítulo, propiamente como la propuesta final de esta investigación.

De igual manera se plantearon las siguientes hipótesis:

4.4 Hipótesis General

La entidad Hiperplasia Multifocal del Epitelio se manifiesta en escolares de 6 a 15 años de edad, con mayor prevalencia en escolares de étnia indígena quienes viven en condiciones de pobreza y pobreza extrema, lo que conlleva a niveles de desnutrición.

4.54.5 Hipótesis Específicas

1. Los escolares que presentan la HMEP, pertenecen principalmente a los diferentes grupos étnicos, descendencia que socialmente los excluye, discrimina y margina, y que les limita tener acceso a mejores condiciones de vida.
2. La entidad de la Hiperplasia Multifocal del Epitelio, es el efecto biológico bucal, representada en una lesión bucal patológica, en escolares de 6 a 15 años de edad, que viven en condiciones de pobreza y pobreza extrema.

4.6 Metodología

Para realizar la investigación se utilizó el método deductivo – inductivo, que permitió conocer las generalidades de la situación de pobreza y pobreza extrema de las familias guatemaltecas, urbanas y rurales, especialmente éstas últimas. Así también se enfatizó en los niveles de pobreza de la mujer indígena, que arrastra con ella, las

degradaciones y precariedades del niño y niña. Así mismo se pudo determinar los niveles de desnutrición del niño y la niña y finalmente, luego de un análisis de los resultados del trabajo de campo, se determinó cuáles podrían ser los aportes de Trabajo Social para contrarrestar la aparición de la lesión patológica bucal.

Así también se aplicó el Método de Investigación Retrospectiva, con el objetivo de establecer cómo actúan las variables e indicadores, que a través de un análisis manifiesten las posibles causas y efectos mediante el estudio de las condiciones y entorno de la niñez guatemalteca. El instrumento utilizado, busca obtener aspectos e información cuantitativa, que permita concluir aspectos cualitativos de las familias guatemaltecas y sus niños y niñas.

Para la investigación se realizó un proceso lógico y secuencial, iniciando con:

La recopilación de la bibliografía relacionada con el tema.

Se hicieron visitas domiciliarias a las residencias de los niños y niñas, sujetos de este estudio, visitas que permitieron realizar la observación directa, de las condiciones y materiales de construcción de la vivienda, así como la oportunidad de la familia en tener acceso a los servicios básicos.

Posteriormente y por medio de una segunda visita domiciliaria, se procedió a entrevistar a los padres de los niños y niñas incluidas en la muestra de la investigación, para la obtención de datos socio económicos que determinaran el nivel de vida de las familias.

Así también se obtuvo el apoyo del odontólogo practicante residente en cada una de las comunidades, quien realizó el diagnóstico clínico a cada uno de los niños y niñas, revisando cada una de las partes bucales, para determinar la aparición o no de la lesión. Además de la revisión bucal, el niño y niña fueron medidos con una cinta métrica, a través de una capacitación proporcionada al odontólogo practicante.

Para tener acceso a los niños y niñas, y a sus familias, se tuvo el apoyo de los directores y directoras, maestros y maestras y personal auxiliar del odontólogo practicante. Y finalmente para el trabajo de campo se reprodujo la boleta elaborada para el efecto, por medio de fotocopias.

Completo el total de la información solicitada en las boletas, se procedió al ingreso de los mismos en la base de datos, utilizando el Programa llamado System Professional for Social Science (SPSS). Que llevó un aproximado en tiempo de 3 meses.

Posteriormente se elaboró y fundamentó cada uno de los capítulos que integran el informe final.

Finalmente, tomando de referencia los resultados del trabajo de campo, se elaboró una propuesta profesional, con los aportes del Trabajo Social, para contrarrestar la aparición de esta lesión en los niños y niñas guatemaltecos. Propuesta a la que se le adjuntan las respectivas conclusiones y recomendaciones.

4.7 Presentación de Resultados

Para una mejor presentación de los resultados obtenidos de la investigación de campo, los datos se determinaron y organizaron en cuatro secciones o apartados, presentados en cuadros numerados, tomando en cuenta los aspectos sociales, culturales, económicos y de salud de los niños sujetos de estudio.

Hiperplasia Multifocal del Epitelio con Relación a Pobreza, Pobreza Extrema y Miseria

CUADRO 1

HIPERPLASIA MULTIFOCAL DEL EPITELIO CON RELACIÓN A INGRESOS ECONÓMICOS DE LA UNIDAD DOMÉSTICA

	Monto en Quetzales	Valor absoluto	Niños escolares con lesión	Valor Absoluto	Niños escolares sin lesión
Grupos de ingreso de la unidad doméstica	0 a 1,000	81	9.8%	749	90.2%
	1,001 a 1,200	22	9.4%	211	90.6%
	1,201 a 1,400	6	5.4%	105	94.6%
	1,401 a 1,600	21	7.4%	263	92.6%
	1,601 a 8,000	43	7.2%	553	92.8%
	Total	173	8.4%	1881	91.6%

Fuente: Trabajo de campo, abril a octubre de 2005.

El total de niños pertenecientes a este estudio, y determinados en un tamaño de muestra corresponde a un total de 2,054, de quienes podemos establecer que en un

rango de ingreso económico familiar de Q.0 a Q.8,000 mensuales, existen un aproximado de 8 a 9 niños por cada 100, que presentan la Hiperplasia Multifocal del Epitelio, que aunque aparentemente es una cifra pequeña, podemos comparar el caso de Brasil, en donde menos de un niño por cada 100, presenta la lesión.

Y en muchos países europeos, la lesión no es conocida, debido a que la población infantil no la presenta biológicamente.

Es evidente que los bajos niveles económicos de la familia, si afectan la salud y especialmente de los niños y niñas guatemaltecos, que para este estudio presenta la Hiperplasia Multifocal del Epitelio, tal es caso de los niños establecidos en un ingreso de Q.0 a Q.1,000.00 mensuales por ingreso de la unidad doméstica, en donde se presentan 81 niños de un total de 173, como el mayor número de casos, con un ingreso económicamente bajo.

CUADRO 2
HIPERPLASIA MULTIFOCAL DEL EPITELIO CON RELACIÓN AL NÚMERO DE
HABITANTES DE LA VIVIENDA

Grupos de habitantes de la casa	Personas que integran el núcleo familiar	Valores Absolutos	Niños escolares con lesión	Valores Absolutos	Niños escolares sin lesión
1 a 5 habitantes		65	7.9%	763	92.1%
6 a 10 habitantes		96	8.7%	1009	91.3%
11 a 15 habitantes		14	11.5%	108	88.5%
Total		175	8.5%	1887	91.5%

Fuente: Trabajo de campo, abril a octubre de 2005.

Ahora bien, el cuadro número 1, tiene un rango de Q.0.00 a Q.8,000.00 de ingreso mensual por unidad doméstica, sin embargo los integrantes de las familias ascienden a un promedio entre 8 a 10 personas por núcleo familiar, de acuerdo a los datos que se indican en el cuadro número 2 . Al tomar de referente el punto medio de ese total, correspondiente a Q.4,000.00 mensuales dividido entre 8 personas, resultan Q.500.00 mensuales para cada persona, y ese total lo dividimos entre 30 días de un mes, resultan Q.16.60 quetzales para cada persona por día. Si dividimos esos Q.16.00 de un día en los tres tiempos de comida, resultan Q.5.50 quetzales por tiempo de comida por persona. Significa que cada persona debe comer con un costo de Q.5.50, sin contar educación, salud, vivienda, recreación y demás necesidades básicas; situación que ubica a la familia en una condición de pobreza y pobreza extrema.

De acuerdo a los resultados en el Cuadro No. 2, existen 96 niños que presentan la lesión de Hiperplasia, quienes viven en una familia, integrada por un promedio de 6 a 10 personas, situación que los ubica en la anterior realidad descrita.

CUADRO 3

HIPERPLASIA MULTIFOCAL DEL EPITELIO CON RELACIÓN A INGRESOS ECONÓMICOS DE LA UNIDAD DOMÉSTICA DE LOS INFANTES, DETERMINADO POR SEXO (masculino)

	Monto en Quetzales	Valor Absoluto	Niños con lesión	Valor Absoluto	Niños sin lesión
Grupos de ingreso de la unidad doméstica	0 a 1,000	38	8.3%	419	91.7%
	1,001 a 1,200	12	9.3%	117	90.7%
	1,201 a 1,400	1	1.5%	64	98.5%
	1,401 a 1,600	8	5.0%	152	95.0%
	1,601 a 8,000	19	6.8%	261	93.2%
		78	7.1%	1013	92.9%

Fuente: Trabajo de campo, abril a octubre de 2005.

Se puede observar que el mayor porcentaje de niños con lesión, correspondientes a un 8.3%, para un total de 38 casos, figuran en un ingreso económico de la unidad doméstica de Q0 a Q1,000.00 mensuales, lo que continúa afirmando que a menor ingreso económico, mayores son las posibilidades de que el niño presente la lesión.

CUADRO 4
HIPERPLASIA MULTIFOCAL DEL EPITELIO CON RELACIÓN A INGRESOS
ECONÓMICOS DE LA UNIDAD DOMÉSTICA DE LOS INFANTES, DETERMINADO
POR SEXO
 (femenino)

	Monto en Quetzales	Valor Absoluto	Niñas con lesión	Valor Absoluto	Niñas sin lesión
Grupos de ingreso de la unidad doméstica	0 a 1,000	43	11.5%	330	88.5%
	1,001 a 1,200	10	9.6%	94	90.4%
	1,201 a 1,400	5	10.9%	41	89.1%
	1,401 a 1,600	13	10.5%	111	89.5%
	1,601 a 8,000	24	7.6%	292	92.4%
	TOTAL	95	9.9%	868	90.1%

Fuente: Trabajo de campo, de abril a octubre de 2005.

Es evidente, que el porcentaje de las niñas escolares con lesión correspondientes al 11.5 %, para un total de 43 casos, figuran nuevamente en un ingreso de la unidad doméstica de Q.0 a Q.1,000.00 mensuales, determinado en este estudio como un ingreso económico que coloca a la familia guatemalteca en una condición de pobreza extrema. Y el total de 9.9%, indica que un promedio de 9 a 10 niñas, presentan la lesión, así como la posibilidad de que estas niñas padezcan de un alto índice de desnutrición crónica, y que se encuentran propensas a la adquisición de otro tipo de enfermedades.

Se hace necesario entonces, generar un cuadro comparativo que nos permita distinguir la situación de los niños contra la situación de las niñas, por tal razón se presenta el próximo cuadro.

CUADRO 5
HIPERPLASIA MULTIFOCAL DEL EPITELIO CON RELACIÓN A INGRESOS
ECONÓMICOS DE LA UNIDAD DOMÉSTICA DE LOS INFANTES, DETERMINADO
POR SEXO

(Cuadro Comparativo: Masculino – Femenino)

Grupos de ingreso de la unidad doméstica	Monto en Quetzales	Valor Absoluto	Niños con lesión	Valor Absoluto	Niñas con lesión
	0 a 1,000	38	8.3%	43	11.5%
1,001 a 1,200	12	9.3%	10	9.6%	
1,201 a 1,400	1	1.5%	5	10.9%	
1,401 a 1,600	8	5.0%	13	10.5%	
1,601 a 8,000	19	6.8%	24	7.6%	
TOTAL	78	7.1%	95	9.9%	

Fuente: Trabajo de campo, abril a octubre de 2005.

El porcentaje de niñas con lesión, en cada uno de los rubros de ingreso económico de la unidad doméstica, sobrepasan los porcentajes demostrados en la columna de niños con lesión, y a pesar de que ambos grupos presentan la lesión, la situación de salud en general y en este caso la salud bucal de las niñas escolares guatemaltecas, se encuentra en desventaja, algunas de las razones podrían ser:

- Su condición de niñas, y la cultura de discriminación hacia la niña por ser considerada como un elemento humano que no aporta su fuerza de trabajo en el hogar y que no representa ningún ingreso económico para la familia. Esta discriminación implica que la niña tenga menos acceso a servicios de salud, salud, nutrición, educación, recreación, etc. que el niño.
- Los niveles de pobreza y pobreza extrema en la que la niña está inmersa, y en la que la familia por tener un ingreso económico precario, y que son familias extensas, mismas que están integradas por un promedio de 7 a 9 personas y no cubre las necesidades mínimas de la infante provocando en ella los altos índices de desnutrición.

CUADRO 6
HIPERPLASIA MULTIFOCAL DEL EPITELIO
CON RELACIÓN A CONDICIONES DE DESNUTRICIÓN

Lesión	Retardo de crecimiento / Problemas de desnutrición Niños escolares sin lesión						Retardo de crecimiento / Problemas de desnutrición Niños escolares con lesión					
	A		B		C		A		B		C	
	V.A	%	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%	V.A	%	V.A.	%
Hiperplasia Multifocal del Epitelio	77	84.6	302	90.1	1508	92.2	15.4	14	33	9.9	128	7.8

Fuente: Trabajo de campo, de abril a octubre de 2005.

En el anterior cuadro, debe considerarse que:

% es el signo equivalente al cien por ciento. Porcentaje.

V. A. Es el equivalente a valor absoluto del % correspondiente. Así también las letras A – B – C se explican a continuación:

A: equivale a todos aquellos niños y niñas en que se manifiesta un retardo severo en su condición de nutrición, dato obtenido del cruce de los datos de: edad vrs. talla, de tal cuenta que existen 4.1% niños en retardo severo, que no presentan la lesión; pero existen 8.0% de niños en retardo severo, que si presentan la lesión. Este dato refleja que entre los niños sin lesión y los niños con lesión, prácticamente se duplica el porcentaje de niños con lesión, que tienen problemas severos de desnutrición.

B: es el equivalente a todos aquellos niños y niñas que tienen un retardo moderado en su crecimiento. Si observamos el cuadro anterior, existen 16% de niños sin lesión, que presentan un retardo moderado en su estado de nutrición y 18.9% de niños con lesión, que presentan un retardo moderado en su estado de nutrición. Se refleja entonces, que el porcentaje de niños con lesión, con retardo moderado en su crecimiento, es superior al porcentaje de niños sin lesión. Lo que indica que hay un margen de 2.9% de niños que podrían estar en estado de nutrición retardo moderado, y que estén íntimamente relacionados con la aparición de la lesión.

C: es el equivalente a todos aquellos niños y niñas que tienen un crecimiento normal. Sin embargo, al observar los datos del cuadro, se considera que: 79.9% de niños con un crecimiento normal, no presentan la lesión, pero un 73.1% de niños con un crecimiento normal, si manifiestan la lesión, significa que el niño o niña que esté en un crecimiento normal, no la exime del riesgo de manifestar la lesión, debido a que no sólo el estado de nutrición o desnutrición, es el elemento que determina en el niño o niña la aparición biológica de la lesión, ya que existen otros elementos que se consideran interrelacionados o indirectamente relacionados, que sumados, pueden conllevar a la aparición o no de la lesión. Entre los otros elementos que se

consideran interrelacionados, están: el poco o nulo ingreso económico de la unidad doméstica, lo que conlleva poco poder adquisitivo de productos y servicios, así como el poco o nulo acceso a los servicios básicos, entre los que se puede mencionar: poco acceso a servicio de drenaje, agua potable, letrinización, vías de acceso y finalmente, las precarias condiciones de la vivienda.

CUADRO 7
HIPERPLASIA MULTIFOCAL DEL EPITELIO
CON RELACIÓN A CONDICIONES DE DESNUTRICIÓN POR SEXO
(Masculino) (Femenino)

Lesión	Retardo de crecimiento / Problemas de desnutrición Niños escolares con lesión						Retardo de crecimiento / Problemas de desnutrición Niñas escolares con lesión					
	A		B		C		A		B		C	
	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%
Hiperplasia Multifocal del Epitelio	8	13.8	16	9.0	56	6.5	6	18.2	17	10.8	72	9.2

Fuente: Trabajo de campo, de abril a octubre de 2005.

Para la interpretación del Cuadro 5 (previo), los símbolos y letras ya han sido anteriormente explicados.

Se puede observar que entre los niños y niñas, no existe, entre ambos grupos diferencia significativa de su estado de desnutrición. Sin embargo, en el grupo de los niños 8 de 58 presentan retardo de crecimiento severo y 16 de 177 presentan retardo de crecimiento moderado; en el caso de las niñas, presentan 6 de 33 niñas con retardo de crecimiento severo y 17 de 158 casos de niñas con retardo de crecimiento

moderado; pero ambos grupos presentan la lesión de Hiperplasia, lo que apunta a concluir que los niños y niñas anteriormente descritos, manifiestan la lesión como una relación directa de su retardo de crecimiento severo y moderado.

CUADRO 8
HIPERPLASIA MULTIFOCAL DEL EPITELIO
CON RELACIÓN AL ORIGEN ÉTNICO

GRUPOS DE IDIOMAS	Idioma	Valor Absoluto	Niños con lesión	Valor Absoluto	Niños sin lesión
	Maya	49	12.2%	353	87.8%
	Garífuna	0	0.0%	9	100.0%
	Español	126	7.6%	1525	92.4%

Fuente: Trabajo de campo, de abril a octubre de 2005.

Debido a la cantidad de idiomas mayas existentes en el país, se han unificado todos en el renglón de: idioma maya, el que indica tener un 12.2% de niños escolares con lesión, pertenecientes a alguna étnia maya, y el español (ladinos) indica un 7.6% de niños escolares con lesión. Sin embargo, se ha tratado de evidenciar que los niños y niñas escolares, presentan la lesión, no por descender de alguna étnia maya, ya que los niños que hablan español, también tienen un 7.6% de prevalencia de la lesión; sino que presentan la lesión, por no contar con las condiciones mínimas, ni tener acceso a la satisfacción de las necesidades básicas, como personas humanas y la suma de elementos contrarios en las condiciones de vida, que no les permiten tener una alimentación adecuada, una educación sustentable y factores para una vida digna, son los factores de riesgo, que sumados aumentan la posibilidad de que el niño o niña manifieste la lesión.

Hiperplasia Multifocal del Epitelio con Relación al Acceso a Servicios Básicos

CUADRO 9
HIPERPLASIA MULTIFOCAL DEL EPITELIO
CON RELACIÓN AL ACCESO DE SERVICIO DE AGUA POTABLE EN
LA VIVIENDA

	Tipo de servicio	Valor Absoluto	Niños escolares con lesión	Niños escolares sin lesión	Niños escolares sin lesión
Servicio de Agua Potable	De río	0	0.0%	7	100%
	Se compra	4	6.2%	61	93.8%
	Chorro público	12	17.6%	56	82.4%
	Pozo	27	9.6%	253	90.4%
	Entubado	132	8.0%	1510	92.0%

Fuente: Trabajo de campo, de abril a octubre de 2005.

Existe un porcentaje de niños con lesión, que adquieren el servicio de agua potable, no precisamente a través del servicio de agua entubado, sino en otras condiciones, el porcentaje más elevado corresponde a los niños que obtienen el servicio de agua potable, a través del chorro público, que es del 17.6, significa entonces que 17 niños por cada 100, tienen la lesión. Sin embargo, no se quiere dar a entender que por el

hecho que obtengan el servicio de agua potable del chorro público, ellos tienen la lesión, pero si es importante interpretar, que esta condición en la obtención de este servicio vital, implica una relación como la suma de ésta y otras condiciones limitantes o de pobreza que pueda contribuir a la aparición de la lesión.

CUADRO 10
HIPERPLASIA MULTIFOCAL DEL EPITELIO
CON RELACIÓN AL ACCESO DE SERVICIO DE DRENAJE EN LA VIVIENDA

Servicio de drenaje	Acceso al servicio	Valor Absoluto	Niños con lesión	Valor Absoluto	Niños sin lesión
	No	68	10.6%	574	89.4%
	Si	1313	92.5%	107	7.5%
	Total	175	8.5%	1887	91.5%

Fuente: Trabajo de campo, de abril a octubre de 2005.

Los niños escolares que no cuentan con el servicio de drenaje, representan un porcentaje del 10.6, lo que indica que todos aquellos infantes, que tienen limitado o nulo el acceso al servicio de drenaje, están más expuestos, o son más propensos a que les aparezca la lesión, este elemento aunado a los otros aspectos de vivienda, pobreza y pobreza extrema en las que el niño o niña puedan desenvolverse.

CUADRO 11
HIPERPLASIA MULTIFOCAL DEL EPITELIO
CON RELACIÓN AL ACCESO DE SERVICIO SANITARIO

Tipo de servicio	Valor Absoluto	Niños sin lesión	Valor Absoluto	Niños con lesión
Ninguno	15	83.3%	3	16.7%
Letrina	616	92.2%	52	7.8%
Inodoro	1256	91.3%	120	8.7%
Total	1887	91.5%	175	8.5%

Fuente: Trabajo de campo, de abril a octubre de 2005.

En el cuadro anterior, existen 3 de 18 niños, que no tienen acceso a ningún tipo de servicio sanitario; 52 de 668 de niños, que tienen acceso a servicio de letrina; y 120 de 1376 niños, que tienen acceso a servicio de inodoro. Podemos observar que el mayor número de niños que manifiestan la lesión, se encuentran ubicados dentro de aquellos que únicamente tienen acceso a servicio de letrina. Entre estos tres datos, es evidente que el hecho de no tener acceso al servicio sanitario, predispone al niño o niña a manifestar la lesión; es importante considerar, que a pesar de contar con servicio de letrina e inodoro, existe un riesgo para el niño o niña de manifestar la lesión, ya que esta condición de tener o no acceso a este tipo de servicio, podría ser un factor, que sumado a otras condiciones de vida, eleven las posibilidades de la manifestación de la lesión en los infantes.

Hiperplasia Multifocal del Epitelio con Relación a Condiciones y Material de la Vivienda

CUADRO 12
HIPERPLASIA MULTIFOCAL DEL EPITELIO
CON RELACIÓN AL MATERIAL DEL PISO DE LA VIVIENDA

Tipo de material de piso	Valor Absoluto	Niños sin lesión	Valor Absoluto	Niños con lesión
Tierra	350	89.5%	41	10.5%
Cemento	1140	91.4%	107	8.6%
Granito	397	93.6%	27	6.4%
Total	1885	91.5%	175	8.5%

Fuente: Trabajo de campo, de abril a octubre de 2005.

De acuerdo al instrumento utilizado, se determinaron varios aspectos de la infraestructura de la vivienda, que permitirá establecer como uno de los elementos principales y sumatorios del estatus económico de la unidad doméstica. A este respecto se puede observar en el resultado del cuadro anterior que existen 107 niños que presentan la lesión y que el material de su piso es de cemento. Por supuesto, que este dato no implica que todos aquellos niños que tengan piso de cemento, presenten la lesión, pero sí se puede interpretar que todos aquellos niños que vivan en casa, cuyo material de piso sea cemento, puede considerarse como un factor de riesgo ligado directamente a la lesión.

CUADRO 13
HIPERPLASIA MULTIFOCAL DEL EPITELIO
CON RELACIÓN AL MATERIAL DEL TECHO DE LA VIVIENDA

Tipo de material de techo	Valor Absoluto	Niños sin lesión	Valor Absoluto	Niños con lesión
Plástico / cartón	2	100%	0	0.0%
Lepa / madera	16	100%	0	0.0%
Lámina	1539	91.7%	140	8.3%
Teja	107	85.6%	18	14.4%
Terraza	223	92.9%	17	7.1%
Total	1887	91.5%	175	8.5%

Fuente: Trabajo de campo, de abril a octubre de 2005.

El mayor porcentaje de los niños que presentan la lesión, son aquellos que viven en casa cuya construcción de techo está elaborada con lámina. Esto podría interpretarse que los niños que viven en casa con este tipo de material en sus techos, aumentan la posibilidad de que manifiesten la lesión.

CUADRO 14
HIPERPLASIA MULTIFOCAL DEL EPITELIO
CON RELACIÓN AL MATERIAL DE LAS PAREDES DE LA VIVIENDA

Tipo de material de paredes	Valor Absoluto	Niños sin lesión	Valor Absoluto	Niños con lesión
Plástico / cartón	20	87.0%	3	13.0%
Lepa / madera	324	93.6%	22	6.4%
Adobe	257	89.9%	29	10.1%
Block	1260	91.4%	119	8.6%
Ladrillo	26	92.9%	2	7.1%
Total	1887	91.5%	175	8.5%

Fuente: Trabajo de campo, de abril a octubre de 2005.

Las viviendas que tienen construidas sus paredes con material de block, representan 119 niños con lesión, comparado con los 2 casos de las viviendas cuyo material es de ladrillo, lo que nos ayuda a concluir que a mejores materiales de construcción de la vivienda, menores serán las posibilidades de manifestación de la lesión en los niños o niñas.

CAPÍTULO 5

PROPUESTA METODOLÓGICA DEL APOORTE DE TRABAJO SOCIAL PARA CONTRARRESTAR LOS NIVELES DE DESNUTRICIÓN EN LOS NIÑOS ESCOLARES GUATEMALTECOS, QUE PRESENTAN LA HIPERPLASIA MULTIFOCAL DEL EPITELIO

5.1 Justificación

Los Estados Partes constituidos en la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Artículo 24, reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios. Además los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y en particular, adoptarán las medidas apropiadas para reducir la mortalidad infantil, asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria en salud y combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante (entre otras cosas), la aplicación de tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente.

En sintonía con los Acuerdos de Paz, específicamente con el Acuerdo Sobre Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas, las partes reconocen y respetan la identidad y los derechos políticos, económicos, sociales y culturales de los pueblos maya, garífuna y xinca, dentro de la unidad de la Nación, que además los pueblos indígenas han sido particularmente sometidos a niveles de discriminación de hecho, explotación e injusticia por su origen, cultura y lengua, y que, como muchos otros

sectores de la colectividad nacional que refleje en su justa medida y con su plenitud de valores, la rica fisonomía plural de Guatemala.

Así también la Identidad de los Pueblos Indígenas se determina como un conjunto de elementos que los definen, y a su vez, los hace reconocerse como tales. Tratándose de la identidad maya, que ha demostrado una capacidad de resistencia secular a la asimilación, son elementos fundamentales conocer que su cosmovisión se basa en la relación armónica de todos los elementos del universo, en el que el ser humano es sólo un elemento más, la tierra es la madre que da la vida, y el maíz es un signo sagrado, eje de su cultura. Esta cosmovisión se ha transmitido de generación en generación a través de la producción material y escrita y por medio de la tradición oral, en la que la mujer ha jugado un papel determinante.

Se analiza a través del presente estudio, que las condiciones de pobreza, pobreza extrema y miseria que vive la niñez, especialmente la rural, se debe a que su entorno no le permite tener acceso a mejores condiciones de vida, y que uno de los principales factores que los afecta, son las precarias condiciones en que se desenvuelven las madres indígenas rurales, por tal razón y considerando que las mujeres a nivel nacional representamos más del 50 por ciento de la población guatemalteca, y pertenecemos a la población económicamente activa, siendo las mujeres unos de los pilares de la economía, cultura y valores de la sociedad, se hace necesario apoyar su desarrollo y el de sus hijos en todo sentido, tal como lo argumenta los Derechos de la Mujer Indígena, establecidos en los Acuerdos de Paz, en donde se compromete a crear una Defensa de la Mujer Indígena, con su participación, que incluya servicios de asesoría y servicio social y promover la divulgación del fiel cumplimiento de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, así como garantizar que la mujer tenga igualdad de oportunidades y condiciones de estudio y capacitación y que la educación contribuya a desterrar cualquier forma de discriminación en contra suya en

los contenidos educativos, e implementar programas nacionales de salud integral para la mujer, lo cual implica el acceso a servicios apropiados de información, prevención y atención médica.

En concordancia con lo anterior, la Constitución Política de la República de Guatemala, en su Artículo 94 reza, que el Estado, velará por la salud y asistencia social, de todos los habitantes. Desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social y en su Artículo 99 indica que también velará porque la alimentación y nutrición de la población reúna los requisitos mínimos de salud. Las instituciones especializadas del Estado deberán coordinar sus acciones entre sí o con organismos internacionales dedicados a la salud, para lograr un sistema alimentario nacional efectivo.

En las anteriores acepciones, se determina como responsable al Estado, sin embargo las nuevas tendencias económicas mundiales, en donde el neoliberalismo es gobernado por los países altamente industrializados y que éstos devoran y explotan a los países sub desarrollados, tal es el caso de Guatemala y los países latinoamericanos, nos obligan a la sociedad civil a tomar medidas en pro de nuestra sociedad, según lo establece la Constitución Política de la República, en donde figuran los deberes y derechos cívicos y políticos de los guatemaltecos, dentro de los cuales se menciona, el deber y derecho a servir y defender a la patria y trabajar por el desarrollo cívico, cultural, moral, económico y social de los guatemaltecos.

Corresponde entonces como sociedad civil, a la Universidad de San Carlos de Guatemala, y por ende a la Escuela de Trabajo Social, sus autoridades,

profesionales y futuros profesionales, involucrarse directamente en el desarrollo cívico, cultural, moral, económico y social de los guatemaltecos.

5.2 Objetivo General

Propiciar la integración de los Ejercicios Profesionales Supervisados de la Escuela de Trabajo Social y de la Facultad de Odontología, para ejecutar proyectos de desarrollo comunitario.

5.3 Objetivos Específicos

1. Planificar y ejecutar conjuntamente, proyectos de capacitación técnica con la mujer indígena rural.
2. Incorporar a los proyectos de salud, elementos esenciales establecidos en el Plan brasileño Hambre Cero, para disminuir los índices de desnutrición infantil.

5.4 Estrategia de Intervención

Integrar a un Trabajador Social, en cada una de las comunidades y aldeas, en donde la Facultad de Odontología ejecuta su Ejercicio Profesional Supervisado, específicamente en el Sub programa de Proyecto Comunitario, y unificar esfuerzos para la implementación de proyectos sostenibles.

Así también, uno de los principales grupos vulnerables de la sociedad guatemalteca, es la niñez, y este grupo es uno de los más atendidos por ambas instituciones universitarias, por lo que se considera la elaboración de un plan de trabajo integrado, que permita obtener recursos de instituciones públicas, privadas, nacionales e internacionales que apoyen su ejecución.

CONCLUSIONES

1. El estado de desnutrición en los niños escolares guatemaltecos, especialmente los niños y niñas de descendencia indígena, provoca que se debilite su sistema inmunológico, determinando la desnutrición como uno de los factores de riesgo que contribuye a la manifestación biológica de la lesión, denominada Hiperplasia Multifocal del Epitelio.
2. Los niños escolares guatemaltecos entre los 6 y 9 años de edad, son más propensos a presentar la lesión, debido a que en esas edades, el sistema inmunológico aún no ha sido totalmente consolidado.
3. El sistema inmunológico es el que determina la fortaleza o debilidad biológica del ser humano, por lo que las mujeres embarazadas o con ciclos de embarazos muy continuos, al igual que las personas adultas mayores, los niños y niñas, especialmente de descendencia indígena, son los grupos más vulnerables en relación a la lesión, ya que son quienes viven en circunstancias de pobreza y pobreza extrema.
4. Otros de los factores de riesgo que contribuyen a la aparición biológica de la lesión denominada Hiperplasia Multifocal del Epitelio, son las condiciones de pobreza y pobreza extrema, que evidenciaron las familias guatemaltecas, especialmente las familias de descendencia indígena, como lo son, las precarias condiciones de la vivienda, el poco o nulo acceso a los servicios básicos y el hacinamiento de las familias.
5. Principalmente la pobreza y pobreza extrema fue determinada por los ingresos económicos de las familias guatemaltecas, concluyéndose que de la muestra total un 58 por ciento se incluye en los índices de pobreza y un 40 por ciento se incluye en pobreza extrema, lo que indica que un 98 por ciento de la muestra total de 2400 familias, se encuentran en riesgo de manifestar la lesión.

6. Con lo anterior, se confirma que un 80 por ciento la Hipótesis General planteada, fue aceptada.

7. En cuanto a las Hipótesis Específicas planteadas, se confirma en un 90 por ciento aproximadamente.

RECOMENDACIONES

1. En base a los resultados obtenidos en la Investigación de la Hiperplasia Multifocal del Epitelio, realizada por el Área de Odontología Socio Preventiva, específicamente como parte de su Programa de Ejercicio Profesional Supervisado, se incorporen datos socio económicos que reflejen las condiciones de pobreza y pobreza extrema de las familias sujetas de este estudio, previo a su divulgación en las diferentes instancias e instituciones nacionales e internacionales.
2. Que de manera conjunta la Escuela de Trabajo Social, a través del Área de Ejercicio Profesional Supervisado y el Área de Odontología Socio Preventiva, unan esfuerzos por complementarse en ambas prácticas, tanto en los áreas de salud y salud bucal, como socio económicas, para brindar un beneficio más integrado hacia la población guatemalteca.
3. Solicitar específicamente al Área de Odontología Socio Preventiva de la Facultad de Odontología, considere incorporar a un o una Trabajadora Social en las comunidades en donde se ejecuta su Programa de Ejercicio Profesional Supervisado, para trabajar de manera conjunta proyectos comunitarios, para un mayor impacto social.
4. Que dentro del desarrollo de los proyectos comunitarios a ejecutar, se tomen en cuenta los aspectos relacionados al Plan Hambre Cero del Gobierno de Brasil, en donde se considera el cocimiento de hojas de remolacha, rábano, etc. Así como la elaboración de algunos platillos, como lo son el pan de hojas de plátano, como ejemplos, para disminuir los índices de desnutrición en la población, especialmente la población rural.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bascones Martínez, Antonio, Tratado de Odontología, Tomo I, Ediciones Avances Médico – Dentales, S. L. Boix y Morer, 6 – 1º 2800 Madrid, Madrid, Primera Edición Octubre 1998, Segunda Edición Noviembre 1998.
2. Constitución Política de la República de Guatemala, Artículo 94, Decretada por la Asamblea Nacional Constituyente 31 de mayo de 1985, Reformada por Consulta Popular Acuerdo Legislativo 18-93.
3. Entre el Olvido y la Esperanza, La Niñez de Guatemala, Sub – Comisión Regional, Comisión Pro –Convención sobre los Derechos del Niño –PRODEN-, Editorial HIGSSA GALA, Guatemala, Noviembre de 1996.
4. Estado Mundial de la Infancia 2005, La Infancia Amenazada, UNICEF, UNICEF, House, 3 Un Plaza Nueva York, NY 10017, USA.
5. Gehlert Mata, Carlos, Vida, Enfermedad y Muerte en Guatemala, Editorial Universitaria, Colección Monografías Vol. No. 8, de la División Editorial de la Dirección General de Extensión Universitaria de la Universidad de san Carlos de Guatemala, Edificio Recursos Educativos, 2º nivel, Ciudad Universitaria, Zona 12, 1980.
6. Informe Nacional de Desarrollo Humano, Guatemala, Una Agenda para el Desarrollo Humano, 2003, Sistema de Naciones Unidas en Guatemala, SNU 2003.
7. Medicina Bucal de Burket, Diagnóstico y Tratamiento, Mc Graw – Hill, Editores S. A . De C. V., México, 1999.
8. Ministerio de Educación, Segundo Censo Nacional de Talla, de Escolares de Primer Grado de Primaria de la República de Guatemala, del 16 al 20 de julio de 2001. Informe Final abril 2002.
9. Pindborg, J. J. Atlas de Enfermedades de la Mucosa, Ediciones Científicas y Técnicas, S. A. 5ª. Edición, España, 1994.
10. Regezi, Joseph A., y James J. Sciubba, Patología Bucal, Nueva Editorial Interamericana, S. A. De C. V. México, D. F. 1991.
11. Shafer, Hine, Levy, Tomich, Tratamiento de Patología Bucal, Nueva Editorial Interamericana, S. A. De C. V., México D. F., 1986.
12. Situación de la Seguridad Alimentaria y Nutricional de Guatemala, Sistema de Naciones Unidas, Grupo de Seguridad Alimentaria Nutricional, Septiembre 2003.

13. UNICEF – SEGEPLAN, Realidad Socio Económica de Guatemala, Con Énfasis en la Situación del Niño y la Mujer, Editorial Piedra Santa, Guatemala, 1994.

14. Villeda Erazo, Belia Aydee, Escuela de Trabajo Social, Instituto de Investigaciones, Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Trabajo Social, Documento: Migraciones, Crisis Económica y Pobreza. Un Análisis de las historias de vida obligadas al desarraigo (Primera Parte), 2004.