

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

LAS CONDICIONES DE VIDA DETERMINANTES PSICO-SOCIALES QUE
ALTERAN EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD DE LAS INFECCIONES
RESPIRATORIAS EN EL CAMPESINO MIGRANTE TEMPORERO DEL CASERÍO
LA CIÉNAGA, DEL MUNICIPIO DE TACANÁ DEL DEPARTAMENTO DE SAN
MARCOS.

Shirley Marisol Larrieu Dardón
Floridalma Georgina Castillo Amézquita

GUATEMALA, DE JUNIO DE 2006

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Las condiciones de vida determinantes Psico-sociales que alteran el proceso salud-enfermedad de las Infecciones Respiratorias en el campesino migrante temporero del Caserío la Ciénaga, del municipio de Tacaná del departamento de San Marcos.

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

Shirley Marisol Larrieu Dardón
Florida Alma Georgina Castillo Amézquita

PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE

PSICÓLOGAS
EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIATURA

GUATEMALA 15 DE JUNIO DE 2006

CONSEJO DIRECTIVO

Licenciado Riquelmi Gasparico Barrientos
DIRECTOR ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Licenciada María Lourdes González Monzón
Licenciada Liliana del Rosario Álvarez de García
REPRESENTANTES DEL CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Licenciado Evodio Juber Orozco Edelman
REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES EGRESADOS
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Estudiante Edgard Ramiro Arroyave Sagastume
Estudiante Brenda Jullisa Chamám Pacay
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 Y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

c.c. Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg. 474-2004
CODIPs. 1028-2006

De Orden de Impresión Informe Final
de Investigación

15 de junio de 2006

Estudiante
Shirley Marisol Larrieu Dardón
Floralma Georgina Castillo Amézquita
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto TERCERO (3º) del Acta VEINTINUEVE GUIÓN DOS MIL SEIS (29-2006) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 09 de junio de 2006, que copiado literalmente dice:

"TERCERO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación titulado: "LAS CONDICIONES DE VIDA DETERMINANTES PSICO-SOCIALES QUE ALTERAN EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS EN EL CAMPESINO MIGRANTE TEMPORERO DEL CASERÍO LA CIÉNAGA DEL MUNICIPIO DE TACANÁ DEL DEPARTAMENTO DE SAN MARCOS", de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

SHIRLEY MARISOL LARRIEU DARDÓN
FLORALMA GEORGINA CASTILLO AMÉZQUITA

CARNÉ 620237
CARNÉ 83-10741

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Telma Patricia Véliz de López y revisado por la Licenciada Mayra Luna de Álvarez. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para la Elaboración de Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA



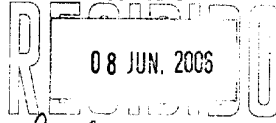
/Gladys

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO-CUM
9ª Avenida 9-45 Zona 11 Edificio "A"
TEL. 2485-1910 FAX 2485-1913 Y 14
e-mail: uscapsic@uscg.edu.gt

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



CIEPs. 61-2006
REG. 474-2004

Firma: *Már* hora: 15:12 Registro: 474-04

Guatemala. 31 de mayo de 2006

REGISTRADO
ESCUELA DE PSICOLOGIA-USAC
CONSEJO DIRECTIVO

Pro. _____ Acta. _____
Fecha _____
CODIP: _____

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

De manera atenta me dirijo a ustedes para informarles que he procedido a la revisión del INFORME FINAL, titulado:

“LAS CONDICIONES DE VIDA DETERMINANTES PSICO-SOCIALES QUE ALTERAN EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS EN EL CAMPESINO MIGRANTE TEMPORERO DEL CASERÍO LA CIÉNAGA, DEL MUNICIPIO DE TACANÁ DEL DEPARTAMENTO DE SAN MARCOS”

ESTUDIANTE:

CARNÉ No

Shirley Marisol Larriou Dardón
Floridalma Georgina Castillo Amézquita

620237
8310741

CARRERA: Licenciatura en Psicología

ASESORA: Licenciada Telma Patricia Véliz de López

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por este Centro de Investigaciones, emito DICTAMEN FAVORABLE, y solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

LICENCIADA MAYRA LUNA DE ALVAREZ
REVISORA Y COORDINADORA

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA -CIEPs.-“MAYRA GUTIÉRREZ”

c.c. archivo

Docente Revisor / a



Guatemala, 12 de enero de 2005

Licenciada
Mayra Luna Álvarez
Departamento de Tesis
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPS
"MAYRA GUTIERREZ"
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

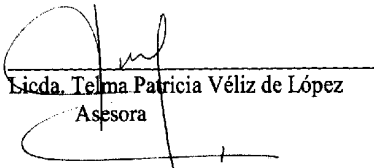
Estimada Licenciada Álvarez

Por este medio me permito informarle que he procedido a la asesoría del Informe Final de investigación LOS DETERMINANTES PSICOSOCIALES, CAUSANTES DE PROVOCAR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN EL MIGRANTE GUATEMALTECO DEL DEPARTAMENTO DE SAN MARCOS.

De las estudiantes:

Shirley Marisol Larrieu Dardón	0062037
Floralma Georgina Castillo Amezquita	8310741

El cual reúne los requisitos necesarios para la aprobación, por lo que doy mi visto bueno. De la manera más atenta solicito a usted, se proceda con los trámites correspondientes.


Licda. Telma Patricia Véliz de López
Asesora

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 485-1910 FAX: 485-1913 y 14
e-mail: usaepsic@usac.edu.gt

cc: Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg. 474-2004

CODIPs. 1343-2004

De aprobación de proyecto de Investigación

26 de octubre de 2004

Estudiante

Shirley Marisol Larrieu Dardón
Floralma Georgina Castillo Amézquita
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Transcribo a usted el Punto VIGÉSIMO QUINTO (25º) del Acta CINCUENTA Y SEIS DOS MIL CUATRO (56-2004) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 22 de octubre de 2004, que literalmente dice:

"VIGÉSIMO QUINTO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Proyecto de Investigación, titulado: **"LOS DETERMINANTES PSICO-SOCIALES, CAUSANTES DE PROVOCAR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN EL EMIGRANTE GUATEMALTECO DEL DEPARTAMENTO DE SAN MARCOS"**, de la Carrera: Licenciatura en Psicología, presentado por:

SHIRLEY MARISOL LARRIEU DARDÓN

CARNÉ No. 62037

FLORIDALMA GEORGINA CASTILLO AMÉZQUITA

CARNÉ No. 83-10741

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs-, resuelve **APROBARLO** y nombrar como asesor a la Licenciada Telma Patricia Véliz de López y como revisor a la Licenciada Mayra Friné Luna de Álvarez."

Atentamente,

ID Y ENSEÑADA A TODOS

Carla Emy Vela de Ortega
Licenciada Karla Emy Vela de Ortega
SECRETARIA



/Gladys

PADRINOS

Doctora Sully Jacqueline Larrieu Dardón
Cirujano Dentista Colegiada No. 2366
Facultad de Odontología

Licenciada Telma Patricia Véliz Estrada
Psicóloga Colegiada No. 7757
Escuela de Ciencias Psicológicas

AGRADECIMIENTOS

A NUESTRA GUATEMALA

Territorio amado y protegido por Dios.

A LA GLORIOSA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Por mantener sus puertas abiertas a todo individuo sediento de conocimiento con espíritu de hermandad.

A LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

Por hacer cambios sustanciales en nosotras, por formarnos profesionalmente como un instrumento de la salud.

EN ESPECIAL

A LA COMUNIDAD MIGRANTE TEMPORERA RECURRENTE DEL CASERÍO LA CIÉNAGA, CHEQUIN, MUNICIPIO DE TACANÁ DEPARTAMENTO DE SAN MARCOS,

Por darnos a conocer la calidad de personas que son como comunidad; protagonistas de esta investigación sin precedentes, por su ayuda, protección en esta travesía llena de riesgos y primordialmente por confiar en nosotras.

A NUESTRA ASESORA

Licda. Patricia Véliz de López

Por compartir su conocimiento, sus vivencias como investigadora y por brindarnos su amistad.

A NUESTRA REVISORA

Licda. Mayra Luna

Por perfilar y optimizar los resultados de esta investigación.

ACTO QUE DEDICO

A DIOS

Por las bendiciones hacia mi persona,
para alcanzar esta meta.

A MI MADRE

Dolores Argentina Dardón Ramos. Le agradezco su
infinita paciencia sacrificio y apoyo
incondicional.

A MI SOBRINO

Gerson Daniel Larrieu, por ser como un
hijo, angelito que me inspira y motiva
para alcanzar mis metas y objetivos.

A MI HERMANA

Sully Jacqueline Larrieu Dardón , por su
cariño, consejos y que siempre estuvo
a mi lado como una luz que me guió
hasta la meta.

A MIS HERMAN@S

Ingar Magdalena Larrieu Dardón
Roxana Larrieu Dardón
Eben Ludwin Larrieu Dardón
Rodolfo Larrieu Dardón
Juan José Larrieu Dardón
Walter Daniel Larrieu Dardón

Por su cariño

A MIS AMIGAS

Dora Liliam Gómez,
Carmen Noemí López
Fulbia Barco Galicia,
Ruth Aguirre Mejia

Por su amistad noble y genuina que siempre
me han demostrado.

ACTO QUE DEDICO

A DIOS Y LA MADRE SANTÍSIMA

Por darme discernimiento, voluntad; por
acoger mis ruegos y hacer de esta profesión un acto
de servicio humanitario.

A MIS PADRES

Georgina Amézquita formadora de ética, mil gracias.
Porque siempre ha dirigido mis pasos por el camino de la
superación, éxito y amor.

Raúl Castillo Hombre trabajador con visión de padre protector,
orgullo de mi vida. Gracias por el ejemplo de amar a la
madre por sobre todas las cosas.

A MI AMADO ESPOSO OSWALDO

Mi alma gemela, amigo, mentor y colega,
siempre mi guía y mi custodio
aún después de su muerte.

A MIS HIJOS

VICTORIA ASTRIDÚ
VIDAL ALEJANDRO
SAMUEL EDUARDO
MARIA FERNANDA
FERNANDO DE JESÚS

Por sacrificar horas de juego, momentos familiares,
por ser la razón de mi esfuerzo para ser un buen ejemplo
que influya en sus vidas.

A MIS HERMANOS Y HERMANAS

FÁTIMA DE JESÚS
SERGIO RAÚL
SILVIA GUISELA
Mucho amor y bendiciones por formar parte de mi vida.

En especial a
CARLUCHI
Hermano querido del alma, a quién quise también como
un hijo, hoy un ángel más... guardián de mi vida.

A MI GRAN FAMILIA

En especial la Agüe Vita, Manche, Mely, Tío Higinio, Tío César,
Así como a, Doña Auri Palencia, Tía Lota, Tía Flory, Gladys, Otto, Chito, Loty y
Aléxis.
Cada uno llenando siempre de grandes recuerdos de mi vida.

A MIS [AMIG@S](#)

Clarita, Luis, Olga, Lucy, Nuvia, a todos los de práctica de San Lucas y Amatlán,
Mil gracias por lo compartido.

EN ESPECIAL A
Natalia y Aracely, por formar un equipo de trabajo, enfrentarnos a este reto y
alcanzar el éxito en esta investigación.

Otra voz

Jornaleros

Guadalupe Morfin Otero*

No, señores, yo no sirvo para ocultar los datos,
las migraciones,
el río de dolor que sube al norte
vestido de sangre indígena,
como una jaqueca enorme del país,
como una llaga, un clamor, un grito,
un surco de tomates y miseria,
y las cajas calidad exportación,
y los pagos en dólares por la perfección
de los frutos de la tierra, qué redondez !
qué frescura !
si parecen de cera !
no señores, no me pongan a disimular
si solo sé decir
y me quema su voz en la garganta,
y me arden sus manos y su hambre,
y me pesan sus hijos bajo el manto.
de fumigación generosamente regado
ah, la única generosidad que se permite
en los tiempos de las tiendas de raya
que no son sólo los de don Porfirio,
y la guardia blanca de los capataces.
No señores, que no me callo,
aunque ya no tenga inmunidad,
aunque ya no sea
sino un ama de casa
temporalmente paralizada
frente a los jitomates del mercado,
y en los ojos la visión
de una bebé que se llevaba los frijoles
de uno a uno a la boca,
sin equivocarse jamás el rumbo,
sin nada derramar sobre las piedras,
porque el hambre enseña a los dedos
que cada frijol cuenta.

INDICE

Prólogo	01
Capítulo I	
Introducción	04
1. Marco Referencial	09
1.1 Condiciones de vida	19
1.2 Psicología de la Salud	23
1.2.1 Psicología en la Atención Primaria de la Salud	23
1.2.2 La Promoción de la Salud	25
1.3 Calidad de Vida	31
1.4 Infecciones Respiratorias y Tuberculosis Pulmonar	31
1.4.1 Infecciones Respiratorias	31
1.4.2 Tuberculosis Pulmonar	34
1.5 Migración	36
1.6 Hipótesis General	41
Capítulo II	
2. Técnicas e Instrumentos	43
2.1 Observación Libre	44
2.2 Entrevistas	44
2.3 Encuestas	45
Capítulo III	
3. Análisis e Interpretación de resultados	47
3.1 Caracterización del Caserío	47
3.1.1 Vivienda	47
3.1.2 Alimentación	48
3.1.3 Transporte y Acceso	49
3.1.4 Salubridad	50
3.1.5 Salud	51
3.1.6 Religión	52
3.1.7 Etnia	53
3.1.8 Cultura	53
3.2 Perfil Socioeconómico	54
3.3 Gráficas	56
3.3.1 Gráfica 1 Tipo de Vivienda	56
3.3.2 Gráfica 2 Tipo de servicio de agua	57
3.3.3 Gráfica 3 Uso de letrina	57
3.3.4 Gráfica 4 Tipo de combustión	58
3.3.5 Gráfica 5 Número de cuartos en la vivienda	58

3.3.6	Gráfica 6 Crianza de animales	59
3.3.7	Gráfica 7 Alimentos que consumen	59
3.3.8	Gráfica 8 Género de los habitantes	60
3.3.9	Gráfica 9 Edad de la población	60
3.3.10	Gráfica 10 Escolaridad	62
3.3.11	Gráfica 11 Religión	63
3.3.12	Gráfica 12 Idioma	64
3.3.13	Gráfica 13 Característica familiar	65
3.3.14	Gráfica 14 Infecciones Respiratorias y Tuberculosis Pulmonar	66
3.3.15	Gráfica 15 Foco de infección	67
3.3.16	Gráfica 16 Mortandad por problemas respiratorios	68
3.3.17	Gráfica 17 Atención que reciben	69
3.3.18	Gráfica 18 Goce del séptimo día	70
3.3.19	Gráfica 19 Días trabajados	71
3.3.20	Gráfica 20 Horario de trabajo	72
Capitulo IV		
4.1	Conclusiones	73
4.2	Recomendaciones	75
Bibliografía		77
Anexos		79
Resumen		83

Prólogo

La presente investigación titulada “Las Condiciones de vida determinantes Psico-sociales que alteran el proceso de Salud-Enfermedad de la Infecciones Respiratorias en el Campesino Migrante Temporero guatemalteco del Caserío la Ciénaga del municipio de Tacaná del departamento de San Marcos”, es indudablemente algo inédito y de gran relevancia a nivel nacional, ya que no se le ha dado la atención e importancia a la población migrante campesina, por lo que hasta el momento no existen investigaciones de Migración-Salud a nivel nacional bajo el marco teórico de la Psicología de Salud.

Se tiene el marco referencial que permite conocer el proceso histórico de la población de este Caserío así como el marco teórico que fundamentó la investigación.

El reto de lograr ingresar a una comunidad tan celosamente resguardada socialmente hablando y encontrar la respuesta al clamor de una llamada de auxilio de una población desconocida y olvidada carente de atención en salud por parte de las autoridades guatemaltecas, facilitó a esta comunidad a recurrir al territorio mexicano en busca de alternativas y de atención de la salud.

Se sabe que la Psicología de la Salud, es la rama aplicada de la Psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamientos del proceso salud-enfermedad y de la atención a la salud.

Por lo que en esta investigación se interesó por los procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la

condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios.

Desde esta visión se analizó la Migración Temporal; conocida como Movimientos Fronterizos (Guatemala-México), considerando las condiciones de vida y trabajo, como factores de riesgo en el proceso salud-enfermedad.

Cabe señalar que a lo largo de la frontera nacional de Guatemala con el estado de Chapas (985. Km.) existe infinidad de caminos vecinales en medio de una vegetación exuberante y de fincas agrícolas que terminan justo en la línea fronteriza. Esta investigación sobre salud-migración, da cuenta de las consecuencias de los desplazamientos poblacionales en el estado de salud de los migrantes, que con mayor frecuencia se presentan en sus comunidades de origen. Como suelen ser víctimas de problemas nutricionales, enfermedades ocupacionales y degenerativas, desintegración familiar, estrés entre otros padecimientos.

El objetivo central fue identificar la relación que tienen las condiciones de vida con los procesos de las enfermedades respiratorias y cómo están directamente determinadas según el estilo de vida.

Se evidencia los aportes de esta investigación dando a conocer cómo influyen las condiciones de vida y de trabajo en el proceso salud-enfermedad de esta población, por lo que es importante que se tome conciencia a nivel de las autoridades de salud para mejorar y hacer propuestas de salud en los estilos de vida. Por lo que se concluye que las condiciones de vida son determinantes psico-sociales que alteran el proceso salud-enfermedad de las Infecciones Respiratorias en el campesino migrante temporero del Caserío la Ciénaga. Casi en su totalidad, la población a

padecido de catarro común y problemas respiratorios, una mínima cantidad ha padecido de tuberculosis, recuperándose con atención en la casa y casi ninguno ha fallecido de tuberculosis pulmonar. Todos se dirigen a las fincas del Soconusco, reciben un salario por debajo de lo esperado, trabajan de lunes a sábado con un horario de 10 horas diarias.

Así mismo, se realizó la segunda fase titulada “Factores Psicológicos de Riesgo que forman parte del Estilo de Vida del campesino migrante temporero de San Marcos, realizado por María Aracely Hernández García y Olivia Natalia Morales García quienes concluyeron que las manifestaciones más comunes del estrés, son: el insomnio, la agresividad, la irritabilidad, el cansancio que presentan los campesinos migrantes ante las situaciones de riesgo durante sus desplazamientos así como la escasez de trabajo, la discriminación salarial y el índice de inseguridad; son los factores que repercuten en su salud mental desde el punto de vista de la Psicología. Para concluir, es oportuno reconocer el esfuerzo de este equipo de investigadoras por realizar dicha investigación, al plantearse el reto de hacer tan valioso trabajo dentro de un Marco Teórico que aún no se ha trabajado en Guatemala, como también el vencer los obstáculos encontrados en el trabajo de campo, por lo que sin duda esta investigación dentro del área de la Psicología de la Salud sienta las bases para futuras investigaciones en el proceso salud-enfermedad de las poblaciones más vulnerables y desprotegidas en el sector salud en las áreas urbanas y fronterizas a nivel nacional.

Licda. Telma Patricia Véliz Estrada de López
Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma de México
Doctorando en Ciencias Sociales y Sociales y Salud, Universidad de Barcelona

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La necesidad de documentar la problemática de la migración externa temporal que desde décadas atrás ha sido un estilo de vida en las comunidades campesinas del departamento de San Marcos, (situación provocada por las condiciones socioeconómicas que los ha obligado a buscar otras fuentes de ingreso para su sobre vivencia); esta investigación centró su atención en determinar las condiciones de vida y la repercusión que tiene sobre el proceso de enfermar de Infecciones Respiratorias, así como el riesgo de contraer Tuberculosis Pulmonar.

Los determinantes psicosociales, son todas aquellas situaciones que una muestra poblacional vive en sus diferentes aspectos, sean ellos aspectos de salud física, alimenticios, condiciones ambientales, aspectos de salubridad, condiciones económicas y de carácter social como medios de transporte, seguridad, redes de apoyo etc. En este proceso, la relación salud enfermedad, contribuyó a formular un sistema de relaciones que determinó las condiciones de riesgo que esta población ha enfrentado cotidianamente, como lo ha sido: el analfabetismo, altos niveles de pobreza, desempleo, migraciones internas y externas, poblaciones de asentamiento rural e indígena, carencia de servicios básicos y necesidades básicas insatisfechas, siendo estos factores de riesgo que determinan el predominio de las Infecciones Respiratorias.

Cuando la población masculina se encuentra en su lugar de origen (caserío La Cienaga) se dedican al cultivo de papa; según información directa, las labores de agricultura se inician a partir de las 5:00 a.m., a una altura aproximada de 2,397 mts.

sobre el nivel del mar, a una temperatura no mayor de 10-15 grados y cuando es época de lluvia se intensifica el riesgo de contraer enfermedades respiratorias debido a la falta de protección contra la humedad, elevando así la posibilidad de resfrío, catarros recurrentes que por falta de atención se degeneran en enfermedades crónicas respiratorias.

Se trabajó específicamente en el caserío La Ciénaga, ubicado en el departamento de Tacaná donde la población, en un porcentaje relativamente alto, viaja como migrantes temporeros externos.

Dentro de las técnicas de recolección de datos que se utilizaron están las entrevistas orales con instituciones relacionadas directa e indirectamente con esta población; en orden de importancia: las Ong's, entre ellas La Casa del Migrante, Intervida, Hope; Municipalidades, Centros de Salud, con el objetivo de identificar la ubicación de la muestra poblacional, así como recolectar los datos necesarios en las monografías del departamento de San Marcos y definir qué municipio aportaba la mayor población posible para una muestra más confiable; obtener respaldo institucional y municipal, que nos permitiera entrar con mayor facilidad y seguridad a la población; la observación libre proporcionó la caracterización y las circunstancias que rodean al caserío La Cienaga; la encuesta a la población que determinó la estructura familiar así como el eje central de la investigación. La muestra poblacional se identificó como migrantes temporeros recurrentes ya que mantienen el mismo estilo de vida permitiendo ser objeto de estudio en cualquier momento obteniéndose resultados estandarizados lo que da a conocer la dinámica social que los obliga a viajar en grupos familiares extensivos y que los califica a su vez, como parte de la

red de apoyo social. Además se correlacionaron las condiciones de vivienda, alimentación, salud y la asistencia sanitaria, para determinar su influencia en el proceso salud-enfermedad del migrante ante el proceso de las enfermedades respiratorias.

El problema se situó dentro de la categoría “del *proceso de salud-enfermedad*”, relacionándose directamente el ambiente, la sociedad y la cultura que determina el tipo de enfermedades que se manifiestan. Cuando el proceso de salud-enfermedad se altera de forma extrema el índice de mortalidad se incrementa acortando la esperanza de vida especialmente en infantes y ancianos que por su condición son los más vulnerables ante las enfermedades en general.

Los determinantes psicosociales que conforman las variables en este estudio son las siguientes:

- Condiciones de vida: que está determinada por el estilo de vida, rutinas, condiciones y hábitos de alimentación, de higiene, hacinamiento, educación, vivienda digna, medio ambiente estable y sano, de la justicia, de la igualdad entre los sexos, relación intra familiar, de las redes de apoyo, poder adquisitivo de recursos.
- Infecciones Respiratorias y Tuberculosis Pulmonar: Infecciones y contaminaciones patógenas del sistema respiratorio causado por agentes externos bacteriológicos (hongos, bacterias, protozoos, o virus) o por sus toxinas.

El agente infeccioso penetra en el organismo y comienza a proliferar, lo que

desencadena la respuesta inmune del huésped a esta agresión¹.

- Migración: acción de trasladarse de un país a otro para residir en él, en nuestro caso en forma temporal. Las diferentes condiciones políticas, sociales, culturales, históricas, económicas y geográficas han transformado a Guatemala en un país de recepción, tránsito y expulsión de trabajadores migratorios. La migración de guatemaltecos al exterior ha sido motivada por razones de pobreza, explotación, falta de oportunidades para trabajar, delincuencia y violación política; algunos de ellos lo hacen de forma permanente o transitoria².

La presente investigación estuvo enfocada en la población campesina migrante que trabaja en las fincas de café, banano, caña de azúcar, soya, y diversos frutales en el Estado de Chiapas y que por trayectoria histórica es una de las regiones que no ha formado parte entre los programas del Ministerio de Salud, viéndose beneficiada en esta investigación en forma directa el caserío La Ciénaga del municipio de Tacaná que se encuentra localizado en el altiplano fronterizo del departamento de San Marcos. Este es uno de los departamentos con índices altos de enfermedades respiratorias transmisibles como la bronquitis, tos ferina, neumonía y tuberculosis pulmonar aguda, considerada como la de mayor riesgo epidemiológico. Según el informe de vacunación del programa HOPE y MSPAS³, la vacuna de la BCG ocupa el tercer lugar en cobertura a la población, lo que implica el riesgo de contraer la Tuberculosis, con mayor facilidad.

¹ Enciclopedia Microsoft® Encarta® 2002

² Véliz Estrada, Telma Patricia, Licda.. Una aproximación a los determinantes Sociales de la Tuberculosis Pulmonar en Migrantes de la Frontera Sur de México. México, 1997. Pág. 148

³ HOPE (ONG, Internacional por sus siglas en Inglés), MSPAS Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Se estima que en el estado de salud de los migrantes campesinos intervienen varios aspectos que lo hacen un proceso multicausal⁴:

Factor Biológico: los orígenes que pueden determinar los cambios que podrían observarse en la conducta del migrante con riesgo de contraer tuberculosis podrían ser producidos por contacto directo con bacilíferos positivos, por desnutrición, hacinamiento, pobreza, SIDA, deshechos agroquímicos, entre otros.

Factor Social: entre los factores predisponentes se contemplan: los recursos económicos insuficientes, analfabetismo, deserción escolar (debido a los niños trabajadores), desintegración familiar y entre los factores precipitantes están: carencia total de ingresos, hambruna y riesgo de muerte, subempleo, expulsión, desigualdad, injusticia, corrupción, entre otras.

Factor Psicológico: determina cambios psicológicos en el estilo de vida manifestando signos y síntomas de estrés, desesperación, angustia, incertidumbre y frustración, a tal grado que podrían provocar alteración en la conducta reflejándose en la forma de relación con las esferas sociales del individuo.

En este estudio los determinantes psicosociales dan a conocer los factores de riesgo que afectan el proceso de salud-enfermedad en las Infecciones Respiratorias y en la Tuberculosis Pulmonar en el campesino migrante temporero guatemalteco del caserío La Ciénaga del municipio Tacaná, del departamento de San Marcos.

La disciplina general en la que se encuentra el problema investigado es la Salud

⁴ Carrillo, Ana Lorena (comp.). Migraciones, Frontera, Sociedad. Centro de Estudios Urbanos y Regionales, 1998. p. 35

Preventiva, dentro de la Psicología de la Salud que participa en la determinación del estado de salud, el riesgo de enfermar y en la recuperación de la salud. Identificándose a través de un diagnóstico la prevención y atención de las enfermedades, basados en la comunidad dentro del nivel primario, cuando el objetivo es la disminución de la incidencia de las enfermedades que beneficie la perspectiva personal que el individuo tiene de su condición de vida, mejorando y conservando los hábitos que promueven la salud.

Si se habla de promover la salud, también se debe entender que el hombre necesita un equilibrio mental a lo que se le llama Salud Mental; dentro del campo preventivo es necesario el abordaje integral de una comunidad desde ambas perspectivas de la salud; el efecto de las condiciones de vida sobre el bienestar psicosocial de los individuos, determina en forma directa e indirecta el manejo del estrés y la forma positiva de absorber situaciones y momentos adversos que implican muchas veces la carencia de medios para satisfacer las necesidades básicas de los individuos.

MARCO REFERENCIAL

El Departamento de San Marcos, fue fundado el 8 de mayo de 1866, para elevarlo al rango de departamento; parte del actual territorio de San Marcos perteneció al corregimiento de Quetzaltenango durante la colonia. Se encuentra situado en la región VI o región Sur Occidental, su cabecera departamental es San Marcos, está a 2,398 metros sobre el nivel del mar y a una distancia de 252 kilómetros de la Ciudad Capital de Guatemala. Cuenta con una extensión territorial de 3,791 kilómetros cuadrados, con los siguientes límites departamentales: al Norte

con Huehuetenango, al Sur con Océano Pacífico y Retalhuleu, al Este con Quetzaltenango; y al Oeste con la República de México. Se ubica en la latitud 14° 57' 40" y longitud 91° 47' 44". La costa sur de este departamento es bañada por las aguas del Océano Pacífico, contando además con la irrigación de sus tierras por varios ríos, siendo los más importantes: El Suchiate, Cabuz, Naranjo, Nahuatán, Tilapa, Meléndrez, Coatán, Cuilco, etc. La Cordillera de los Andes, con el nombre de Sierra Madre penetra a Guatemala por el vértice de Niquihuil, que recorre la parte norte del departamento. Dentro de la misma están los Volcanes de San Antonio, Tacaná y Tajumulco, estos últimos considerados como los más altos de Centro América. Las tierras situadas al sur de la cordillera son casi planas y el clima templado, con excepción de las que abarcan la costa, zona riquísima destinada preferentemente al cultivo del café. Se cultivan el cacao, el café, la caña de azúcar, el caucho, frijoles, habas, maíz y trigo. Su producción pecuaria se basa en ganado vacuno, caballo y ovino (producción de lana). Destaca su función comercial fronteriza, apoyada en el tránsito comercial de la Carretera Panamericana que lo atraviesa, y por el ferrocarril que enlaza la ciudad de Guatemala con la población mexicana de Tapachula. Su economía informal se basa en el negocio de ropa, conservas, cigarros⁵.

La vegetación característica del área de Tacaná está conformada por especies coníferas y latifolias tales como: cipreses, pino blanco, pino de las cumbres colorado, triste, aliso, roble, encino, madron y pinabetes. La capacidad productiva de la tierra de Tacaná es de un 25% apta para la producción agrícola, si

⁵ Instituto Nacional de Estadística. Censos Nacionales XI de Población y VI de Habitación, 2002. Guatemala, 2002, pp. 21-22

se les da un manejo adecuado. El 5 % de la superficie son tierras que por sus limitaciones de drenaje son adecuadas para la siembra de arroz o protección de vida silvestre. La región de pendiente volcánica reciente se caracteriza por estar formada de material del período cuaternario que ha sido drenado o depositado en la costa sur. Las faldas meridionales de los volcanes Tacaná y Tajumulco están formadas por coladas de lava, ceniza o lodo volcánico, siendo estos la base de los suelos volcánicos en que se desarrollan los cultivos de café de altura de los municipios de Tajumulco y San Rafael Pie de la Cuesta. Los ríos que aquí se forman son de rápida corriente, que forman caídas de agua antes de llegar a la llanura costera del pacífico.

San Marcos ocupa el segundo lugar con el 7.11 % de población activa económicamente de la región sur-occidental de Guatemala y con una población migrante de 178,621⁶; por trayectoria, es uno de los departamentos que por varias décadas sus pobladores migran hacia diferentes fincas dentro y fuera del país, con sus familias ofreciendo mano de obra barata.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social junto con el Departamento de Epidemiología reportaron para el año 2001 en el departamento de San Marcos una tasa de incidencia anual de Tuberculosis de 2.92 por 10,000 habitantes.

El programa de política 3 “Salud a Población Migrante”, ejecutado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia, con apoyo del Programa Nacional Población Migrante, tuvo una cobertura de 132,331 migrantes (internos) en el departamento de San Marcos en donde se instalaron 61 unidades mínimas de atención, donde se cubrieron once municipios, entre ellos: Malacatán, San Pablo,

⁶ Ministerio de Salud Pública MSPAS y HOPE. Programa de supervivencia infantil 2001. Guatemala, 2001, s/p.

San Rafael Pie de la Cuesta, El tumbador, El Quetzal, La Reforma, y San José el Rodeo, se destaca a los municipios de origen de Sipacapa, San Miguel Ixtahuacán y Comitancillo. Los estudios sobre morbilidad proporcional atendida por promotores encargados de unidades en plantaciones de café de los municipios ya mencionados, encontrándose que el 32% aproximadamente fueron de origen de Infecciones Respiratorias Agudas Superiores, el 23% fueron provocados por Diarrea; el 5% por Deshidratación, el 8% por Anemia y el 35% fueron provocadas por otras causas no determinadas. En contraste con la producción de vacunación de madres y niños menores de cinco años de población migrante residentes en plantaciones de café se corroboró que solamente alrededor de 425 unidades de vacunación fueron destinadas para combatir la Tuberculosis y 400 vacunas corresponden a combatir la SPR.

Las actividades realizadas por este programa fueron: “El programa para capacitar a comadronas por medio de 40 reuniones trimestrales, con 926 participantes y reuniones de seguimiento, con un total de 48 reuniones, con 699 participantes. El programa trabajó conjuntamente con HOPE Y MSPAS, entre sus actividades se llevó a cabo una reunión de coordinación con distritos de Salud de origen y sede de migrantes, apoyo para supervisión a unidades mínimas, estipendio para voluntarios, capacitación sobre sistema de información.

Entre los problemas encontrados en este programa están los siguientes: a) No se ha podido realizar censos de origen de migrantes ni en sede de migrantes, b) El equipamiento mínimo de unidades mínimas es de: balanzas, mesas, sillas, camillas, c) existe debilidad en el sistema de Información.

Con esta información nos dimos cuenta que se trabajó únicamente con población migrante campesina interna, y no se tomaron en cuenta los municipios de Sibinal, Ixchiguán, Tacaná y San José Ojetenam, que son los municipios que mayor número de migrantes campesinos externos, reporta, según entrevista realizada al Profesor Basegoda de la Rosa.

La OMS ha declarado que la TB (tuberculosis) constituye una emergencia mundial que está fuera de control en muchas partes del mundo. Los programas de control de tuberculosos establecidos en numerosos países en desarrollo no han logrado controlarla por haber curado a un número insuficiente de enfermos, en particular a los enfermos infecciosos (con baciloscopia positiva). Ello obedece principalmente a los siguientes motivos:

Se basaron en servicios especiales de asistencia antituberculosa, que no lograron establecer el seguimiento directo de los casos tratados y no estuvieron al alcance de muchos de los enfermos; utilizaron regímenes terapéuticos inadecuados, y no recurrieron a regímenes terapéuticos normalizados; carecieron de un sistema de gestión de la información que permitiera evaluar de forma rigurosa el resultado de los tratamientos.

Para responder a esta emergencia mundial, la Organización Mundial de la Salud, OMS, ha diseñado un nuevo marco y estrategia de control eficaz de la TB. La estrategia de control de la TB se conoce bajo la sigla DOTS. Para lograr controlar la TB es indispensable que los trabajadores sanitarios traten a los enfermos en este marco, dentro de un programa nacional (PCT). La estrategia se basa en los siguientes principios de organización:

- Establecimiento de una red descentralizada de diagnóstico y tratamiento basada en los servicios de salud existentes e integrada en la Atención Primaria en Salud (APS);
- Buena gestión del programa basada en la responsabilidad y la supervisión del personal de salud;
- Empleo de un sistema interno de evaluación para la búsqueda de casos nuevos y recaídas y para la realización de análisis detallados por cohortes de los resultados terapéuticos.

Los campesinos del Caserío La Ciénaga, migran recurrentemente en forma temporal y están expuestos a peligros y abusos en el tránsito de un territorio a otro, como migrantes entremezclados con otros grupos que migran en forma permanente por razones diferentes, como: extrema pobreza o en busca de nuevas alternativas para vivir o por ser objeto de persecución. Todos sin distinción alguna, sufren diferentes tipos de discriminación de origen racial, social incluso en la forma y cantidad de pago por la mano de obra barata que es pagada por debajo del salario mínimo contemplado por las autoridades mexicanas. Realizan trabajos de jornaleros desde su trayecto hasta llegar a las fincas y dentro de ellas. Se puede observar que cuando realizan sus labores de campo no se les da el equipo necesario que los proteja y deben usar sus propias herramientas.

Se ven violados sus derechos humanos cuando sus contratos se realizan verbalmente decidiendo el patrono las condiciones de trabajo que más le convienen a éste, quedando el campesino expuesto a desventajas pues queda obligado a ser cambiado a otra finca que no fue la determinada. Por su rango de campesinos, son

discriminados en los lugares de trabajo; muchas veces los dueños de fincas pasan por alto responsabilidades que son delegadas a los contratistas que también velan por sus propios intereses únicamente.

Enfrentan condiciones de riesgo al saturarse las galeras de familias campesinas al incluir adultos y niños en el mismo lugar, riesgo de contaminación por infecciones o virus; riesgo de cambiar sus hábitos cotidianos y, por alterar la forma de relacionarse como parejas, padres o familiares; riesgo de descuidar a los hijos que aún no cumplen con la edad para trabajar.

Son personas expuestas que en la práctica no gozan de sus derechos humanos que por derecho tienen.

“El inmigrante está sujeto en multitud de ocasiones a abusos y a violaciones de sus derechos humanos y que en su mayoría no son denunciados por desconocimiento de sus derechos y mecanismos para reclamarlos, por no disponer de tiempo para el curso del trámite o por el temor de sufrir represalias y ser expulsados. Todos estos abusos no se dan únicamente en el trayecto de ingreso, sino también se observan en las condiciones laborales, tanto en su país de origen como en el extranjero”.⁷

“Surge la resolución de la comisión de Derechos Humanos que creó un grupo de trabajo integrado de 5 miembros para estudiar el problema, los Estados Miembros han acordado normas internacionales con la intención de resolver o aliviar el problema. Sin embargo existe la Convención Internacional sobre la protección de los Derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familias

⁷ Herraiz López, Luis León. Migrantes Tejedores de Esperanza. s.p.i. pp. 64-65

(aprobado por la Asamblea General en su resolución 45/158, del 18 de diciembre de 1990)”⁸ (No ha entrado en vigor).

“El caso es que sigue existiendo un problema mundial de violación de los Derechos Humanos de los migrantes. Aunque ha surgido en la comunidad internacional un consenso creciente en que la violación de los derechos humanos tanto como por agentes gubernamentales como no gubernamentales causa gran preocupación a otros países como órganos internacionales. Uno de los obstáculos con que se encuentran los Estados Internacionales miembros de los Derechos Humanos, son las realidades políticas en las que en muchos países se evidencia el surgimiento reciente del racismo, que ha producido sentimientos en contra de los migrantes. Los migrantes son seres humanos por lo que tienen Derechos Humanos, entre ellos , el derecho a la vida, a no ser detenidos arbitrariamente y a un nivel de vida adecuado.”⁹

“El racismo y la discriminación racial continúan ocasionando violencia en muchos pueblos, países del tercer mundo o países llamados desarrollados. Es así como el racismo y la discriminación se presentan en todas las esferas sociales y culturales como un sistema de desigualdad principalmente en los sectores de extrema pobreza en donde se evidencia el fenómeno de la exclusión social”¹⁰

Los campesinos del Caserío La Ciénaga, no poseen cobertura médica ni educativa, trabajan y se esfuerzan de la misma forma sin obtener beneficios que protejan su integridad física en el área de la salud, que protejan su identidad y su

⁸ Ibid.

⁹ Bustamante Jorge A. Expertos en los Derechos Humanos de los Migrantes. s.p.i.

¹⁰ Comisión para la Pastoral de la Movilidad Humana. Esperanzas Sin Fronteras. Guatemala, 2003. pp.176-178.

economía, son excluidos en las actividades de relación con otros grupos migrantes que gozan de mejores condiciones¹¹ durante la estadía en las fincas que sí cuentan con servicios básicos que los migrantes campesinos del Caserío.

“Este fenómeno afecta a los migrantes que son las víctimas directas de la exclusión social porque viven en extrema pobreza, tienen una expectativa de vida muy baja y mueren por falta de alimentos. Muchos seres humanos son excluidos debido al género al cual pertenecen. Millones de mujeres son explotadas, abusadas y engañadas, Los niños son excluidos por falta de las mínimas condiciones de higiene y habitación, caen víctimas de la violencia y se les priva el acceso a la educación, salud y cultura. Existe la discriminación racial entre la población migrante encontrando mujeres y niñas víctimas de una mala remuneración salarial.”¹²

De la misma forma, la Comisión Internacional de Trabajadores Migrantes y de sus Familiares reafirma la protección a los derechos de los migrantes trabajadores. La primera parte, Alcances y Definiciones, explica a quién protege esta Comisión: “...a todos los trabajadores migratorios y sus familiares, sin distinción alguna por motivo de sexo, raza, color, idioma, religión o convicción u opinión pública...” En esta parte explica a qué se refieren los términos utilizados en el texto de Comisión, por ejemplo, define al trabajador migratorio como: “... toda persona que vaya a realizar, realice, o haya realizado una actividad remunerada en un estado que no sea nacional. ” Esta definición incluye categorías más específicas como: trabajador fronterizo, trabajador de temporada y trabajador como empleo concreto. A

¹¹ Véliz Estrada, Telma Patricia, Licda. Una aproximación a los Determinantes Sociales de la Tuberculosis Pulmonar en Migrantes de la Frontera Sur de México. México, 1997. pp. 84

¹² Comisión para la Pastoral de la Movilidad Humana. Esperanza sin Fronteras. Guatemala, 2003, pp. 175-176

todos se les atribuye la característica que deben salir del Estado de Empleo, al terminar el plazo o período autorizado para su estancia.

Se explica que el “Estado de Origen” es aquel del que sea nacional la persona migrante: “Estado de Empleo”, es aquel donde el trabajador migratorio: “...serán considerados documentados o en situación regular si han sido autorizados a ingresar, a permanecer y ejercer una actividad remunerada en el Estado de Empleo de conformidad con las leyes del Estado. Serán considerados no documentados en situación irregular si no cumplen las condiciones establecidas... en la parte II nos dice que ... Los Estados Partes se comprometerán, de conformidad con los instrumentos internacionales sobre Derechos Humanos, a respetar y asegurar a todos los trabajadores migratorios y sus familiares que se hallen dentro de su territorio o sometidos a su jurisdicción, los derechos previstos en la presente Convención, sin distinción alguna por motivo de sexo, raza, color, idioma, religión o convicción, opinión pública o de otra índole, origen, nacionalidad étnico o social, situación económica, patrimonio, estado civil, nacimiento o cualquier otra condición”.

La parte III habla de los Derechos Humanos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares, libertad para salir de cualquier Estado, incluido su Estado de Origen y el derecho a regresar, Derecho a la vida¹³

1.1 Condiciones De Vida

La OPS y DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística ambas de Colombia) en su estudio sobre principales causas de mortalidad y morbilidad, relaciona que las condiciones de vida¹⁴ determinan la oportunidad de vida y para fines de su estudio calificó que, para el análisis de la situación de salud, se requiere un abordaje no sólo de los indicadores de mortalidad y morbilidad, sino de otros indicadores mediante los cuales, sea posible ver el grado de influencia, positiva o negativa, en la determinación del proceso salud - enfermedad, tales como:

El grado de escolaridad

Las condiciones de empleo o desempleo

La recreación

las condiciones de saneamiento básico de las viviendas

El tipo de vivienda

Constituyéndose así en la base para la formulación de políticas sociales, de salud, para priorizar los aspectos en los que es necesario invertir, decidir la organización más adecuada de los servicios, las características de los programas que deben formularse, los problemas que merecen intervención con enfoque de promoción y prevención, etc.

¹³ Ibid.

¹⁴ www.col.ops-oms.org/sivigila/mortalidad/default.htm - 7k

En tanto que en la Revista cubana Higiene y Epidemiología, se realizó un estudio también de morbilidad y la relación de las condiciones de vida en niños y adolescentes, realizando un análisis tomando en cuenta como efectos de las enfermedades que resultaron más frecuentes en primer lugar las infecciones respiratorias agudas (IRA)¹⁵, que agrupó el catarro, la bronquitis, la neumonía y la amigdalitis, definiendo que los factores de riesgo son algunos de ellos está relacionados con las siguientes condiciones:

- Condiciones ambientales físicas, químicas y biológicas del hogar.
- Condiciones sociales de la familia.
- Hábitos tóxicos del niño o adolescente.
- Fumar dentro de la vivienda
- Cantidad de convivientes
- Cantidad de habitaciones para dormir
- Violencia intra- familiar
- Edad del niño
- Escolaridad de la madre
- Tipo de ventilación de la vivienda
- Hacinamiento

Como ya se indicó, el tema central se fundamenta en la aplicación de la Psicología de la Salud y el proceso de salud-enfermedad; de donde se define que salud no sólo

¹⁵ [Revista Cubana de Higiene y Epidemiolog - Condiciones de vida y ... scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0253-17512004000300004&script=sci_arttext&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0253-17512004000300004&script=sci_arttext&lng=es) - 31k

es la ausencia de enfermedad, sino la optimización de la salud y bienestar físico, emocional y psicológico del individuo, la promoción de la salud se origina en base de las necesidades y el comportamiento social.

En esta posición se concede especial importancia al papel que deben jugar disciplinas sociales como la Psicología, la Antropología, la Demografía, en la comprensión de los problemas de Salud y en su solución, trabajando de manera estrecha con la epidemiología y la estadística al referirnos a la promoción de Salud, la medicina clínica de base biológica como disciplina dominante en relación con los problemas de salud y la enfermedad. Otro cambio importante que se relaciona con la Salud es el que tiene que ver con los servicios de Salud.

En los países que, con seriedad se trabaja por mejorar el estado de Salud de la población, se concede alta prioridad a los buenos desarrollos de los servicios de atención primaria. La Psicología se relaciona mucho con la salud y la enfermedad y ésta a su vez en forma estrecha con las ciencias, para comprender los problemas de salud de una comunidad basados en la comunidad. Está claro que no se pueden alcanzar buenos resultados de trabajo en esos servicios si no entran en juego recursos de la Psicología Social para fomentar la participación popular, identificar sus necesidades, favorecer la comunicación con los usuarios y operar cambios en sus comportamientos con respecto a la Salud. Otros servicios como los hospitales requieren la aplicación de recursos de Psicología Institucional.

“...es importante ver el concepto de salud-enfermedad humana como un proceso de consideración vital y biológicamente considerados. También es importante ver la

otra cara de la Psicología de la Salud desde otra perspectiva. Percibirla como una de las llaves que pueden abrir las puertas de nuevas comprensiones que franqueen el paso a un moderno equipo multidisciplinario de Salud hacia nuevos horizontes de acción, con niveles mucho más altos de eficacia y eficiencia. “Algo de esto entrevió el doctor Brock Chrisholm en 1946 cuando, como parte del comité de expertos que preparaba el desarrollo de la Organización Mundial de la Salud, expresó la ignorancia, la intolerancia religiosa, la miseria y la pobreza, estos males Psicológicos deben ser entendidos para que se pueda prescribir un remedio. Pasaron cincuenta y tres años desde esa manifestación de Chrisholm y en este lapso las enfermedades infecciosas dejaron de ser las causas más prevalentes de enfermedad y muerte en gran parte de los países de la tierra; su lugar fue ocupado por las no transmisibles de naturaleza Psicosomática o relacionadas con la subjetividad y el comportamiento humano. Psicología ya no sólo comenzó a ser necesaria para poder prescribir con éxito un remedio, sino para la solución directa de los problemas de enfermedad y su prevención. Luego las enfermedades contagiosas, viejas y nuevas, volvieron a empezar a empañar el horizonte de la vida humana. Este “luego es hoy la lucha por la salud es mucho más compleja que antes y la posibilidad de éxito¹⁶”.

Como consecuencia de una serie de factores casuales interrelacionados, la Psicología sigue excluida de los escenarios en las cuales se juegan las acciones más grandes e importantes, desde el punto de vista, cuantitativo como cualitativo, del campo de la Salud colectiva.

¹⁶ Ibid.

1.2 Psicología de la Salud

“La Psicología de la salud es la rama aplicada de la Psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso *salud-enfermedad* y de la atención de la salud. A la Psicología de la salud le interesa el estudio de aquellos procesos psicosociales que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedades y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de salud, lo que se expresa en el plano práctico en un amplio modelo de actividad que incluye acciones útiles para la promoción de salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los enfermos y personas con secuelas y para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que los reciben”¹⁷.

1.2.1 La Psicología en la Atención Primaria de la Salud.

La atención primaria es un concepto que ha sido muy discutido y se han hecho en ciertos momentos, apreciaciones un poco simplistas al atribuírsele la condición de cuidados elementales, sin embargo se debe contemplar como uno de los momentos más importantes y ricos entre todos los procesos de atención a la salud. La asistencia sanitaria esencial, científicamente fundados y socialmente aceptables y puestos al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueda soportar en toda las etapas de su desarrollo, con espíritu de autor responsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte tanto del sistema nacional de

¹⁷ Morales Calatayud, Francisco, Introducción a la Psicología de la Salud. Buenos Aires, Argentina, Editorial Piados, 1999, p. 88

salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo socioeconómico global de la comunidad; es el primer nivel de contacto con los individuos y con la familia, de esta forma la comunidad se relaciona con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible, la atención al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso de asistencia sanitaria. Las prioridades de trabajo en atención primaria son muy variadas, dependen de los problemas específicos que tenga la comunidad con la que se trabaja, siempre a partir de una correcta identificación de esos problemas mediante el diagnóstico de la situación de salud de la comunidad y de una concepción integral de promoción de salud, prevención y atención de las enfermedades y otros problemas y daños de la salud (como ejemplo: los accidentes), y la rehabilitación basada en la comunidad de las personas con secuelas y limitaciones. Las prioridades en las acciones tendrán que estar determinadas por la interpretación que el equipo de trabajo hace del estado de salud de la comunidad, interpretación que también debe integrar lo que la población percibe como sus necesidades prioritarias.

Los países centroamericanos enfrentan la necesidad creciente y urgente de dar atención prioritaria al capital humano que conforman sus pueblos. En ello, la salud juega un papel prominente en la medida que supone en última instancia, la consecución del bienestar pleno de las personas condición indispensable para la expresión cabal de las potencialidades creativas y productivas de cualquier sociedad; en razón de ello se vuelve urgente la tarea de documentar y analizar los efectos que el crecimiento económico estancado, la crisis económica general, la desigualdad social, la multiplicación de la pobreza extrema, y en particular el

desajuste estructural, han tenido sobre las condiciones de salud de la población, las consecuencias sobre la capacidad social de producción de servicios de salud y sobre la asignación de recursos financieros públicos y privados para el desarrollo de la salud.

Se ha producido una reducción del nivel y la calidad de vida de la población, por lo que les es más difícil a los hogares hacerles frente a las necesidades básicas relacionadas con la salud, incluidos los alimentos y los medicamentos. El mejoramiento en las condiciones de salud de la población tiene un impacto directo sobre el bienestar, el crecimiento económico y el desarrollo socioeconómico.

1.2.3 La Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad

Se establece un beneficio mutuo para la Psicología Social y para la salud pública cuando se da la investigación sobre la prevención. Se destaca que la prevención maneja tres niveles en el campo de la salud, a saber,

- “Prevención primaria: cuando el objetivo es la disminución de la incidencia de enfermedades.
- Prevención secundaria: cuando en la disminución de la prevalencia, se acorta el período de duración de la enfermedad.
- Prevención terciaria: se ocupa de la disminución de las secuelas y complicaciones de la enfermedad ”. ¹⁸

¹⁸ Carrillo, Ana Lorena (comp.). Migraciones, Frontera, Sociedad. Centro de Estudios Urbanos y Regionales, 1998. p. 76

Los campos para el estudio Psicosocial se pueden desarrollar tomando una Perspectiva socio-cultural, es decir, cómo las instituciones pueden influir en el riesgo de accidentes industriales, contaminación ambiental etc.

Perspectiva del sistema sanitario, que investiga los fallos del sistema en la provisión de cuidados de la salud, cómo los individuos valoran sus propios regímenes de afrontamiento.

“Por último, desde la Perspectiva personal, en donde se define el estilo de Vida (ejercicio, dieta, hábitos higiénicos, etc.)”¹⁹

La promoción de la salud, supone la instalación y mantenimiento de comportamientos no sólo saludables, sino también aumentadores de las capacidades funcionales, físicas, psicológicas y sociales, de la persona.

“La promoción de la salud se realiza grupalmente mediante acciones ejercidas sobre los individuos que les lleven a modificar sus comportamientos, para que adquieran y conserven hábitos de salud sanos, aprendan a usar juiciosamente los servicios de salud que tienen a su disposición y estén capacitados para tomar, individual o colectivamente, las decisiones que implican la mejora de su estado de salud y el saneamiento del medio en que viven.”²⁰

-“La Psicología Social de la Salud, ha estudiado los factores por los que los individuos se mantienen saludables o que favorecen las conductas sanas y los

¹⁹ *Ibíd.*

²⁰ Programa Mundial de Tuberculosis, OMS, Directrices para los programas Nacionales. s.p.i. s/p.

factores por los que se adoptan conductas y hábitos de riesgo o perjudiciales.”²¹

“La Psicología social, ha colaborado en el estudio de los factores Psicosociales que intervienen en la etiología de problemas de salud, estudiando cómo el sistema socio-cultural afecta a la salud y la enfermedad a través de los estilos de vida imperantes, sobre todo, de las actitudes de la población”²².

La educación para la salud, es un campo de investigación y aplicación que ofrece enormes posibilidades a la Psicología Social de la Salud, combinados en cuatro pasos.

- Análisis del problema
- Identificación de los determinantes de la conducta
- Intervención comportamental
- Evaluación

Según se indica, la contribución de la Psicología Social, puede centrarse en la aportación de teorías y modelos determinantes de la conducta y de teorías de cambio comportamental. Por tanto, la educación sanitaria se dirige a la población en general, específica o pacientes, se define como el proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, impulsa los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos y dirige la formación profesional y la investigación a los mismos objetivos. La educación sanitaria, se proyecta primordialmente a personas sanas con el objetivo inicial de prevenir la enfermedad, pero también para mejorar la calidad de salud y por tanto

²¹ Carrillo, Ana Lorena. (comp.). Migraciones, Frontera, Sociedad. Centro de Estudios Urbanos y Regionales, 1998. pp. 36-37

²² *Ibid.*.

mejorar la calidad de vida de las personas. En el proceso de enfermedad, la Psicología Social de la Salud contribuye al estudio de los factores psicosociales asociados al padecimiento de la enfermedad en cada una de sus fases como lo son: origen, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, así mismo estudia los factores psicosociales que generan, mantienen y agravan este proceso. La intervención de la Psicología Social contribuye a la dinamización de equipo de auto-ayuda y equipos de apoyo, al uso de las redes de apoyo social para generar bienestar general.

“El proceso de enfermedad implica, reconocimiento de los síntomas, búsqueda de ayuda, uso de servicios médicos, prescripciones terapéuticas, respuesta o actitud al asumir la enfermedad.”²³

Es importante ver “el problema específico de la Tuberculosis Pulmonar como un problema de origen multicausal relacionando lo biológico-social y naturaleza-sociedad²⁴”. De tal forma que el concepto de salud-enfermedad tiene una gran determinación social por la influencia de la totalidad sobre cualquiera de las partes. Lo que en términos de movimiento no se limita, es un fenómeno social que está sujeto a las condiciones materiales de existencia de los grupos sociales y de esto dependerá el tipo de enfermedades que se manifiesten.

La morbilidad, es provocada por enfermedades carenciales e infecciosas que no cambian mientras se maneje bajo el concepto de medicina asistencial curativa, siempre que las medidas de salud pública sean aisladas, mientras los cambios

²³ *Ibíd.*

²⁴ *Ibíd.*

socio-económicos de la sociedad no mejoren y mientras los indicadores de salud-enfermedad estén directamente relacionados con el grado de desarrollo industrial y las estructuras políticas diferentes (interacción de ricos y pobres). Porque esta interacción está definida por su carácter histórico, la influencia causal, su proceso económico, cultural práctica eco biológica, por su explicación multicausal; y que la teoría evolucionista indica que el objeto real está determinado por los procesos ontogenéticos y filogenéticos, su relación entre sí y su proceso de cambio.

Citaremos el caso de la Tuberculosis cuyos efectos ontogenéticos y filogenéticos devienen de un origen de multicausalidad a saber:

1. Desde su origen biológico, provienen por el Bacilo de Koch
2. Desnutrición
3. Por hacinamiento
4. Contacto con pacientes bacilíferos
5. Diabetes Mellitus
6. Síndrome de Inmuno Deficiencia
7. Condiciones de vida que propician la pobreza
8. Secuelas de Industrialización (contaminación por desechos agroquímicos, desechos no biodegradables)

La sola presencia del bacilo no provoca la enfermedad si no existen las condiciones enumeradas. Enfatiza que las condiciones sociales pueden ser variables y determinantes, sin ir muy lejos, cuando la sociedad en su mayoría goce de servicios de agua potable, alcantarillado, educación, mejore la calidad de vida

proporcionando bienestar; otro aspecto de las condiciones sociales, consiste en la relación de las sociedades con la naturaleza, las relaciones entre sociedad-naturaleza y las relaciones económicas y culturales que conllevan a una mejor calidad de vida, influenciando directamente las tasas de morbilidad y mortandad. Si se pretende mejorar las condiciones de vida, que provean a las sociedades de bienestar; los procesos de investigación, prevención y la atención médica deberán dirigirse no solo a combatir las enfermedades directamente, sino también para combatir las condiciones que la propician. Es así como existe una “Interacción de lo biológico y social- naturaleza y la sociedad”.

Exponiendo que en el fenómeno de salud-enfermedad, se encuentra una expresión dinámica dentro de una totalidad orgánica concreta en donde lo social adquiere jerarquía sobre lo biológico interactuando y conteniéndose. Concebir la salud-enfermedad dentro del sistema de relaciones y determinaciones de una totalidad, contribuye a clarificar el problema evitando las visiones simples y unidireccionales permitiendo acciones específicas coherentes con una realidad social determinada, contribuyendo a modificar positivamente.

Calatayud explica el fenómeno de la multicausalidad “...si pensamos que la naturaleza del hombre es esencialmente social, no podemos atribuir a lo biológico o a lo natural, exclusivamente, la causa de las enfermedades. Son muchos los factores que actuando a nivel del ambiente humano determinan que una enfermedad se inicie y desarrolle en ciertos sujetos e incida, con mayor o menor peso, en determinados grupos poblacionales. Los seres humanos vivimos en circunstancias sociales concretas, insertos en un modo de producción dentro del cual ocupamos una

posición determinada. Las circunstancias naturales y la propia dotación biológica personal adquieren sentido en relación con el logro de un nivel de salud o el desarrollo de una o más enfermedades específicas, sólo entendidas en ese contexto. Estos puntos de vista han dado paso a una concepción mucho más amplia en relación con la causalidad de la salud y la enfermedad que se orienta hacia una perspectiva ecológica”²⁵

1.3 Calidad de vida: “ ... supone numerosos elementos. Se funda en el gozo tranquilo y seguro: de la salud y de la educación, de una alimentación suficiente y de una vivienda digna, de un medio ambiente estable y sano, de la justicia, de la igualdad entre los sexos, de la participación en las responsabilidades de la vida cotidiana, de la dignidad y de la seguridad. Cada uno de estos elementos es importante en sí mismo, y a ausencia de uno solo de éstos puede el sentimiento subjetivo de “calidad de vida...”²⁶

1.4 Infecciones Respiratorias y Tuberculosis Pulmonar.

1.4.1 Infecciones Respiratorias. Para nuestro estudio clasificaremos las enfermedades respiratorias entre las siguientes:

a) Resfriado común o Catarro, enfermedad infecciosa aguda del tracto respiratorio superior causada por más de cien tipos de virus. La infección afecta a las membranas mucosas de la nariz y de la garganta, y provoca síntomas como congestión y secreción nasal, dolor de garganta y tos. Estos síntomas son también típicos de las infecciones respiratorias producidas por bacterias, y de enfermedades

²⁵ Morales Calatayud, Francisco. Introducción a la Psicología de la Salud. Buenos Aires, Argentina, Editorial Piados, 1999. pp. 35-36

²⁶ Comisión Independiente sobre Población y Calidad de Vida. Elegir el Futuro IEPALA. Madrid, Editorial Madrid, 1998. pp. 82-83.

alérgicas como la fiebre del heno y el asma bronquial; por consiguiente, a veces es difícil diagnosticar con certeza el resfriado común. Por lo general sigue un curso leve, sin fiebre, y remite de forma espontánea en un periodo de siete días. Su importancia médica radica en las posibles complicaciones que puede originar. A partir de un resfriado pueden surgir varias enfermedades, como bronquitis, neumonía, sinusitis y otitis media. Las investigaciones señalan que existen varias cepas de cada tipo de virus con grados diversos de virulencia. La infección por una cepa sólo confiere una inmunidad breve para la reinfección por la misma cepa, y no deja inmunidad frente a otras cepas. El estudio de las zonas de unión de los anticuerpos sobre la cubierta viral revela un grado muy elevado de variabilidad antigénica, lo que sugiere que la producción de una vacuna para protegerse del resfriado común puede ser imposible²⁷.

b) Bronquitis crónica, inflamación aguda o crónica del árbol bronquial. Los bronquios son tubos de calibre grueso situados en el interior de los pulmones en comunicación con la tráquea, y encargados de conducir el aire a conductos de menor diámetro (bronquiolos) dentro de los pulmones. La bronquitis aguda se caracteriza por fiebre, dolor torácico, tos y expectoración mucoide a las vías altas del tracto respiratorio. La bronquitis aguda puede ser infecciosa (producida por una infección viral o bacteriana), o irritativa (producida por la inhalación de polvo o vapores irritantes). La bronquitis aguda puede propagarse a territorios más terminales del árbol bronquial, produciéndose una neumonía lobar o bronquial. La bronquitis crónica es una

²⁷ *Ibid.*

enfermedad de larga evolución que puede deberse a episodios repetidos de bronquitis aguda. Es una de las formas de EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), siendo la otra el enfisema. Se define por la presencia de tos y expectoración al menos durante tres meses al año durante dos años consecutivos, así como cuadros inflamatorios y degenerativos en el árbol bronquial.

c) Asma bronquial, (del griego *asthma*, 'respiración difícil'), enfermedad respiratoria en la que el espasmo y la constricción de los bronquios y la inflamación de su mucosa limita el paso del aire, con la consiguiente dificultad respiratoria. Este estrechamiento de las vías respiratorias es típicamente temporal y reversible, pero en ataques severos de asma puede provocar incluso la muerte. El asma afecta tanto a mujeres como a hombres de todas las edades y grupos étnicos y de los distintos niveles socioeconómicos, aunque es más frecuente, por causas que todavía se desconocen, en zonas urbanas deprimidas económicamente, en climas fríos y en países industrializados. El ataque asmático se produce cuando los bronquios y bronquiolos se inflaman, reduciendo el espacio por el que el aire pasa hasta llegar a los pulmones. La inflamación de las vías respiratorias comienza cuando una sustancia irritante, por ejemplo el humo de un cigarrillo, se pone en contacto con la pared de las vías respiratorias. Esta sustancia desencadena la activación del sistema inmunológico del organismo que envía unas células especializadas, llamadas mastocitos, a la zona que sufre la irritación. Estas células liberan histamina, lo que origina una inflamación localizada y una vaso dilatación. Todo este proceso se conoce con el nombre de respuesta inflamatoria. La histamina puede causar un bronco espasmo, lo que provoca una dificultad mayor al paso del aire por las vías

respiratorias. Asimismo, se favorece la producción de moco que obstruye aun más las vías, lo que origina ataques de tos y disnea. Una crisis típica empieza con tos, estornudos, y respiración entrecortada, aunque ciertos individuos sólo desarrollan una tos seca. Incluso sin tratamiento, el ataque suele ceder en unas pocas horas; la tos se hace más húmeda y el sujeto expectora grandes cantidades de moco. Las crisis pueden repetirse en horas o días, o permanecer ausentes durante meses o incluso años. El estatus asmático, crisis prolongada que persiste a pesar del tratamiento, es una forma especialmente grave y a veces mortal de la enfermedad, y por lo general requiere hospitalización. La frecuencia y gravedad de los síntomas asmáticos varía mucho de una persona a otra; en algunos niños con asma los ataques desaparecen al alcanzar la edad adulta²⁸.

1.4.2 Tuberculosis. Enfermedad infecciosa aguda o crónica producida por el bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, que puede afectar a cualquier tejido del organismo pero que se suele localizar en los pulmones. El nombre de tuberculosis deriva de la formación de unas estructuras celulares características denominadas tuberculomas, donde los bacilos quedan encerrados. La enfermedad no suele aparecer en animales en su hábitat natural pero puede afectar al ganado vacuno, porcino y avícola. Según los antecedentes históricos a principios del siglo XIX los trabajos de los médicos franceses Gaspard Laurent Bayle y René Laënc establecieron las formas y estadios de la tuberculosis como enfermedad; ambos fallecieron por su causa. El microbiólogo alemán Robert Koch descubrió, en 1882, el agente causal, el bacilo de la tuberculosis (también conocido como bacilo de Koch).

28 Enciclopedia Microsoft® Encarta® 2002. © 1993-2001 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

En 1890, desarrolló la prueba de la tuberculina para el diagnóstico de la enfermedad. En 1924, los bacteriólogos franceses Albert León Calmette y Alphonse F.M. Guérin desarrollaron una vacuna denominada BCG (vacuna del bacilo de Calmette-Guérin). El primer agente quimioterapéutico específico para la tuberculosis fue la estreptomina, descubierta por el microbiólogo norteamericano Selman Abraham Waksman en 1944. Este descubrimiento fue seguido en 1948 por el del PAS (ácido paraaminosalicílico) y más tarde por la isoniazida y otros fármacos que revolucionaron el tratamiento de la tuberculosis. Un número importante de personas con síndrome de inmunodeficiencia adquirida desarrollan tuberculosis y han aparecido algunos bacilos resistentes al tratamiento farmacológico. Los bacilos de la tuberculosis son transmitidos por el esputo, bien en gotitas suspendidas en el aire o por partículas de polvo y rara vez por excrementos o alimentos. A diferencia de otras enfermedades infecciosas, la tuberculosis no tiene un periodo de incubación específico. Un episodio único no confiere inmunidad duradera. El bacilo puede permanecer latente en el organismo durante un largo periodo, hasta que una disminución de las defensas le da la oportunidad de multiplicarse y producir los síntomas de la enfermedad. Aunque más de un cuarto de la población es portadora de bacilos tuberculosos la enfermedad se desarrolla en un porcentaje pequeño de personas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que entre el 2000 y el 2020 alrededor de 1.000 millones de personas en el mundo se infectarán y 200 millones contraerán la enfermedad. Los más afectados son los países en vías de desarrollo, donde se registran el 95% de todos los casos. La radiografía simple de tórax es un método de exploración selectiva de la población para evidenciar la

tuberculosis pulmonar. Aunque la radiografía suele demostrar la presencia de una lesión pulmonar, la confirmación de su etiología requiere otras pruebas. La prueba de la tuberculina consiste en inyectar en la piel una proteína obtenida de cultivos de bacilos de la tuberculosis. Una reacción cutánea positiva indica la presencia de tuberculosis, bien activa o inactiva. El diagnóstico de la enfermedad activa se realiza mediante el aislamiento de los bacilos de la tuberculosis en el esputo. En las fases tempranas no suelen existir síntomas. Los síntomas comunes a todas las formas de tuberculosis en fase avanzada suelen incluir fiebre, fatiga, sudoración nocturna, pérdida de apetito y pérdida de peso. En la tuberculosis pulmonar estos síntomas se acompañan de trastornos respiratorios como tos, dolor torácico y esputos sanguinolentos. Con frecuencia es necesaria la hospitalización durante la primera fase del tratamiento pero una vez que la enfermedad está bajo control, el paciente puede volver a su actividad normal. El tratamiento completo dura entre seis meses y dos años²⁹.

1.5 Migración:

El Fenómeno Migratorio ocurre desde la época colonial con el sistema de mandamientos, con las movilizaciones de grupos indígenas desde el altiplano del país hacia la región de la costa sur para trabajar en actividades vinculadas al añil y la sal. A finales del siglo se estableció la modalidad de contratación de trabajadores mediante representantes de las fincas, llamados habilitadores quienes procedían a

²⁹ Enciclopedia Microsoft® Encarta® 2002. © 1993-2001 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

contratar a campesinos para trabajo temporal³⁰.

La migración de guatemaltecos a México es de larga cronología. Las comunidades de origen maya que han habitado la región fronteriza entre ambos países – y otras zonas de Meso América- suelen moverse de un lado a otro en la región fronteriza con regularidad ya que éste ha sido un territorio ancestral. Este movimiento es especialmente importante en zonas fronterizas en los departamentos de El Quiché, San Marcos, Izabal, Huehuetenango y El Petén que colindan con México³¹. En el siglo XIX se regularizó un incipiente movimiento migratorio, normalmente temporal, de trabajadores agrícolas guatemaltecos que cruzaban la frontera para trabajar en fincas bananeras y cafetaleras ubicadas en el Soconusco, en el sudeste mexicano. Cálculos conservadores indican que anualmente entre 80 y 150 mil trabajadores temporeros guatemaltecos cruzan a México para trabajar en los cultivos de banano, café, soya, caña de azúcar y diversos frutales.

En el informe realizado por MSPAS, IGSS, OPS (1998)³² se hace una descripción del término “*Migración*”, es la acción y efecto de pasar de un país a otro para residir en él, y **Migración Temporal** es: “el cambio de residencia que afecta la población activa durante una corta temporada” también se entiende que es: “un fenómeno eminentemente sociológico, que consiste en el desplazamiento de individuos de un espacio territorial a otro, en forma temporal o definitiva. Según esta referencia, la

30 Ministerio De Salud Pública y Asistencia Social, Instituto Guatemalteco De Seguridad Social, Organización Panamericana De La Salud. Guatemala, 1998. s/p.

31 Palma, Irene. Cuando las ilusiones se dirigen al norte: Un estudio de caso en una comunidad del altiplano occidental de Guatemala. s/l. 1998. p 5.

32 Ministerio De Salud Pública y Asistencia Social, Instituto Guatemalteco De Seguridad Social, Organización Panamericana De La Salud. Guatemala, 1998. s/p.

migración puede ser hacia afuera y hacia adentro del territorio nacional; puede ser de toda la vida; reciente (con menos de 5 años de haber ocurrido); y temporal agrícola.

A los trabajadores se les contrata en cuadrilla, por lo que se les llama cuadrilleros, también se les conoce con el nombre de trabajadores temporales o estacionales, debido a que permanecen durante pocos meses en lugares de destino o acuden durante épocas o estaciones del año. Los meses en que los campesinos migran son a partir de agosto a enero.

Se distinguen dos ubicaciones de los trabajadores migratorios:

- El origen: comunidad donde reside, cuando no están trabajando.
- El destino: finca o municipio donde se dirigen a trabajar.

Con el objeto de categorizar a la muestra poblacional de migrantes, el Ingeniero Miguel Ángel Castillo García³³ en su ponencia sobre “Problemas, Desafíos, Dimensiones y Migración Tranfronterizada”, indica que el territorio del Soconusco (fue asiento de importantes grupos étnicos de la época prehispánica). En las regiones fronterizas, altas y selváticas, las diferencias son más ostensibles, por las condiciones de producción, el acceso a servicios sociales y en general la vida de la población, es más precaria. Así mismo en las áreas de la boca costa y sierra se localizan las principales áreas de la producción cafetalera, así como que las unidades de propiedad privada (fincas privadas) son las que utilizan elevados volúmenes de fuerza de trabajo temporal.

³³ Carrillo, Ana Lorena (comp.). Migraciones, Frontera, Sociedad. Centro de Estudios Urbanos y Regionales, 1998. pp. 45-46

José Eduardo Loreto³⁴, cónsul de México en Guatemala, en su ponencia sobre “Migración, Frontera y Desarrollo”, refiere que las decisiones sobre migración y desarrollo en frontera de San Marcos, Guatemala-Chiapas, son un reto y no un problema. Se refiere a la categorización de migrantes como permanentes y no como transitorios dado a la recurrencia y el lugar de origen al que siempre se dirigen lo que le hace ver esta actividad como un estilo de vida.

Edith Kauffer³⁵, “hace mención especial a los migrantes de la época de los ochenta, puntualizando sus figuras jurídicas e identidades. Habla de los migrantes en su calidad de refugiados, asilados políticos, refiere que la década de los noventa, se les categorizó como población de retornados, repatriados e integrados”. Los migrantes a pesar de ser permanentes al lugar donde trabajan mantienen su identidad cultural e ideológica; de tal forma que se enmarca una serie de teorías como producto de las Relaciones Interraciales e Interétnicas, entre las más importantes se encuentra: la Teoría de las relaciones cíclicas, la Teoría primordialista, las Teorías instrumentalistas y movilizacionistas centradas en el grupo de interés, la elección racional y el colonialismo interno, las Teorías neo-marxistas, la perspectiva weberiana y las Teorías de la identidad, el prejuicio y la categorización social.

“...Teorías instrumentales y movilizacionistas, estas contribuyen a la movilización de los grupos... ofrecen una interpretación de las relaciones interétnicas que se contraponen a las tesis primordialistas del tribalismo; estos fenómenos no se

³⁴ *Ibíd.*

³⁵ *Ibíd.*

explican en función de vínculos afectivos, sino del uso dado por los grupos a las identidades étnicas, para sostener la competencia económica y política los grupos étnicos se crean y se mantienen artificialmente por su utilidad pragmática. Teorías del grupo de interés, el sostenimiento y el refuerzo de las identidades étnicas están relacionadas con las intenciones de los grupos para ejercer la mayor influencia posible en las políticas sociales y económicas. Estas teorías conciben la etnicidad como una respuesta al cambio estructural y de las relaciones de poder. Teorías de la elección racional, Banton, destaca que éstas son entendidas como intercambios en una situación de mercado en la cual los individuos, mediante sus acciones, tratan de maximizar sus ventajas, previa evaluación de los beneficios y costes de las opciones existentes. Los cambios interracial e interétnicos varían en función de la fuerza o la debilidad de las fronteras entre grupos, así como por la naturaleza individual o colectiva de las estrategias que se adoptan en la competencia. Hechter, señala que sólo se comprometen los miembros de un grupo étnico en una acción colectiva cuando estiman que con ella recibirán un beneficio individual claro”

Las diferentes Teorías nos aclaran que cada individuo debe pertenecer a un grupo el cual maneja la identidad de los mismos así como que de ello depende la calidad de vida para cada uno; donde recibirán un beneficio individual claro. En el dinamismo de los grupos siempre se conforman por jerarquización y dominación aunque también existen expresiones de solidaridad siendo esta una respuesta a la discriminación y siendo respuesta una conciencia política que lucha contra el poder dominante.

A este respecto la Psicología de la salud viendo las necesidades, une entonces las problemáticas de salud con la conducta social para desarrollar estrategias de prevención y de promoción teniendo en cuenta fracturas psicológicas y las consecuencias que de ellos se derivan.

1.6 HIPÓTESIS GENERAL

“Las condiciones de vida como determinantes Psico-sociales alteran el proceso salud-enfermedad de las Infecciones Respiratorias en el campesino migrante temporero del Caserío la Ciénaga”.

Variable Independiente: Las condiciones de vida como determinantes Psico-sociales...

Variable Dependiente: ..alteran el proceso salud-enfermedad de las infecciones respiratorias en el campesino migrante temporero del Caserío la Ciénaga”

VARIABLE INDEPENDIENTE: Indicadores: *Condiciones de Vida:* alimentación, vivienda, escolaridad, cultura, etnia, religión

VARIABLE DEPENDIENTE: Indicadores: *Proceso Salud-Enfermedad, Proceso Migratorio.*

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Calidad de vida supone numerosos elementos. Se funda en el gozo tranquilo y seguro: de la salud y de la educación, de una alimentación suficiente y de una vivienda digna, de un medio ambiente estable y sano, de la justicia, de la igualdad entre los sexos, de la participación en las responsabilidades de la vida cotidiana, de la dignidad y de la seguridad. Cada uno de estos elementos es importante en sí

mismo, y la ausencia de uno solo de éstos puede alterar el sentimiento subjetivo de “calidad de vida”³⁶.

Infecciones Respiratorias. Entre las que se clasifican las siguientes:

a) Resfriado común o Catarro, enfermedad infecciosa aguda del tracto respiratorio superior causada por más de cien tipos de virus.

b) Bronquitis crónica, inflamación aguda o crónica del árbol bronquial. La bronquitis aguda se caracteriza por fiebre, dolor torácico, tos y expectoración mucoide a las vías altas del tracto respiratorio.

c) Asma bronquial, enfermedad respiratoria en la que el espasmo y la constricción de los bronquios y la inflamación de su mucosa limita el paso del aire, con la consiguiente dificultad respiratoria.

Tuberculosis, enfermedad infecciosa aguda o crónica producida por el bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, que puede afectar a cualquier tejido del organismo pero que se suele localizar en los pulmones. El nombre de tuberculosis deriva de la formación de unas estructuras celulares características denominadas tuberculomas, donde los bacilos quedan encerrados. La enfermedad no suele aparecer en animales en su hábitat natural pero si puede afectar al ganado vacuno, porcino y avícola.

³⁶ Comisión independiente sobre Población y Calidad de vida. Elegir el futuro. IEPALA, Madrid, 1998, p. 82

CAPITULO II

2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

La muestra poblacional fue delimitada en el Caserío La Ciénaga que pertenece a la aldea Chequin, jurisdicción del municipio de Tacaná del departamento de San Marcos; esta región está ubicada en el altiplano marquense que colinda con los municipios de Sibinal, San José Ojetenam e Ixchiguán y con la frontera de México.

De acuerdo con los datos históricos, Tacaná forma parte de un departamento sur occidental de gran trascendencia histórica. En el período de la conquista este territorio fue sometido junto con los indígenas Tlaxcaltecas de origen mexicano por los soldados españoles, hasta el año 1849 se consideró al departamento de San Marcos como distrito independiente y en 1866 se le estableció como departamento en forma definitiva.

Esta comunidad cuenta con una población aproximada de 350 personas con un promedio de 50 familias; de donde se pudo encuestar a 43 familias representando el 80% de la población total del caserío La Ciénaga. Esta población se define como campesinos migrantes temporeros que desde generaciones anteriores se han dedicado al corte de café en las fincas del Soconusco, migran en grupos familiares durante el año, todos pertenecen a una misma comunidad que viajan con el núcleo familiar siendo de ambos sexos con edad productiva entre los rangos de 15 – 45 años de edad.

Para el manejo de la información recabada, se utilizó técnicas de Estadística Descriptiva (recolección, tabulación, análisis y presentación de datos).

La técnica de la Estadística Descriptiva que utilizamos fue “Las frecuencias relativa porcentual” y para una mejor presentación de dichos resultados se hizo uso del gráfico de barras. El “análisis descriptivo”, nos permitió elaborar el perfil socioeconómico del campesino migrante, la importancia que este perfil tiene, es que por primera vez se obtienen datos confiables de una población específica que provee información de mucho peso para mejorar sus propias condiciones así como proporcionar una nueva imagen como comunidad que sobrevive en condiciones precarias, pero han logrado mantener a la población unida y protegida formando su propia red de apoyo.

Instrumentos: los instrumentos utilizados en esta investigación fueron los siguientes:

2.1 OBSERVACIÓN LIBRE: la observación se concentró en un grupo de personas dentro de su comunidad, permitiéndonos así observar características propias del ambiente en el que vive el campesino, como lo son: su vivienda, el acceso que tienen desde la cabecera municipal hasta su comunidad, aspectos de salubridad. Características de los pobladores como lo es su alimentación, la etnia a la que pertenecen, aspectos de salud, cultura y religión. Todo esto nos permitió elaborar una Caracterización del caserío.

2.2 ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS: con las entrevistas orales aplicadas a personas (líderes comunitarios) e Instituciones (Centro de Salud; Ong's, Intervida; Casa del Migrante; Municipalidad, todas estas instituciones ubicada en San Marcos, así como también en la Municipalidad de Tacaná); logramos recabar información que nos permitió obtener datos específicos de salubridad, orografía, accesibilidad, tipo de

transporte, redes de apoyo, identificar los procesos infecciosos respiratorios y la tuberculosis pulmonar, acceso a la atención médica.

2.3 ENCUESTA: El objetivo esencial de este instrumento se basó en los determinantes psicosociales en el proceso salud-enfermedad con el estilo de vida de migrantes temporeros recurrentes que los caracteriza y permitió obtener respuestas específicas sobre las condiciones de vida, expectativas de vida, características generales de la población, acceso a los servicios, el tipo de vivienda, la alimentación diaria, la cobertura de salud, la cobertura de educación y de esta manera hacer la relación con las causas de las enfermedades infecto respiratorias.

El instrumento constó de 12 ítems encaminados a determinar el lugar de origen, las condiciones de la vivienda, recursos alimenticios y calidad de dieta. 8 ítems enfocados a recopilar datos familiares de consanguinidad, edad, sexo, religión, escolaridad, dialecto e idioma, ocupación de la familia. 9 ítems para conocer el área de la salud, específicamente establecer diagnóstico diferencial entre catarro común, asma bronquial, bronquitis crónica y Tuberculosis Pulmonar, cómo fue atendida, dónde fue el lugar de foco de infección, mortalidad por los problemas respiratorios, manejo de la persona infectada.

Los ítems permitieron dar a conocer las condiciones de vida y los recursos con que esta población cuenta realmente, establecer la calidad de vida, tanto en sus recursos de vivienda, higiene, alimentación, manejo de desechos así como los recursos naturales y económicos con que cuentan, están directamente relacionados con el aspecto de su salud y los factores de riesgo en las infecciones respiratorias y Tuberculosis Pulmonar.

La relación que existe con la esperanza de vida permitió cuantificar las alternativas de acceso a la educación así como estratificar los niveles de la misma, establecer los índices de analfabetismo y deserción escolar dada por las inmigraciones externas a las que se exponen constantemente los habitantes de este caserío.

Ubicado el grupo de investigación en la localidad del Caserío La Ciénaga se entrevistaron verbalmente a los líderes la noche anterior a la encuesta, los que evaluaron el riesgo o los inconvenientes de esta investigación para su comunidad, ellos informaron a la población autorizando la aplicación de las encuestas en esa misma noche y se le informó a los presentes la metodología a realizarse el día siguiente a donde se presentaron los miembros de cada familia; asistiendo por la mañana a la verificación física de los entrevistados. Por último, se procedió a la tabulación, análisis y presentación de los resultados, aplicando las técnicas de frecuencia relativa porcentual, el análisis descriptivo, el gráfico de barras.

CAPITULO III

3. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 CARACTERIZACIÓN DEL CASERÍO LA CIENAGA, ALDEA CHEQUIN, MUNICIPIO DE TACANÁ, DEPARTAMENTO DE SAN MARCOS.

Para establecer los determinantes psicosociales, debemos retomar el objetivo primordial de la Psicología de la salud, que es conocer sus necesidades para realizar un buen diagnóstico poblacional, orientar hacia nuevos comportamientos que conserven hábitos sanos adecuados por medio de los servicios de salud y prevenir conductas de riesgo perjudiciales para la comunidad. Las condiciones y necesidades en esta investigación se describen a continuación.

3.1.1 Vivienda:

Las viviendas que se localizaron al lado de la calle o paso cantonal, casi en su totalidad están construidas de adobe y lámina, cuentan generalmente con dos ambientes principales que se destinan para cuarto-habitación y el otro para la cocina y comedor; el piso de las viviendas es de tierra apelmazada y aplanada. El techo de las construcciones es de vigas de madera y láminas galvanizadas; no cuentan con material aislante para las temperaturas altas que se dan a diario en esa localidad. En el interior de la vivienda donde se tiene destinada el área para dormir, es usual encontrar camas unidas para los integrantes de la familia; debido al número de integrantes de la familia que en su mayoría consta de dos adultos (padre, madre) y de 4 a 5 hijos. Observando de esta manera el hacinamiento en el que viven los integrantes de la familia, dándose esto muchas veces por carencia de recursos

económicos como para construir otros ambientes. En el área de la cocina, fue usual encontrar planchas con chimeneas dispuestas con orificio de salida de humo al exterior, utilizando para la combustión leña de su región.

3.1.2 Alimentación:

La comunidad de La Ciénaga, carece de recursos agrícolas debido por un lado al clima que no permite la siembra de otros cultivos que no se dan en clima frío, también se debe a la falta de recursos para propiciar las tierras; por lo que la alimentación que consiste en verduras como guicoy, repollo, hierbabuena, coliflor, berro, zanahoria, papa, tomate y haba, estos cultivos se dan en cantidades pequeñas que en su mayoría sirven para el consumo, en tanto que el maíz es el grano que se produce más, la dieta por medio de este permite elaborar tortillas, tamalitos blancos con hojas de milpa, atoles y el café que ellos consumen que está elaborado con el maíz dorado hervido. Dentro de su dieta y a muy temprana edad, se consume un tipo de Chile verde largo y pequeño en todos los tiempos de comida. Productos como frijol, arroz, cebollas que se consideran dentro de la dieta usual, deben de ser comprados en el mercado por lo que se consumen con menor frecuencia. La carne de res es rara vez consumida por muy pocas personas. Los campesinos que cuentan con animales y que son muy pocos los que cuentan con ellos, los tienen para su consumo y en ocasiones muy especiales solamente, siendo estos; aves (gallinas, chompipes a los que llaman guajolotes como en México), marranos, ovejas llamadas borregos y cuentan algunos con animales de carga como caballo y la mula.

3.1.3 Transporte y Acceso: Para llegar a esta comunidad, se debe acceder por el departamento de San Marcos, allí existe la terminal de autobuses a un costado del parque central y del mercado. Se encuentran los buses extraurbanos con diferentes destinos a los municipios de San Marcos, en este lugar se encontró transporte directo hacia Tacaná donde el camino es de terracería, pendientes y curvas, arenoso y angosto, para luego trasbordar en pick up de doble tracción hacia la Aldea Chequin a donde pertenece este caserío llamado La Ciénaga, que cuenta con un camino de terracería en su totalidad, es de poco acceso, de terreno irregular, inestable; es atravesado por 3 riachuelos que crecen con la lluvia y una corriente del río Suchiate, es frecuente observar caminos vecinales o veredas que constantemente los pobladores recorren a pie desde sus hogares para llegar a Tacaná que queda a unas 3 horas a pie y en vehículo 2 horas $\frac{1}{2}$ cuando las condiciones climáticas son sin lluvia, si llueve suele demorarse más y se incrementa el riesgo al transportarse. El acceso es angosto de un solo carril y cuando se encuentran dos vehículos uno de ellos debe permanecer en el lado más ancho del camino pegado a un costado de la montaña para que el otro pueda pasar; la topografía del camino es montañosa, húmeda, arenosa y arcillosa los cuales son propensos a sufrir erosión por la lluvia, que es recorridas frecuentemente por bestias o a pie.

Desde San Marcos hasta el Caserío La Ciénaga, debe recorrerse un aproximado de 6 a 7 horas de camino continuo, el costo aproximado del pasaje se puede distribuir de la siguiente manera, de Guatemala a San Marcos Q.35.00, de San Marcos a Tacaná Q12.00, de aquí a Caserío La Ciénaga Q10.00, en caso de no encontrar el transporte colectivo de esta comunidad y se desea llegar o salir de ella deberá

contratarse un vehículo de estos para viaje expreso que tiene un costo de hasta Q300.00 por viaje. En total el viaje de ida y de vuelta de la Ciudad de Guatemala a esta comunidad representa un costo de Q114.00 por persona, por lo que se infiere que no está al alcance de estos pobladores por lo que eligen dirigirse a la frontera con México a realizar diligencias o en vías de trabajo porque el costo y el tiempo de traslado es menor.

3.1.4 Salubridad:

Esta comunidad cuenta entre su población con un promotor en salud con grado de enfermero, el cual es de esta comunidad pero trabaja en otro departamento y en sus vacaciones vive ahí, orienta a esta comunidad sobre a dónde ir o la gravedad de las enfermedades pero no cuenta con ningún tipo de recurso; fue frecuente escuchar a la población sobre lo conveniente para ellos ir hacia la frontera con México para recibir atención médica en las clínicas del Centro de Salud de aquella localidad, para llegar se necesita un promedio de 1 o 2 horas de camino a pie y el costo de la consulta incluyendo médico especialista y la medicina se indicó que es de \$30.00 pesos mexicanos.

Las condiciones de higiene son aceptables para toda la población; visten ropa sencilla pero limpia, ya que toda la comunidad cuenta con agua entubada sin tratamiento de clorificación o de filtración ya que es abastecida por medio de nacimiento de agua y desde hace un año, según se informó pagaron un monto que no fue establecido para que se les vendiera el agua y el proceso de entubamiento.

En cuanto a las letrinas, todas las familias cuentan con una, estas están circuladas por paredes de madera, y techo de lámina y la letrina tiene su accesorio de madera

para mantenerla tapada cuando no se usa, se observó que tienen un buen manejo de los desechos y la basura, porque de acuerdo a nuestra observación no se detectaron focos de contaminación como acumulación de basureros clandestinos.

3.1.5 Salud:

Dentro de las actividades necesarias que permitieran verificar el estado físico respiratorio de los encuestados al momento de la misma, estuvo la verificación física de la condición de sus pulmones y las vías aéreas; el promotor de la salud, siendo enfermero, revisó para verificar los signos y síntomas por medio una oscultación pulmonar y con los items se interrogó a los encuestados que presentaron molestias para respirar de forma que se comprobara en ese momento el índice de infecciones respiratorias según el diagnostico diferencial de la encuesta. Se evaluaron casi el mismo número de hombres y de mujeres en su mayoría comprendidos entre 25 y 35 años de edad, algunos niños y un bajo porcentaje de adultos mayores; al final de la evaluación se comprobó una marcada tendencia entre los síntomas referidos por las mujeres y entre los referidos por los hombres de tal forma que la sintomatología fue la siguiente:

Las mujeres, en su mayoría no presentaron síntomas de infecciones respiratorias severas o moderadas únicamente catarro común; sin embargo se quejaron de otras molestias como dolor en la boca del estomago e intestinal y las mujeres en edad de procrear, los síntomas fueron dolor de ovarios y bajo vientre.

Los hombres que desde temprano salen al campo, sus signos y síntomas fueron diferentes, en su mayoría si presentaban dificultad para respirar, congestión en las vías respiratorias inferiores, dolor de cuerpo y contracturas musculares (calambres)

especialmente en el cuello y miembros inferiores, algunos al tacto presentaban fiebre.

Los niños que se observaron en su mayoría aún de brazos, con problemas respiratorios y mucha congestión, se identificaron 2 casos severos de corazón, debido a los signos como labios, uñas de color violáceo oscuro, aceleración en el ritmo de su respiración, fatiga, dolor de pecho, inapetencia, bajo peso.

3.1.6 Religión

Estadísticamente se confirmó que la comunidad está dividida por dos influencias religiosas que son la católica y la protestante. La comunidad como tal mantienen un estrecho vínculo porque están por tradición unidos por el mismo interés laboral como es viajar en grupos hacia la frontera con México lo que implica confiar, apoyar y respetar los niveles jerárquicos que desde siempre se han dado, es una comunidad muy unida, los protestantes tienen muy bien definidas sus obligaciones con la Iglesia y tanto las actividades entre semana como el servicio del día domingo siempre son constantes, no así la católica que se reúne cuando corresponde la misa que es impartida por medio de un sacerdote de esa arquidiócesis que tiene asignadas varias comunidades y por este motivo no hay constancia en sus reuniones; en conclusión, a pesar de las diferencias religiosas toda la comunidad es muy creyente y los integrantes de cada familia transmite de padres a hijos sus costumbres y tradición religiosa.

3.1.7 Etnia:

Los orígenes étnicos y su idioma es Man, que es la lengua materna comprendida por toda la población y hablada solo por los adultos; la segunda lengua que se ha convertido en la principal para toda la comunidad es el español con un acento y modismos de origen mexicano. Culturalmente la vestimenta formó parte de la diversidad de trajes típicos en algún momento de la historia (posiblemente, antes de la época de la colonia), en la actualidad, todos sin excepción alguna visten ropa que indican compran en las ventas de ropa barata por lo que no queda rastro del atuendo original de su etnia, las mujeres usan ropa de dos piezas; blusa de manga larga y cuello algunas y otras de manga corta con cuello, faldas lisas o plegadas hasta por debajo de la rodilla, otras muy pocas, vestidos de una sola pieza, para el cabello utilizaban todas tanto adultas como niñas, listones de satín y suéteres de lana o tejido, zapatillas de cuero cerradas; los hombres con sombreros de cuero de ala ancha, botas de cuero también tipo rancheras, camisas a rallas o a cuadros de manga larga y cuello y pantalones algunos de tela y otros de lona ó mezclilla como le llamaron.

3.1.8 Cultura:

La característica principal de esta comunidad es la influencia que la población tiene al hablar, vestirse y relacionarse entre sí; da la impresión de ver a una comunidad mexicana y no guatemalteca, en primer lugar, cuando ellos y ellas hablan, se comunican con un tuteo respetuoso.; su vestimenta, sin rasgos indígenas.

Dado la proximidad con la zona fronteriza de México, el caserío La Ciénaga ha recibido más apoyo en cuanto a infraestructura se refiere, tal el caso que en el año

2003 ellos tuvieron los medios para que se les facilitara el agua entubada sin tratamiento en sus hogares, de las letrinas y el posteo de luz que aún no estaba concluido y que fue facilitado por personas, o entidades (que no se obtuvo datos precisos) de origen mexicano con un proyecto de esfuerzo propio y ayuda mutua por medio del sistema de autogestión.

Dentro de su cultura se ha mantenido los viajes cada año hacia las fincas de café por generaciones, según datos históricos referidos por algunos de ellos, sus abuelos que datan ya desde la época de la colonia, fueron llevados para servir a estas comunidades y desde entonces ellos continúan con la misma actividad con la diferencia de que hoy por otras razones de tipo económicas se ven forzados a continuar con esta costumbre por no tener una alternativa que supla sus necesidades dentro de su comunidad. Es notoria la presencia en la cabecera departamental de Tacaná al pueblo indígena Man que proviene posiblemente de algunas comunidades que no están tan influenciadas aún por la cultura mexicana ó bien que ellas aún guardan su identidad indígena.

La distancia entre este caserío y Tacaná es más larga que la distancia a la frontera con México, por lo que para ellos tiene más ventajas viajar a las fincas del Soconusco en donde perciben más beneficios, que en sus lugares de origen.

3.2 Perfil Socioeconómico del Campesino Migrante Temporero del Caserío La Ciénaga del Municipio de Tacaná del área de San Marcos:

- Campesinos que trabajan en forma temporal y recurrente en las fincas fronterizas entre México y Guatemala por la frontera del Municipio de Tacaná y al retornar a su lugar de origen también cultivan sus tierras.

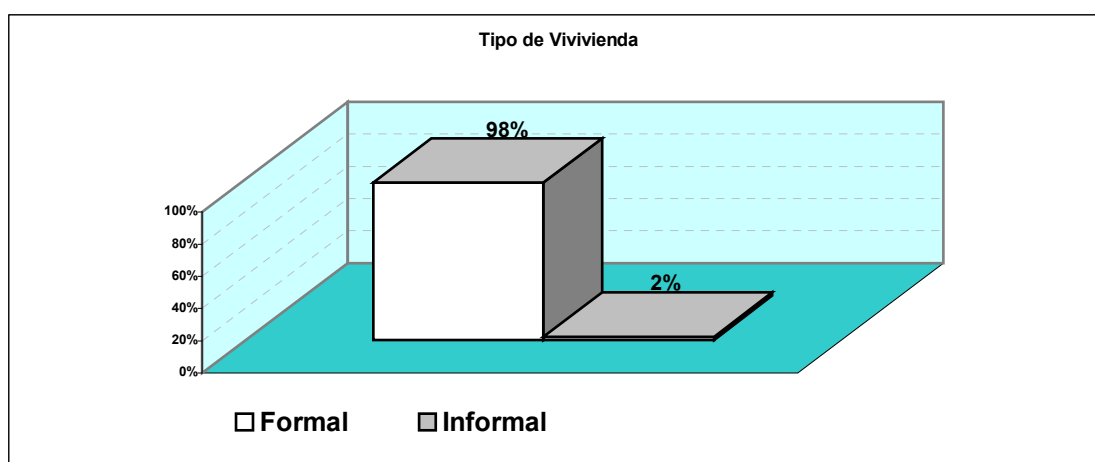
- Migran al área de Chiapas, Soconusco en México a las fincas fronterizas en busca de trabajo como jornaleros temporeros recurrentes.
- Carecen de atención y servicios de salud en sus comunidades.
- Viajan en grupos familiares, desde lactantes hasta personas mayores entre las edades de 45 y 50 años.
- Brindan mano de obra barata para actividades agrícolas. (corte de café, banano y corte de caña)
- Escolaridad en su mayoría el rango de la población adulta es analfabeta y con grandes índices de deserción escolar en la población del rango de adultos jóvenes.
- Viven y trabajan en condiciones infrahumanas en el área de México.
- No tienen oportunidades para cambiar su actividad y condición de migrantes.
- Proviene de familias numerosas y extensivas.
- Su condición económica es de altos índices de pobreza.
- Se rigen por medio de un contratista que generalmente pertenece al grupo familiar.
- Viajan en grupos de 4 a 5 familias.
- La edad laboral de sus integrantes es de aproximadamente desde los 8 años hasta la edad de 45 a 50 años en los adultos.
- La autoridad familiar está regida por patriarcado.
- En el lugar de destino duermen en Rancherías en condiciones sobre-pobladas.
- El agua que utilizan es entubada sin tratamiento de clorificación en su lugar de

origen.

- Hacen uso correcto de letrinas.
- Niños y adultos duermen en un solo ambiente en su lugar de origen.
- Sus viviendas son formales de adobe y lámina generalmente compuestas de dos ambientes.
- Tienen un buen manejo de desechos y basura en su lugar de origen.

3.3 GRÀFICAS

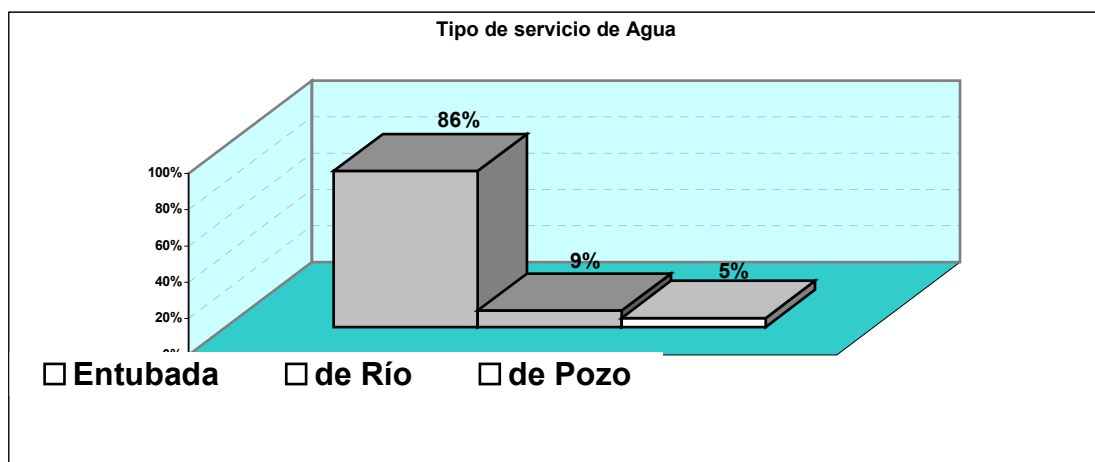
3.3.1 Gráfica 1. Resultados obtenidos de la pregunta No. 1 sobre el tipo de vivienda y sus características generales.



Fuente: Encuesta realizada a familias campesinas migrantes del caserío La Ciénaga, Aldea Chequin del municipio de Tacaná, San Marcos. 2004

Casi en su totalidad, la población vive en casa formal de lámina y adobe, y poco representativa la población que vive en casa informal de paja u otro material.

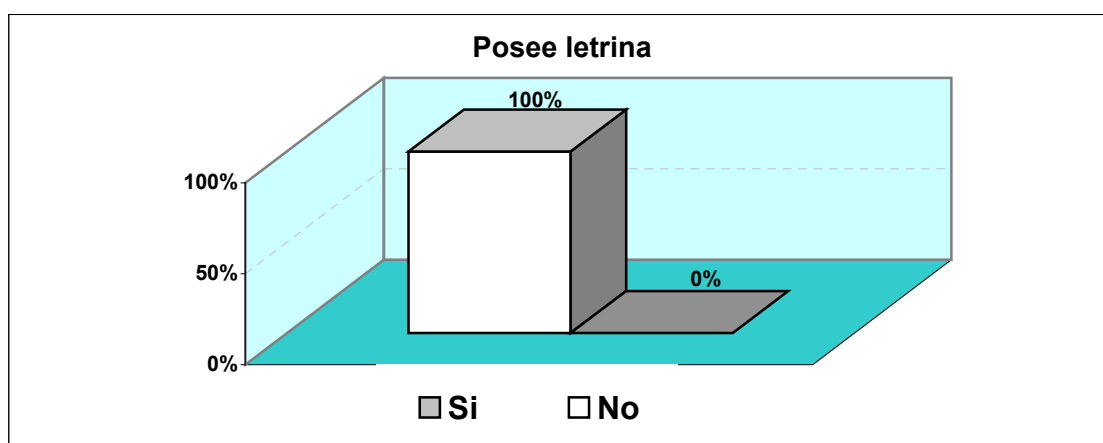
3.3.2 Gráfica 2 Resultados obtenidos de la pregunta sobre el tipo de servicio de agua.



Fuente: Encuesta realizada a familias campesinas migrantes del caserío La Ciénaga, Aldea Chequin del municipio de Tacaná, San Marcos. 2004.

Casi en su totalidad, la población tiene agua entubada, muy pocos aún la recogen del río y muy pocos tienen acceso a un pozo.

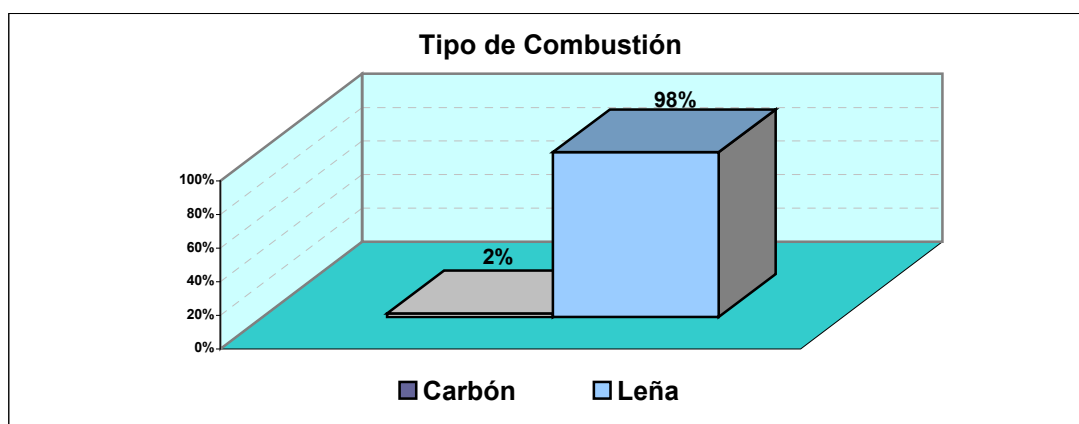
3.3.3 Gráfica 3 Resultados obtenidos de la población sobre si posee o no letrinas.



Fuente: Encuesta realizada a familias campesinas migrantes del caserío La Ciénaga, Aldea Chequin del municipio de Tacaná, San Marcos. 2004

Todos poseen letrinas en sus hogares.

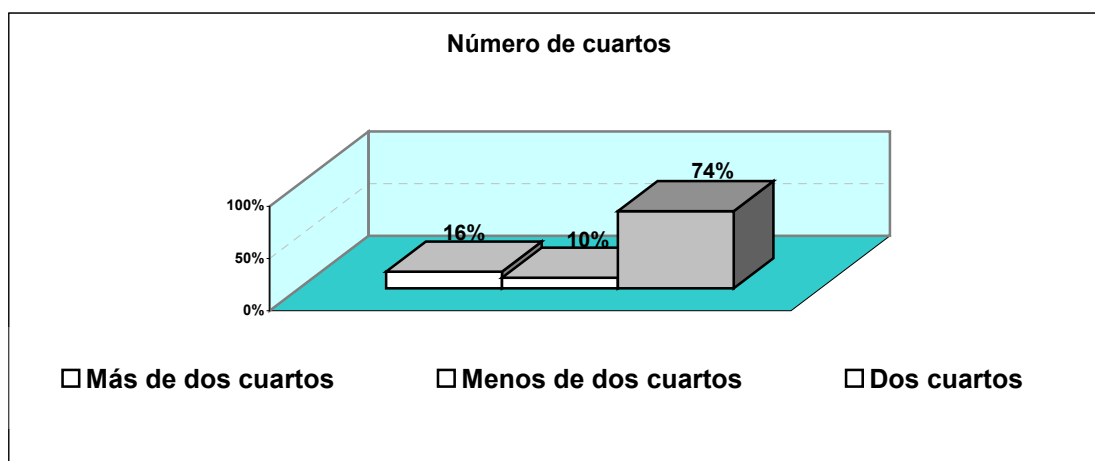
3.3.4 Gráfica 4 Resultados obtenidos sobre el tipo de combustión que utilizan.



Fuente: Encuesta realizada a familias campesinas migrantes del caserío La Ciénaga, Aldea Chequin del municipio de Tacaná, San Marcos. 2004

En su totalidad, utilizan leña y muy poco significativo es el número de familias que procesan la leña para hacer carbón.

3.3.5 Gráfica 5 Resultados obtenidos sobre el número de cuartos de su vivienda.

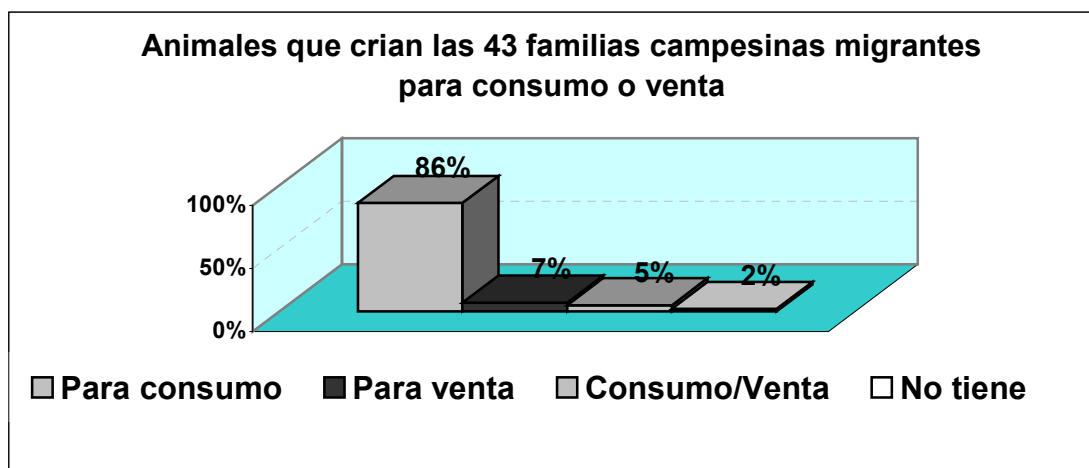


Fuente: Encuesta realizada a familias campesinas migrantes del caserío La Ciénaga, Aldea Chequin del municipio de Tacaná, San Marcos. 2004

En su mayoría tienen dos cuartos, pocos son los que tienen más de dos cuartos y

relativamente pocos tienen menos de dos cuartos.

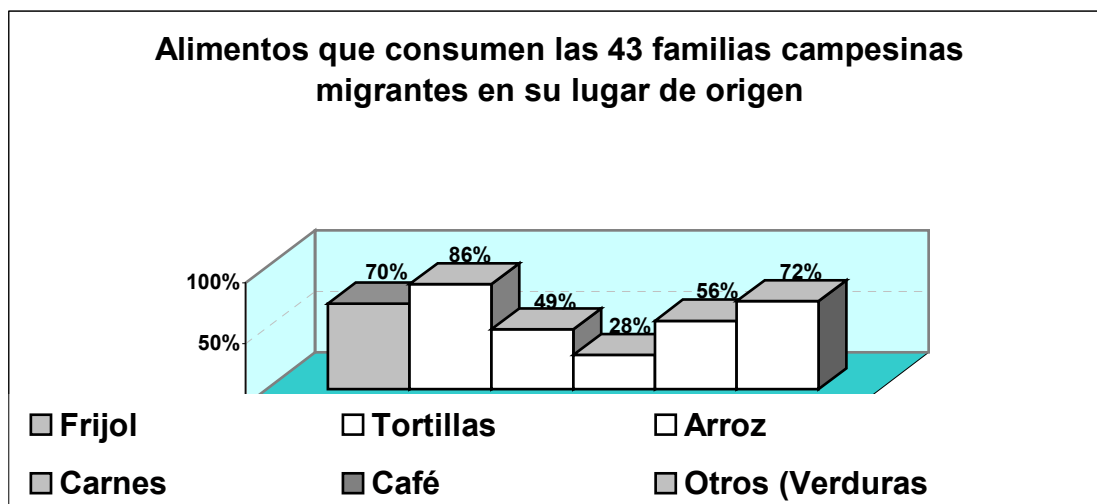
3.3.6 Gráfica 6. Resultados obtenidos a la pregunta sobre el tipo de animales que crían y alimentos que consumen.



Fuente: Encuesta realizada a familias campesinas migrantes del caserío La Ciénaga, Aldea Chequin del municipio de Tacaná, San Marcos. 2004

En su mayoría crían animales para consumo de la familia, y muy pocos son los que además de consumirlo son para la venta y poco significativo hay quien no los tiene.

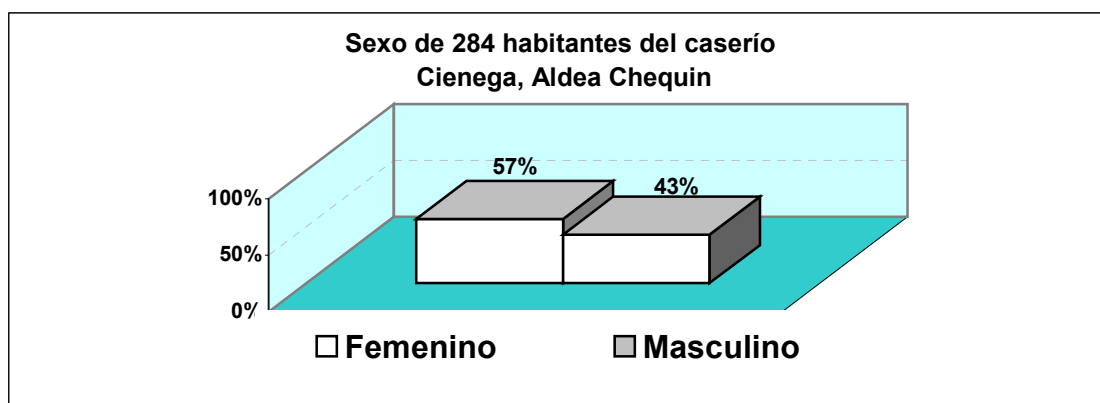
3.3.7 Gráfica 7 Resultados obtenidos sobre tipo de alimentos que consumen.



Fuente: Encuesta realizada a familias campesinas migrantes del caserío La Ciénaga, Aldea Chequin del municipio de Tacaná, San Marcos. 2004

En su mayoría consumen frijol, tortillas, algunas verduras, café de cereal y pocos incluyen arroz y carne en su alimentación.

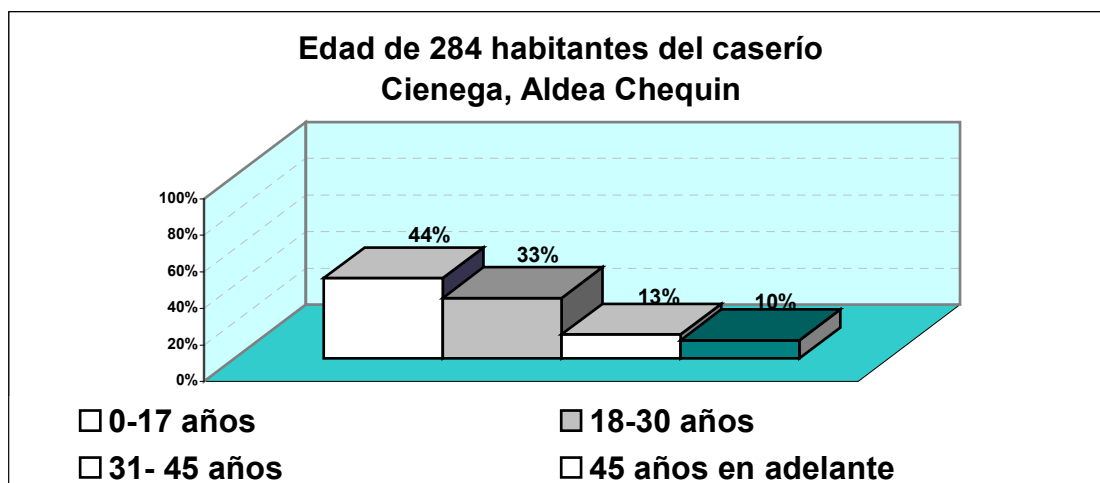
3.3.8 Gráfica 8. Resultados obtenidos según el Sexo de los habitantes del caserío La Ciénaga.



Fuente: Encuesta realizada a familias campesinas migrantes del caserío La Ciénaga, Aldea Chequin del municipio de Tacaná, San Marcos. 2004

La población tiene casi la mitad de hombres y la otra mitad de mujeres.

3.3.9 Gráfica 9 Resultados obtenidos de acuerdo a la edad de la población



Fuente: Encuesta realizada a familias campesinas migrantes del caserío La Ciénaga, Aldea Chequin del municipio de Tacaná, San Marcos. 2004

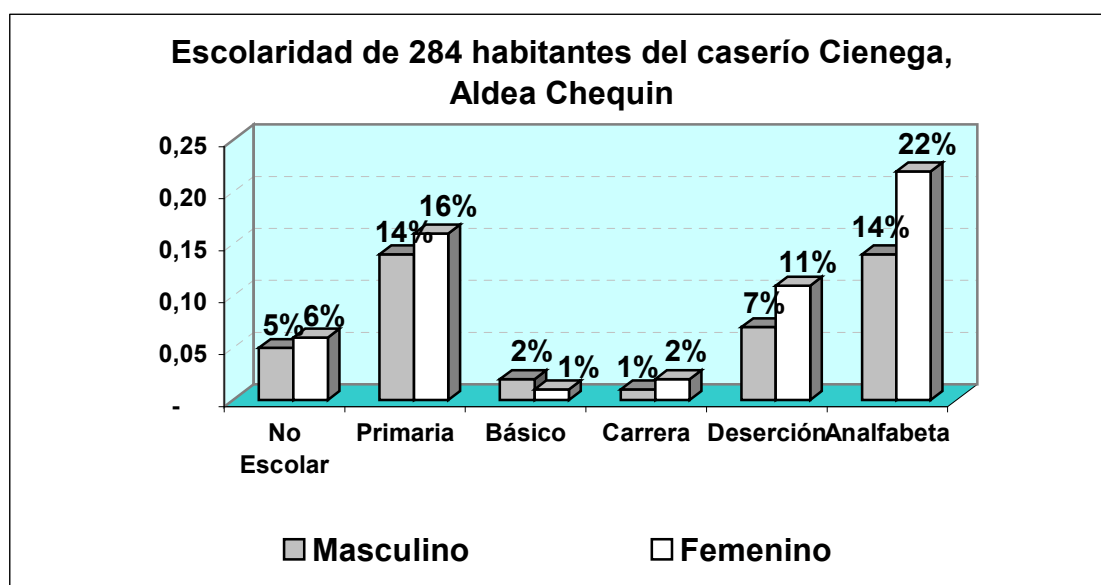
Análisis

- Esta población en particular presentó un fenómeno en cuanto a la edad. Hay un alto porcentaje de niños y adolescentes de los cuales a partir de los quince años formalmente califican para mano de obra barata (44 %).
- El rango de 18-30 años también dio un alto porcentaje de adulto joven en plena capacidad laboral.(33%).
- Se manifiesta un bajo porcentaje en el rango de 31-45 años como adultos (13%).
- En el rango de 46 en adelante, la mayor expectativa de vida llega hasta los 50 años y muy pocos considerados dentro de la segunda edad (10%).

El fenómeno en esta población es que el rango de edad de adulto joven se une o casan entre los 15-20 años y la esperanza de vida especialmente en los hombres, no supera a los 50 años; si se relaciona el ritmo de trabajo las condiciones climáticas y la alimentación limitada en calidad y cantidad, se puede concluir que los procesos respiratorios son la principal causa del deterioro físico, la ausencia de atención médica de los mismos producen que un catarro común se degenera a una bronquitis crónica o asma bronquial aumentando el índice de mortalidad en edades más tempranas. En cuanto al sexo, se define que hay un equilibrio entre hombres y mujeres predominando levemente el sexo femenino, hecho que se relaciona con las actividades cotidianas, es decir, cuando están en su lugar de origen los hombres salen a muy temprana hora a las actividades agrícolas, las mujeres se dedican al hogar y a los hijos, así como a la crianza de animales de corral, en sus hogares y al

viajar al Soconusco, las mujeres deben de trabajar los jornales completos y atender a sus hijos.

3.3.10 Gráfica 10. Resultados obtenidos sobre la Escolaridad de habitantes del caserío La Cienaga.

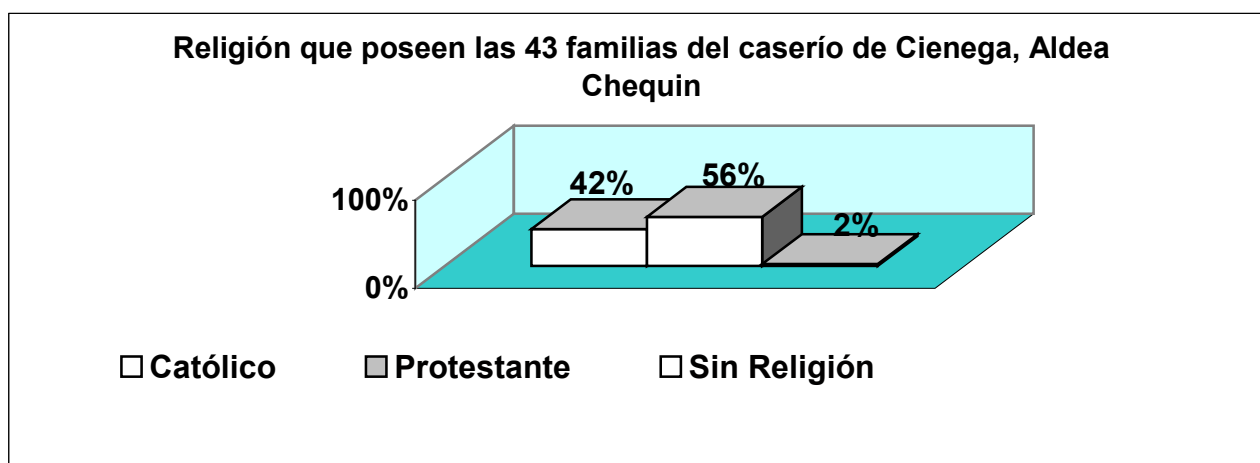


Fuente: Encuesta realizada a familias campesinas migrantes del caserío La Ciénaga, Aldea Chequin del municipio de Tacaná, San Marcos. 2004

La escolaridad en donde el porcentaje más alto se encontró en el nivel primario, con un equilibrio de la población femenina y masculina observándose que existen más mujeres que hombres; en el nivel básico, hay un porcentaje muy bajo de escolares siguiendo el mismo equilibrio de sexos con una leve tendencia a más hombres; en el nivel diversificado hay un bajo porcentaje con ligera superación de las mujeres más que los hombres; en cuanto a la edad no escolar, hay un porcentaje bajo de niños que aún no asisten a la escuela por no tener la edad escolar. Es preocupante que el analfabetismo ocupe un alto porcentaje así como la deserción escolar. Tomando en cuenta el rango de edades se puede asociar que los adultos de entre 18 a 30 años y de 41- 45 años son la población que no ha podido dedicarse a actividades escolares

por los desplazamientos constantes durante el año hacia las fincas del Soconusco; así como la deserción que obliga a los más interesados a abandonar la educación ante la necesidad de fuentes de trabajo, se observa la misma relación de sexo con una ligera tendencia a que las mujeres deserten o sean analfabetas más que los hombres.

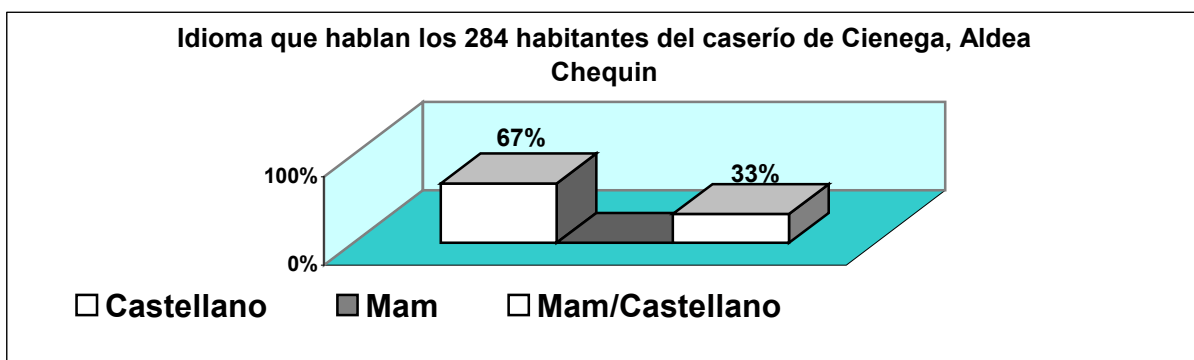
3.3.11 Gráfica 11. Resultados obtenidos a la pregunta sobre la Religión que profesan los habitantes del caserío La Ciénaga.



Fuente: Encuesta realizada a familias campesinas migrantes del caserío La Ciénaga, Aldea Chequin del municipio de Tacaná, San Marcos.

La religión que profesan está influenciada casi en igual porcentaje tanto la religión católica como la protestante y poco significativa quien no tiene religión.

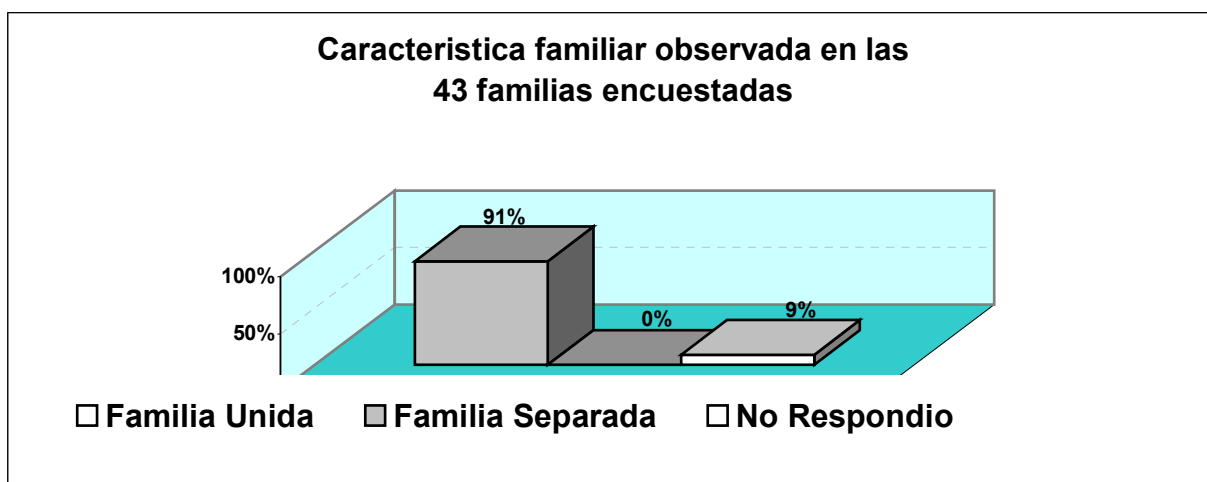
3.3.12 Gráfica 12 Resultados obtenidos a la pregunta sobre el Idioma que hablan los habitantes del caserío La Ciénaga.



Fuente: Encuesta realizada a familias campesinas migrantes del caserío La Ciénaga, Aldea Chequin del municipio de Tacaná, San Marcos. 2004

Los idiomas que dominan las familias del caserío La Ciénaga son el Castellano, Mam, y Mam / Castellano, se puede determinar que el mayor porcentaje de personas habla el idioma español siguiéndole el idioma Mam / Castellano que lo conservan algunas familias como una tradición de generación en generación. De acuerdo a sus actividades y al contacto con otras culturas la lengua más ha pasado a un segundo plano; todos lo entienden incluyendo los niños pero según la tendencia estadística es ya el castellano lo que rige la comunicación entre ellos y otras culturas que están influenciando y cambiando las características de esta población debido a la recurrencia de trasladarse y convivir en el área de Soconusco de generación en generación.

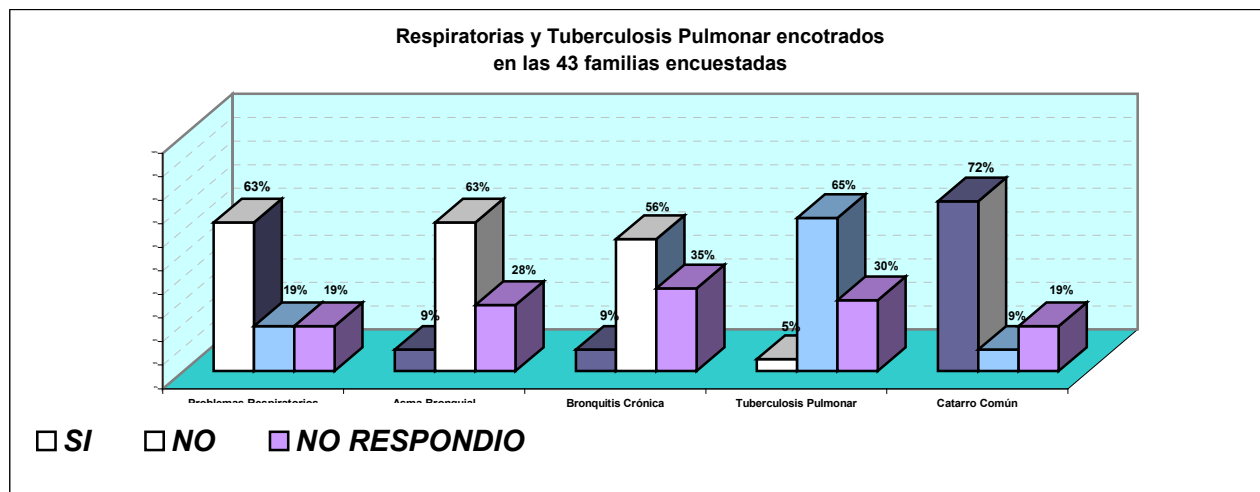
3.3.13 Gráfica 13. Resultados obtenidos a la pregunta sobre la Característica familiar observada en el caserío La Ciénaga.



Fuente: Encuesta realizada a familias campesinas migrantes del caserío La Ciénaga, Aldea Chequin del municipio de Tacaná, San Marcos. 2004

Durante la tabulación de datos fue muy frecuente observar que las familias contaron con ambos padres y los hijos con edades promedio de 0 a 9 años, pre-adolescentes y adolescentes de entre 10-17 años de edad; es importante destacar que es muy común que aun convivan en la casa de sus padres, conservando su soltería y apoyándose como trabajadores para el bien de la familia. Tienen un alto valor a mantener unidas a sus familias independientes de ser católicos o protestantes, aquí fue una de las pocas preguntas que cotejó casi el cien por ciento de las respuestas, Sus reglas y formas de vida familiar en forma individual, también son las mismas reglas y formas de vida que rigen a todo el caserío. Manifiestan una gran solidaridad y un gran compromiso para la familia. Todas las situaciones que han comprometido a su comunidad han sido dirigidas por sus líderes comunitarios en los que depositan toda su confianza.

3.3.14 GRÁFICA 14 Resultados obtenidos a las preguntas sobre las Infecciones Respiratorias y Tuberculosis Pulmonar encontrados en la población del caserío La Ciénaga.

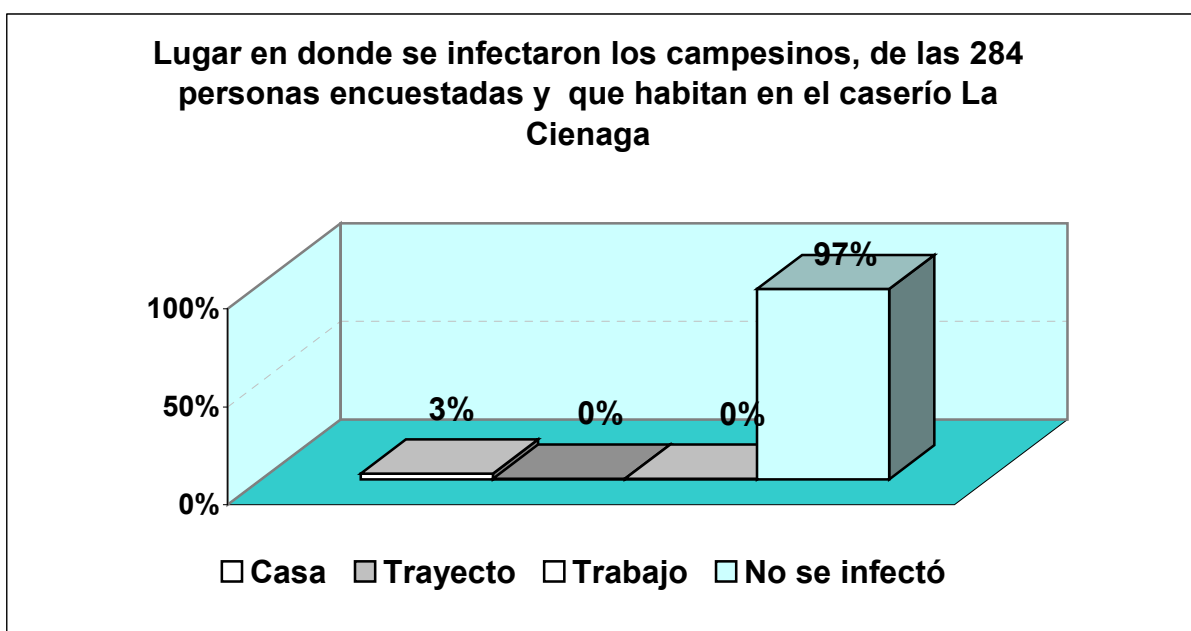


Fuente: Encuesta realizada a familias campesinas migrantes del caserío La Ciénaga, Aldea Chequin del municipio de Tacaná, San Marcos. 2004

Como lo indica el dato estadístico el 63% ha padecido de problemas respiratorios concentrados en catarro común con un índice del 72% de contagio, le sigue de incidencia el asma bronquial y la bronquitis crónica con un 9% de incidencia y tan solo un 5% del total de la población sufrió de tuberculosis pulmonar según el diagnóstico diferencial. De acuerdo a la exposición de frío en horas de la madrugada que es cuando se acostumbra a iniciar las labores de campo, los campesinos en su mayoría hombres inician la actividad de la agricultura en las primeras horas del día, el frío y la lluvia son los factores climáticos que afectan directamente su estado físico, al no tener tratamiento sufren catarros recurrentes que merman la salud convirtiendo estos catarros en crónicos produciéndose fácilmente los síntomas de asma bronquial y bronquitis crónica; los 7 casos de Tuberculosis Pulmonar que representan este 5% se presentaron en forma aislada, controlada, en familias diferentes y en tiempos diferentes lo que indica que no hay antecedentes

significativos que en esta población implique un cuadro epidemiológico de Tuberculosis Pulmonar. Pero que si es motivo de preocupación que las infecciones respiratorias recurrentes y crónicas puedan ser uno de los factores por los cuales la expectativa de vida de la población manifieste rangos muy bajos especialmente en la población masculina.

3.3.15 GRAFICA 15. Resultados obtenidos a la pregunta sobre los familiares que han fallecido por Problemas Respiratorios, Lugar donde contrajo la enfermedad y atención que recibió.

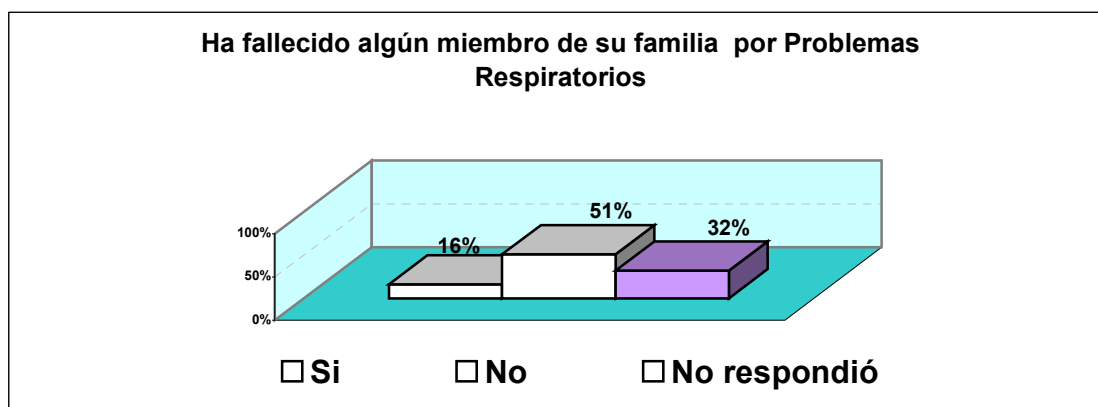


Fuente: Encuesta realizada a familias campesinas migrantes del caserío La Ciénaga, Aldea Chequin del municipio de Tacaná, San Marcos. 2004

Primeramente y por importancia del resultado, es de hacer notar que del total de la población encuestada, casi en su totalidad, la población no ha sido infectada de tuberculosis pulmonar, mientras que la población que sí se infectó se indicó que fue en casa donde los síntomas se manifestaron y desarrollo la enfermedad a este

respecto no se pudo establecer si los primeros síntomas se dieron en esta misma localidad, si pasaron desapercibidos o se iniciaron en otro lugar.

3.3.16 GRAFICA 16 Resultados obtenidos a la pregunta “Si ha fallecido algún miembro de su familia por problemas espiratorios”.



Fuente: Encuesta realizada a familias campesinas migrantes del caserío La Ciénaga, Aldea Chequin del municipio de Tacaná, San Marcos. 2004

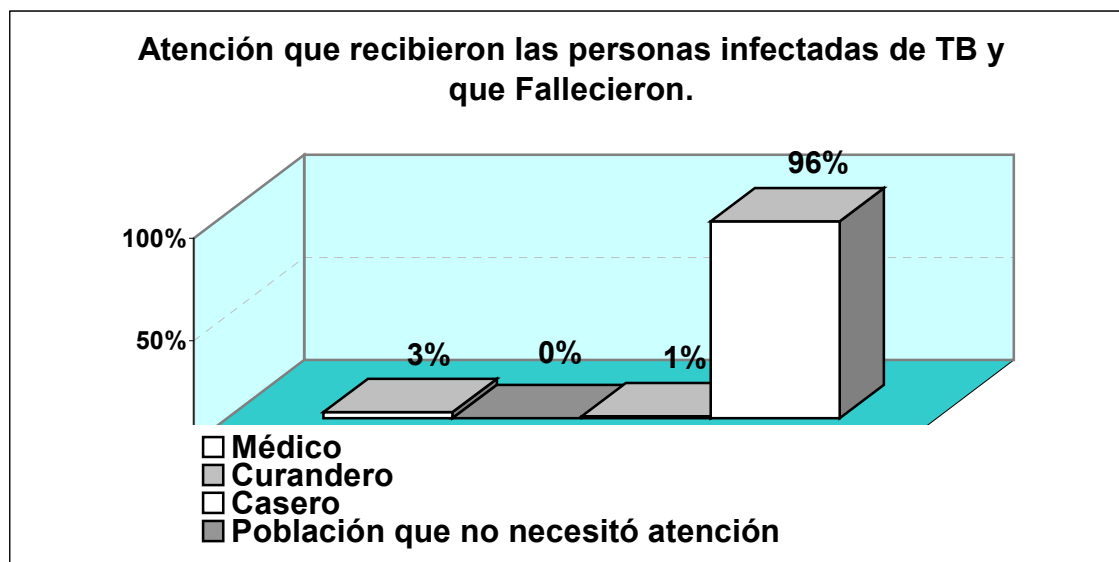
Muy pocas personas han fallecido por contraer infecciones respiratorias, en su mayoría

Respondieron que no han padecido de enfermedades respiratorias de tipo infeccioso y un tercio de la población no respondieron.

De las personas que han fallecido, la mayoría de los familiares indicó que se contagió en casa, mínimo fue quien se enfermó en el trayecto del viaje y de igual importancia mínimo falleció por contraerlo en su lugar de trabajo.

Cuando se realizó esta pregunta se procedió también a informar a los entrevistados de cuáles son los síntomas que identifican a cada categoría tanto de las infecciones respiratorias como de la tuberculosis pulmonar, con el objetivo de que pudieran identificar con más certeza el tipo de enfermedades respiratorias a las que se expusieron sus familiares.

3.3.17 GRAFICA 17. Resultados obtenidos sobre las personas que han fallecido de problemas respiratorios y la atención que recibieron.

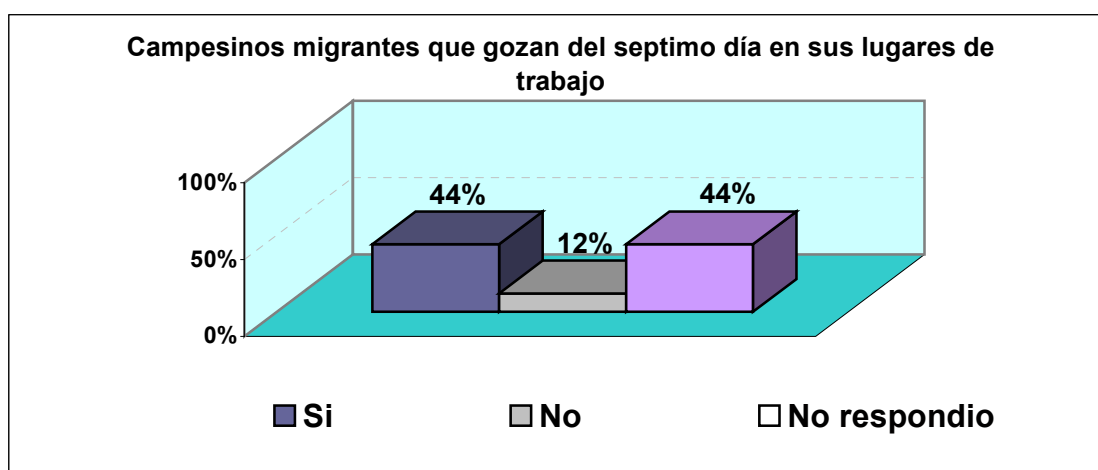


Fuente: Encuesta realizada a familias campesinas migrantes del caserío La Ciénaga, Aldea Chequin del municipio de Tacaná, San Marcos. 2004

La atención que recibieron los campesinos que fallecieron en su mayoría fue atención médica que según han indicado los familiares acuden a los centros de salud del Soconusco porque les representa de menor costo y mejor atención; no asisten a curanderos para atender la salud, algunos por no tener recursos recurren a remedios caseros. Entre las familias a las que se encuestó se encontró un índice bajo de fallecidos por problemas respiratorios que murieron en su casa, esto muestra que cuando las personas se enferman de catarros por no tener la asistencia en salud, las enfermedades se convierten en asma bronquial o bronquitis crónica hasta complicarse y causarles la muerte, también se observó que las altas temperaturas bio térmicas, características del lugar son propicias para que los pobladores se enfermen de infecciones respiratorias. Se puede afirmar que la ida hacia las fincas y el regreso a su lugar de origen hace que los migrantes se enfermen por exponerse a

cambios bruscos de temperatura pues viven en regiones frías y bajan a la costa a las fincas de clima cálido y la falta de atenciones mínimas en el trayecto, otra situación es que al retornar a su lugar de origen, retornan con una salud comprometida por las exposiciones al clima, las limitaciones alimenticias y la exposición a otras personas que puedan estar expuestas a algún tipo de infecciones.

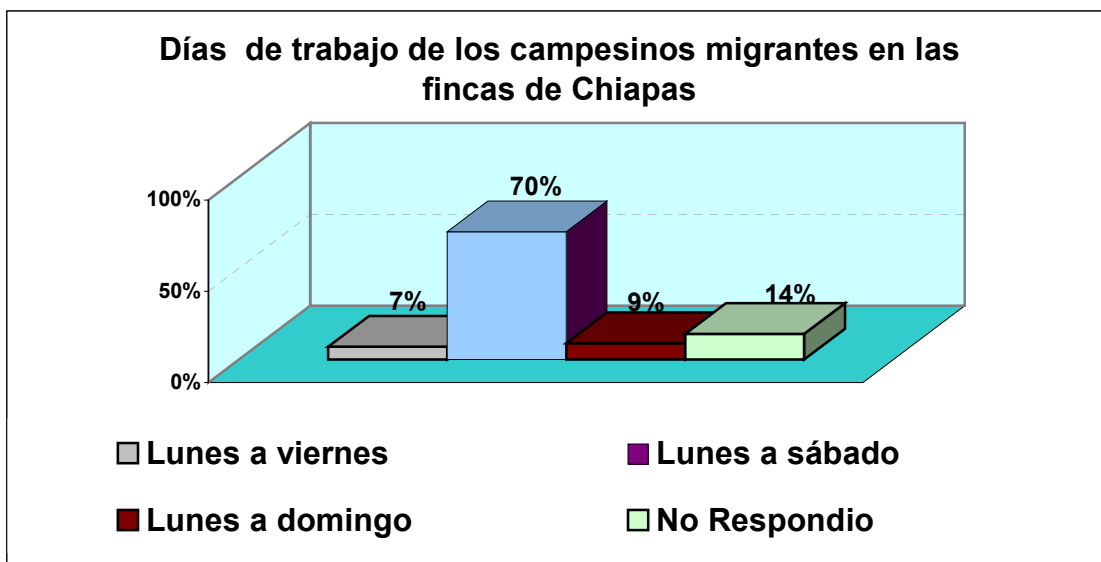
3.3.18 GRÁFICA 18 Resultados obtenidos a la pregunta sobre el goce del séptimo día en sus lugares de trabajo



Fuente Encuesta realizada a familias campesinas migrantes del caserío La Ciénaga, Aldea Chequin del municipio de Tacaná, San Marcos.

Entre los entrevistados algunos conocen lo que significa gozar del séptimo día, pese a que brevemente se les explicó hubo quienes desconocían si esta incluido o no en el pago del jornal; así fue como un poco menos de la mitad afirmaron recibirlo y de igual proporción no respondieron por desconocimiento de su significado. Y muy pocos expresaron no recibir el pago del séptimo día.

3.3.19 GRÁFICA 19. Resultado obtenido sobre los días de trabajo de los campesinos migrantes en las fincas de Chiapas.

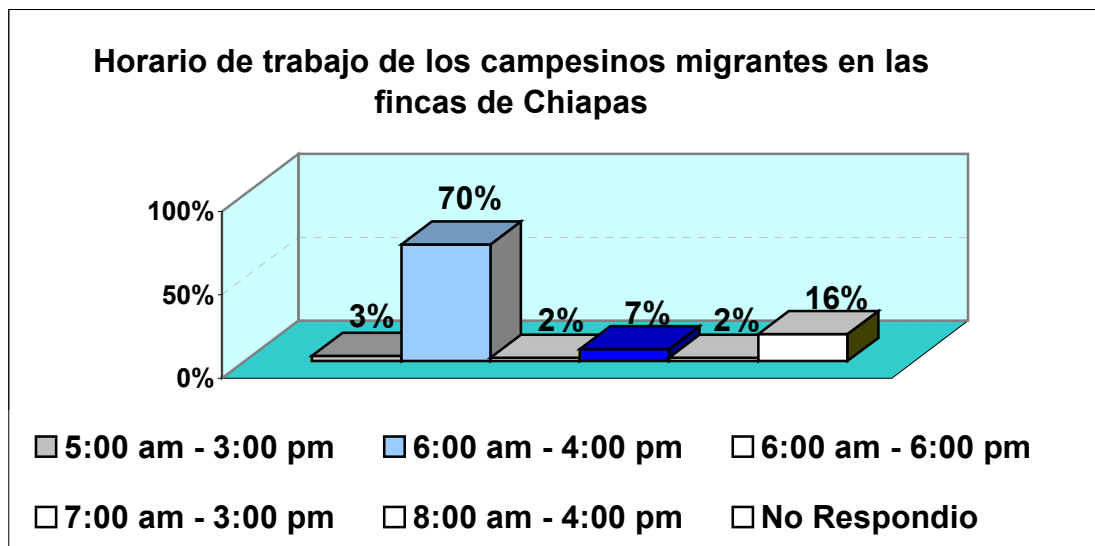


Fuente Encuesta realizada a familias campesinas migrantes del caserío La Cienaga, Aldea Chequin del municipio de Tacaná, San Marcos

Ya se ha indicado que los integrantes de cada familia trabajan juntos para lograr cumplir con la tarea de cada jornal; así que depende de la capacidad que cada miembro tiene para recolectar y cumplir con los días de trabajo obligatorios (de lunes a viernes); los que utilizan un día más (domingo) son los que cuentan con menos miembros y por lo tanto menos capacidad de recolectar.

Por tanto muy pocos trabajan hasta el día viernes, poco más de dos terceras partes de la población trabajan de lunes a sábado a tiempo completo, muy pocos trabajan incluyendo domingo y algunos no respondieron.

3.3.20 GRÁFICA 20. Resultado obtenido sobre el horario de trabajo de los campesinos migrantes en las fincas de Chiapas



Fuente Encuesta realizada a familias campesinas migrantes del caserío La Cienaga, Aldea Chequin del municipio de Tacaná, San Marcos

La presente gráfica da validez a la gráfica número once de los días laborados analizando que pocos inician sus labores una hora antes y terminan una hora después (12 horas) un total de 60 horas a la semana; las dos terceras partes trabajan 10 horas diarias incluyendo sábado y muy pocos extienden su horario (de 6:00am. A 6:00pm) original para trabajar 12 horas diarias en horarios más flexibles que inician desde las 7:00am a 3:00pm. o de 8:00am. a 4:00pm. (mujeres y niños quienes se integran más tarde a trabajar).

CAPITULO IV

4 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

1. Las condiciones de vida son determinantes Psico-sociales que alteran el proceso salud-enfermedad de las Infecciones Respiratorias en el campesino migrante temporero del Caserío la Ciénaga, por lo que se acepta la hipótesis.
2. Tanto el tipo de vivienda como sus servicios de abastecimiento y combustión manifiestan que esta comunidad es muy organizada y mantiene un ambiente sano pese a la falta de recursos y de apoyo externo.
3. Tanto la crianza de animales que es solo para su consumo, como el tipo de alimentos que consumen, están directamente relacionados con la calidad de vida, debido a que no hay variedad en su dieta y tienen síntomas de desnutrición.
4. La población tiene aproximadamente la misma cantidad tanto de hombres como de mujeres; la expectativa de vida no es muy larga, en su mayoría son adultos jóvenes, adolescente y niños y los adultos no sobrepasan los 45 años de vida.
5. Los adultos jóvenes, adolescentes y niños en su mayoría cursan el nivel primario y los adultos casi todos son analfabetas; se profesa la religión católica y la protestante en la misma proporción; su idioma todos hablan español muy pocos mam; una de sus características más significativas es que son familias numerosas y solidarias.
6. Casi en su totalidad, la población a padecido de catarro común y problemas respiratorios, una mínima cantidad ha padecido de tuberculosis, recuperándose con atención en la casa y casi ninguno ha fallecido de tuberculosis pulmonar.

7. Todos se dirigen a las fincas del Soconusco, reciben un salario por debajo de lo esperado, trabajan de lunes a sábado con un horario de 10 horas diarias.

Estas conclusiones evidencian que esta comunidad se encuentra abandonada y sin servicios (redes de apoyo externas, salud, etc.), lo que influye a que continúe la migración por falta de alternativas dentro del territorio guatemalteco, por lo que es más accesible llegar a los servicios de salud y de trabajo en Chiapas que acceder a los servicios del municipio de Tacaná, menos aún llegar a la ciudad de Guatemala. Los campesinos del caserío de La Ciénaga han adquirido hábitos y costumbres con influencia mexicana perdiendo la esperanza de recibir apoyo de esta región y con ello cambiando su identidad por otra más accesible.

4.2 RECOMENDACIONES

1. Tanto las autoridades de gobierno y de salud, puedan rescatar a comunidades de esta región por medio de la diversidad agrícola en sus cultivos, que incrementen la calidad de su nutrición; así como el envío de promotores en salud hacia las comunidades para educar a la población (como proceso de la Promoción de la Salud), dándoles estrategias que contrarresten las infecciones respiratorias y la tuberculosis pulmonar, y situarlos dentro del marco de la prevención de las mismas o de otras enfermedades.
2. El gobierno a través del Ministerio de Comunicaciones y Obras Públicas debe construir por lo menos un puesto de salud para proporcionarle a la población un servicio que cubra las emergencias que se presentan en ellos.
3. 3. Que el Ministerio de Educación a través de las autoridades educativas promuevan y amplíen los programas específicos de educación por extensión que tienen en funcionamiento en otras localidades (Ejemplo; Instituto Evangélico América Latina, en su programa de educación por extensión), para la comunidad infantil y jóvenes trabajadores que viajan constantemente y que no pueden dar seguimiento a su escolaridad, evitando con esto los índices de analfabetismo y esencialmente la deserción escolar ya que esta población estadísticamente posee una población en edad escolar alta.
4. Solicitar a la facultad de Medicina programas de corto plazo, donde se incluyan estudiantes del Ejercicio Profesional Supervisado (E.P.S), que lleguen a prestar servicios de promoción y atención de enfermedades, sobre todo enfermedades

infecto respiratorias a la población.

5. Introducir a través de las autoridades Municipales y del Ministerio de Comunicaciones y Obras públicas accesos que promuevan más seguridad y viabilidad de las comunidades a la cabecera departamental promoviendo con esto apertura al comercio, a la comunicación y a la salud.

6. Realizar un diagnóstico poblacional para identificar los recursos necesarios que esta población debe contar para mejorar la calidad de vida con programas de Atención Primaria en Salud, desde el enfoque de la Psicología de la Salud, que cuente con un equipo de trabajo que interprete lo que la población del Caserío La Ciénega percibe como sus necesidades prioritarias y donde la Psicología de la Salud tiene una importante labor por hacer.

7. Que el gobierno de Guatemala ponga en vigor la Resolución de Derechos Humanos por los Estados Miembros aprobado en asamblea general en su resolución 45-158, del 18 de diciembre de 1990 denominada La Convención Internacional Sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y sus Familias; en donde se reafirma la protección a los Derechos Migrantes de los Trabajadores sin distinción alguna, y donde se reconoce la Libre Locomoción de los Trabajadores y sus familiares así como la libertad de salir de cualquier Estado, incluidos su Estado de Origen, el Derecho a Regresar y el Derecho a la Vida.

BIBLIOGRAFÍA

Avancso. Por los caminos de la sobre vivencia campesina. Cuaderno de investigación No. 12, Imprenta Artes y Sistemas, 1999. 142 pp.

Castillo García, Manuel Ángel y Silvia Irene Palma. La migración internacional en Centroamérica. FLACSO, Guatemala, 1996. 65 pp.

Carrillo, Ana Lorena (comp.). Migraciones, Frontera, Sociedad. Centro de Estudios Urbanos y Regionales, 1998. 116 pp.

Comisión Independiente sobre Población y Calidad de Vida. Elegir el Futuro. IEPALA, Editorial Madrid, 1998. 94 pp.

Enciclopedia Microsoft® Encarta® 2002. © 1993-2001 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

Flores Alvarado, Humberto. Migración de Jornaleros. Materiales de Estudio y Trabajo, Guatemala, 1995. 109 pp.

González Rey, Fernando. Investigación Cualitativa En Psicología. Tercera Edición, s/f. 125 pp.

Instituto Centroamericano de Administración Pública ICAP, Ajuste, Políticas de Salud y Modelos de Atención en Centroamérica, San José, 1995. 180 pp.

Instituto Nacional de Estadística. Censos Nacionales XI de Población y VI de Habitación 2002. Guatemala, 2002. 38 pp.

Rivera, Manuel Lic.. Los trabajadores migrantes centroamericanos en Guatemala. AVANCSO Voz Itinerante No. 2. s/f. 75

Mesa Nacional para las Migraciones en Guatemala MENAMIG, Sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familias. Versión Popularizada. s.p.i

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Departamento de Epidemiología, "Vigilancia y Control Epidemiológico", Memoria Anual de Vigilancia Epidemiológica, Guatemala, 2001. 8 pp.

Ministerio De Salud Pública y Asistencia Social, Instituto Guatemalteco De Seguridad Social, Organización Panamericana De La Salud. Guatemala, 1998. s/p.

Morales Calatayud, Francisco. Introducción a la Psicología De La Salud. Buenos Aires, Argentina, Editorial Piados. 1,999. 299 pp.

Movimiento de la Unión Europea, ONAM, Contribución a la Reflexión sobre el fenómeno de la Migración Femenina en Guatemala. Impreso por comunicación Integrada. Febrero 2002. 35 pp.

Palma, Irene, Cuando las Ilusiones se dirigen al norte. Un estudio de caso en una comunidad del altiplano occidental de Guatemala. 1998. s.p.i.

Programa mundial de Tuberculosis, OMS, “Directrices para los Programas Nacionales”. s.p.i.. 136 pp.

Programa Nacional Población Migrante, MSPAS, 2004. s.p.i.. s/p.

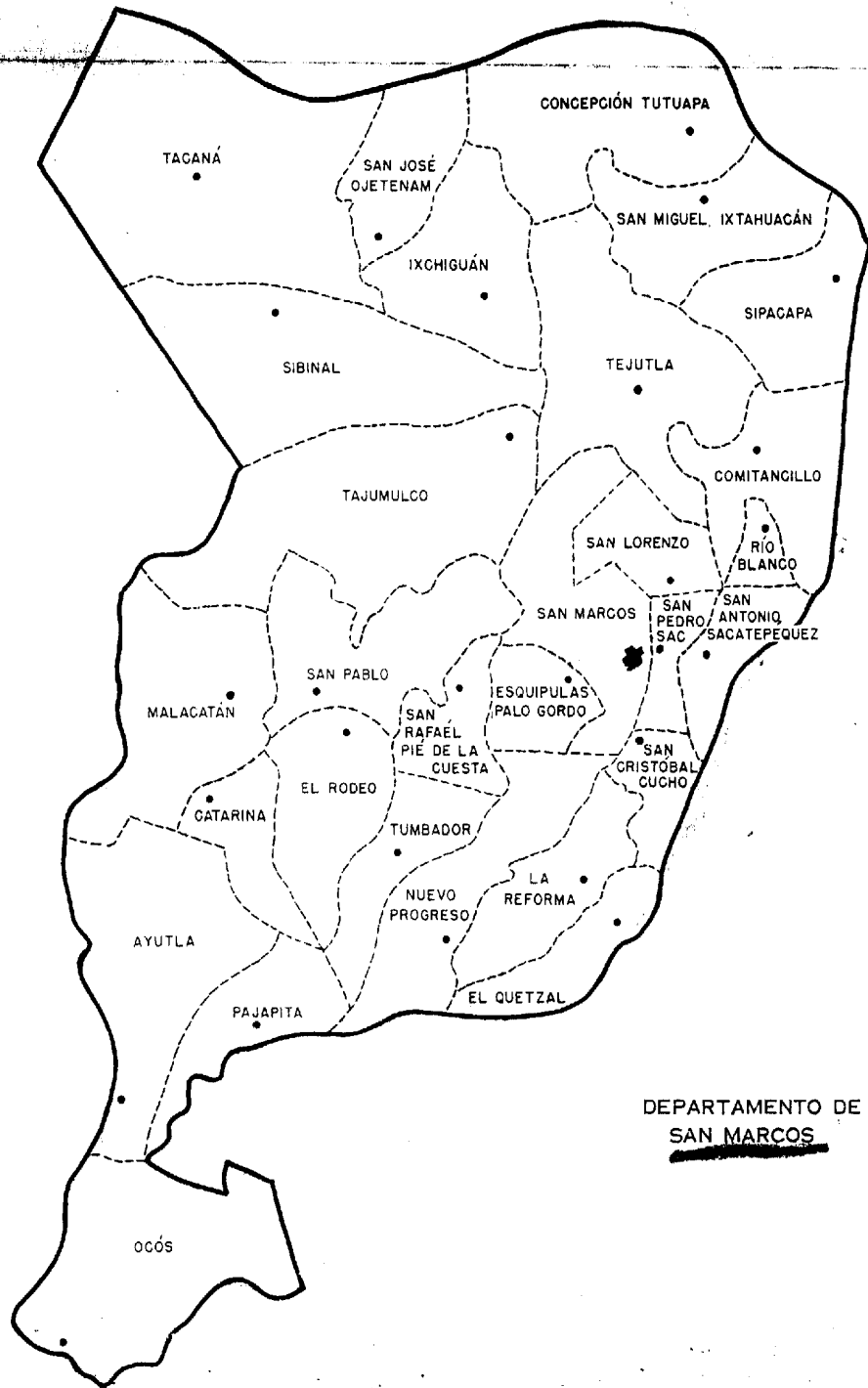
Revista Cubana de Higiene y Epidemiolog - Condiciones de vida y... scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0253-17512004000300004&script=sci_arttext&tIng=es - 31k

Saforcada, Enrique y otros, El Factor Humano en la Salud Pública. Buenos Aires, Editorial Proa XXI, 1998, 96 pp.

Villagrán, Gabina. El individuo y La Familia. UNAM, México, 1996.

www.col.ops-oms.org/sivigila/mortalidad/default.htm - 7k

Anexos



DEPARTAMENTO DE
SAN MARCOS



Encuesta dirigida a la población migrante del
 Del Caserio La Cienega, municipio de Tacaná del departamento de
 San Marcos

Lugar de Origen

1. Aldea/Caserío	2. Municipio	3. Permanencia/ Orgien	4. Permanencia / destino

Vivienda

5. Paredes: normales ___ o. Electricidad: ___ 7. Agua: ___ 8. Letrina ___ 9. Combustión: ___
 (F / I) (Pública/Vivienda) (Entubada/ Pozo) (Si/No) (Carbón/Leña/gas)

10. No. de cuartos: 2 ___ más: ___ ó menos: ___

11. Cría animales: Consumo ___ Venta: ___ Tipo: ___

12. Alimentos que consume regularmente: Frijol ___ Tortilla ___ Arroz ___ Carnes ___ Café ___ Otros: ___

Datos Familiares

13. Parentesco	14. Edad/sexo	15. Escolaridad	16. Religión	17. Dialecto	18. Español	19. Ocupación
	F M					
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

Observaciones:

20. Familia Unida ___ Separada ___

Salud

21. Padece de Problemas Respiratorios: Si ___ No ___ Desde hace cuánto: menos de 15 días ___ más de 15 días ___
 22. Asma Bronquial (dificultad para respirar) Si ___ No ___ (Espasmo bronquia temporal reversible)
 23. Bronquitis crónica (esputos no hemoptocicos) Si ___ No ___ (Fiebre, dolor expectoración mucoside)
 24. Tuberculosis Pulmonar (esputos hemoptocicos) Si ___ No ___ (Fatiga, sudoración nocturna, perdida del apetito y peso)
 25. Catarro común recurrente (sin estupos) Si ___ No ___ (secreción nasal, tos, dolor de garganta, no fiebre)
 Ha fallecido algún miembro de la familia por problemas respiratorios Si ___ No ___ Edad ___ sexo ___ Hace cuánto: ___
 27. En qué lugar contrajo la enfermedad: Casa ___ Trayecto ___ Trabajo ___
 28. Qué atención recibió para su tratamiento: Médico ___ Curandero ___ Casero ___ Otro especifique: ___
 29. Con aislamiento ___ Sin aislamiento ___

Aspectos psicológicos

30. Cada vez que viaja es motivo de preocupación: Mucho ___ Poco ___ Nada ___
 Porqué: a) delincuencia ___ b) abuso de poder ___ c) Miedo a enfermar ___ d) Inseguridad Laboral ___ e) Miedo a la Muerte ___
 31. Alguna vez ha peligrado: a) Su vida: ___ b) Su Salud ___ c) Su Trabajo ___ d) Otros: ___
 En qué momento: a) En su lugar de origen ___ b) En el trayecto de ida ___
 c) En su lugar de trabajo ___ d) A su regreso ___ e) Otro ___
 32. La preocupación le ha producido: a) Falta de apetito ___ b) Insomnio ___ c) Agresividad ___ d) Inseguridad ___
 33. El viaje es: a) Directo ___ b) Transborda ___
 34. El transporte es: a) Seguro ___ b) Inseguro ___ Otros: ___
 35. Qué medio de transporte utiliza: Medio ___ Tiempo ___
 a) A Pie ___ (horas, días)
 b) Camión ___ (horas, días)
 c) Bus ___ (horas, días) Otros: ___

Redes de Apoyo

36. Qué apoyo recibe de su comunidad:

Apoyos	si	no	Qué recibe
Iglesia			
Escuelas			
Servicio Médico			
Transporte			
Tiendas			
Seguridad			
Otros			

37. Qué apoyo recibe de su familia: a) Económico b) Respaldo Moral c) Seguridad Física

38. Conoce otras redes de apoyo : Si ___ No ___ Cuáles: _____

39. Cuando regresa a que se dedica: a) Agricultura ___ b) Crianza de animales ___ c) Comercio Informal ___
c) Actividad artesanal ___ d) Servicios domesticos ___

40. Qué hace cuando descansa el domingo: a) Pasear ___ b) Se queda en casa ___ c) Asiste a la Iglesia ___ Otros _____

41. Cuando regresa trabaja usted de : Lunes a Viernes: _____ Lunes a Sábado: _____ Lunes a Domingo: _____

Aspecto Laboral

42. Goza del séptimo día: Si ___ No ___

43. Trabaja usted de : Lunes a Viernes: _____ Lunes a Sábado: _____ Lunes a Domingo: _____

44. Cual es su horario de trabajo: _____

45. Trabaja la familia el mismo horario: a) Adultos: _____ b) Niños: _____

46. El pago del trabajo es por: a) Trabajador: _____ b) Familia _____

47. Considera que el salario del trabajo es: a) Justo lo esperado Si ___ No ___

b) Por arriba de lo esperado Si ___ No ___

c) Por debajo de lo esperado Si ___ No ___

48. Varía el salario de una finca a otra por el mismo jornal de trabajo: Si ___ No: _____

RESUMEN

Los determinantes psicosociales causantes de provocar enfermedades respiratorias en el campesino migrante temporero del caserío La Ciénaga del municipio de Tacaná, están determinadas por las condiciones de vida que los ha aislado, provocando la necesidad de salir en busca de nuevas fuentes de trabajo. Haciendo la expectativa de vida más corta; lo que llevó a identificar los cambios bruscos de clima en extremo frío y la exposición constante del sistema respiratorio como la causa directa de producir infecciones respiratorias así mismo, el estilo de vida, que los clasifica como migrantes temporeros recurrentes actividad que pone en peligro su equilibrio emocional.

Es evidente que desde el enfoque de la Psicología de la Salud, el proceso multicausal donde la respuesta defensiva del organismo es baja, la posibilidad de contagio se eleva, a mayores períodos de enfermedad menos descanso y el desconocimiento gubernamental, laceran la salud física y mental del campesino produciendo incertidumbre, desmotivación ansiedad y muerte.