

ESTUDIOS INTERÉTNICOS



Instituto de Estudios Interétnicos
Universidad de San Carlos de Guatemala

Vol. 21 N°26
Noviembre 2015

Cuerpo editorial

Directora General
Dra. Ma. Teresa Mosquera

Consejo editorial

*Dr. Gustavo Enrique
Palma Murga*
Asociación para el desarrollo de
las ciencias sociales en Guatemala
AVANCSO

*Dra. Linda Asturias
de Barrios*
Docente Maestría Universidad del
Valle de Guatemala

Lic. Haroldo Shetemul
Columnista Periódico
Prensa Libre

Lic. Francisco Sapón
Director Instituto de Lingüística
e Interculturalidad, Universidad
Rafael Landívar.

*Licda. Alma Abigail
Sacalxot Chaj*
Aporte para la descentralización
cultural ADESCA

MA. Tatiana Paz Lemus
Directora Antropología y Sociolo-
gía, Universidad del Valle

Dra. Claudia Dary Fuentes
Investigadora Instituto de Estudios
Interétnicos, Universidad de San
Carlos de Guatemala

Créditos

Entidad Editora
Instituto de Estudios Interétnicos

Directora de Revista
Dra. María Teresa Mosquera

Editora
Luisa Mejicanos

Lugar de Edición
Guatemala

Diseño y Diagramación
Lic. Isabel Corado

Fotografía de portada
Lic. Karla Toledo

Impresor
Instituto de Estudios Interétnicos

Servicios de Información

idei.usac.edu.gt

Latindex

Autores

Ana Lucía Hernández Cordero

Liliana Goldín

Linda Asturias de Barrios

Elisa Liliana Xiap Satey

Diana Padilla

Idalma Mejía

Luisa María Mazariegos

Otto de León

Claudia Dary

Alvaro Caballeros

Contacto

idei@idei.usac.edu.gt

PBX: (502) 2251 2391

*10 Calle 9-37, zona 1
Ciudad de Guatemala, C. A*

Estudios Interétnicos / IDEI.

—Revista No.26 Año 21, Noviembre 2015, Tercera época.

—Guatemala: Instituto de Estudios Interétnicos- Universidad de San Carlos de Guatemala.

Guatemala, Edit. Servitec. 2015.

p 80. : il. , 22cm.

- Migración - Reproducción-Linchamientos – Violencia -
-Diabetes - Mujeres –Salud Pública-

La Revista Estudios Interétnicos es una publicación científica editada por el Instituto de Estudios Interétnicos de la Universidad de San Carlos de Guatemala, que presenta reflexiones, análisis y resultados de investigación de temas referidos al conocimiento respecto de las formaciones étnicas, su diversidad, constitución y relaciones.

La Revista Estudios Interétnicos es una publicación anual del Instituto de Estudios Interétnicos de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

El contenido de los textos es responsabilidad de los autores. Todos los artículos que forman parte este volumen fueron arbitrados por pares ciegos.

Primera Sección Autores Externos

04

Trayectorias reproductivas enfrentadas:
una comparación entre mujeres
universitarias y sus madres
Dra. Ana Lucía Hernández

21

La adherencia al tratamiento de la diabetes
tipo 2 en mujeres mayas del occidente de
Guatemala en el contexto de salud pública,
etnicidad, pobreza y género
Linda Asturias y et. al.

Segunda Sección Autores Internos

35

En torno a los linchamientos: un estado
de la cuestión sobre la violencia colectiva
en Guatemala
Licda. Claudia Dary

58

Múltiples y simultáneas migraciones
en Guatemala: perspectiva histórica,
dinámicas actuales y desafíos para la
investigación social
Lic. Álvaro Caballeros

Tercera Sección Reseña del libro

71

Reseña del libro ¿Yab'il xane K'oqil?
¿Enfermedades o consecuencias?
Dra. María Teresa Mosquera

77

Normas editoriales

Revista Estudios Interétnicos

Trayectorias reproductivas enfrentadas: una comparación entre mujeres universitarias y sus madres

Por Dra. Ana Lucía Hernández

Doctora en Antropología por la
Universidad Autónoma de Madrid.
Profesora de la Universidad
de Zaragoza

acordero@unizar.es

Recpción de artículo: 05/Ago/2015
Aceptación de artículo: 30/Sep/2015

Palabras Clave

<comportamientos reproductivos>, <métodos anticonceptivos>, <maternidad>, <población indígena y no indígena>, <educación>, <servicios de salud>.

Resumen

En este artículo, reflexiono sobre las prácticas reproductivas de mujeres jóvenes indígenas y no indígenas guatemaltecas, y sus madres, en torno a tres prácticas: 1) El uso de métodos anticonceptivos. 2) La edad en la que tuvieron a su primer hijo. 3) El número de hijos. El artículo se basa en un estudio cualitativo realizado entre un grupo de mujeres jóvenes universitarias, a quienes se les entrevistó para indagar sobre sus experiencias reproductivas y las de sus madres.

Tanto la centralización de los servicios sociales como salud, educación, y otros como la diversidad cultural de la sociedad guatemalteca son elementos fundamentales que influyen en el comportamiento de las mujeres en el campo de la sexualidad y la reproducción. Es el caso del uso de métodos anticonceptivos que se inserta dentro de un contexto de desigualdad y exclusión, y produce diferencias entre los distintos grupos sociales.

En el artículo se resalta el hecho de que las experiencias reproductivas de las mujeres se construyen social e históricamente; pero en este proceso, se entretejen también factores culturales, políticos y económicos, los cuales dan lugar a prácticas sociales específicas, en las que instituciones como la escuela, la iglesia y la familia tienen un papel preponderante.

Opposing reproductive trajectories: a comparison between college women and their mothers.

Abstract

Women's reproductive experiences are socially and historically constructed. In this process, distinct cultural, political and economic factors are interwoven, emphasizing specific social practices, in which social institutions, such as schools, church and family obtain a predominant role. The centralization of social services (health, education, among others), and the cultural diversity of the Guatemalan society are fundamental in understanding the way people act in regards to sexuality and reproduction. For example, the use of birth control is inserted into a context of inequality and exclusion, producing a significant difference between distinct social groups. In this article, the reproductive practices of young indigenous and non-indigenous Guatemalan women are analyzed in comparison to their mothers in three ways: 1) the use of birth control, 2) the age in which they had their first child and 3) the number of children. It is a qualitative study, based on in-depth interviews of young-adult, college educated women who are investigating their own experiences living in a post-war era, and those of their mothers who lived through the war.

Keywords

<birth control methods>, <motherhood>,
<indigenous population>, <education>,
<health services>.

Introducción

Las experiencias reproductivas de las mujeres están determinadas por una serie de factores sociales, políticos y culturales que intervienen en sus vidas cotidianas. Estas conductas están social e históricamente construidas "porque se producen entre agentes que ocupan posiciones definidas en la estructura social, pero también están dotados de significados porque presuponen la existencia de sistemas de representación simbólica" (Salles y Tuirán, 2001: 99). Por ello, es necesario situarlas en el contexto en que cada una de las mujeres las desarrolla. Acercarse al ámbito de las prácticas reproductivas con este enfoque, obliga a considerar las contradicciones que existen entre las prácticas y las representaciones culturales propias del orden simbólico (Lerner y Szasz, 2003).

Guatemala se identifica por una gran diversidad y riqueza de recursos naturales, de población y de expresiones culturales y religiosas. Sin embargo, también se caracteriza por una estructura social desigual que afecta a una proporción importante de la población, principalmente en el acceso y distribución de los recursos (Arévalo, 2013; Mendoza, 2007). Además, históricamente ha existido una centralización de los servicios básicos de bienestar, tales como la salud, educación, vivienda, seguridad, lo cual ha provocado que una buena parte de la población se encuentra con grandes dificultades en el acceso a los servicios básicos, como la salud (Paniagua y Hernández, 2007).

En este marco, es complejo hablar de salud sexual y reproductiva de la sociedad guatemalteca en su conjunto, ya que el uso de métodos anticonceptivos y a la posibilidad de acceder a una educación en materia de sexualidad y reproducción se insertan dentro de un contexto de desigualdad (Galicia y Monzón, 2012), en el cual factores como el lugar de residencia, nivel de escolaridad y edad impactan de manera abrumadora en los comportamientos individuales.

Uno de los objetivos de este artículo es presentar una reflexión en torno a las prácticas reproductivas de jóvenes guatemaltecas (quienes se auto-identifican como indígenas y no indígenas) y compararlas en relación con las de sus madres, en relación con el uso de métodos anticonceptivos, la edad en la cual nació su primer hijo y el número de hijos. Para ello, se retomarán

las historias de las hijas con respecto a las de sus madres y se considerarán las variables de escolaridad, edad y residencia. Así mismo, se considerará el contexto socio-histórico donde madres e hijas iniciaron sus ciclos reproductivos (décadas de los 60 y 70, para las primeras, y finales de los 90 e inicio del Siglo XXI, para las segundas).

Las hijas son mujeres jóvenes de 26 a 35 años¹, estudiantes o profesionales de las ciencias sociales de la Universidad de San Carlos de Guatemala, con residencia en el área urbana de la ciudad capital y de nacionalidad guatemalteca. El universo está compuesto por 5 jóvenes indígenas y 5 no indígenas o mestizas, madres de uno o dos hijos y todas son heterosexuales.²

El artículo se organizó en tres partes: en la primera se presenta un esbozo del contexto guatemalteco, donde tienen lugar las políticas de control de la natalidad, de planificación familiar y de salud sexual y reproductiva. En la segunda parte, se describe el análisis realizado sobre los comportamientos de los dos grupos de estudio, las madres e hijas, en relación con el uso de métodos anticonceptivos, edad del nacimiento de su primer hijo y número de hijos. Por último, se presentan las reflexiones a partir del análisis y las informaciones recabadas.

1.- El contexto de partida

1.1.- Planificación familiar y salud reproductiva

A principios de los años 70 del siglo XX, se inició en Latinoamérica un proceso de implementación de políticas de población y diseño de estrategias

gubernamentales del control del crecimiento poblacional (Lerner y Szasz, 2003). En Guatemala, estas políticas se expresaron en el diseño y aplicación de Programas de Planificación Familiar (PPF), las cuales surgieron por una preocupación internacional en torno a la relación entre población y desarrollo, impulsadas por cinco conferencias mundiales de población, que auspició Naciones Unidas: Roma, 1954; Belgrado, 1965; Bucarest, 1974; México, 1984 y El Cairo, 1994 (Lerner y Szasz, 2003).

Estas acciones se enfocaron en la reducción de la fecundidad, objetivo alcanzado por medio de programas de planificación familiar (PPF). Se implementaron los PPF como estrategia gubernamental dirigida hacia las mujeres unidas y en edad fértil. A pesar del éxito alcanzado en materia de la regulación de la fecundidad, en la década de los 80 y 90 del siglo XX, surgieron algunas críticas, particularmente del movimiento feminista, porque estos programas se dirigieron con exclusividad hacia las mujeres. Surgió así una propuesta de intervención desde el enfoque de salud reproductiva (Lerner y Szasz, 2003), la cual se dio a partir de la Conferencia de El Cairo en 1994. Este enfoque planteó que la salud no es solo la ausencia de enfermedad, es “un estado de completo bienestar físico, mental y social en todos aquellos aspectos relativos a la reproducción y la sexualidad” (Lerner y Szasz, 2003: 309). Así mismo, consideró cuatro aspectos fundamentales: 1) el derecho de los individuos a tener relaciones sexuales libres de preocupaciones: embarazos no deseados o contagio de enfermedades de transmisión sexual. 2) El derecho a decidir sobre su reproducción, es decir, si deseaban tener hijos, cuándo tenerlos y el espaciamiento entre ellos. 3) El derecho a tener embarazos y partos seguros. 4) El acceso a servicios de salud materno infantil de buena calidad.

El concepto de salud reproductiva cuestionó las políticas de población de los gobiernos por estar dirigidas exclusivamente al control de la fecundidad y, específicamente, a las mujeres en edad reproductiva. Este planteamiento de salud reproductiva es más completo porque, además de tomar en cuenta los aportes que han surgido desde la academia, también

¹ Las características individuales de cada entrevistada se señalarán en pie de página al momento de nombrarlas por primera vez.

² Es importante anotar que respeté totalmente la auto-adscripción étnica, la cual cada una de ellas señaló al momento de la entrevista, así como la de sus madres. Con respecto a la orientación sexual, decidí que todas las entrevistadas fueran heterosexuales como criterio de homologación.

considera los de los movimientos de mujeres y los de organismos internacionales, que buscan privilegiar la equidad de género y reconocer cómo las desigualdades genéricas están estrechamente vinculadas a las inequidades socioeconómicas, políticas y culturales.

1.2.- Panorama guatemalteco

Guatemala está conformada por una gran diversidad cultural: el 48 %³ de la población pertenece a las 21 etnias agrupadas en tres pueblos: maya, xinca y garífuna. En 1995, con la Firma del Acuerdo sobre Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas⁴ -AIDPI- se reconoce a la nación guatemalteca como multiétnica, pluricultural y multilingüe. Sin embargo, esta pluralidad se ha invisibilizado históricamente, y aún en la actualidad, el país se entiende conformado por dos grupos: indígenas y no indígenas o ladinos (Taracena, 1999).

La población guatemalteca está distribuida en 8 regiones, 22 departamentos y 339 municipios. En términos geográficos, la mayor parte de población no indígena y garífuna reside en el área metropolitana y el oriente, mientras que en la región central, norte, nor-occidente y sur-occidente habitan las poblaciones maya y xinca (ENSMI⁵). De acuerdo con Bilsborrow y Stupp (1997), Guatemala tiene la proporción más alta de población rural que vive en estado de pobreza en Centroamérica. En el Cuadro 1, se muestran las diferencias entre lugar de residencia, grupo étnico y sexo, que se convierten en desigualdades porque implican estar en mejores condiciones si se vive en áreas urbanas, es ladino, mujer u hombre. Es así como las mujeres indígenas que viven en el sector rural están en las peores condiciones.

³ Según el Censo de Población del año 2002.
⁴ Este acuerdo forma parte del Acuerdo de Paz Firme y Duradera firmado en Guatemala el 29 de diciembre de 1996, como culminación del proceso de negociación para la búsqueda de la paz, realizado entre el gobierno de Guatemala y la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca –URNG-.
⁵ Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil – ENSMI – 2002. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS.

Cuadro 1
Fuente: PNUD, Informe Nacional de Desarrollo Humano, 2005.

Cuadro No. 1
Guatemala (2004)
Algunos indicadores de desigualdad según características seleccionadas.
Quetzales y porcentajes

Grupos	Media (Q)	% Población	% Ingreso	Razón ingreso/población
Total	1,393	100	100	1.00
Entre áreas				
Urbano	1,896	51.4	70	1.36
Rural	861	48.6	30	0.62
Entre grupos étnicos				
Indígena	816	37.3	21.9	0.59
No indígena	1,738	62.7	78.1	1.25
Entre sexos				
Hombre	1,572	64.5	72.8	1.13
Mujer	1,068	35.5	27.2	0.77

Según datos del PNUD , en 2013 Guatemala presentaba un Índice de Desarrollo Humano (IDH) de 0.628 sobre 1, aunque ha mejorado en las últimas décadas, pasando de un IDH de 0.445 en 1980 a un 0.551 en 2000, y un 0.620 en 2010, aún sigue ocupando uno de los lugares más bajos en la lista de clasificación de desarrollo humano de los países del mundo (125 de 187). Este índice evalúa tres dimensiones del desarrollo: salud, educación y nivel de vida.

Con respecto a la educación, en el Cuadro 2 se observa que las dos categorías relacionadas con educación (escolaridad actual y escolaridad esperada) no registraron cambios entre 2010 y 2011, mientras

que se mejoró en cuanto a la esperanza de vida y hubo un retroceso en el ingreso per cápita. Con estos resultados, el país se ubica dentro del grupo de países considerados con un IDH medio y con un ingreso per cápita que lo sitúa dentro de los países con renta media. A nivel comparativo en la región centroamericana, Guatemala se encuentra en la cuarta posición en el IDH, siendo los datos los siguientes: Panamá, 65; Costa Rica, 68; El Salvador, 115; Guatemala, 125; Honduras, 129 y Nicaragua, 132.

Cuadro No. 2

Índice de Desarrollo Humano, dimensiones del desarrollo. Guatemala 2010.

Salud		Educación				Nivel de vida	
Esperanza de vida		Escolaridad actual		Escolaridad esperada		Ingreso per cápita	
2010	70.8 años	2010	04.1 años	2010	10.6 años	2010	US\$ 4.694
2011	71.2 años	2011	04.1 años	2011	10.6 años	2011	US\$ 4.167

Cuadro 2
Fuente: PNUD, Informe Nacional de Desarrollo Humano, 2011.

En cuanto el acceso a la educación, en 2005 el promedio de escolaridad a nivel nacional era de 5.4 años , esto equivale apenas a la primaria completa. En la población indígena, el promedio de escolaridad es de 3.8 años mientras que para los no indígenas es de 6.1 años. Lo mismo ocurre en el caso de la variable sexo: en el caso de los hombres, el promedio es de 5.7 años y para las mujeres de 5.1 años. La brecha mayor se ve en razón de grupo étnico aunque la diferencia entre hombres y mujeres también es significativa. En ese sentido, la situación de las mujeres indígenas no es la óptima, los datos muestran que el promedio de escolaridad para este grupo es de 3.2 años, es decir, la mitad de la primaria (PNUD, 2005). Esta situación no ha cambiado, según la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) 2011; la brecha en el ámbito de la educación se mantiene entre indígenas y no indígenas y entre hombres y mujeres.

En el Cuadro 3 se observa que las mujeres indígenas se encuentran en una situación de mayor desventaja. Aunque al analizar el rango de personas entre 15 y 24 años, el promedio de años de escolaridad sube significativamente y muestra una reducción de las diferencias entre etnia y sexo.

⁶ <http://www.datosmacro.com/idh>
⁷ En ese mismo período, el promedio de escolaridad en Latinoamérica es de 7.78 años. El país con más años de escolaridad es Cuba con 10.2, mientras que Guatemala tiene el valor más bajo en toda Latinoamérica (Barro, Lee, 2010).

Cuadro No. 3

Promedio de años aprobados por sexo, etnia y rangos de edad. Guatemala 2011.

Sexo	Indígenas	No indígenas
Personas mayores de 15 años		
Hombres	4.2	5.9
Mujeres	3.0	5.3
Personas entre 15 y 24 años		
Hombres	6.0	7.1
Mujeres	5.1	7.0

Cuadro 3
Fuente: ENCOVI, 2011.

Con este breve esbozo de la situación del país, es posible observar la magnitud de los cambios necesarios para mejorar las condiciones socioeconómicas de la mayoría de la población y apostar por un desarrollo integral. A nivel comparativo, Guatemala ocupa los últimos lugares en cuanto a los avances en contraste con los demás países de la región. En ese sentido, la pobreza entendida como fenómeno polisémico (Mendoza, 2005) supone una serie de consecuencias negativas para la población que la sufre, pero también para el contexto en su globalidad (Benavides, 2011). Según el concepto de pobreza centrado en las capacidades humanas de Amartya Sen (2000), la situación de precariedad que enfrenta la población guatemalteca revertirá en procesos de exclusión social.

1.3.- Fecundidad y comportamiento reproductivo

Durante la segunda parte del siglo XX, el crecimiento demográfico de la ciudadanía guatemalteca se mantuvo constante. En 1950, la población era de 3 millones; en 2010, alrededor de 14 millones⁸, siendo, por tanto, el país más poblado de la región centroamericana. Según proyecciones elaboradas con base en los últimos censos, el incremento de crecimiento poblacional será de 30 % durante los primeros 20 años del siglo XXI. Es probable que el país llegue a los 18.1 millones de habitantes en 2020 (INE-CELADE, 1997).

El crecimiento promedio anual ha disminuido de forma sistemática, aunque lenta, debido a que aún hay sectores que mantienen altas tasas de natalidad (Galicia y Monzón, 2012). Por ello, Guatemala se encuentre en la etapa de transición demográfica moderada⁹, porque se combina una alta natalidad con una mortalidad moderada (Welti, 1997).

En cuanto a la tasa bruta de natalidad (TBN)¹⁰, hay un descenso desde 1970; pasó de 44.7 nacimientos por cada mil habitantes en 1970, a 25 nacimientos en 2013. La tasa bruta de

⁸ Informe Nacional de Desarrollo Humano 2009/2010. PNUD-Guatemala.
⁹ Se entiende por transición demográfica el tránsito de un patrón con altos niveles de fecundidad y mortalidad a otro en el que ambos son bajos y están controlados.
¹⁰ Se refiere al número de nacimientos de una población por cada mil habitantes en un año. Representa el número de individuos de una población que nacen vivos por unidad de tiempo.

mortalidad era de 15 por cada mil habitantes en 1970 y en el año 2013 era de 5 (INE, 2014¹¹). La tasa global de fecundidad (TGF)¹² también ha descendido; en 1970 era de 6.5 hijos por mujer, en contraste con 3.1 hijos por mujer en 2013. Sin embargo, y de forma comparativa, en 2009 Guatemala junto con Honduras presentaban la tasa más alta entre los países centroamericanos (Cuadro 4).

Cuadro No. 4

Comparación de la tasa global de fecundidad (TGF) en países centroamericanos y años.

Años	Guatemala	Honduras	Belice	El Salvador	Nicaragua	Costa Rica
1995-2000	5	4.3	3.85	3.2	3.6	2.4
2000-2005	4.4	3.7	3.3	2.8	3	1.9
2005-2009	3.6	3.3	2.9	2.6	2.7	1.8

Cuadro 4
Fuente: PRESANCA, Programa Regional de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Centroamérica (2009)¹³.

Los datos muestran el panorama general del comportamiento reproductivo en el país, pero si se desagregan por otras categorías más específicas, como el lugar de residencia, la pertenencia étnica, la edad y la región, se puede observar que las grandes diferencias y brechas que se ocultan en los datos nacionales se mantienen o se agudizan, según sea el caso. De 1993 a 1995, la TBN se estimó en 37 como promedio nacional, pero en las áreas urbanas el dato fue de 31.6 nacimientos por cada mil habitantes, mientras que en áreas rurales era de 40.3 (INE, 1996). Estos datos muestran una gran brecha en relación con el lugar de residencia.

Con la TGF se da el mismo fenómeno: en 2008-2009, a nivel nacional era de 3.6; para el área urbana se registró el dato de 2.9 por mujer, mientras que en áreas rurales fue de 4.2. Ocurre lo mismo con el nivel de escolaridad, las mujeres sin instrucción formal presentaron mayores tasas de fecundidad (5.2), en contraste con las mujeres de escolaridad secundaria (1° a 3° básico) o más, quienes tuvieron menos hijos (2.3) (ENSMI¹⁴).

El uso de métodos anticonceptivos está íntimamente relacionado con el conocimiento y acceso de estos. Para 2002, se registra que el 98.8 % de mujeres conocen por lo menos algún método anticonceptivo, pero solo lo utilizan 43.3 % (ENSMI¹⁵). En relación con el

¹¹ <http://www.ine.gob.gt/index.php/estadisticas/tema-indicadores>
¹² Es decir, el número de hijos que, en promedio, tendrán en toda su vida reproductiva las mujeres en edad fértil (15 a 49 años cumplidos), si su reproducción transcurriera según el patrón de fecundidad observado en un determinado año.
¹³ Indicadores de situación de seguridad alimentaria y nutrición en Centroamérica y República Dominicana, Guatemala, 2009.
¹⁴ Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil – ENSMI – 2009. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS.
¹⁵ Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil – ENSMI – 2002. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS.

uso de métodos anticonceptivos, el país alcanzó un aumento importante en los últimos 20 años (Cuadro 5). Aunque con diferencias en razón de la región, pertenencia étnica y nivel de educación formal la tendencia se mantiene, las mujeres indígenas mostraban un porcentaje muy bajo en el uso de métodos (5.5 %) en 1987; para el año 2008, su uso aumentó a un 40.2 %. Lo mismo ocurre para la población que vive en el área rural y las mujeres con menos educación. Esto significa una accesibilidad mayor, pero las grandes brechas socioculturales del país no cambian. Sin duda las políticas de población han tenido un papel importante en los procesos demográficos, por lo que vale la pena incluirlos en este breve contexto.

Cuadro No. 5

**Uso de métodos anticonceptivos (1987-2002).
Mujeres de 15 a 49 años de edad, en unión que usan
métodos anticonceptivos, según características
seleccionadas en porcentaje**

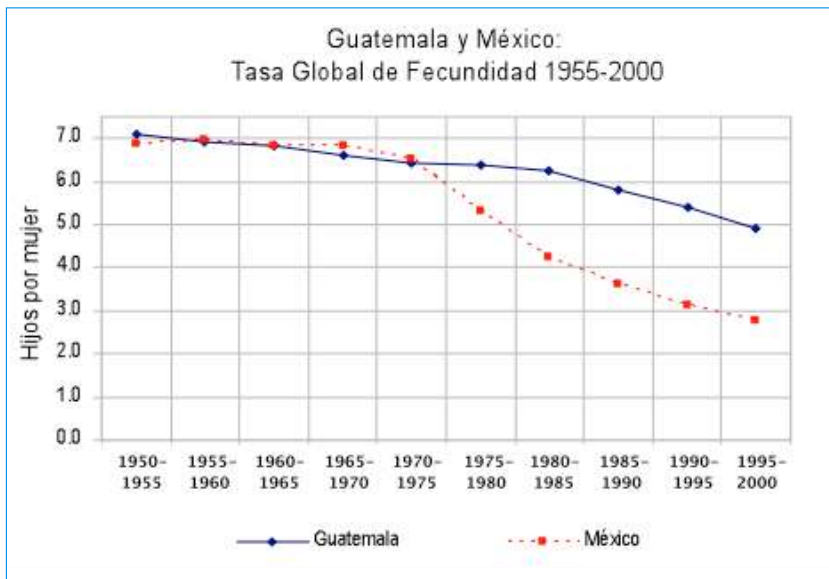
	ENSMI	ENSMI	ENSMI	ENSMI	ENSMI
Características	1987	1995	1998 /99	2002	2008 /2009
Área					
Urbana	43.0 %	48.9 %	52.3 %	56.7 %	65.7 %
Rural	13.8 %	19.8 %	27.7 %	34.7 %	45.6 %
Grupo étnico					
Indígena	5.5 %	9.6 %	12.6 %	23.8 %	40.2 %
Ladino	34.4 %	43.3 %	49.9 %	52.8 %	63.3 %
Nivel de educación					
Sin educación	9.8 %	14.1 %	19.4 %	24.7 %	39.9 %
Primaria	24.3 %	32.5 %	38.4 %	45.6 %	53.9 %
Secundaria o más	53.3 %	63.1 %	68.0 %	67.6 %	70.2 %
Total	23.2 %	31.4 %	38.2 %	43.3 %	54.1 %

Para entender mejor estos datos, hay que situarse en 1970, período en el que Guatemala era uno de los seis países de América Latina que mostraba mayores avances en materia de planificación familiar, particularmente porque tenía un programa cuyas metas estaban expresadas en términos demográficos y en términos de salud (Santiso y Bertrand, 2004). Un año antes se había establecido el programa de planificación familiar a través de la Asociación Pro-Bienestar de la Familia – APROFAM- una institución de carácter autónomo (Herrera, 2005a). Dado este panorama, surge la interrogante acerca de por qué a pesar de que el país inició el PPF tempranamente, el descenso de la fecundidad tenía un avance lento. Una respuesta tentativa podría ser que para el país el PPF no fue una prioridad como sí lo fue para otros países como México¹⁶ (Gráfico 1). Por otro lado, mientras que la mayor parte de países de América Latina experimentaban cambios demográficos muy significativos, los eventos políticos, sociales y económicos que se vivían en Guatemala en el período comprendido entre 1960-1996, determinaron el ritmo de su propio proceso. Al respecto, Santiso y Bertrand (2004) proponen cuatro factores que influyeron en el curso que tomaron los PPF en Guatemala: a) el movimiento antiimperialista (1960-1970); b) el alto porcentaje de población indígena que conforma el país; c) la aparición y agudización del conflicto armado interno; d) las alianzas y pactos que existieron entre la iglesia católica y el gobierno.

↑ Cuadro 5

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil –ENSMI-, Guatemala 2009.

¹⁶ País que presenta un patrón de reducción muy marcado, pasó de tener una tasa global de fecundidad de 6.3 en 1969 a 2.41 en 2000, con un descenso acelerado en el quinquenio de 1970-1975 (Herrera, 2005).

Gráfico 1**Tasa Global de Fecundidad – TGF- 1955-2000 Comparación entre Guatemala y México**

Este último factor se expresa en prácticas sistemáticas de bloqueo contra las iniciativas de implementación de mayores controles de la fecundidad por medio de la planificación familiar por parte de las presiones de la iglesia católica. Durante los últimos veinte años del siglo XX y principios del siglo XXI, las decisiones que el gobierno tomó sobre planificación familiar y salud sexual reproductiva están determinadas por la posición de la institución religiosa; en el caso de Guatemala tanto por parte de la iglesia católica y la protestante. Un ejemplo de ello es que durante los años de 1986 a 1991, la iglesia católica implementó una campaña agresiva contra la planificación familiar (Santiso y Bertrand, 2004). La alianza más fuerte entre la iglesia y el gobierno fue más evidente en 1994 cuando la delegación que asistiría a la conferencia de El Cairo, fue instruida por el presidente Ramiro De León Carpio para oponerse a todo lo relacionado con los derechos reproductivos. Cinco años después, la iglesia continuó ratificando su

oposición a los PPF y su influencia en torno al tema de la sexualidad y reproducción, provocó el retraso de la instauración de una política demográfica respetuosa de los derechos reproductivos¹⁷.

¹⁷A finales de 2005, la iglesia se opuso a la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar propuesta por el Congreso y le solicitó al presidente de la nación vetarla, “La Conferencia Episcopal de Guatemala considera que parte de su responsabilidad es defender la vida y orientar moralmente a la comunidad. Por tal motivo, solicitan al presidente Oscar Berger que veto la ley” (La Hora, “Iglesia ratifica su rechazo a la ley”, 26 de noviembre de 2005). Un mes más tarde, el 23 de diciembre, el presidente vetó la propuesta de ley. Después de una gran controversia, durante las primeras semanas del 2006, el Congreso rechazó el veto presidencial y, finalmente, “Con la aprobación del Acuerdo Legislativo 30-06, el Congreso ordena la publicación en el Diario de Centro América de la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación, la cual entrará en vigencia ocho días después” (Siglo XXI, “Publicarán ley de planificación”, 21 de abril de 2006). En efecto, la ley entró en vigencia el 8 de mayo de 2006.

El camino recorrido por las políticas con respecto a los PPF y la oposición de la iglesia determinan en gran medida el comportamiento de las mujeres a nivel personal. Como se ha señalado en la literatura sobre el tema, aunque se trate de un proceso ligado a hechos biológicos, este es parte de una estructura social que condiciona los eventos que ocurren dentro de ella (Quilodrán, 1983). El aumento en el uso de métodos de anticoncepción, por ejemplo, está ligado a la posibilidad de vivir con mayor información y acceso a la anticoncepción, pero también a la existencia de procesos de concientización de derechos reproductivos.

A partir de lo anterior, se puede inferir que Guatemala está lejos de asumir dentro de sus políticas de población el concepto de salud reproductiva, sin duda porque aún se pone énfasis en las políticas de planificación familiar.

2.- Trayectorias reproductivas comparadas entre dos generaciones

La oportunidad de acceso al control de la fecundidad en condiciones favorables no es la misma para todas las mujeres en Guatemala, así como la posibilidad de decidir sobre sus comportamientos reproductivos.

Los datos recogidos entre el 2006 y 2007, mediante las entrevistas realizadas a las mujeres jóvenes y la información que ellas proporcionaron sobre sus madres en cuanto al uso de métodos anticonceptivos, la edad en la cual tuvieron a su primer hijo y el número de hijos, permiten realizar una comparación de sus conductas reproductivas.

En primer término están las hijas, mujeres jóvenes entre 26 y 35 años, profesionales universitarias y que habitan en zonas urbanas. En segundo término las madres, mujeres nacidas entre la década de los 40 y 50, quienes iniciaron su vida reproductiva en el período de la guerra interna en Guatemala, lo cual las ubica en un contexto particular y complejo en relación con su comportamiento reproductivo.

2.1.- Uso de métodos anticonceptivos

El uso de métodos anticonceptivos ha sido considerado como uno de los indicadores de los procesos de autonomía¹⁸ que construyen las mujeres (García, 2003). Investigaciones recientes demuestran que a través de diversos mecanismos, por ejemplo los recursos económicos, las mujeres empiezan a considerarse independientes y autónomas, y toman decisiones importantes en aspectos fundamentales de su vida, como el de la reproducción (Rosas, 2005).

A continuación, presento las prácticas de las mujeres entrevistadas y las de sus madres, en relación con el uso de métodos anticonceptivos modernos, edad y razones para utilizarlos, en contraste con las variables de escolaridad y residencia en sus comportamientos.

La etapa reproductiva de las madres inicia en el período comprendido entre 1959 a 1977 aproximadamente. Para esos años, la situación que se vivía en el país era particular debido a la guerra interna. A pesar de que se iniciaron campañas de planificación familiar en todo el país, no tuvieron cobertura nacional esperada, especialmente, en las áreas rurales.

Los datos recogidos en las entrevistas expresan esta diferencia en conjunto con la escolaridad. La bibliografía demuestra que el acceso y uso de métodos de anticoncepción no está determinado por un solo elemento, ya que se trata de la vinculación de varios factores que posibilitan u obstaculizan su acceso y uso (García, 1983). En Guatemala, en el caso específico de las madres de las entrevistadas, las variables educación y lugar de residencia se relacionan estrechamente con las identidades étnicas. Así pues, las mujeres no indígenas vivían en ámbitos urbanos y tuvieron acceso a un mayor nivel de instrucción formal, incluso tres de ellas con estudios superiores. En contraste con las madres de adscripción étnica indígena,

¹⁸Pienso en el término de autonomía en cuanto a la toma de decisiones, refiriéndome a la libertad de las mujeres para actuar como ellas mismas lo desean (Rosas, 2005).

quienes además de vivir en zona rurales, tuvieron mayores dificultades de acceso a la educación formal y solamente tres accedieron a instrucción formal, pero ninguna terminó la secundaria.

Con respecto a sus prácticas reproductivas, según los testimonios de las hijas, las madres indígenas no utilizaron ningún método de anticoncepción “moderno”. No obstante, cuatro de las cinco mujeres del primer grupo sí emplearon algún tipo de anticonceptivo tradicional¹⁹. Por lo tanto, el hecho de vivir en áreas rurales y no tener acceso a la educación formal, produjo que el control de la natalidad con métodos modernos fuera menor.

“¿Tu mamá usó algún método de planificación familiar alguna vez en su vida? No, por favor (risas), estamos hablando de los años 60-70. Igual puedo haber usado un método natural porque ella sabía cosas. Esto es evidente por el espacio de tiempo que hay entre el nacimiento de cada uno de mis hermanos, el cual fue de casi tres años y medio, a pesar de que ella nunca usó ningún método [moderno]”. (Guadalupe²⁰).

En el caso de las madres de las entrevistadas no indígenas, que vivieron en áreas urbanas o semi-urbanas y con acceso a algunos niveles de educación formal, su comportamiento en materia de control de la reproducción fue distinto. Sí utilizaron algún método de anticoncepción combinando, tradicional y moderno, destacando de este último el preservativo, el dispositivo intrauterino (DIU), las píldoras, los óvulos y la esterilización femenina.

“¿Tu mamá usó algún método de planificación familiar alguna vez en su vida? Sí, ella siempre tuvo la idea de no llenarse de hijos. Entonces cuando se casó, después de mi hermano (su primer hijo), fue a la clínica para que le explicaran cómo podía controlarse. Siempre nos dijo que al casarnos debíamos cuidarnos para saber cuántos hijos tener, pero eso sí, después de la boda”. (Matilde²¹).

De acuerdo con la información de las entrevistas presentadas, es posible inferir que las variables de residencia, educación y pertenencia étnica configuraron sus comportamientos y prácticas reproductivas. Si bien las madres indígenas no utilizaron métodos modernos, algunas sí espaciaron sus embarazos a través de formas más tradicionales de control natal, situación que confirma el poco acceso a información y servicios de salud formales que tuvieron. Por otro lado, las hijas afirman que todas sus madres iniciaron su vida sexual al mismo tiempo que su etapa reproductiva, por lo tanto, el objetivo de usar control anticonceptivo respondió más al interés de espaciar embarazos, una vez iniciada su vida en pareja, y no de retrasar la maternidad, por ejemplo.

Para el caso de las hijas, sus comportamientos son diferentes respecto a los de sus madres, mientras que al interno del grupo no hay discrepancias significativas, ya que en todas las narraciones se combina el uso de métodos modernos y tradicionales. Las diferencias con las madres radican, principalmente, en que todas las hijas han realizado estudios superiores y su residencia desde primeros años de vida ha sido urbana, lo cual explica que hayan tenido información y acceso al uso de métodos de control natal. Llama la atención que dos

¹⁹Se consideran métodos anticonceptivos naturales o tradicionales la lactancia prolongada, la abstinencia, el coitus interruptus, como mecanismos para espaciar los nacimientos. En general, se utilizan una vez iniciada la vida reproductiva.

²⁰Guadalupe, indígena, 7 hermanos. Su madre no fue a la escuela y siempre ha vivido en el campo.

²¹Matilde, no indígena, 2 hermanos. Su madre estudió la educación obligatoria y al casarse dejó el trabajo extradoméstico. Siempre ha vivido en la ciudad capital.

de las hijas (indígena y no-indígena) señalan no haber utilizado ningún método, mientras que en el grupo de las madres esto ocurrió solamente en un caso. En estos dos casos, las variables residencia y escolaridad no han sido explicativas. Se trata de otros factores, como la religión o las negociaciones entre la pareja.

“¿Alguna vez utilizaste algún método anticonceptivo? No, yo siempre quise tener hijos y sabía que si me cuidaba tal vez no podría tenerlos. Además, el padre de mi hija es muy religioso y esas cosas no le gustan... como nosotros no nos veíamos mucho, se podría decir que cuando nos veíamos aprovechábamos también”. (Susana²²)

Las razones que las llevan a decidirse por uno y por otro también tienen que ver con concepciones sobre la maternidad, el noviazgo y la familia, así como la confianza en la pareja. En algunas ocasiones es la pareja la que decide qué tipo de método usar y cuándo usarlo. Esto ha hecho que, como se mencionó en el caso de las madres, su uso inició justo después de su primer embarazo. En otros casos, los métodos se utilizan con el fin único y exclusivo de evitar un embarazo no deseado y no planificado. Por eso mismo, los métodos empleados son los femeninos; los casos de uso del preservativo son escasos y el riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual no está dentro de las razones para su uso. La protección se justifica cuando se trata solamente de una pareja sexual, si se convierte en novio “formal”, el elemento confianza aparece y entonces el uso disminuye o incluso desaparece.

“¿A qué edad tuviste tu primer embarazo? A los 27. ¿Fue planificado? Sí, planificado de parte de mi esposo, porque él quería ser padre desde

que nos casamos y la verdad yo no sabía mucho sobre la sexualidad, y por lo tanto aprendimos los dos sobre cada método que existe para vivir mejor. Usamos solo el método natural (del ritmo), según el médico el más seguro. A veces usamos el preservativo, pero casi nunca”. (Vivian²³).

“¿A qué edad comenzaste a usar métodos anticonceptivos? Más o menos entre los 21 o 22 años, ya cuando tuve a mi hijo empezamos a vivir juntos con Enrique (el padre de su hijo). ¿Por qué motivos comenzaste a usarlos? Porque no quería tener más hijos. Mi hijo vino sin que yo supiera nada, así que después decidí controlarme. Volví a embarazarme y aborté, y fue a raíz de eso que empecé a usar métodos anticonceptivos. Utilicé la inyección y me la ponía cada tres meses”. (Miriam²⁴).

2.2. Edad inicial de la maternidad

Para los estándares demográficos guatemaltecos, la edad reproductiva femenina se da de los 15 a los 49 años. De tal manera que, a partir de los 15 y después de la primera menstruación, las mujeres están en condiciones de embarazarse. No obstante, la edad socialmente aceptada para iniciarse en la reproducción puede variar. Esto debido a que se espera que se cumplan ciertas condiciones económicas y sociales determinadas en función del grupo social al cual se pertenece.

En el caso que nos ocupa, las madres de las entrevistadas tuvieron su primer hijo entre los 17 y 25 años (promedio: 20.7 años de edad). Según la ENSMI, para el año 1987 (primera encuesta nacional sobre salud materno infantil), la edad promedio del primer embarazo/nacimiento a nivel nacional era de 20 años.

²²Susana, No Indígena. Tiene una hija, el padre de su hija está casado pero sigue manteniendo la relación con Susana desde hace 15 años.

²⁴Vivian, Indígena. Tiene un hijo. Empezó su vida sexual al casarse, después de su primer embarazo empezó a controlarse, pero aunque no lo expresa claramente, ha sido el esposo y el médico quienes han tomado la decisión de cómo hacerlo.

En ese sentido, las madres encajan con la tendencia a nivel nacional de esos años²⁵ (ENSMI, 1987²⁶). Sin embargo, el hecho de que su etapa de procreación se desarrollara en un período de gran convulsión social y política para el país (décadas de los años 60 y 70), por no existir además políticas sólidas de control del crecimiento al alcance de toda la población, muestra diferencias considerables entre las madres indígenas y no indígenas en cuanto a esta variable. En el primer caso, el promedio es de 23 años, mientras que en el segundo, de 18. Es evidente la diferencia entre los comportamientos reproductivos.

En cuanto al tiempo que pasó entre la primera relación sexual y la edad en la que se produjo el primer embarazo y primer parto, no hay diferencias. Como se mencionó en el apartado anterior, el inicio de la vida sexual estaba ligado estrechamente a su propia reproducción y el control de la fecundidad se dio a partir del inicio de la vida en pareja, principalmente, a partir del primer hijo. Según las hijas, sus madres no buscaban maneras para controlarse hasta después del primer parto. Esto porque, una vez se casaban estaba presente la expectativa de la llegada del primer hijo.

“¿Cuándo empezó tu madre a controlarse? Mi mamá dice que lo que se debía hacer era casarse, esperar a quedar embarazada durante los primeros meses, ojalá el primer mes después de la boda, y entonces acudir al ginecólogo. Ya después del parto, sí planeaba usar algo para no tener muchos hijos”. (Rosa²⁷).

“¿Cuándo empezó tu madre a controlarse? Yo no sé. Ella nunca usó nada de lo que usamos

ahora, pero sé que no quería tener muchos hijos. Entonces, iba con una partera y ella le decía los días que sí y los días que no. Y si no, tomaba cosas que le daba ella. Eso sí, al principio nada porque quería tener su primer hijo rápido porque se casó ya grande, no podía esperar”. (Gabriela²⁸).

Para el caso de las hijas, en contraste con las madres, tuvieron su primer hijo a los 25.5 años, en promedio, es decir, una media de cinco años de diferencia. Así mismo, por razón de pertenencia étnica se registran variaciones, ya que las hijas indígenas se convirtieron en madres a la edad de 24.4 años, mientras que las no indígenas a los 27. Además, la distancia que hay entre el inicio de la vida sexual de las hijas, tanto indígenas como no indígenas, y el nacimiento de su primer hijo es de cinco años en promedio, es decir, empezaron a tener una vida sexual activa a los 20.7.

En los casos en los que han usado métodos anticonceptivos, es posible hablar de una separación entre su vida sexual y su vida reproductiva, lo cual no ocurrió con sus madres. Por otra parte, las diferencias entre el grupo de las hijas no ha sido significativa, registrándose 20 años, para el caso de las indígenas, y 21, para el de las no indígenas. El conocimiento y acceso a los métodos por el lugar de residencia y el nivel educativo son variables que incidieron sobre la tendencia del control de la fecundidad, incluso después del primer embarazo.

“¿Cuándo y por qué empezaste a usar métodos anticonceptivos? Empecé a usarlos cuando tuve mi novio, no quería embarazarme para nada,

²⁵ En esa primera encuesta, se destacan las diferencias existentes en los comportamientos reproductivos de las mujeres en cuanto a su zona de residencia (rural-urbana) y adscripción étnica (mestizas-indígenas), siendo de 21 y 20 años, respectivamente.

²⁶ Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil – ENSMI – 1987. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – MSPAS.

²⁷ Rosa, no indígena, una hermana. Su madre se separó de su padre cuando él se fue a los Estados Unidos y no retomó su vida en pareja.

²⁸ Gabriela, indígena, 3 hermanos. Su primer hermano nació cuando la madre tenía 22 años.

así que me cuidaba siempre. Al final tuvimos un error de cálculos y me embaracé. La noticia fue sorpresa, pero ahora estoy contenta". (Matilde).

"¿Cuándo y por qué empezaste a usar métodos anticonceptivos? Desde que perdí la virginidad, al principio con preservativo, después con la píldora, pero siempre usaba algo, no quería sorpresitas... aunque al final hubo una, pero ya estábamos más grandes. Ahora después de la niña, uso el ritmo porque me han hecho muy mal los medicamentos, pero mi novio quiere hacerse la vasectomía, así que eso será lo mejor". (Rosa).

2.3.- Número de hijos

El número de hijos que una pareja desea tener o tiene está ligado a muchos factores. Uno de ellos es el significado de la descendencia para cada persona y pareja, pero también el acceso a servicios y recursos de salud. En 1980, la TGF era de 6.2 hijos por mujer; en el 2000 se redujo a 4.80 y en 2014, de 3.91²⁹. Esta disminución está estrechamente vinculada al uso (o no) de métodos anticonceptivos, condicionado por el lugar de residencia y escolaridad, entre otras variables. Además, este panorama se conjuga con elementos de orden simbólico y cultural. Por ejemplo, en los ámbitos rurales la cantidad de hijos que una familia tiene es considerada como un beneficio en materia de trabajo (González, 1994). También influye la relación que se da entre la fertilidad y la feminidad/ masculinidad (Ferro, 1991), ya que la presencia de pocos hijos en una familia puede ser considerada como signo de ser poco hombre o poca mujer (Fagetti, 1995).

Tomando en cuenta lo anterior, se señala la situación de las mujeres estudiadas en torno al número de hijos. Según datos de la mortalidad infantil en Guatemala, de 1972 a 1976, 15 de cada 100 niños morían antes de los 5 años y, de 1982 a 1987, el número bajó a 11 por cada 100 niños (ENSMI³⁰). A partir de la tendencia mostrada en el artículo, puede inferirse que para la década de los 60, el panorama era más grave y se agudizaba en las áreas rurales del país. Es importante anotar que según las entrevistadas, ninguna de sus madres sufrió la pérdida de un hijo en la infancia ni reportaron abortos espontáneos o voluntarios, de tal manera que el número de hijos corresponde al número de embarazos que tuvieron.

A partir de los testimonios, la media es de cuatro hijos por madre, un promedio bajo para el registrado en 1980 (6.2 hijos por mujer). Sin embargo, como se señaló anteriormente, separando las mujeres indígenas y las no indígenas se visualizan las diferencias. Para las primeras, el promedio es de cinco hijos, mientras que para las segundas es de tres. Esto está vinculado estrechamente con el uso de métodos modernos que denota un mayor control de la fecundidad, así como con el factor económico que supone el acceso a estos recursos más allá del conocimiento.

Por otro lado, la diferencia entre los hijos nacidos y los hijos deseados es importante, sobre todo porque tanto las madres indígenas como las no indígenas, señalaron que deseaban tener menos hijos de los que tuvieron; 3.4 para las primeras y 2.8 para las segundas. No obstante, esto evidencia que hubo control tradicional y moderno, pero todas las madres hubieran preferido tener menos descendencia y no tuvieron los recursos a su alcance para decidirlo libremente.

En cuanto al comportamiento de las hijas, se registran diferencias en contraste con sus madres. La mayoría tiene un hijo, lo cual es evidente en el promedio de las 10 entrevistadas que es de 1.2 hijos por mujer. Otra diferencia es el número de hijos deseados ya que, a diferencia de las madres, casi todas las hijas desean tener más hijos (el promedio registrado es de 2 hijos).

²⁹ <http://www.datosmacro.com/demografia/natalidad/guatemala>

³⁰ Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil – ENSMI – 1987. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – MSPAS.

Sus comportamientos reproductivos responden a una entrada tardía a la maternidad y a un proyecto de vida en el que ser madres no era el único objetivo de sus vidas. Sus expectativas y aspiraciones profesionales son abismalmente distintas. Sin embargo, ya sea por razones económicas, de organización de cuidado o de conciliación familiar y laboral, todavía no han cumplido con su deseo de tener descendencia. Es posible observar, después de contrastar y analizar la información recopilada, cómo las concepciones de maternidad han variado e impactado en los comportamientos reproductivos de estas mujeres.

Reflexiones finales:

¿Salud reproductiva o simplemente planificación familiar?

A lo largo de los tópicos revisados en cuanto al comportamiento reproductivo de las hijas frente a sus madres, las diferencias encontradas responden a las variables de lugar de residencia y escolaridad principalmente, mientras que al interno de cada grupo las diferencias se dan en términos de pertenencia étnica. Estos elementos influyeron enormemente en que estas mujeres experimentaran trayectorias reproductivas distintas.

Las narraciones de las hijas revelaron cambios importantes de sus trayectorias reproductivas en relación con las de sus madres, los cuales estuvieron influenciados por la escolaridad, la residencia y el contexto político nacional. Las madres refirieron niveles más bajos de educación formal, pues desarrollaron la mayor parte de su vida en áreas rurales, urbanas o semi-urbanas, e iniciaron su etapa reproductiva durante los años del conflicto armado interno.

En el grupo de las madres, solamente la mitad de ellas utilizó algún método de anticoncepción moderna; pero la pertenencia étnica no es necesariamente el factor que determina un comportamiento en particular, sino la conjugación de elementos culturales y socioeconómicos que influyeron en el comportamiento específico de este grupo de mujeres.

En ese sentido, la residencia, la disponibilidad y acceso a servicios y la escolaridad impactaron en el conocimiento, aceptación y uso de métodos de control de su fecundidad. De hecho, a partir de la falta de condiciones más ventajosas, varias de ellas emplearon métodos naturales, como la lactancia prolongada, la abstinencia y el coitus interruptus, con el objetivo de lograr un espaciamiento en sus sucesivos embarazos. Vivir en áreas rurales, tener baja escolaridad o no tenerla y enfrentar una propuesta médica de anticoncepción desde una ideología más tradicionalista y religiosa, significó el uso nulo de anticonceptivos modernos en algunos casos.

Para el caso de las hijas, el panorama es más complejo. En primer lugar, hay una gran diferencia entre ellas y sus madres en cuanto al nivel de escolaridad, lo cual las coloca en posiciones distintas. Su condición de universitarias señala que tuvieron las posibilidades económicas y de otra índole para continuar con su educación. Así mismo, vivir en el área urbana significó el acceso a otros recursos y formas diferentes de ordenar y organizar sus vidas.

En cuanto a los métodos de anticoncepción, se ha constatado que hay elementos que favorecen o frenan el acceso, la aceptación y el uso. Pertenecer al sector urbano y poseer un grado avanzado de educación formal, favoreció a las hijas en el control efectivo de su fecundidad. En esta tarea se registró una diversidad de comportamientos, en los que se combinaron métodos modernos con tradicionales, principalmente al estabilizarse con una pareja. Este tipo de prácticas expresa que en el uso y elección de los mecanismos para el control de la natalidad, influyen diferentes elaboraciones socioculturales sobre las propias conductas. Los testimonios señalan, más que una preocupación por el contagio de enfermedades de transmisión sexual, una intranquilidad por el control natal.

Por otra parte, la edad al tener el primer hijo y el número de hijos fueron distintos en las dos generaciones estudiadas. En la mayoría de los casos, la edad de nacimiento del primer hijo es mayor en las hijas que en la de sus madres, incluso con la edad de

la media nacional registrada en 2009 (20.5 años)³¹. El número de hijos de las madres ha sido diferente y significativamente mayor que el de sus hijas. Lo mismo ocurre con el número de hijos deseados. Sin embargo, las hijas reportaron querer tener más hijos de los que tienen realmente, mientras que el caso de sus madres sucedió lo contrario.

Se puede afirmar que la segunda generación tuvo el primer hijo a una edad mucho mayor que la primera generación y que además tuvo menos hijos. Este comportamiento tiene que ver con el acceso a información y servicios, pero también con un cambio en los imaginarios personales, en los que el ideal de familia grande dejó de estar presente en los proyectos de vida de las entrevistadas. Esto indica que a pesar de tener distintos comportamientos con respecto a su sexualidad y reproducción, entran en juego reflexiones de tipo económico y los intereses profesionales de las mujeres, así como los cambios en los imaginarios sobre la maternidad, lo cuales se relacionan estrechamente con la calidad de cuidado y crianza de sus descendientes (Vásquez, 2000).

La baja fecundidad de las entrevistadas está directamente vinculada a la promoción de programas de planificación familiar, a una incipiente política de control del crecimiento de la población en Guatemala y al uso de métodos anticonceptivos modernos. No obstante, la aceptación y uso de estos métodos están determinados por distintos factores socio-culturales. En ese sentido, el uso de anticonceptivos por las entrevistadas no fue el mismo en todos los casos, ya que las experiencias familiares, religiosas y sociales influyeron en el comportamiento que cada una de ellas siguió frente al control de su fecundidad. Al respecto, el nivel de educación y el lugar de residencia son elementos que influyeron en su comportamiento: las mujeres con menor escolaridad y residencia rural o semi-rural tienen prácticas, relacionadas con su

sexualidad, notoriamente diferentes, así como un promedio más alto de hijos; en contraste con las jóvenes con residencia urbana y carreras universitarias.

Vale resaltar que dentro del grupo de entrevistadas se encontraron diferencias, lo cual indica que la escolaridad y la residencia no producen cambios de manera automática, sino que actúan en conjunción con otros factores sociales y culturales. La influencia de distintas instituciones sociales en el comportamiento reproductivo de las mujeres, como la escuela, la iglesia y la familia, son factores que deben considerarse tanto en estudios cuantitativos como cualitativos que consideren estas y otras variables. Estas, indudablemente, se conjugan al analizar las continuidades y transformaciones de fenómenos sociales, como el de la reproducción, así como al indagar sobre las representaciones en torno a la sexualidad, la maternidad y la familia.

Bibliografía

- Arévalo, Marcel (2013). ¿Por qué no salimos de pobres? Diálogo, No. 1 (Cuarta época), Pp. 4.
- Benavides, Jorge (2011). Obstáculos para reducir la pobreza: ¿por qué Guatemala no crece? Boletín 32. FUNDESA.
- Bilsborrow, Richard y Edward Stupp (1997). International migration statistics: guidelines for improving data collection systems. Geneva: International Labour Office.
- Barro, Robert y Jong-Wha Lee (2010). A new data set of educational attainment in the world 1950-2010. National Bureau of Economic Research, Working Paper N. 15902. Pp. 1-47.
- Fagetti, Antonella (1995). Los cambiantes significados de la maternidad en el México rural. "En Relaciones de género y transformaciones agrarias. Estudios sobre el campo mexicano". México: El Colegio de México. Pp. 301-337.
- Ferro, Norma (1991). El instinto maternal o la necesidad de un mito. Madrid: Siglo Veintiuno Editores.
- Galicia, Patricia y Ana Silvia, Monzón (2012). Guatemala: Un año de desafíos para la salud sexual y reproductiva de las mujeres. CIMAC Noticias, Glocalhoy No. 29.
- García, Brígida (2003). Empoderamiento y autonomía de las mujeres en la investigación sociodemográfica actual. Revista de Estudios Demográficos y Urbanos, 18. No. 2 (53). Pp. 221-253.
- (1983). Anticoncepción en el México rural, 1969. Demografía y economía, 10 No. 3. Pp. 297-351.

³¹ Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil – ENSMI – 2009. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – MSPAS.

- González Montes, Soledad (1994). La maternidad en la construcción de la identidad femenina. Una experiencia de investigación participativa con mujeres rurales. En: Nuevos textos y renovados pretextos". México: El Colegio de México. Pp. 147–173.
- Herrera, Coralia (2005a). Explicaciones sobre el cambio de fecundidad en Guatemala – mimeo. México: El Colegio de México.
- (2005b). Análisis estadístico de la transición a la maternidad: Una aproximación para el caso de las mujeres guatemaltecas – mimeo. México: El Colegio de México.
- INE (Instituto Nacional de Estadística) (1996). Censo de población 1995, Guatemala: INE.
- (1997). Guatemala, estimaciones y proyecciones de población 1950-2050. Guatemala: INE-CELADE.
- Lerner, Susana e Ivonne Szasz (2003). La investigación sociodemográfica en salud reproductiva y su aporte para la acción. *Revista de Estudios Demográficos y Urbanos*, Vol. 18, No. 2, (53). Pp. 299–352.
- Mendoza, Edgar (2005). Ciencias Sociales, Sociología y pobreza en Guatemala. *Sociologías*, Porto Alegre, Año 7, No. 14. Pp. 274-301
- (2007). Perspectivas de análisis de la economía informal urbana en ciudad de Guatemala. *Estudios. Revista de Antropología, Arqueología e Historia*. Pp. 69-110.
- Paniagua, Walter y Ana Lucía Hernández C. (2007). Intervención en idioma Kaqchikel de los profesionales de salud: una aproximación a la salud intercultural. Informe de Investigación, USAC-IDEI-DIGI.
- PRESANCA (Programa Regional de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Centroamérica) (2009). Indicadores de situación de seguridad alimentaria y nutrición en Centroamérica y República Dominicana. Guatemala: PRESANCA.
- PNUD (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo) (2010). Guatemala: Hacia un Estado para el Desarrollo Humano. Guatemala: PNUD.
- Quilodrán, Julieta (1983). Algunas de las características de la fecundidad rural en México. En: *La fecundidad rural en México*. México: El Colegio de México. Pp. 95–113.
- Rosas, Carolina (2005). Administrando las remesas. Posibilidades de autonomía de la mujer: un estudio de caso en el centro de Veracruz. *Género, Cultura y Sociedad*. Serie de investigaciones, Vol. 1. Pp. 15–51.
- Salles, Vania y Rodolfo Tuirán (2001). El discurso de la salud reproductiva: ¿un nuevo dogma? En: *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*. México: El Colegio de México. Pp. 93–113.
- Santiso-Galvez Roberto y Jane Bertrand (2004). The Delayed Contraceptive Revolution in Guatemala. *Human Organization* 63, No. 1. Pp. 57–67.
- Sen, Amartya (2000). *Desarrollo y Libertad*. Buenos Aires: Editorial Planeta.
- Taracena Arriola, Arturo (1999). *Invencción criolla, sueño ladino, pesadilla indígena*. Los Altos de Guatemala: de región a Estado, 1740-1871. Guatemala: Centro de Investigaciones Regionales de Mesoamérica, CIRMA.
- UNICEF (Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas) (2011). *Acción Humanitaria para la Infancia. Fomentar la capacidad de resistencia*. Nueva York: UNICEF.
- Vásquez, Elena (2000). *Democracia y cambios culturales*. En: *Las representaciones de la maternidad*. Madrid: UAM. Pp. 87–94.
- Welti, Carlos (1997). *Demografía I*. México: Programa Latinoamericano de Actividades en Población -PROLAP/ UNAM/IIA.

La adherencia al tratamiento de la diabetes tipo 2, en mujeres mayas del occidente de Guatemala, en el contexto de salud pública, etnicidad, pobreza y género¹

Por

Liliana Goldín²

Linda Asturias de Barrios³

Elisa Liliana Xiap Satey⁴

Diana Padilla⁵

Idalma Mejía⁶

Luisa María Mazariegos⁷

Otto de León⁸

Recpción de artículo: 23/Ago/2015

Aceptación de artículo: 31Ago/2015

¹ Este estudio fue auspiciado por la Escuela de Trabajo Social de New York University (Silver School of Social Work).

² Ph.D. en Antropología, Universidad Estatal de Nueva York, Albany, New York University.

³ Ph.D. en Antropología por la Universidad Estatal de Nueva York en Albany, Estudio 1360.

⁴ Médica y cirujana por el Centro Universitario de Occidente, Universidad de San Carlos de Guatemala, Instituto de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zúbiran, México.

⁵ LMSW, New York University.

Enfermera profesional por la Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala, Estudio 1360.

⁶ Licenciada en Antropología por la Universidad del Valle de Guatemala, Estudio 1360.

⁷ Médico y cirujano por la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala, Hospital Nacional de Occidente.

Resumen

La diabetes tipo 2 es una enfermedad que afecta a una gran población en el mundo, incluyendo personas que no han sido diagnosticadas. Si no se controla apropiadamente por medio de dieta, ejercicios, exámenes periódicos y medicación, puede provocar lesiones graves e incluso la muerte. Entre 2013 y 2014, se realizó un estudio cualitativo en un hospital público de Quetzaltenango, Guatemala, para comprender los factores limitantes y facilitadores de la adhesión al tratamiento de diabetes tipo 2, en mujeres mayas. Para ello, se realizaron entrevistas con 29 mujeres, pacientes de diabetes tipo 2 y cuatro médicos del hospital. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y procesadas con apoyo de un programa para análisis cualitativo. La mayoría de mujeres reportó baja escolaridad y una situación socioeconómica de pobreza. Se aplicó un marco teórico que toma elementos de las teorías de la comunicación y la psicología social y considera el contexto socioeconómico y cultural específico de la población. El marco organiza las formas de identificar los factores de la adherencia al tratamiento en tres procesos: comunicación, motivación y facilitación. Asimismo, permite plantear mejoras en, a) la comunicación entre profesional médico y pacientes; b) la motivación de las pacientes para cumplir con el comportamiento prescrito en el tratamiento y c) la facilitación del comportamiento de las pacientes por medio de la atención a las barreras sociales y económicas que lo impiden.

Abstract

A qualitative study was conducted at a public hospital in Quetzaltenango, Guatemala from 2013 to 2014 to assess the factors that affect the difficulties that indigenous women, mostly with limited schooling and economic resources have to comply with established protocols to control Type 2 Diabetes. Diabetes Mellitus affects a large sector of the population of Guatemala and the world, many never diagnosed and results in serious and often preventable consequences with appropriate controls. Interviews were conducted with 29 women and four physicians involved in care of diabetes patients in the Department of Internal Medicine of the Hospital Nacional de Occidente. Interviews were recorded, transcribed and coded and entered into a qualitative analysis digital processor. A CMF (communicate, motivate, facilitate) framework emerged from the data identifying the factors specific to improving education of patients, communication between patients and doctors, the motivation of patients to comply with treatment and the examination of barriers that impede adherence and facilitation of compliance.

Introducción

La alta incidencia de casos de diabetes tipo 2 (DT2) en Guatemala y las dificultades para diagnosticar y tratar la enfermedad se ubican en la interacción entre la pobreza, el género y la etnicidad. Este artículo se enfoca en las dificultades que tienen las mujeres mayas de Guatemala que padecen DT2, para adherirse a los protocolos indicados para su tratamiento en servicios de salud pública. Esta población, perteneciente a las más vulnerables del mundo a la enfermedad, sufre los efectos de DT2 e incluso muerte prematura. Tiene dificultades para lidiar, mantener y cumplir con las recomendaciones médicas o simplemente no consulta al médico ni va al hospital hasta que ya es tarde para controlar las complicaciones que resultan del síndrome metabólico y que conducen a la ceguera o pérdida de extremidades, entre otras lesiones.

Este estudio fue realizado con el objetivo de analizar factores limitantes y facilitadores de la adhesión al tratamiento de DT2, en mujeres mayas, en el contexto económico, social y cultural, como primera fase, para posteriormente diseñar y desarrollar programas de prevención y difusión que mejoren la adherencia al tratamiento, aun en contextos de pobreza.

Los servicios de salud pública de tercer nivel disponibles en zonas urbanas de Guatemala reciben a diario numerosos pacientes, principalmente mujeres que presentan complicaciones de DT2, una de las razones primordiales para acudir a un hospital. El sistema de salud pública en Guatemala es considerado como uno de los que presentan los déficits financieros más altos en Latinoamérica. Ha sido caracterizado como fragmentado y segmentado y con debilidades para responder al derecho social a la salud (véase Hernández, 2010). El acceso a la salud refleja desigualdades sociales por estrato económico, etnicidad, sexo, edad y área de residencia (PNUD, 2010). En el Hospital Nacional de Occidente, en Quetzaltenango, por ejemplo, solo se cuenta con una enfermera profesional, que no habla un idioma maya, para proveer orientación e información a los

pacientes sobre sus respectivos tratamientos. En este y otros hospitales, no se han podido contratar intérpretes conocedores del vocabulario médico que faciliten la comunicación entre el personal médico y pacientes mayas, monolingües (en k'iche' o mam, por ejemplo), o con poco conocimiento del español. Las esperas para consultar a especialistas o para llevar a cabo exámenes de rutina son largas y el personal médico no dispone de suficiente tiempo para explicar los tratamientos a sus pacientes. Estos tratamientos suelen ser complicados y caros; su explicación requiere más de los 10 a 15 minutos disponibles para cada paciente. Incluyen cambios en la dieta, medicación permanente, exámenes frecuentes y ejercicio.

El problema de la adherencia en países en desarrollo

Las intervenciones para aumentar la adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2 (DT2) tienen efectos modestos y limitados. El énfasis en esta sección es en las perspectivas que abordan los problemas en los países en desarrollo y en poblaciones indígenas. Estas se caracterizan por una mayor marginalización, tanto en contextos globales como en Guatemala, y por seguir modelos y concepciones de salud que generalmente son distintos a los biomédicos (véase Wiedman, 2006, 2012).

El problema de aumento de la incidencia de diabetes tipo 2 (Mellitus) en el mundo no se puede subestimar. Diversos estudios analizan la diabetes como una epidemia global (Lipska, 2014, Shaw et ál. 2009, WHO 2003). En Latinoamérica y el Caribe, estadísticas de 2000 revelan que el costo anual total (directo e indirecto) se estima en 65,216 millones de dólares (Barceló et ál. 2003; Wild et ál. 2004; WHO, 2003).

En Guatemala, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social estima que un millón de habitantes se encuentra afectado con diabetes. Los departamentos con mayor tasa de mortalidad son Quetzaltenango, Escuintla, Guatemala y Chimaltenango. El Atlas de la diabetes de la Federación Internacional de Diabetes

registra que 7,202 personas fallecieron por esta afección en 2012. La Organización Mundial de la Salud reporta que en Guatemala, en el 2008, la diabetes Mellitus constituyó la segunda causa de mortalidad de las mujeres (después de la influenza y la neumonía); la primera de mujeres entre 40 y 59 años; el 7.43 % de las mujeres en general y el 12.09% del segundo grupo etario (OPS/OMS 2013). Según datos recogidos entre octubre de 2012 y noviembre de 2013, en el Hospital Nacional de Occidente, Quetzaltenango, la DT2 constituyó una de las causas principales de visitas al hospital, con frecuencia siguiendo a pacientes con hipertensión arterial o enfermedades pépticas, con un promedio de 48 personas por mes, entre aquellas que llegaron para su primera visita al hospital (HNO, 2014).

Uno de los mayores problemas en los países en desarrollo es la falta de suficientes servicios de salud para las poblaciones con pocos recursos económicos, ya que los tratamientos de control de DT2 suelen ser caros porque requieren controles frecuentes, exámenes de laboratorio, nuevos alimentos en las dietas y medicación permanente. Los países que pueden proveer algún tipo de seguro médico como México, con el Seguro Popular, están reduciendo parte del impacto en individuos y familias. Sin embargo, en Latinoamérica, el acceso a seguro médico para las poblaciones más vulnerables es limitado (Sosa-Rubí et ál.2009).

Varios estudios sugieren que los pacientes que conocen más sobre su condición diabética logran controlarla mejor (Barceló et ál.2001; Rawal et ál.2012). Otros indican que cuanto más sencillos y claros son los regímenes de control, los pacientes pueden seguir mejor sus rutinas (Gagliardino et ál.2007). Unos más señalan que mayores niveles de conocimiento contribuyen a un mejor autocontrol, mayor autoeficacia y a actitudes más positivas (Cyrino et ál.2009). La mayoría de los estudios encuentra que la educación es un factor protector en el tema de la adherencia. Otros plantean que cuando los pacientes perciben una incongruencia o disonancia entre sus maneras de comprender su enfermedad y las de la comunidad biomédica, suelen ser menos constantes en la adherencia a los tratamientos indicados. Asimismo,

esa disonancia entre la comprensión culturalmente construida y la biomédica transmitida en servicios de salud provoca estrés, lo cual intensifica problemas físicos y psicológicos (Daniulaityte, 2004; Hjelm and Bard, 2013; Williams et ál.1998; Scheder, 1988). Además, la tensión entre los modelos biomédicos y los modelos locales/comunitarios de algunas poblaciones (Kleinman, 1980) resulta en problemas de adherencia debido, no necesariamente a la falta de motivación para cumplir con el tratamiento, sino por los problemas prácticos que implican los protocolos (falta de dinero, falta de apoyo familiar, distancia de los servicios de salud y acceso a medicinas, etc.) (Hunt & Arar, 2001; Garro, 1995).

La literatura señala algunos factores que contribuyen a una mayor adherencia. En particular, la condición de género y la situación familiar son esenciales junto con el apoyo social. Se observa que los hombres, en especial en Latinoamérica, están más protegidos de las complicaciones que las mujeres debido a la costumbre prescrita que otorga a la mujer el rol de apoyo y sustento físico y moral del hombre. Las mujeres suelen cumplir menos con sus tratamientos porque en parte tienen menos apoyo de su familia que los hombres (Kalyango et ál.2008; Di Matteo, 2004; Kagee and van der Merwe, 2006). Cuanto mayor apoyo familiar se documenta, se da mayor adherencia (Garay-Sevilla et ál.1995). La adherencia al tratamiento no es un problema individual de cada paciente, sino un problema familiar y comunitario (Yates-Doerr, 2012; Gomes-Villas et ál.2012). Por ello, a mayor disfuncionalidad en la composición y relaciones familiares, menor adherencia al tratamiento (Amador-Díaz et ál.2007; Méndez-López et ál.2004). Estos y otros factores contribuyen a afectar las posibilidades de sobrellevar la enfermedad (Turan et ál.2002).

Numerosos estudios en Latinoamérica y el resto del mundo en desarrollo documentan muchas de las barreras que limitan la adherencia. La pobreza, manifestada en la falta de dinero para comprar medicinas y hacer visitas médicas, es una de las barreras más difíciles de sobrellevar (Meneses-Rentería et ál.2012; Adisa et ál. 2011; Barceló et ál.2003; Arredondo & Zúñiga, 2004; Wild et ál.2004). Las

estrategias de comunicación del personal médico pueden facilitar o limitar los niveles de adherencia (Haskard y DiMatteo, 2009; Bevan 2014; Chary et ál. 2012). La depresión es un factor reconocido que impide la adherencia y que se observa con frecuencia en pacientes con DT2 (Jahan et ál. 2011; Zuberi et ál. 2011).

Una revisión de metaestudios sobre numerosas intervenciones para aumentar adherencia al tratamiento de DT2 indica que la educación grupal para el autocontrol suele ser efectiva y más económica que la educación individual, mejora los resultados clínicos, de estilo de vida y psicosociales (Steinsbekk et ál. 2012). Por otro lado, como las intervenciones más efectivas suelen ser complejas porque tienen que incluir numerosos aspectos relacionados con la adherencia, los efectos totales tienden a ser modestos (McDonald et ál. 2002).

Método

El estudio cualitativo se realizó en el Hospital Nacional de Occidente, Quetzaltenango, de noviembre de 2013 a junio de 2014, con el apoyo del Departamento de Medicina Interna y con financiamiento de la Silver School of Social Work, New York University. Para ello, se realizaron entrevistas semi-estructuradas a 29 mujeres pacientes del Hospital, en su mayoría mayas, y a cuatro médicos (dos hombres y dos mujeres). Los datos recogidos consisten en percepciones y experiencias de mujeres pacientes diagnosticadas con DT2 y opiniones y experiencias del personal médico del Hospital.

Las entrevistas se llevaron a cabo en el Hospital antes o después de que las pacientes fueran atendidas y también al inicio de una Jornada Educativa sobre Diabetes tipo 2, organizada por el Departamento de Medicina Interna. Las entrevistas fueron conducidas y grabadas con consentimiento de las pacientes. Duraron entre 45 y 80 minutos e incluyeron experiencias con los diferentes aspectos del tratamiento: dieta, ejercicio, exámenes de laboratorio y medicación. Las pacientes respondieron preguntas sobre sus fuentes de apoyo familiar y comunitario, sus conocimientos

sobre la enfermedad, reacciones al diagnóstico inicial, comportamiento diario y dificultades que sufrieron en el proceso de control de su enfermedad. Tanto al personal médico como a las pacientes se les solicitaron ideas y recomendaciones de formas de mejorar la adherencia y facilitar el control de la enfermedad.

Las grabaciones fueron transcritas literalmente. El contenido de las transcripciones fue analizado por dos investigadoras en forma separada para verificar la consistencia. Cada una codificó temas y subtemas. Se creó un manual de códigos, algunos preestablecidos y otros emergentes. Una vez confrontados los códigos por comparación, los materiales fueron ingresados en el programa Atlas-ti. Digitalmente se solicitaron del programa los códigos asociados a los temas principales identificados y se analizaron por contenido, una vez más con ejemplos de las expresiones de las pacientes.

Características de las pacientes entrevistadas

La escolaridad de las mujeres varía entre 0 a 17 años, es decir, entre ausencia de educación formal y nivel universitario, con un promedio de cuatro años ($DS=4.6$), equivalente a cuarto grado de primaria ($DS=5$). Las pacientes habían sido diagnosticadas con diabetes entre 1 y 23 años antes de la entrevista; el promedio fue 9 años ($DS=7$). El 57% es católica y el 43% evangélica. El 17.2% reportó que eran amas de casa y que no tenían ninguna fuente de ingreso personal. La mayoría, 82.7%, genera ingresos por medio de actividades como trabajo doméstico remunerado, bordados, ventas en el mercado o a domicilio, pastoreo o crianza de animales, siembra en su terreno, trabajo como comadrona o en enfermería. Además de agricultura y pastoreo, indicaron que sus esposos trabajan como albañiles, en comercio, producción de indumentaria indígena y ventas en el mercado. Las mujeres, en su mayoría, están casadas (89%), 7% son viudas y 3% solteras. Su competencia lingüística varía entre monolingüismo en español y bilingüismo maya-español. La mitad reporta hablar solo en español. De la mitad restante, unas hablan un idioma maya (k'iche' o mam) y español, en grado incipiente o con mayor competencia bilingüe.

El tiempo de traslado en transporte público al hospital desde sus comunidades dura entre 20 y 90 minutos. Todas viven en municipios del departamento de Quetzaltenango, en áreas rurales y urbanas. El tiempo de permanencia en el hospital, espera y atención en la consulta externa, una vez que entran al hospital, varía entre dos y cuatro horas. Muchas esperan desde antes de las seis de la mañana para ingresar a los servicios. La consulta médica se inicia a las ocho de la mañana y algunos días a las nueve.

Resultados

Componentes del tratamiento

El tratamiento prescrito para el control de diabetes tipo 2 es complejo e incluye, por lo menos, cuatro componentes principales: dieta, control de la glucosa por medio de medicamentos, exámenes para evaluar niveles glicémicos y ejercicio físico. La dieta es explicada a la paciente por los médicos y, en algunos casos, por la nutricionista⁹. La dieta recomendada incluye eliminación o reducción de azúcares, disminución de grasas y sal, varias porciones al día y menores cantidades (médicos entrevistados).

Las respuestas de las pacientes evidencian diversidad de niveles de comprensión y percepción sobre la dieta indicada. Las observaciones de las pacientes incluyen una gama de estas consideraciones ilustradas en las siguientes citas:

(a) "No sé qué puedo comer y qué no puedo comer..." (b) "No puedo comer nada de azúcar y comida con grasa..." (c) "Puedo comer de todo, pero con moderación..." (d) "Solo puedo comer güisquil y otras verduras..." (e) "Me dijeron que coma mucha fruta..." (f) "Que no comaplatanos..." (g) "Me dijeron que coma sandía..." (h) "Que no coma sandía..." (i) "Que coma azúcar solo una vez al día; si la tomo con el desayuno (café o atol), que no la tome el resto

del día." Una paciente dijo: "Es que fíjese que como fui a dos consultas me dijo un montón de cosas, pero como yo ya no fui, entonces todo eso pienso yo que eso me lo tiene que ir diciendo por pasos, ¿verdad?"

Pocas pacientes consultan a una nutricionista y las que lo han hecho también presentan varias perspectivas:

(a) "Me dio una lista por escrito, pero la mayoría de lo que incluye es caro o difícil de obtener, como leche en polvo y atún," (b) "Me dijo que coma de todo, pero con cuidado y en moderación; si comía ocho tortillas, que ahora coma tres."

Con relación a la medicación y exámenes de laboratorio, la mayoría de las pacientes recibe receta para medicamentos. Asimismo refiere tomar la/s medicina/s indicada/s aunque no siempre en forma continua. La gama de prácticas que reportan comprende desde seguir la prescripción, pasando por diferentes formas de toma inconsistente de las medicinas, hasta no tomarlas:

(a) "Tomo todas las medicinas que me indica el Dr." (b) "Tomo las medicinas cuando puedo comprarlas, cuando mi marido puede comprarlas, cuando hay dinero." (c) "Tomo las medicinas cuando me siento mal y las dejo cuando me siento mejor." (d) "Cuando tomo las medicinas, me da gastritis y las dejo de tomar." (e) "No tomo las medicinas, nunca las he tomado. Me dijeron que hacen mal, que hay gente que muere por tomar las medicinas."

En relación con la asistencia a las citas de seguimiento a su tratamiento en el hospital, las pacientes reportan:

(a) "Me cuesta venir al hospital, el médico dijo que venga cada tres meses." (b) "Vengo cuando puedo" (c) "Vengo cuando me lo dice el médico."

Sobre el cumplimiento del tratamiento farmacológico, los médicos señalan además el cambio de la medicina adquirida en relación con la receta:

⁹ La plaza de nutricionista en la Consulta Externa del Hospital estaba vacante en el período de recolección de la información.

“A veces apuntamos una cosa y el paciente trae otra. Se le explicó y se le dio la receta, pero terminó comprando un medicamento diferente. A veces porque en la farmacia le dijeron que era más barato o que era lo mismo.”

También se evidencia poca comprensión de los resultados de los exámenes de laboratorio por parte de las pacientes:

“¿Qué quieren decir los datos que salen (de los exámenes)? Saber, si está alto o bajo.” “¿Cada cuánto [sacar sangre]? Eso no lo sabemos, pero como no le preguntamos al doctor.”

Las pacientes indicaron que suelen hacerse los exámenes de glucosa en el hospital. Unas pocas lo hacen en el Patronato del Diabético, o en clínicas privadas. Debido a su costo y a la necesidad de comprar tiras activas, muy pocas pacientes usan glucómetros para el control frecuente de su nivel de glucosa. Las que los usan suelen tener ayuda de sus hijas u otros familiares. Las que tienen glucómetro a menudo se quedan sin tiras activas porque los modelos se descontinúan y entonces los dejan de usar. Desde el punto de vista médico, los problemas con el uso del glucómetro son el bajo nivel económico de las pacientes, el cual no les permite adquirirlo, y las dificultades por desconocimiento para interpretar los resultados.

En relación con el ejercicio, la gran mayoría de las pacientes realizan actividades del hogar que les requieren un nivel de actividad física. La mayoría no practica el ejercicio recomendado por el personal médico. Las pacientes indican que suelen caminar, en especial las que venden, pastorean, salen a recoger leña, van a recoger a los hijos e hijas a la escuela o trabajan en el campo:

(a) “Me dijeron que camine media hora todos los días.” (b) “Me dijeron que camine una vez por semana.” (c) “Me dijeron que corra. ¿Adónde voy a correr?” (d) “No me dijeron nada sobre ejercicio.”

En el contexto de la discusión sobre los protocolos y qué recuerdan las pacientes de las recomendaciones médicas, el tema de la comunicación es fundamental. Los galenos y las médicas indicaron las dificultades que presentan las barreras lingüísticas (dominio o preferencia del español por parte del personal médico en contraste con el dominio o preferencia del idioma maya materno por las pacientes y falta de intérpretes institucionales), la falta de materiales gráficos y el reducido tiempo para las consultas. Frente a estas dificultades comunicativas, a veces las mujeres llegan con sus esposos o un hijo/a que habla español y puede traducir. Asimismo, algunas pacientes brindaron ejemplos efectivos de comunicación según percibieron los mensajes de sus médicos:

a) “Pero yo no, yo me limito y yo misma digo, no, tengo que cuidarme yo misma. Así como me dijo un médico, si usted se quiere a sí misma, si usted se aprecia, si usted levanta su autoestima, usted se tiene que cuidarse mucho.” b) “Solo así como me dijo a mí un médico, está Dios, está su esposo, pero el que más está, el que se está cerca de usted es su medicamento. Ese va a ser su compañero.”

Para resumir, se observaron niveles muy diversos de comprensión de los protocolos de tratamiento y la calidad de la comunicación con respecto a las expectativas de cumplimiento del tratamiento. Una comunicación clara que promueva la comprensión de la enfermedad es esencial. Por lo tanto, con base en lo anterior, la comunicación entre profesionales médicos y pacientes necesita mejoras y es por eso que surge como uno de los elementos principales del modelo para mejorar la adherencia.

Motivación de las pacientes para cumplir con el tratamiento

Una vez que las pacientes comprenden el tratamiento (lo que tienen que hacer), tienen que estar motivadas para hacerlo. La comprensión es importante, pero no es suficiente. A continuación se presentan las variables que emergen de los datos como

importantes para la motivación: (1) percepción de las ventajas y desventajas asociadas con la realización del comportamiento; (2) normas y presiones sociales que rodean la realización del comportamiento; (3) el estigma asociado con el comportamiento y el correspondiente auto concepto/ imagen social; (4) reacciones emocionales, y (5) autoeficacia o la percepción de las mujeres de su habilidad para realizar el comportamiento esperado. Se ofrecen ejemplos de estas categorías a continuación:

- *Ventajas y desventajas percibidas:*
(a) "Cuando hago dieta, me siento mejor." (b) "Cuando hago dieta, siento hambre." (c) "No puedo hacer dieta porque, si como tan poco, no puedo vivir." (d) "Cuando no hago la dieta, me siento mal." (e) "Cuando como de todo, me siento feliz." (f) "Cuando no puedo comer lo mismo que otros, me siento mal." g) "Que según lo que ellos dicen, pero yo sí no la hice porque, más necesitaba comer, porque necesitaba más vitamina, y qué me voy a hacer esa dieta, tal vez ya me hubiera muerto. ...No quiero que me saquen la comida, los tamalitos, porque de eso vivo. Sacando eso, tal vez el hambre me mata."
- *Presiones normativas:*
(a) "La gente siempre invita con comida y no se puede decir que no." (b) "Mi familia quiere que coma con ellos." (c) "Mi esposo me ayuda con la dieta." (d) "Mi hija me insiste que debo cuidarme con la comida." e) "A veces cuando tenemos fiesta, porque a veces, por ejemplo, cuando hay cumpleaños, me dicen come su pastel mamá, cómelo, bueno les digo yo, como un pedacito porque ya lo sentí la vez pasada, cuando lo comí el pastel, me hizo mal." f) "Sí, pues lo que he escuchado es que hay Dios mira ella está muy delgada, ya se va a morir. Ay Dios y empiezan otras cosas que mejor ni le digo. Le digo Padre, no. Empiezan a hablar mal, en vez de apoyar, decir adelante, o algo o una palabra de ánimo. No, por eso uno trata la manera de que la enfermedad no se sepa."

- *Estigma y auto-concepto:*
(a) "La gente de la comunidad habla mal de uno." (b) Mi esposo dice que soy sucia por tener DT2." c) "Porque es uno mismo el que se está haciendo daño, entonces donde está su autoestima decía yo, pero soy yo la que ha hecho esa crítica constructiva."
- *Emociones:*
(a) "Me siento muy triste de pensar que tengo que hacer dieta por el resto de mi vida." (b) "Si no puedo comer tortillas, me siento triste." (c) "Me desespera sentir que tengo esta enfermedad."
- *Autoeficacia:*
(a) "Sí, creo que puedo hacer la dieta, con la ayuda de Dios." (b) "Sí, soy capaz de hacerlo siempre que mi familia me apoye." (c) "No, no puedo comer separada de mi familia." (d) "No sé si tengo la voluntad de hacer la dieta." (e) "No tengo dinero para comer lo que me piden."

La clasificación anterior identifica áreas clave para el diseño de programas que busquen, desde la salud pública, motivar a pacientes diabéticas a seguir sus protocolos. Preguntas orientadoras de estas áreas son: (1) ¿Cuáles son las ventajas y desventajas percibidas de seguir el tratamiento? (2) ¿Cuáles son las presiones sociales que tienen que ser atendidas y que pueden tomar en cuenta parientes y amigos para apoyar a la paciente? (3) ¿Cómo juzga la paciente su habilidad para cumplir con el tratamiento? (4) ¿Qué tipos de estigma e imagen social proyectan las mujeres al cumplir con el tratamiento y cómo se ajustan las nuevas prácticas al sentido de sí mismas y sus auto imágenes? Y (5) ¿Cómo se sienten emocionalmente las pacientes cuando cumplen o intentan cumplir con el tratamiento? Estas consideraciones también pueden adaptarse al diseño de programas orientados para hombres.

Facilitación de la adherencia una vez que las mujeres están motivadas

Aun cuando las mujeres estén motivadas para seguir un comportamiento, no siempre lo hacen. Por ejemplo, a veces hace falta planear y prepararse

para poder cumplir con la intención. Tener o hacer tiempo para hacer el ejercicio prescrito, adquirir y preparar los alimentos recomendados, trasladarse al hospital, disponer de tiempo para esperar la atención del servicio médico o contar con dinero para pagar los medicamentos, etc. Con frecuencia, para poder realizar el comportamiento hace falta tener conocimientos, habilidades, recursos económicos, entre algunos elementos. A veces depende de otras personas que provean dinero a la paciente, la acompañen, la lleven al hospital. Hay muchos factores identificados que interfieren con el deseo de traducir la intención/motivación en comportamiento: barreras ambientales y estructurales, falta de conocimientos u habilidades, hábitos y costumbres. Aquí se pueden diferenciar las barreras que impiden la motivación tales como “no voy a entender la dieta.” o “mis vecinos no me van a querer si saben que tengo Diabetes.”; de las barreras materiales, “no tengo dinero para comprar medicinas”. Las principales barreras para la facilitación se resumen en falta de dinero, tiempo, apoyo familiar o comunitario, así como la falta de información.

Algunas de las preguntas orientadas para comprender por qué las pacientes que están motivadas no llevan a cabo el comportamiento son: (1) ¿Qué aspectos del ambiente obstaculizan o facilitan el convertir la intención en comportamiento? (2) ¿Qué conocimientos son necesarios? (3) ¿Qué claves para la acción se pueden establecer para facilitar el comportamiento (recordar, repasar, proveer transporte, apoyo, etc.)? (4) ¿Qué hábitos o procesos conducen a las mujeres a no realizar el comportamiento deseado? ¿Qué nuevos hábitos se pueden establecer? y (5) ¿Qué puede convencer a las pacientes para que cambien de opinión y decidan seguir con el tratamiento? Conocer las respuestas a estas preguntas contribuirá a facilitar la conversión de motivación en comportamiento y con ello a aumentar la adherencia.

A continuación se proveen ejemplos de barreras a la adherencia al tratamiento de DT2 en las palabras de las mujeres entrevistadas:

- *Género y pobreza:* a) “Me porté mal. Me regañaron. Estuve hospitalizada dos veces por mal funcionamiento del riñón. Cumplir con una

dieta estricta es difícil porque cocino para mis hijos y cocinar aparte es otro gasto.” b) “Pues fíjese que, bien, la vez pasada... me mandaron a la nutricionista, pero han querido mandarme, pero no he querido ir porque voy a caer a lo mismo pues, de que me va a decir, coma esto, tome esto, que esto, aquello, que compre fibra, que compre, y uno no tiene posibilidades de darse ese lujo. Porque para mí es un lujo eso, verdad... Fíjese, son 46 quetzales [para comprar la leche especial] y mi esposo me da 50 quetzales diarios para el gasto, y qué voy a hacer con los tres tiempos de comida... Me lo quito yo, aguanto hambre en estar haciendo cola y perdiendo el tiempo y no voy a hacer lo que ella me dice.”

- *Pobreza:* “Pues, la verdad de que, después de todo eso, yo ya no me fui porque, tantos exámenes que querían, querían más exámenes, que de heces, que de orina, de, ay no sé qué más, como cuatro o cinco exámenes querían. Ay no, yo ya no me fui porque tantos exámenes, tanto dinero. Como decían las personas que gente de dinero creo que los salva la diabetes, pero ya uno así, ya no puede uno atacar la diabetes, por tanto, tanto dinero.”
- *Falta de tiempo para hacer ejercicios:* “—Y el ejercicio que le mandó el doctor que la hiciera sudar, ¿no lo hace?” “No. Es que tiempo no me queda, porque llego a mi casa, más o menos, salgo de aquí a la una y media, pero es una hora de camino por tanto semáforo, llego a las dos y media. En lo que almuerzo son las tres de la tarde. Y de ahí me pongo a limpiar trastos, que a limpiar la cocina, que a preparar mi almuerzo del otro día, ya voy terminando más o menos seis de la tarde... Cuando veo ya son las 10 de la noche y a dormir, porque ya me duermo, ya se duerme uno bien cansado.”
- *Apoyo social y familiar:* a) “[mi esposo] No, no me da porque fíjese que él me dice, si vos tenés tienda, de ahí lo podés sacar, ahí te ayudás. Le digo yo, mire, le digo, necesito mi par de zapatos, mi ropa ya está viejita, no me la puedo, ya no. Sí hombre, está jodido, me dice él.” b) “A veces

tengo que ajustar para la comida, de dónde voy a sacar tanto dinero si no puedo. Cuánto se le gana a la docena de tortrix. Si se rompe uno, ya se perdió la ganancia, le digo yo. A veces me dice él, ¿tus pastillas de la presión todavía tenés? Tengo le digo yo, pero él sabe que yo no tengo. A veces son 500, 600, 700, 800 quetzales, me dice te voy a ayudar con 100.” c) “No [hacen la dieta con ella], porque él al contrario se enoja, dice qué tanta medicina. Él me ha ayudado como dos veces, por eso yo voy a lavar para comprar mi medicina.”

Perspectivas del personal médico y de las pacientes para mejorar la adherencia

El personal médico expresó la importancia de contar con traductores informados para mejorar la comunicación con pacientes que no dominan el español. Varios sugirieron el uso de materiales gráficos para ilustrar las dietas. El personal médico enfatizó las limitaciones de tiempo, espacio y la insuficiencia de los laboratorios del hospital para cubrir las necesidades de la población atendida. Insistieron en la importancia de brindar información a las pacientes y a sus familias no solo sobre la DT2, sino sobre temas más generales del complejo metabólico, incluyendo la necesidad de mantener peso apropiado y alimentación balanceada y con bajos niveles glicémicos. Señalaron la necesidad de eliminar la desinformación con respecto al origen de la enfermedad y los efectos de los medicamentos. Sugirieron difundir información sobre la enfermedad con el apoyo de capacitadores, facilitadores y personal voluntario.

Por su parte, las pacientes, además de indicar la importancia de cumplir con los protocolos indicados, enfatizaron la necesidad de utilizar diferentes medios en las comunidades rurales para divulgar la información sobre la enfermedad. Las pacientes mayores mencionaron el radio o la televisión y las más jóvenes, las redes sociales en internet (como Facebook), que ya las está usando la juventud rural. Esta información podría reducir el estigma asociado con la DT2 y aumentar la adherencia. Mencionaron

el papel que podrían desempeñar los puestos de salud (primer nivel de atención del sistema de salud), por ejemplo, contar con glucómetros y medir los niveles glicémicos, proveer información a pacientes, capacitar a integrantes de la comunidad sobre la enfermedad y su tratamiento para que apoyen en la comunicación comunitaria. Entre los actores identificados en la función o promoción informativa también se mencionaron los Cocodes (Consejos Comunitarios de Desarrollo), las autoridades municipales y jóvenes estudiantes del ciclo diversificado del nivel medio o del nivel universitario. Estos últimos, según los requisitos del Currículum Nacional Base del nivel diversificado, del nivel medio o de los planes de estudio de diferentes carreras como enfermería, medicina, trabajo social, antropología, sociología y otras, ofrecen espacios formativos (seminarios, pasantías, trabajo profesional supervisado, proyectos de bienestar de proyección a la comunidad) que podrían utilizarse para apoyar la divulgación de información sobre la diabetes.

Las pacientes sugieren formas graduales de comunicar la información sobre las dietas y otros aspectos del tratamiento, ya que se sienten abrumadas en las visitas médicas y de nutrición. Asimismo piensan que el cambio de dieta no debería ser brusco, sino gradual. Enfatizan la necesidad de conocer sobre la enfermedad y su tratamiento en su idioma materno, incluyendo la opción de intérpretes. Algunas indican que la única manera de mejorar la adhesión es tener mayor autocontrol y estima personal, mientras que otras recurren a cobijarse en su religión o fuerzas más allá de su control. Pensando en las nuevas generaciones, las pacientes también enfatizaron la prevención: el papel de la escuela primaria en la formación de la niñez sobre alimentación sana y formas de evitar o reducir la obesidad.

Discusión de los resultados y marco teórico emergente

Tres procesos que contribuyen a la adherencia al tratamiento de la DT2 emergieron de las entrevistas como necesarios y relevantes: (a) la comunicación clara y significativa entre personal médico y pacientes,

(b) la motivación de las pacientes para que cumplan con los protocolos de tratamiento, y (c) la facilitación de la ejecución de los comportamientos de las mujeres que están motivadas para cumplir con el tratamiento. Este marco teórico está integrado entonces por tres elementos conceptuales clave: comunicación, motivación y facilitación (CMF). Una extensa literatura empírica en las ciencias sociales analiza estos tres procesos y su aplicación en programas de adherencia a tratamientos.

Se espera que la comunicación entre proveedores de salud y pacientes sea mutuamente inteligible y que se constate la comprensión del tratamiento y lo que se espera de los pacientes. Las teorías de la comunicación señalan la importancia de la fuente de la comunicación (¿quién provee la información, una especialista médica, un nutricionista, otra paciente?), el estilo de la comunicación, el momento en que ésta ocurre, el código (idioma, por ejemplo), la frecuencia, el contenido, el contexto y las herramientas, habilidades y valores de la persona que actúa como receptora. Por ello, los mensajes sobre el tratamiento y el diseño de programas educativos orientados a pacientes tienen que tomar en cuenta estos factores y las características de la población objetivo (cultura, idiomas, escolaridad y otros). Trasplantar modelos aplicados a otras poblaciones puede producir una comunicación fallida e inadecuada.

Muchos de los problemas identificados por médicos y pacientes se refieren a la falta de información sobre la enfermedad. Pacientes monolingües en idioma maya o con poca competencia en español, o bilingües con niveles bajos de escolaridad, son afectadas negativamente en el proceso de la comunicación. Es aquí donde la intersección entre la etnicidad, la pobreza y el género impactan negativamente la salud o el acceso a la misma. Las mujeres disponen de menor libertad y recursos económicos para preparar varias comidas al día y suelen seguir los deseos y preferencias alimenticias de sus esposos. Son ellas las que apoyan a sus esposos si ellos necesitan seguir planes de vida específicos, pero ellos no siempre están dispuestos a apoyar las necesidades de sus esposas. Un paso fundamental es

el uso de los idiomas mayas (como idiomas maternos de las pacientes) para comunicar información sobre la enfermedad y el tratamiento (como está prescrito en la Ley de Idiomas Nacionales), así como el diseño y empleo de materiales gráficos con pertinencia cultural que ilustren la dieta, medicación, exámenes y ejercicios. Estos materiales también permitirían compartir con la familia la información recibida sobre el tratamiento y generar el apoyo de la misma. Asimismo, es necesario abordar la desinformación sobre la enfermedad y el uso de medicinas y disipar los temores que la misma genera. Una comunicación clara es solo parte del abordaje. Hace falta motivar a las pacientes para que estén dispuestas a seguir los protocolos indicados.

Los resultados del estudio sugieren cinco clases de factores que se tienen que tomar en cuenta en el diseño de programas: (1) las ventajas y desventajas percibidas por las pacientes sobre el comportamiento indicado, (2) las normas y presiones sociales asociadas con el comportamiento, (3) el estigma asociado con el comportamiento y el correspondiente autoconcepto/imagen social, (4) las reacciones emocionales que produce el comportamiento, y (5) la autoeficacia con respecto a ejecutar el comportamiento. La comprensión de los factores de una motivación positiva o negativa contribuye a su abordaje para aumentar la motivación de las mujeres a la adhesión al tratamiento.

El personal médico entrevistado enfatizó la necesidad de abatir la desinformación y enfrentar las causas de resistencia, presiones sociales y falta de autoeficacia que afectan la adherencia de las pacientes. Ellas recomendaron explicar el origen de la enfermedad y las consecuencias de no seguir los tratamientos y tomar en cuenta las presiones emocionales y sociales que interfieren con la adherencia. Para enfrentar una baja motivación, será necesario examinar cada una de las cinco categorías de factores de la motivación. Al sensibilizar a las familias y sus comunidades sobre la enfermedad y su tratamiento, se podrá promover su apoyo hacia las pacientes y con ello se reducirá el estigma asociado a la DT2, y se fomentarán normas sociales positivas con respecto al tratamiento y adherencia. Si las pacientes

sienten que sus familias y comunidades las apoyan para seguir el tratamiento, estarán más motivadas para realizar los comportamientos prescritos. Abunda en la literatura científica evidencia sobre la relevancia de cada una de las cinco categorías de factores en la motivación (Jaccard y Levitz, 2014), la cual fundamenta su aplicación en el diseño de programas para promover la adherencia.

Además de la necesidad de comunicar y motivar, este estudio también sugiere el papel que los servicios de salud podrían jugar en la facilitación de la ejecución de los comportamientos requeridos por el tratamiento. Por ejemplo, sería útil que en la consulta externa de los hospitales públicos se redujera el tiempo de espera y se aumentara el tiempo de atención de la consulta. Esto, desde la administración hospitalaria, requeriría contar con más recursos financieros. Los hospitales podrían considerar crear clínicas especiales para diabetes como una estrategia para mejorar la atención de pacientes de esta enfermedad. Esto requeriría un estudio interno en cada institución que tomara en cuenta el número de pacientes diabéticos para estimar la manera más eficiente de utilizar los recursos humanos limitados en número y la infraestructura existente.

El modelo comunicación, motivación y facilitación (CMF) tiene que tomar en cuenta el contexto étnico, lingüístico, económico, educativo y de género. Por ejemplo, el diseño de dietas para pacientes de DT2 no sólo requiere atención al tipo y cantidad de alimentos, sino a la pertinencia cultural.

Las barreras estructurales que limitan la adhesión de mujeres mayas del occidente de Guatemala (y probablemente en todo el país) al tratamiento de DT2 son profundas. Están insertas en relaciones históricas de poder y en una sociedad multilingüe y pluricultural, extremadamente desigual por condiciones de estrato socioeconómico, etnicidad, género y residencia en áreas urbanas o rurales y en diferentes regiones geográficas (Goldín, 2009, 2003, 2014). En general, no solo limitan la adherencia al tratamiento de la diabetes, sino el acceso a la salud, la educación, el empleo y otras fuentes de bienestar. Por ello requieren que el Estado guatemalteco cuente con políticas integrales de

desarrollo de largo plazo y con una política fiscal que promueva el desarrollo humano (véase, por ejemplo, PNUD, 2010).

El estudio revela que las mujeres que tienen más dificultades para seguir sus tratamientos son las que dudan de las recomendaciones del personal médico, las que tienen incertidumbre al escuchar diferentes opiniones sobre los tratamientos en sus comunidades, las que son criticadas por sus esposos u otros familiares por el solo hecho de ser diabéticas y las que sufren más estrés y dificultades emocionales por encontrarse en el medio de marcos interpretativos diferentes. Estas mujeres son las que se sienten débiles, cansadas y “desesperadas” por los mismos efectos de la enfermedad. Las mujeres que resuelven su conflicto de aceptar la enfermedad, sus limitaciones en cuanto a dieta y que aceptan su tratamiento, son las que tienen más posibilidades de éxito.

La dependencia económica de las mujeres y el control que ejercen los hombres en comunidades patriarcales están asociados con la motivación. Se ha documentado que muchas mujeres logran salir de situaciones de control económico y de género, y pueden tomar sus propias decisiones y controlar sus destinos y el de sus hijos e hijas (Goldín et ál.2015). Es esencial prestar atención a las barreras estructurales, pero el cambio estructural tiende a ser lento. Mientras las barreras estructurales se van contrarrestando por medio de leyes, políticas nacionales y municipales que tienen resultados en el mediano y largo plazos, la adherencia de mujeres y hombres al tratamiento de la diabetes tipo 2, como mecanismo para preservar su salud, puede ser mejorada por medio de estrategias más inmediatas. La aplicación del modelo comunicación, motivación y facilitación (CMF) representa un paso en esa dirección.

Bibliografía

- Adisa, R., Fakeye, T. O., & Fasanmade, A. (2011). Medication adherence among ambulatory patients with type 2 diabetes in a tertiary healthcare setting in Southwestern Nigeria. *Pharmacy Practice* (18863655), 9(2), Pp. 72-81.
- Amador-Díaz, M.B., Márquez-Celedonio, F.G., & Sabido-Sighler, A.S. (2007). Factores asociados al auto-cuidado de la salud en pacientes diabéticos tipo 2. (Spanish). *Archivos En Medicina Familiar*, 9(2), Pp. 99-107.
- Arredondo, A., & Zúñiga, A. (2004). Economic consequences of epidemiological changes in diabetes in middle-income countries: The Mexican case. *Diabetes Care*, 27(1), Pp. 104-109.
- Asociación Latinoamericana de Diabetes. (2006). Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Grupo de trabajo ALAD. *Rev Latinoam Diabetes*, 14(3), Pp. 96-140.
- Barceló, A., Aedo, C., Rajpathak, S., & Robles, S. (2003). The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(1), Pp. 19-27.
- Barceló, A., Robles, S., White, F., Jadue, L., & Vega, J. (2001). Una intervención para mejorar el control de la diabetes en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 10(5), Pp. 328-333.
- Bevan, A.C. (2014) For Guatemalan Q'eqchi' community, accessing health care depends on finding someone to speak their language. *Ticotimes.net*, March 20.
- Center for Disease Control (2014). National diabetes statistics report. Downloaded on June 1, 2014 from <http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/statsreport14.htm>
- Cyrino, A., Schraiber, L., & Teixeira, R. (2009). Education for type 2 diabetes mellitus self-care: From compliance to empowerment. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13(30), Pp. 93-106.
- Chary, A. M. Greiner, C. Bowers and P. Rohloff (2012). Determining adult type 2 diabetes- related care needs in an indigenous population from rural Guatemala: a mixed-methods preliminary study. *Health Services Research*, 12, Pp.476.
- Daniulaityte, R. (2004). Making sense of diabetes: cultural models, gender and individual adjustment to Type 2 diabetes in a Mexican community. *Social Science and Medicine* 59, Pp.1899-1912.
- Di Matteo, M. R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. *Health Psychology*, 23(2), Pp. 207-218.
- Gagliardino, J.J., González, C., & Caporale, J. E. (2007). The diabetes-related attitudes of health care professionals and persons with diabetes in Argentina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(5), Pp. 304-307.
- Garay-Sevilla M.E., Nava L.E., Malacara J.M., Huerta R., León J.D., Mena.A, et ál.(1995). Adherence to treatment and social support in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. *J Diabetes Complications*, 9(2), Pp. 81-6.
- Garro, L. (1995). Individual or societal responsibility? Explanations of diabetes in an Anishinaabe (Ojibway) community. *Social science and medicine* 40(1), Pp. 37-46.
- Goldín, L., R. Copeland & D. Padilla. (2015). Behind Maya Doors: Gender violence, acceptance, and resistance in highland Guatemala. *Gendered Perspectives on International Development*, 305, Pp.1-25.
- Goldín, L. (2014). The Labor topography of central highland Guatemala youth: Employment diversification, health, and education in the context of poverty. *Research in Economic Anthropology* 34, Pp.315-348.
- Goldín, L.(2009). Global Maya. Work and ideology in rural Guatemala. University of Arizona Press.
- Goldín, L.(2003). Procesos globales en el campo de Guatemala. Opciones económicas y transformaciones ideológicas. FLACSO, Guatemala.
- Gomes-Villas, Foss, M., C. Foss, M., & Pace, A. (2012). Relationship among social support, treatment adherence and metabolic control of diabetes mellitus patients. *Revista Latino-Americana De Enfermagem* (RLAE), 20(1), Pp. 52-58.
- Haskard, K. B. & M. R. DiMatteo.(2009). Physician communication and patient adherence to treatment: A Meta-analysis, *Med Care* 47(8), Pp. 826-834.
- Hernández, L. (2010). Ajustes, reforma y resultados: las políticas de salud de Guatemala 1985-2010. Cuaderno de Desarrollo Humano 2009/2010-6. Guatemala: PNUD.
- Hjelm, K. & Bard, K. (2013). Beliefs about health and illness in Latin-American migrants with diabetes living in Sweden. *Open Nursing Journal*, Pp. 757-65.
- Hospital Nacional de Occidente (HNO). (2014). Datos estadísticos de morbilidad proporcionados por el HNO 2012-2013, Quetzaltenango.
- Hunt, L. M. & N. H. Arar. (2001). An analytical framework for contrasting patient and provider views of the process of chronic disease management. *Medical Anthropology Quarterly* 15(3), Pp.347-367.
- Jaccard, J. and Levitz, N. (2015). Parent-based interventions to reduce adolescent problem behaviors: New directions for self-regulation approaches In G. Oettingen and P. Gollwitzer (Eds.) *Self-regulation in adolescence*. New York: Cambridge University Press.
- Jahan, F., Jabbar, A., Naqvi, H., & Awan, S. (2011). Depression in patients with diabetes mellitus and its impact on diabetes self-care, medication adherence and glycemic control. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*, 31(3), Pp. 154-160.

- Kagee, A., & van der Merwe, M. (2006). Predicting treatment adherence among patients attending primary health care clinics: The utility of the Theory of Planned Behaviour. *South African Journal of Psychology*, 36(4), Pp. 699-714.
- Kalyango, J., Owino, E., & Nambuya, A. (2008). Non-adherence to diabetes treatment at Mulago Hospital in Uganda: prevalence and associated factors. *African Health Sciences*, 8(2), Pp. 67-73.
- Kleinman, A. (1980) Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California Press.
- Lipska, K. (2014) The global diabetes epidemic, *The New York Times*, April 25. <http://nyti.ms/1kbMDqi>
- Martínez, B. (2013). Diabetes afecta a más de un millón de guatemaltecos. *Prensa Libre*, noviembre 14. http://www.prensalibre.com/noticias/comunitario/Diabetes-afecta-millon_0_1029497054.html
- McDonald, H. r P., A. Garg, R B. Haynes. (2002). Interventions to enhance patient adherence to medication Prescriptions. *JAMA*, December 11, 288(22), Pp.2868-2879
- Méndez-López, D.L., Gómez-López, V.M., García-Ruiz, M.E., Pérez-López, J.H., & Navarrete-Escobar, A. (2004). Family dysfunction and control of patients with type 2 diabetes. *Rev Med ISS*, 42(4), Pp. 281-284.
- Meneses-Rentería, A., López, D.I., Mendoza-Gatica, F., Moctezuma-Miranda, M.L., & Reyes de Jesús, L. (2012). Factores que influyen en el abandono del tratamiento de Diabetes Mellitus tipo II en los usuarios del centro de salud de Tlacoachistlahuaca, Gro. 2º Congreso Internacional pre-ALASRU-2012: Diversidad y contraste en los procesos rurales en el centro de México. Cuernavaca: México.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). (2013). Perfil de género y salud. Representación Guatemala. Guatemala. ISBN 978-9929-598-04-1.
- PNUD. (2010). Guatemala: hacia un estado para el desarrollo humano. Informe Nacional de Desarrollo Humano 2009/2010. Guatemala: PNUD.
- Rawal, L., Tapp, R., Williams, E., Chan, C., Yasin, S., & Oldenburg, B. (2012). Prevention of type 2 diabetes and its complications in developing countries: A Review. *International Journal of Behavioral Medicine*, 19(2), Pp. 121-131.
- Scheder, Jo C. (1988). A sickly-sweet harvest: farmworker diabetes and social equality. *Medical Anthropology Quarterly* 2, Pp. 251-277.
- Shaw J.E., R.A. Sicree, P.Z. Zimmet. (2009). Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 87(1), Pp. 4-14.
- Sosa-Rubí S. G., O. Galarraga & R. Lopez-Ridaura. (2009). Diabetes treatment and control: the effect of public health insurance for the poor in Mexico. *Bulletin World Health Organization* 87, Pp.512-519.
- Steinsbekk, A., L. Rygg, M. Lisulo, M. B. Rise and A. Fretheim. (2012). Group based diabetes self-management education compared to routine treatment for people with type 2 diabetes mellitus. A systematic review with meta-analysis. *BMC Health Services Research* 2012, 12, Pp.213.
- Turan, B., Oscar, Z., Molzan-Turan, J., Damci, T., & Ilkova, H. (2002). The role of coping with disease in adherence to treatment regimen and disease control in type 1 and insulin treated type 2 diabetes mellitus. *Diabetes & Metabolism*, 28(3), 186-193.
- Wiedman, D. (2006). Striving for healthy lifestyles: contributions of anthropologists to the challenge of diabetes in indigenous communities, In *Indigenous Peoples and Diabetes*, edited by Mariana Leal Ferreira & Gretchen Chesley Lang, Pp.511-534, Durham: Carolina Academic Press.
- Wiedman, D. (2012). Native American embodiments of the chronicities of modernity, *Medical Anthropology Quarterly* 26(4), Pp.595-612.
- Wild S., Roglic G., Green A., Sicree R, & King H. (2004). Global prevalence of diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 27, Pp. 1047-1053.
- Williams, M. V., D. W. Baker, R. M. Parker, J. R. Nurss. (1998). Relationship of Functional Health Literacy to Patients' Knowledge of Their Chronic Disease Study of Patients with Hypertension and Diabetes *Arch Intern Med*. 158(2): Pp.166-172.
- World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva: Switzerland. Downloaded on May 15, 2014 from http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf
- Yates-Doerr, E. (2012). The weight of the self: care and compassion in Guatemalan dietary choices, *Medical Anthropology Quarterly*, 26(1) Pp. 136-158.
- Zuberi, S. I., Syed, E. U., & Bhatti, J. A. (2011). Association of depression with treatment outcomes in type 2 diabetes mellitus: A cross-sectional study from Karachi, Pakistan. *BMC Psychiatry*, 11(1) Pp. 27-32.

En torno a los linchamientos: un estado de la cuestión sobre la violencia colectiva en Guatemala

Por Licda. Claudia Dary¹

Doctora en Filosofía por la Universidad de Albany
Investigadora titular del área de Poder del Instituto de Estudios Interétnicos, Universidad de San Carlos de Guatemala

claudia.dary@usac.edu.gt

Recpción de artículo: 01/Sep/2015
Aceptación de artículo: 25/Sep/2015

Palabras Clave

linchamientos, violencia, castigo colectivo, etnicidad, postguerra.

Resumen

El artículo presenta un resumen de las perspectivas analíticas ofrecidas por las ciencias sociales para entender los linchamientos en Guatemala. Asimismo, actualiza el tema hasta 2014, indicando la manera en que ha ido evolucionando el fenómeno. Los linchamientos siguen ocurriendo, pero las causas, los perpetradores y las víctimas han ido cambiando.

Abstract

This article examines different analytical perspectives about the Lynching phenomenon in Guatemala. It brings updated perspectives on what has been happening in this matter since 1996 until 2014. The article also takes into account the transformation occurred in motives, perpetrators and victim's profiles.

¹ Antropóloga Social. Investigadora titular del Instituto de Estudios Interétnicos, IDEI-USAC.

Introducción

El 1 de diciembre de 2014, una turba enardecida prendió fuego a una joven en las calles de Nueva Santa Rosa. La menor de unos 17 años, a quien los vecinos acusaron de disparar al conductor de un “tuc-tuc” por instrucciones de un reo internado en un penal, fue llevada malherida a un hospital local de Cuilapa (Santa Rosa).

Se inicia el ensayo con este breve relato porque el evento debería hacer reflexionar a los científicos sociales, universidades, iglesias y tomadores de decisiones en materia de prevención de la violencia, acerca de cómo evitar la perpetuación de los linchamientos y su impacto en la sociedad y en las generaciones futuras.

Primero, llama la atención el género y la edad de la víctima (una mujer menor de edad). Segundo, el evento ocurrió en una región, fundamentalmente mestiza, donde se han reportado pocos casos de este tipo. Tercero, la fotografía en la primera plana de un diario local² generó una fuerte discusión entre los comunicadores sociales y los lectores sobre los excesos del amarillismo, los límites a donde puede llegar un medio de comunicación en lo que debe mostrar gráficamente al público y por el abordaje de casos donde intervienen menores de edad (como víctimas o como victimarios) que deben ser protegidos por la ley.³ Cuarto, parece ser que la reacción contra los actos de extorsión⁴ se ha vuelto, en los últimos años, el motivo más frecuente por el que se cometen los linchamientos, lo cual muestra cómo va evolucionando el fenómeno.

Cada vez más, las razones que suelen llevar a ciertos pobladores en algunas localidades a cometer acciones por mano propia son el cansancio ante las

extorsiones, un fenómeno que ha adquirido auge en los últimos años.⁵ Por último, llama la atención que no hay un pronunciamiento social sobre los linchamientos. Asimismo, es de hacer notar que los linchamientos persisten y no parecen ser, hasta ahora, un medio disuasivo del delito, presunto o real. Como señala García (2015) en su artículo, “*El silencio es criminal y es suicida*,”⁶ los espectadores de una acción de tal naturaleza guardaron un silencio cómplice, porque estos actos parecieran haberse “normalizado” ya en la sociedad guatemalteca y formar parte de su cotidianidad. Pero ¿se debe aceptar que los actos de violencia y la brutalidad tienen que ser parte de la cotidianidad de nuestras vidas? El mensaje de García se dirige a todos los guatemaltecos y a las conciencias de los guatemaltecos: “no olvidemos a esa niña, llevémosla dentro de nuestra conciencia, aunque nos duela. Recordemos que el silencio por el sufrimiento del otro es la anticipación de nuestro propio sufrimiento”. (García N. 2015: 12-13).

Durante los años de la década de los 90, y aún luego de la firma de los Acuerdos de Paz (1996), se comienzan a evidenciar y a acrecentar los linchamientos, siendo la MINUGUA la primera entidad que alertó a los tomadores de decisiones en política de prevención de la violencia, para que tomaran cartas en el asunto. Después de casi 20 años de dicha firma, el problema no ha cesado.

El presente artículo sintetiza, a modo de estado del arte, los principales trabajos socio-antropológicos y de ciencias de la comunicación realizados por guatemaltecos y extranjeros sobre la violencia colectiva del postconflicto, particularmente en la modalidad de los linchamientos. Las preguntas de investigación que motivaron este ensayo son las siguientes: ¿Cuáles son

² “Señalada de Crimen. Menor fue atrapada por turba tras disparar contra moto taxista en Nueva Santa Rosa”. En, Nuestro Diario (2014, 2 de diciembre), portada y pág. 2.

³ Cfr. “La portada de la discordia”. En, Contrapoder <http://www.contrapoder.com.gt/es/182/actualidad/1890/La-portada-de-la-discordia.htm>. Recuperado el 13 de enero de 2015.

⁴ El CIEN reporta que las extorsiones se registran a partir de 2004 y se incrementan en el 2008. Cfr Centro de Investigaciones Eco-

nómicas Nacionales. “Entendiendo el fenómeno de las extorsiones en Guatemala”. En, <http://www.deguate.com/artman/publish/noticias-actualidad/cien-presenta-informe-sobre-extorsiones.shtml>. Recuperado el 14 de enero de 2015.

⁵ Chaclán, Ana (2011, 11 de julio). “Extorsiones atemorizan a al- tenses”. En, Prensa Libre, pág. 52.

⁶ García Noval, José (2015, 11 de enero). “El silencio es criminal y es suicida”. En, El Periódico. pág. 13.

las perspectivas y tendencias socio-antropológicas para el análisis de la violencia colectiva (específicamente de los linchamientos) del período postconflicto (1996 al presente) en Guatemala? ¿De qué manera estos estudios articulan la variable de etnicidad al interpretar los linchamientos? ¿Cuáles son las causas y consecuencias de los linchamientos identificadas por los distintos autores e instituciones? ¿Existen motivos y actores distintos en la evolución del fenómeno de los linchamientos? ¿De qué manera estos elementos han cambiado de 1996 a la fecha? ¿Hasta dónde se ha avanzado en el tema de la prevención de los linchamientos?

En el artículo se evalúan los estudios realizados a la fecha sobre la temática en los cuales se ha considerado la variable urbano/rural, la condición socioeconómica del entorno social en donde los hechos de violencia colectiva ocurrieron. Asimismo, cómo se abordan las relaciones interétnicas y la identidad étnica de las víctimas y de los victimarios como un elemento constituyente del entorno social donde suceden actos de linchamiento. Se han tomado en cuenta ensayos, tesis de grado y obras escritas desde la antropología y la sociología que abordan los linchamientos. Además, se incluyen aproximaciones desde la ciencia política y los medios de comunicación, aunque no se trata de un análisis del discurso de los medios sobre el fenómeno. Lo que se ha pretendido visibilizar son las tendencias teóricas e interpretativas que ofrecen las ciencias sociales sobre las modalidades de la violencia colectiva. Se trata de manifestaciones que arrastran herencias del conflicto armado interno pasado, pero que además obedecen a nuevas dinámicas sociales y económicas, intereses distintos, donde se involucran nuevos actores y generaciones.

Las autoras y autores incluidos en este ensayo son guatemaltecos y extranjeros que han tomado a

Guatemala como el foco de su atención. Se recurrió también a la Comisión Nacional de Apoyo al Programa de Prevención de Linchamientos del Organismo Judicial para recabar información actualizada sobre el fenómeno.⁷

El estudio persigue la necesidad de identificar las dinámicas sociales que están ocurriendo en los espacios locales (concebidos como interétnicos) y que están detrás de la violencia, pero sobre todo de las formas organizativas eficaces para prevenirla y/o frenarla. Es vital indagar acerca de las alternativas institucionales (estatales y no estatales) y comunitarias de mediación social que permiten contrarrestar la ola de violencia que golpea y viola los derechos constitucionales y los derechos humanos en Guatemala. Las distintas modalidades de la violencia y las vías posibles o deseables de prevención siguen siendo importantes para el área de estudios de las relaciones de poder del Instituto de Estudios Interétnicos.

El linchamiento, un fenómeno multicausal

Los linchamientos deben comprenderse enmarcados en la situación de inseguridad y violencia que afecta al país en sus múltiples manifestaciones y modalidades. En 2012, y según la encuesta de Prodatos, el 61% de los guatemaltecos identificó la inseguridad como el principal problema de la nación y en la Encuesta de Victimización y Percepción de la Seguridad Pública (EVIPES), realizada en el municipio de Guatemala en 2013, se determinó que el 30.6% de los pobladores del municipio de Guatemala señalaron a la inseguridad como el problema mayor que les aqueja cotidianamente (OSU 2013: 28). El país es el tercero más violento de América Latina, después de Honduras. Los mapas de la violencia en Guatemala señalan que los

⁷ Se entrevistó a los licenciados Mildred Espina de Luna, Virgilio Rivas Hernández- técnico de la Comisión de Educación y a Evelyn Blanck de la organización CIVITAS, miembro de la Comisión. A todos se les agradece, infinitamente por su colaboración.

departamentos y municipios más violentos se ubican en el centro, sur, oriente y nororiente de Guatemala, mientras que en el Occidente y algunos municipios de Baja Verapaz estarían los menos violentos.⁸ Esta parece ser una constante con escasas variaciones desde el 2005 a la fecha. En 2012, el Instituto de Enseñanza para el Desarrollo Sostenible (IEPADES)⁹ identificó una tasa de homicidios (total) de 34 por 100,000 habitantes¹⁰ (IEPADES 2012) y afirmó que los departamentos más violentos del país eran en ese momento, en su orden: Guatemala, Escuintla, Chiquimula, Zacapa e Izabal. Asimismo, el citado Instituto señaló que los que reunían menos casos de violencia homicida se ubicaban en el occidente del país, principalmente Totonicapán y Sololá que son departamentos con altos porcentajes de población maya. Para el 2014, los datos oficiales arrojaron una tasa de 31.2 homicidios por 100,000 habitantes (AGN 2014), una reducción moderada en comparación al año 2012.¹¹ Para 2013, el 79% de los homicidios se concentraba en el suroriente del país (Méndez A. y Mendoza 2013: 14).

En cuanto a los móviles, existen diferencias en torno a los casos de violencia homicida individual y la llamada “colectiva”, aunque hay un debate importante acerca de este calificativo. Erróneamente, se ha creído que todo evento de violencia homicida está vinculado al narcotráfico, pero se ha demostrado que “los motivos personales resultan a nivel nacional, como la principal causa de muertes violentas” (un 47% de los casos se

debió a riñas, discusiones, deudas, etc.). (Méndez A. y Mendoza 2013: 14).

En los años 90, la mayoría de casos de linchamientos se reportaban en el Occidente del país, no obstante, el fenómeno está ocurriendo además en otros departamentos¹², así como en centros urbanos con población mayoritariamente ladina; es decir, no es algo que sucede solamente en las aldeas del Altiplano. Resulta interesante traer a cuenta el estudio de Méndez y Mendoza (2013:15) sobre el mapa de la violencia homicida en Guatemala. Señalan los autores que:

“Se suele explicar la violencia como un fenómeno cultural, con la idea de que es posible reemplazar un tipo de cultura por otra. Sabemos que el territorio de Guatemala lo habitan pueblos con diversas culturas –idioma, tradiciones, normas sociales y reglas morales, entre otras distinciones– y no se puede homogeneizar en una sola ‘cultura nacional’ que se califica como violenta.

El mapa de la violencia homicida refleja con claridad que las tasas de homicidio son bajas o muy bajas en los departamentos con mayoría de población indígena, mientras que en los departamentos con mayoría de población ladina se encuentran los índices más altos. Esto invita a explorar elementos culturales que interactúan con otros factores que propician la violencia”.

⁸ Para febrero de 2015, los departamentos que encabezaban el mayor número de homicidios, según un estudio centrado en el monitoreo de violencia realizado por el Grupo de Apoyo Mutuo (GAM), son Guatemala, Chiquimula y Jutiapa. “Departamento de Guatemala, el más violento” (2015, febrero). El Periódico. <http://bdc.elperiodico.com.gt/es/20150205/pais/8115/Departamento-de-Guatemala-el-m%C3%A1s-violento-de-enero.htm> Recuperado el 8 de octubre de 2015.

⁹ En adelante nombrado solamente como IEPADES.

¹⁰ Cabe señalar que el dato sobre la tasa de homicidios por cada 100,000 habitantes mide cuán violento es un país y funciona como punto comparativo con respecto a otros países. Asimismo, hay que hacer notar que en Guatemala la cifra varía hasta en 3 puntos porcentuales dependiendo de la

fuente. Para este mismo año la agencia AGN citó un discurso del presidente Otto Pérez en el cual indicaba que para el 2012 la tasa de homicidios era del 38.61 %.

¹¹ Algunos consideran que la cifra es relevante ya que, aunque sigue siendo alta, es la menor en 18 años. Como quiera que sea, lejos están los planes y metas del gobierno del presidente Otto Pérez, quien indicó en el ENADE que para el 2014 la cifra bajaría a 28 homicidios por cada 100, 000 habitantes. Cfr. Zapata, Juan Carlos (2015, 16 de febrero) “El impacto positivo de reducir la violencia”. En, El Periódico, pág. 18.

¹² Entrevista realizada con personal de la Comisión Nacional de Apoyo a la Prevención de Linchamientos del Organismo Judicial (OJ).

Hacia el final del primer semestre de 2013 y, a partir de los datos recopilados por la PNC a nivel nacional, se evidenció que en el Occidente¹³— particularmente en Sololá, Quiché y Totonicapán — ocurren menos actos de violencia homicida que en el resto del país (2.8 homicidios por 100,000 habitantes para el caso de Sololá). Según De León (2013: 2), los delitos que ocurren en estos departamentos suelen ser de los calificados como “menores” (robo de animales, muebles, productos agrícolas y tala de árboles sin autorización). Para resolver dichos problemas, según la misma fuente antes citada, “la población confía más en las autoridades locales indígenas” que en el sistema de justicia, al cual los pobladores locales califican de lento “para la resolución de los diferentes problemas que suceden en las comunidades” (De León 2013). Las personas no suelen denunciar a la PNC ni al Ministerio Público por la desconfianza en dichas instituciones y prefieren acudir a sus propias autoridades por la celeridad con que se resuelven los casos y por factores económicos, dado que la población es pobre y no tiene dinero para pagar los trámites que requieren las diferentes instituciones.

Vilas (2003:51) indica que los linchamientos son fenómenos sociales que tienen cuatro características: 1) constituyen “una acción colectiva, 2) de carácter privado e ilegal, 3) que puede provocar muerte de la víctima, 4) en respuesta a actos o conductas de esta, 5) quien se encuentra en inferioridad numérica abrumadora frente a los linchadores.” Aguirre (2014:11-12) sistematiza otros rasgos fundamentales de un linchamiento: “además de contravenir el orden legal, refleja la ausencia del Estado. Los linchamientos se caracterizan por la ausencia de un procedimiento judicial; los sujetos activos son ciudadanos comunes; la víctima es atacada por la sospecha de la comisión de un delito; es abrumadoramente superada por el número

de sus victimarios; hay indefensión de la víctima de tipo física, moral y jurídica, y es un fenómeno social complejo porque implica comportamientos de la sociedad que pueden afectar a parte de sus individuos o a todos ellos. Finalmente, no hay proporcionalidad entre la acción y el castigo.”

Hay que recordar aquí que Foucault (2002) analiza el castigo público como una expresión de poder. El escarmiento y la crueldad no tendrían sentido si se realizan en privado. Se podría agregar, siguiendo su línea de pensamiento que, en los casos de linchamiento, el castigo se ejerce sobre el cuerpo y el alma de una persona como una venganza por sus hechos (sean reales o supuestos) y como lección o escarmiento, ya no para el delincuente mismo —quien resultará gravemente herido o muerto— sino para los demás (los espectadores). Estos últimos podrían correr igual suerte que la víctima y estarían bajo la vigilancia de los instigadores del linchamiento. El cuerpo de la víctima (más que su acción misma) es el objeto del castigo. A través de su eliminación, se buscará, terminar con un problema social. Supuestamente, disciplinar o hasta eliminar el cuerpo, se traduciría en una normalización de una situación social.

La Comisión Nacional de Apoyo al Programa de Prevención de Linchamientos del Organismo Judicial (OJ) sostiene que debe diferenciarse entre “conato”, “vapuleo” y “linchamiento”. El linchamiento debe ser azuzado o cometido por una multitud y con el resultado de muerte para ser considerado como tal. Las otras dos categorías no están tan claramente definidas, pero se infiere que no implican un final fatal para el presunto ladrón o perpetrador como el linchamiento per sé.

Los linchamientos han sido el primer fenómeno de violencia colectiva de la postguerra que atrajo la atención de los antropólogos y sociólogos, debido a que al poco tiempo de la firma de la paz, en 1996, comenzaron a producirse y cada vez con mayor frecuencia y crueldad. La Misión de las Naciones Unidas para Guatemala (en adelante MINUGUA) fue la institución pionera en realizar su registro. De 1996 a 2001, se dieron 421 casos de linchamientos, con 215 muertes y 622 personas heridas. Además al inicio

¹³ “Sololá se ubica en el primer lugar de departamentos con menos incidencia criminal, con 2.8 hechos por cada 100,000 habitantes, seguido de Quiché, 3.23 y Totonicapán con 3.55, según cálculos efectuados por el diario Siglo 21, con base en los datos policiales”. De León, E. (2013, 22 de junio). “En Occidente ocurren menos incidentes criminales”. En, [siglo 21. <http://www.s21.com.gt/node/305708>](http://www.s21.com.gt/node/305708)

del siglo XXI, llamó la atención que, aunque varios de estos actos se cometieron en regiones pobladas por no indígenas o en municipios étnicamente muy heterogéneos; la mayor parte de eventos tuvieron como protagonistas a las comunidades indígenas fundamentalmente del occidente y suroccidente del país (Mendoza 2003: 91).

El linchamiento es un fenómeno multicausal que se explica por la concatenación de varios hechos articulados. Si bien es cierto existe un presunto infractor de las normas sociales comunitarias quien comete un delito (robo, violación, secuestro, extorsión y asesinato, etc.), el fenómeno no debe ser visto aislado de su contexto histórico, sociocultural, económico y político. Se ha observado una evolución en los motivos: inicialmente se linchaba al ladrón de objetos domésticos, frutos, animales, enseres de labranza, mercadería hasta vehículos. Luego hubo una serie de casos motivados por el temor al robo de niños y al tráfico de órganos humanos, seguido por las violaciones y el abuso sexual. En los últimos diez años, se mezclan los motivos pero predomina el linchamiento como castigo a los extorsionistas de comercios, autobuses, moto y bici taxis. Todos estos serían los detonantes del linchamiento, sin embargo, el evento debe analizarse en conexión con las características del municipio o localidad donde el acto se cometió, cuáles son los dilemas políticos, sociales y económicos del entorno y cuáles son las relaciones de poder locales y regionales. Asimismo, el fenómeno deberá tomar en cuenta los antecedentes históricos del municipio (de qué manera fue afectado por el conflicto armado interno y sus estructuras de autoridad fueron trastocadas o no), así como la ausencia o presencia de las instituciones del Estado.

Al respecto de los estudios sobre linchamientos, los antropólogos J. López y M. Juárez (2009) advierten que la mayoría de estos trabajos adolecen de un sesgo metodológico e ideológico. En el caso del primero, se trata de que por razones obvias, los analistas no han podido estar en el lugar de los hechos (linchamientos) y, por lo tanto, recurren a fuentes secundarias (sobre todo la prensa) como base para hacer sus análisis. Dicho material ya trae una carga ideológica sobre cómo

calificar el hecho y a sus perpetradores. En realidad, cuando se investiga el fenómeno de los linchamientos no hay otra opción posible que la de indagar sobre el hecho a posteriori, toda vez que es imposible planificar visitas al campo para analizarlos, a menos que -como en el caso de M. Juárez- uno se encuentre en el sitio por casualidad o pura coincidencia.

Inicialmente, los medios de comunicación calificaron a los linchamientos y otros castigos públicos como “la justicia maya”. Es decir, erróneamente encontraron una relación entre el acto de violencia colectiva como formas supuestas de ejercer el derecho indígena o maya en el occidente del país. En los últimos años, los medios recurren menos al calificativo de “maya” para volver simplemente a usar la palabra “linchamiento”. Este cambio obedece a iniciativas de organizaciones sociales que han señalado los errores de los medios y les han capacitado acerca de los linchamientos y el derecho maya, tarea en la que también se han involucrado las organizaciones indígenas.

Las interpretaciones sobre los linchamientos

Las interpretaciones más comunes sobre los linchamientos en áreas indígenas apuntan a tres ideas:

1. La versión de MINUGUA, la CEH¹⁴ y un trabajo de Snodgrass (2003) que apuntan a que los mismos son el resultado de aprendizajes adquiridos durante el conflicto armado interno. Además de que en este período se dañó el tejido social tradicional, se eliminó a los líderes (o autoridades locales indígenas) o se minó su autoridad y se superpuso un esquema militar que incentivó el control social y contribuyó a la pérdida de valores morales (Mendoza 2003: 110). Asimismo, se alteraron los procedimientos propios para sancionar a las personas que contravenían las reglas de convivencia local culturalmente aceptadas. A

¹⁴ CEH: Comisión para el Esclarecimiento Histórico.

todo ello, MINUGUA agrega que la pobreza y el bajo nivel de desarrollo humano encajaban en la explicación acerca de la recurrencia de estos actos en áreas indígenas (López y M. Juárez 2009: 226).

2. La idea popularizada en los medios de comunicación que califica a los linchamientos como una versión o modalidad del derecho maya. Actualmente tal perspectiva ha perdido fuerza. Sin embargo, es importante indicar que sí existe una relación entre el castigo colectivo (latigazos, golpizas, etc.) como paliativos o sustitutos populares para evitar o sustituir a los linchamientos. Por ejemplo, en septiembre de 2007, tres hombres y una mujer fueron acusados en la comunidad Chocamán Tercero (Santa Cruz del Quiché) de robar ganado; fueron condenados a recibir 25 azotes cada uno, así como a caminar seiskilómetros para devolver las reses sustraídas. La nota de prensa indicaba que “hombres y mujeres del lugar aplicaron el castigo utilizando un látigo de cuero con el que golpean a los animales. Al principio la comunidad los iba a linchar” (nota hemerográfica de Toledo, 2007: 5).
3. La propuesta del vacío institucional. Vinculada a la última explicación, otra idea muy popular sobre los linchamientos es que son “consecuencia directa de la falta de justicia y seguridad porque debido a esta ausencia institucional estos se convierten en un instrumento alternativo de justicia popular” (Mendoza 2003: 109 y 113). Es decir, los linchamientos responderían a la falta de elementos de policía, o bien, a la inacción de estos. Además, el linchamiento partiría de que el sistema oficial de justicia no funciona. Entonces la población toma la justicia por sus manos. El problema con estas interpretaciones es que no explican las dinámicas locales porque son generalizadoras y supondrían que en todas las comunidades se carece de valores éticos, de instituciones eficaces y de que se actúa siempre con extrema crueldad.

De acuerdo con el Informe de Desarrollo Humano (IDH) del período 2009-2010, “la cobertura espacial y social y la calidad de la gestión del sector público son determinantes en los avances o retrocesos en el desarrollo humano” (PNUD 2014: 35). “El INDH de 2010 presentó una medición de la densidad territorial del Estado. El índice resultante mostró la dimensión territorial de la debilidad del Estado en Guatemala, que se concentra principalmente en el municipio de Guatemala y, en menor grado, en cabeceras departamentales. Los municipios con índices más altos de pobreza, con más bajo desarrollo humano o con población mayoritariamente indígena tienen una presencia casi nula de las instituciones del Estado y un presupuesto público ostensiblemente menor” (PNUD 2014: 37).

En este sentido, si bien en algunos lugares se carece de suficientes instituciones para atender las necesidades de los pobladores (principalmente en San Marcos y en Huehuetenango), las oficinas estatales en varias localidades existen, pero lo que sucede es que los procedimientos de la justicia estatal chocan con los de las formas de derecho indígena y, en algunos casos, lo que se conoce en el derecho positivo como “elementos de prueba” desestima los testimonios de los vecinos. Por ejemplo, en el 2007, los vecinos del cantón Chumanzana (Chichicastenango) capturaron y vupulearon a seis personas-todos hombres- y los entregaron a la PNC. Los acusaron de estafa, robo y asaltos a mano armada en los caminos, particularmente, en la carretera Interamericana. Sin embargo, los acusados fueron dejados en libertad por falta de pruebas porque según el juez, “no habían sido capturados flagrantemente”. Como reacción, “los inconformes amenazaron con tomar la justicia por sus propias manos y linchar a los presuntos delincuentes”¹⁵. Alrededor de estas ideas es que gravitan los estudios que he analizado y que se presentan a continuación:

- Snodgrass (2013) en su ensayo “*Los linchamientos y la democratización del terror en la Guatemala de la postguerra: implicaciones*”

¹⁵Ren, Jimmy (2007). “Los deja Libres”. En, Prensa Libre.

en el campo de los derechos humanos”, indica que los linchamientos son actos colectivos violentos donde se violan los derechos humanos de los agredidos. Define los linchamientos como “una forma en la cual, los ciudadanos comunes capturan a un ‘delincuente’, a quien la multitud decide castigar con sus propias manos. En la mayoría de los casos, las acciones que se trata de sancionar en realidad son delitos menores que implican cantidades insignificantes de dinero o cualesquiera otros bienes. Con frecuencia, si no siempre, a los sospechosos capturados se les empapa con gasolina y luego son quemados vivos. A veces se congregan cientos de personas, que participan como testigos o en calidad de miembros de un ‘tribunal popular’, encargado este de decidirla suerte del acusado” (Snodgrass 2003: 135).

Esta postura identifica al linchamiento como una acción punitiva de carácter colectivo. Si bien, Snodgrass indica que en estas acciones hay individuos que funcionan como instigadores con motivos diversos¹⁶, al final de cuentas observa tal evento como una “práctica colectiva” enraizada en la violencia de la guerra (2003: 137 y 138).

Snodgrass interpreta que los linchamientos son consecuencia del conflicto armado interno en dos sentidos o aspectos: 1) porque “los instigadores no sólo pertenecieron a grupos que ejercieron el terror estatal, sino que además han suplantado a las autoridades tradicionales en las comunidades” y 2) los linchamientos son “la manifestación de un trauma y miedo sociológico adquirido tras la brutalidad de la represión contrainsurgente que destruyó las redes de cohesión social y confianza”(Torres R. 2003: 29).

“Aseguraba Snodgrass que sin ninguna duda, los linchamientos en Guatemala son un legado del Estado de terror” (citado por López y Mariano Juárez 2009: 227). Organizados como patrullas de autodefensa civil, un gran porcentaje de varones del altiplano (hasta el 80% de la población masculina adulta –en 1986–), debió participar en tareas de contrainsurgencia. Muchos aprendieron a participar en acciones y atrocidades contra los propios miembros de sus comunidades (Snodgrass 2003: 142-143).

En la propuesta de Snodgrass del 2003, se identifica la incapacidad del Estado de restaurar el orden y la armonía. Esta incapacidad estatal, además de la desconfianza de los ciudadanos en la policía y en los tribunales, es lo que los motiva a optar por la “justicia por mano propia”. El Estado no puede asumir su papel en las tareas que formalmente debe realizar, mucho menos podría liderar una campaña preventiva. Por tanto, deberían ser las organizaciones de derechos humanos las que fortalezcan medidas de prevención de los linchamientos. En su momento, esta propuesta respondió también a la constatación –vigente hoy en día– de que en un caso de linchamiento, las autoridades gubernamentales no pueden intervenir porque corren el riesgo de ser agredidas (Snodgrass 2003: 135).

El otro tema al cual Snodgrass da importancia es al de los efectos psicosociales de los linchamientos. Durante el conflicto armado interno las redes interpersonales y las formas de convivencia fueron saturadas por la violencia, suplantadas por esta. A consecuencia de lo anterior las comunidades se dividieron. El miedo impera en las comunidades y las personas se dejan manipular por líderes que en el pasado reciente fueron militares o patrulleros civiles. Formalmente estos fueron disueltos tras la firma de los Acuerdos de Paz, pero de manera clandestina, algunos se reagruparon para controlar y vigilar a las comunidades y a ellos se atribuye, en algunos casos, la incitación a los linchamientos de los años 90 e inicio de los 2000: Tales líderes –indica la autora– no solamente han obligado a los comunitarios a participar o presenciar actos de linchamiento, sino además les convocan a reuniones para acordar y firmar medidas o declaraciones a través de las cuales se protegen

¹⁶Snodgrass indica que “en ciertos casos, estos actos son instigados por individuos que antes fueron actores directos de la violencia durante la guerra. En otras circunstancias, tales actos son instigados por quienes en el pasado estuvieron en la posición de víctimas; y en otras ocasiones más, son alentados inclusive por personas que por mucho tiempo trataron de evitar la violencia por completo...”. Esto último hace referencia a que se han dado linchamientos en comunidades de retornados. (2003: 138)

para no ser capturados o reprimidos por las fuerzas de seguridad (Snodgrass 2003:147y 148).

Así pues, en su momento la autora sugería que los linchamientos no podían ser entendidos desvinculados de la violencia del conflicto armado interno. En 2015, a doce años de la publicación de su ensayo, observamos que los linchamientos tienen las mismas motivaciones que habían sido señaladas inicialmente, pero que se agregan otras nuevas que involucran a nuevos actores sociales (menores de edad como víctimas y como perpetradores), y que ocurren en localidades poco afectadas por el mencionado conflicto (por ejemplo, Nueva Santa Rosa, Chiquimula y otras).

- Carlos Vilas describe y analiza las principales características de 103 linchamientos que ocurren en México de 1987 a 1998. Aunque el trabajo se centra en el vecino país, el autor traza líneas interpretativas para entender lo que ha sucedido también en el caso guatemalteco y argentino, los cuales conoce de cerca. Los linchamientos pues, no son eventos privativos de Guatemala, sino que comienzan a ocurrir fundamentalmente y con mayor recurrencia en los 90, también en Haití, Brasil, Bolivia, Ecuador y México.

¿A qué razones responden los linchamientos? El autor indica que se relacionan con “la escasa efectividad y legitimidad del Estado, que pone de manifiesto su inconcluso proceso de construcción...” Además de una ausencia estatal, los linchamientos son interpretados como actos que responden a fuertes identidades colectivas; las personas estarían buscando apropiarse de actos de la violencia como una manera punitiva de solucionar conflictos que el Estado no resuelve.

Lo que Vilas sostiene es que actos de violencia colectiva como los linchamientos “son reveladores de la naturaleza de las relaciones Estado / sociedad y de la compleja articulación entre tradición y modernidad en escenarios multiculturales que combinan variados patrones de organización, dominación y legitimación social y política” (Vilas 2003: 35).

Vilas sostiene que en el clima de inseguridad generalizada como el que vive Guatemala, la población está convencida de la inoperancia o complicidad de las instituciones públicas. Todo ello define el trasfondo social de los linchamientos. Y agrega que “este es un sentimiento particularmente arraigado en algunos territorios, con mayor gravitación demográfica de pueblos indígenas, sometidos con frecuencia a múltiples formas de discriminación y violencia institucional situación que posiblemente refuerza la asociación del recurso a la justicia por mano propia con la vigencia de redes de identidades y solidaridades comunitarias. El linchamiento aparece, para quienes lo ejecutan, como una forma normal de reparación de agresiones” (Vilas 2003: 86).

De manera interesante, Vilas indica que el linchamiento es una forma de violencia de pobres contra pobres. Pequeños agricultores, comerciantes, integrantes de comunidades indígenas, trabajadores, linchan a otras personas de la misma comunidad o de otra cercana cuya condición económica es similar (Vilas 2003: 71). “El linchamiento se presenta, fundamentalmente, como violencia de pobres contra pobres, unos y otros compartiendo la misma falta de justicia institucional. Ilustra, por lo tanto, los sesgos étnico-culturales y de clase que discriminan en el acceso a las instituciones públicas, incluso en cuestiones básicas como la vida, la libertad, la dignidad o el patrimonio de las personas...” (Vilas: 88).

“Puede plantearse como hipótesis que en estas situaciones el linchamiento expresa la sanción colectiva al quebrantamiento de la reciprocidad básica de la vida local; algo así como una versión específica del tradicional derecho de resistencia a la opresión” (Vilas 71).

- Mendoza A. toma la base de datos de MINUGUA sobre linchamientos, así como encuestas de opinión sobre el tema. Con ello analiza más de 400 actos de linchamiento ocurridos entre 1996 y 2001. Mendoza no se decanta por la explicación simple de que los linchamientos son única consecuencia o resultado directo de aprendizajes del

conflicto armado interno. Indica que “las estrategias de los instigadores y la crueldad de los linchamientos pueden ser una herencia del conflicto armado, pero esta herencia o aprendizaje no es suficiente para explicar la violencia colectiva”.

Mendoza tampoco está de acuerdo con vincular el fenómeno con la llamada “justicia maya”. Es más, él indica que los linchamientos están más vinculados a la ausencia de autoridades tradicionales mayas y no con su mera existencia. Porque cuando los ancianos y autoridades mayas tenían plena vigencia antes del conflicto y al inicio del mismo, tales actos no sucedían.

Mendoza coincide con Vilas en que los linchamientos responden a la confluencia de fuertes identidades colectivas, aunadas a una respuesta frente a la debilidad de las instituciones llamadas a regular conflictos y a detener a los delincuentes. Mendoza indica que, para el caso del occidente de país, hay un “vacío”, en la esfera de seguridad y justicia. Por un lado, las autoridades indígenas fueron debilitadas (o incluso aniquiladas) en la época del conflicto y por otro lado, las instituciones estatales que hay en las localidades son ineficientes o inexistentes entonces, ese “vacío” es “ocupado por el instinto colectivo de sobrevivencia que activa respuestas violentamente desproporcionadas, y aparentemente irracionales, para garantizar el bienestar de la comunidad” (Mendoza 2003: 112).

Agrega Mendoza que no solamente se trata de que no existan suficientes instituciones estatales que llamen al orden social sino que la población desconfía de las mismas “porque han sido ineficaces y corruptas, y porque durante el conflicto armado fueron cómplices del aparato represivo del Estado” (2003:113). El autor indica que los vacíos institucionales que existen en las comunidades indígenas para protegerse, muchas veces son llenados por comités o asociaciones que hacen servicio voluntario, pero que el Estado no está en capacidad de vigilar los métodos que estos utilizan para su autodefensa, los cuales muchas veces son violatorios de los derechos humanos. Esto se ha podido comprobar, por ejemplo, con varios casos en los

que vecinos organizados en comités de seguridad se exceden en sus funciones, por ejemplo en Panajachel, San Juan Sacatepéquez, etc. La justicia privada comienza a funcionar como una norma y eso explica los hechos de limpieza social.

En resumen, Mendoza afirma que “en las comunidades indígenas pobres del área rural los linchamientos pueden ser una acción colectiva para proveer justicia, orden y seguridad. Esto no implica que los linchamientos sean un componente del derecho indígena. Sin embargo las condiciones para la movilización, como (los) medios de coordinación, los líderes o instigadores y las identidades étnicas y territoriales están presentes en las comunidades indígenas” (Mendoza 2003: 120). Además, considera que los linchamientos no son actos irracionales sino que, al contrario, tienen una base racional si se analizan en el contexto de un Estado ausente que desatiende su responsabilidad de prestar seguridad y brindar justicia pronta y efectiva. Las turbas no son las responsables de la mayoría de muertes violentas, pues los linchamientos representan el 1 % de las muertes violentas entre enero de 1996 y diciembre del 1999. Por 1 turba hubo 63 muertes violentas, principalmente homicidios con armas de fuego (Ídem, 121).

- Gutiérrez, en su artículo “Los mecanismos del poder en la violencia colectiva: los linchamientos en Huehuetenango” (2003), y en su libro “Los linchamientos postconflicto y violencia colectiva en Huehuetenango, Guatemala” (junto a Kobrak) sobre el mismo tema (Gutiérrez y Kobrak 2001), sostiene un argumento similar al de Snodgrass, indicando que esas “formas de violencia extrema han sido aprendidas por la población civil en el período del conflicto armado interno” (en Torres-Rivas 2003: 29). Sin embargo, Gutiérrez agrega detalles e interpretaciones muy interesantes, por ejemplo, indica que históricamente ya existían castigos de carácter público y comunitario como los chicotazos. De alguna manera, el linchamiento vendría a ser un mecanismo alternativo a través del

cual las comunidades indígenas responden a los conflictos.

El trabajo de Gutiérrez es interesante porque analiza la situación particular de Huehuetenango, lugar donde a fines de la década de los 90 del siglo XX e inicios del siglo XXI, se había registrado una alta cantidad de eventos de este tipo (37 linchamientos sobre 421 registrados por la Misión de Verificación de las Naciones Unidas en Guatemala, MINUGUA, entre 1996 y 2001). Su análisis se fundamenta no solo en la base de datos de MINUGA, o la lectura de las notas periodísticas, sino también entrevistas con personas de las comunidades donde ocurrieron los linchamientos o donde hubo intentos (se hicieron entrevistas con testigos presenciales, entrevistas colectivas y talleres); todo ello enriquece mucho el trabajo.

En este sentido, Gutiérrez y Kobrak (2001) aportan al análisis de los linchamientos mayor elaboración que en los estudios anteriores. Advierten que “las entrevistas permitieron analizar cómo la gente construye un discurso posterior a un linchamiento, cómo las personas critican, justifican o encubren la violencia.” Es decir, existe el acto per sé (el linchamiento) y luego una reelaboración posterior al acto. Lo que las personas describen y racionalizan sobre lo que ocurrió refleja la manera en que asumen y entienden el fenómeno, no necesariamente es una narrativa que refleja lo que realmente pasó.

Asimismo, los autores indican que no solo se trata, como afirmaba MINUGUA, de que la mayoría de linchadores habían salido de las filas de las ex PAC o que habían sido militares, en realidad casi todos los hombres del área rural, mayores de 25 años, en esta región, forman parte de “una generación que pasó por las estructuras paramilitares que hoy tienen que ver con los linchamientos” (Gutiérrez y Kobrak, 2001: 14).

Gutiérrez y Kobrak señalan que ocurren los linchamientos de una manera encadenada como por “brote social”, ya que “cuando se da un linchamiento en una comunidad aumenta la probabilidad de que pase en otras. En varios casos, vecinos mencionaron que la idea de linchar un sospechoso se les ocurrió porque habían escuchado de linchamientos en otros lados” (Gutiérrez y Kobrak 2001: 15). Se podría

agregar que probablemente los vecinos escucharon en el radio los acontecimientos o los vieron en la TV y eventualmente, lo pudieron leer en algún diario. Aquí cabría llamar la atención sobre lo que la Comisión Nacional de Apoyo al Programa de Prevención de Linchamientos del Organismo Judicial ha identificado como los linchamientos por fenómeno de contagio.

Otro factor analizado por los autores es el geográfico. Huehuetenango, por su tamaño y características topográficas, presenta áreas que son inaccesibles o que por su lejanía las autoridades no pueden atender de forma inmediata. Agregan otro factor que es el lingüístico, el cual implica la dificultad de comunicación entre los operadores de justicia y los habitantes de las comunidades.

Gutiérrez y Kobrak (2001) adicionan a su análisis la impunidad, es decir, se reproducen los linchamientos porque se ha dado una falta de castigo a los linchadores, quienes se sienten impunes. Además, estos actos sacan a flote la complejidad de las relaciones de poder en las comunidades, ya que algunos (instigadores y quienes les protegen) presionan a otros (los testigos) para no hablar ni dar declaraciones a los operadores de justicia.

Es de relevancia subrayar que Gutiérrez y Kobrak (2001: 15) afirman que “no todos los linchamientos son de una naturaleza colectiva o comunitaria”, como se tiende a pensar o se ha publicitado. Lo que sucede es que “algunos actos de violencia más individuales se convierten en linchamientos porque los instigadores quieren esconder su responsabilidad, o los promotores buscan el aval de la colectividad, algo usual en el medio indígena. Para legitimar su violencia, en varios casos los instigadores indujeron o coaccionaron la participación de todos los de una comunidad” (Ídem, 15). Por ello, la hipótesis central que los autores manejan en su libro se refiere a que “en los linchamientos se establece una relación de fuerza y de poder entre los líderes violentos y el resto de la comunidad. Hay un predominio de opinión y acción de quienes están a favor de los linchamientos; mientras que la oposición de quienes no avalan esa clase de prácticas se vuelve marginal, no se escucha y no prevalece.” (Ídem 43).

Asimismo, señalan los autores citados que algunos pobladores entran en conflicto con la policía a la hora

de que esta quiere entrar a las comunidades, no tanto porque les vean como ineficaces o corruptos, sino porque en algunas comunidades fronterizas los vecinos se dedican a actividades ilícitas como el contrabando y no quieren ser descubiertos ni denunciados. Se cita el caso de Bulej, San Mateo Ixtatán en donde se produjo un levantamiento popular contra un retén de la policía “con el fin de controlar el contrabando que por décadas ha sido una de las principales fuentes de ingreso en muchas poblaciones del norte de Huehuetenango” (Ídem, 47). Esta observación es importante porque hasta la fecha (diciembre de 2014), el hecho de intervenir en una comunidad para intentar “rescatar” a la persona que está siendo linchada resulta imposible, una vez se desencadenó el fenómeno.

Por otro lado, los linchamientos se reproducen – según Gutiérrez y Kobrak, porque los pobladores los consideran eficaces, “mientras algunos criminales no temen pasar por el sistema oficial de justicia, nadie quiere morir quemado. Los linchamientos, con su crueldad y aspecto teatral, parecen diseñados para aterrorizar a los criminales” (Ídem). Y este aspecto es articulado con las diferencias generacionales: ahora los adultos perciben que los jóvenes “ya no respetan” y carecen de mecanismos eficaces para enseñarles, de allí que en muchos casos “linchar o amenazar con linchar parece una manera extrema de disciplinar a los adolescentes ‘para que aprendan’” (Ídem 16).

Richard Adams observó que sus informantes le indicaban que los linchamientos se justificaban por toda suerte de fracasos estatales en materia de investigación policiaca y aplicación de justicia, pero que el fenómeno es reciente y no casa con las prácticas indígenas antes conocidas. En su ensayo “Etnicidad e igualdad en Guatemala”, Adams subraya que:

“...los informantes hoy especifican que el linchamiento está justificado porque el sistema estatal de justicia no funciona, y cuando lo hace, es a menudo injusto. Fracasan los arrestos, fracasa la retención de los criminales en prisión, fracasa el castigo contra las personas responsables, y no se hace prácticamente nada en relación con el abuso contra las mujeres. Sin embargo, es necesario enfatizar que recurrir al

linchamiento no ha sido siempre una respuesta característicamente indígena. Por el contrario, fue una respuesta de una comunidad a la cual le ha sido arrebatada su forma legítima de enfrentar el crimen.” (Adams 2003: 65).

Como se ha visto, varios autores sostienen que los linchamientos ocurren por falta de observancia o ineficacia policial o desconfianza de la población hacia esta. Pero Gutiérrez y Kobrak indican que, contrario a esta afirmación, en más de la mitad de los casos sistematizados y analizados, la población sí recurrió a las fuerzas de seguridad:

“...pese a la desconfianza que la población manifiesta a las autoridades judiciales por los altos grados de ineficiencia, de corrupción y porque históricamente la justicia nunca se aplica a favor de los pobres y campesinos, hay quienes en las comunidades recurren a ellas para que intervengan en situaciones límite, como el caso de los linchamientos: de los cuarenta intentos de linchamiento registrados en Huehuetenango entre 1996 y 2001, en 28 casos hubo intervención de las autoridades competentes –PNC, el Juez de Paz, la PDH y los alcaldes municipales. En casi todos, las autoridades fueron informadas a tiempo sobre el potencial linchamiento y al presentarse en las comunidades les fueron entregados los detenidos, después de un proceso de diálogo” (Gutiérrez y Kobrak 2001: 48).

Finalmente, como se ha argumentado repetidamente que los indígenas en las áreas donde han ocurrido linchamientos, los cometen porque no confían en el sistema de justicia y por eso recurren a la de mano propia, los autores aclaran varios hechos para complejizar esta percepción. Gutiérrez y Kobrak (Ídem, 50) documentan varios casos en los que las autoridades indígenas locales (alcaldes auxiliares) si recurrieron al sistema oficial de justicia y presentaron actas detallando los hechos cometidos (delitos) por los detenidos, pero lo que ocurrió al final de cuentas es que se dejó libres a los acusados, porque hay una

diferencia y falta de complementariedad en el sistema de recolección de pruebas, que exige el sistema oficial de justicia ¹⁷ con respecto al que practican las comunidades.

- Los antropólogos López y Juárez concuerdan con las ideas arriba planteadas en el sentido de que no todo acto de linchamiento debe atribuirse a las herencias del conflicto armado del pasado. Ambos señalan el uso indiscriminado del recurso de la “memoria” sobre el pasado del conflicto. Sugieren que todos los estudios anteriores sobre linchamientos adolecen de una carencia de etnografías sobre el tema. Dada la forma en que surgen y se desarrollan los linchamientos es prácticamente imposible que los antropólogos puedan programar sus trabajos de campo para presenciar y estudiar una situación de tal naturaleza. Pero sucede que Mariano Juárez J. estaba realizando su trabajo de campo en Camotán y Jocotán (Chiquimula), sobre el tema del hambre, cuando ocurrió el linchamiento de tres mujeres que presuntamente habían secuestrado y dado muerte a una niña de 9 años. De esta cuenta este hecho se hizo particularmente interesante para los autores -sobre todo para López- que ha estudiado el área ch’orti’ desde hace varios años.

Mariano Juárez describe hechos que presencié. En su ensayo, introduce los correos electrónicos que enviaba a su asesor de tesis donde le contaba lo sucedido en ambos municipios del departamento de Chiquimula y sus sentimientos al respecto. El linchamiento de Camotán (Chiquimula) les permite a los autores afirmar varios aspectos interesantes: a) Que los linchamientos no son privativos de las áreas indígenas, sino que también ocurren en cabeceras municipales habitadas por una mayoría ladina. b) Que

los linchamientos de mitad de los años 2000 tienen causas distintas a los primeros linchamientos de mitad de los 90. c) Los actores que se involucran en un linchamiento -instigadores, observadores y víctimas- tienen un carácter heterogéneo desde la perspectiva étnica y de clase. En el caso que ellos analizan, no podría relacionarse lo sucedido con herencias del derecho consuetudinario ni con la herencia de un Estado de terror donde, según los autores, “la memoria del conflicto es anterior y más limitada que en otras partes del país, como el altiplano” (López y Mariano Juárez J, 2009: 228).

Al igual que M. Gutiérrez y Kobrak, los antropólogos españoles citados indican que hay distintas formas de participación popular en un linchamiento (hostigadores, espectadores, etc.). Existe, según los autores, un sentimiento de ambivalencia en los días siguientes al mismo: la gente puede sentirse con pena o culpa, pero no deja de justificar el acto. En algunos casos hasta aluden a ello “con orgullo” (Ídem, 229). Lo que sí me parece novedoso del enfoque de J. López y Mariano Juárez es que indican que el linchamiento se inserta en una contienda municipal, es decir, en una lucha entre municipios por ver cuál es el más valiente o atrevido.

“Con un tono de neutralidad asombrosa”: **aportes desde la etnografía del linchamiento y otras formas de castigo público**

Los anteriores trabajos se realizaron tomando en cuenta testimonios y opiniones recabadas varias semanas, meses o años después de que ocurrió un linchamiento. A continuación se hace referencia a los pocos trabajos antropológicos que entrarían en lo que podría denominarse la etnografía linchamiento. En esta se comprenden las aproximaciones socioculturales a los eventos de violencia colectiva que toman en consideración las características históricas, culturales, étnicas, económicas y políticas de los espacios locales (aldeas o municipios) realizadas por autores que han estado en la localidad poco tiempo después¹⁸ de un

¹⁷ Por ejemplo, en el sistema estatal, se exige que para detener y consignar a una persona se necesita orden de juez competente y haber agarrado al hechor “in fraganti”.

¹⁸ Por razones obvias y, salvo el caso de Mariano Juárez (2009), es muy difícil estar en el sitio donde acontecen las acciones que rodean a un linchamiento y presenciar el evento mismo.

evento o que simplemente conocen bien el contexto en donde ocurrieron los hechos.

En este sentido, López R.(2000) desde la sociología analiza el caso del linchamiento de Todos Santos Cuchumatán –acaecido en abril de 2000¹⁹- y lo relaciona, no tanto con la herencia del conflicto armado, sino con los rápidos cambios culturales acaecidos a raíz de las migraciones, el contacto con la cultura norteamericana, así como con los cambios religiosos, principalmente de los jóvenes quienes se han convertido a otros credos, incluyendo a otras sectas. Se trata de cambios socio-culturales tan vertiginosos que generan confusiones en las comunidades. Estas transformaciones se traducen en un ambiente social “en el cual las enemistades personales por intrigas y viejas rencillas, se suman los conflictos por disputas de intereses derivados de los frecuentes problemas por linderos de tierras, por venganzas del conflicto político militar, por simpatías políticas y también por confrontaciones entre vecinos que no han migrado al exterior y quienes regresan del exterior con recursos, a quienes en el municipio se les ha empezado a denominar los ‘norteños’” (López R. 2000: 36-37). Esta interpretación tendría una articulación con la de López G., para quien los linchamientos no deben verse desvinculados de los dilemas globales.

M. Gutiérrez y Kobrak (2001) afirmaban que los linchamientos se reproducían porque se pensaba que eran eficaces, pero J. López y Mariano Juárez (2009) creen que, además proporcionan un sentido de identidad: “parece poco discutible el hecho de que la violencia recreada como desagravio impacta y hace mella en la memoria colectiva, quizás no tanto en la eficacia o el poder coercitivo o ejemplarizante, como en el de crear identidad y otorgar sentido a la violencia en el mismo proceso” (López y Mariano Juárez. 2009: 230).

Los autores indican que los linchamientos en el oriente de Guatemala en la segunda mitad del año

2000 deben entenderse no solo en el ámbito local, sino en el global. Estos se cometieron por acusaciones no solo de robo de enseres o animales, sino en una coyuntura donde se estuvo denunciando tráfico de órganos humanos, robo de niños para tal efecto y adopciones irregulares. López y Mariano Juárez indican de forma intrincada que los linchamientos se articulan con la ausencia del Estado en lo material y en lo simbólico. No se comprende muy bien cómo interpretan lo “simbólico” del Estado, pero en la descripción que hace Mariano Juárez del linchamiento de tres mujeres en Camotán lo que se aprecia es una presencia policial demasiado precavida, hasta incluso ausente por dos semanas en medio de un clima social hostil y tenso.

Los autores reiteran algo ya aportado en el análisis de Gutiérrez y Kobrak cuando aludían a los linchamientos como “brote social” o casi como contagio de una comunidad a otra, cuando afirman que “la visión de los linchamientos como ‘moda’ o epidemia cuya publicidad desemboca en más casos podría tener aquí un punto de partida para el análisis” (López y Mariano Juárez J 2009: 235).

López García (2009: 273) indica que los linchamientos ya forman parte de la cotidianidad de los guatemaltecos y analiza los discursos de las personas (testigos, policías, familiares de la víctima) que escriben acerca de ellos en los blogs y otros sitios web, con completa normalidad, o con “un tono de neutralidad asombrosa” (se refiere a descripciones detalladas del evento, el vocabulario que se utiliza, etc.). De alguna manera la violencia no solo ocurre en el sitio mismo del linchamiento, sino que se traslada a los discursos de las personas. Por eso, López indica que los linchamientos deben analizarse en “el contexto de las violencias globales y desbordadas (López. 2009: 275). Se refiere aquí el autor a las “retóricas populares de validación de los linchamientos” (idem, 289), o sea, cómo las acciones son justificadas por las personas de la localidad y ello se expresa discursivamente en las redes sociales. López analiza esto en los poemas que varios vecinos escribieron a la niña secuestrada y muerta. Por último, López afirma que los linchamientos reflejan la “contemplación de la violencia como

¹⁹ Oscar López Rivera realizó su trabajo de campo en Todos Santos Cuchumatán en junio del mismo año, además conoce la localidad por haber nacido y crecido en ese municipio del departamento de Huehuetenango.

espectáculo”, a lo que contribuyen en mucho los medios de comunicación y los nuevos dispositivos tecnológicos, como los teléfonos celulares (Ídem, 293).

En el caso de Jocotán y Camotán, dos pueblos donde no se conocían los linchamientos hasta hace muy poco, tanto la víctima como las victimarias fueron mujeres y, pese a reconocer que una mirada de género era relevante²⁰, los autores no la incluyeron, al menos no en estos artículos que aquí analizo. Mariano Juárez observa y describe cómo las tres mujeres eran detenidas, obligadas a estar de pie por horas, una de ellas arrastrada con un lazo al cuello y otra apedreada y muerta encima de un charco de agua.

Belinda Sandoval G. (2007: 367) analiza las narrativas que sobre los linchamientos han emitido el personal de la organización de las naciones Unidas en Guatemala, los miembros de las ONG (i.e GAM y CONAVIGUA) y algunas personas de la élite guatemalteca organizadas en el grupo Madres Angustiadas. En el primer caso, Sandoval critica que el personal de la ONU afirmara que los linchamientos ocurren porque las personas no tienen suficiente conocimiento del sistema de justicia (el cual además tiene sus deficiencias). Para Sandoval, se estaría asumiendo que las comunidades indígenas utilizan el sistema oficial de justicia cuando no necesariamente ocurre de esa manera. En el caso de la organización Madres Angustiadas, se atribuyen los linchamientos a la pérdida de valores morales, sensibilidad social y a factores psicológicos (Sandoval. 2007: 269).

Sandoval afirma que hay dos aspectos centrales a la hora de explicar los linchamientos. Primero, recabar el contexto sociocultural y político del área; y segundo, ver las articulaciones entre el derecho estatal y las normas consuetudinarias indígenas o derecho indígena. Tercero, tomar en cuenta la perspectiva de las comunidades –Todos estos aspectos ya habían sido abordados antes por López R. (2000), López G. (2003) y más tarde por López G. y Juárez (2009). Por ejemplo,

en 2003, López G. (2003: 231) señaló que “nos faltan las voces de quienes participan en alguno de los círculos concéntricos que se organizan cuando tiene lugar un linchamiento y que dan protagonismo desigual a sus partícipes.” También dijo que el fenómeno se articula con la existencia de sistemas legales distintos y además con sistemas éticos “parcialmente diferentes” (ídem, 232).

El análisis de género articulado con lo étnico es un paso dado por Cumes (2009), quien analiza el surgimiento de nuevas formas de justicia llamada “comunitaria” que aparece o se da a conocer alrededor de 2005 en adelante. Estas nuevas formas de corrección, aparentemente “colectivas”, no están necesariamente vinculadas con las tradicionales formas de derecho maya. Las mismas parecen haber surgido como “alternativa” para evitar los linchamientos. Cumes alude a los neocastigos comunitarios como una forma de violencia contra las mujeres, lo cual reproduce su inferiorización histórica. Cumes se refiere a algunos eventos acaecidos en comunidades rurales de Santa Catrina Ixtahuacán y de Nahualá, Sololá donde se acusó a varios hombres y mujeres de negociar con embarazos, vender niños y otros delitos. Como castigo, se les impuso a los hombres cargar costales de cemento y, a las mujeres, se les rapó a la vista de toda la comunidad.

Cumes aborda las relaciones de género y de poder en el análisis de nuevas formas de “justicia comunal” (de “extrema” vergüenza) que desembocan en violencia contra la mujer. La crítica de la autora va dirigida en dos sentidos: hacia los medios de comunicación y los calificativos que utiliza para nombrar estos hechos como “justicia maya o juicio maya” y a la manera en que se suele representar a los indígenas –“de una forma negativa” en los medios de comunicación (Cumes 2009:101). Y luego, su crítica también va dirigida a realizar un mejor análisis de lo que está aconteciendo en las comunidades, indicando que han surgido nuevos actores (jóvenes) con poder en las comunidades indígenas y se pregunta si estos en realidad restauran el orden y el “equilibrio” o significan un nuevo ejercicio de violencia, especialmente machista contra las mujeres indígenas.

²⁰ Julián López escribe que, “Intenta reflexionar o averiguar... puesto que sólo son mujeres las implicadas si esto da lugar a construcciones diferenciales de género” (en Mariano Juárez, 2009: 267).

Cumes indica que han surgido nuevos comités de seguridad que suplantán a las autoridades tradicionales. Su afirmación va dirigida a “des-idealizar” el derecho maya y a verlo como un fenómeno cambiante. La autora retoma los estudios de derecho maya realizados por profesionales mayas.

En relación con el “derecho maya”, Mendoza (2008: 48) indica que la variable étnica es como la “fea con la que pocos quieren hablar” en alusión a que “lo indígena” o una región habitada por una mayoría de personas indígenas, es una variable que suele relacionarse con la ejecución de un linchamiento, pero pocos autores se animan a lanzar una interpretación. Para él, “los linchamientos no son parte del derecho consuetudinario socialmente aceptado, pero tienen algo de tradición: los azotes y el castigo público (...)”. Es decir, existe una suerte de *background* histórico cultural que permite explicar que los castigos públicos ya se realizaban mucho antes del apareamiento de los linchamientos (Dary, 1997), sin embargo, las modalidades punitivas no están congeladas en el tiempo, sino que está ofreciendo variaciones y re significaciones.

En este mismo sentido, Sieder y Flores (2011) analizan la complejidad de la aplicación de justicia en un interesante caso acaecido en Santa Cruz del Quiché, en septiembre de 2006. Tres jóvenes robaron un *pick up*; fueron aprendidos por los vecinos y, luego de largas discusiones comunitarias, fueron sentenciados a caminar cargando llantas sobre sus hombros y a recibir determinado número de azotes cada uno, a la vista de todos los pobladores del lugar, desde ancianos hasta los niños. Durante las reuniones o asambleas comunitarias, previas a determinar el castigo, una de las autoridades –una alcaldesa de la aldea Xesic– se dirigió a la concurrencia y les comunicó que en esa comunidad no se iba a usar gasolina, sino que se optaría por otros procedimientos (“la ley de los antepasados”, según sus palabras):

“Señores, que esto quede bien claro... dejemos de estar pensando que los vamos a quemar con gasolina. No, no es eso, sino que nosotros aplicaremos los castigos que dejaron establecidos

nuestros antepasados.” (alcaldesa María Lucas)
(Sieder y Flores 2011: 40).

Luego de una caminata en la que la población llevaba pancartas alabando “el derecho maya”, se llega a un lugar en donde los tres jóvenes son expuestos a los *xik’a’yes*²¹, pero previo a ello, los líderes les explican el sentido del evento por el que estaban atravesando. Sieder y Flores indican que “los alcaldes comunitarios hicieron hincapié en la importancia de una solución pacífica”:

“Tal como dicen nuestros hermanos, no estamos aquí para quemar, lo que sí vamos a quemar son todos esos malos pensamientos que tienes en tu cabeza, todo ese malestar que tienes en tu corazón”(Sieder y Flores, 2011: 49).

El caso es interesante porque se logra un consenso comunitario para determinar el castigo que los jóvenes tendrían –lo descrito arriba se traduciría en pasar vergüenza pública, lo cual sería dentro del derecho indígena más fuerte y aleccionador que el dolor físico. En lo particular, me ha parecido interesante que, en este mismo año, sucedieron los hechos relatados por Cumes (2009): corte de cabello a las mujeres, obligación de cargar costales de cemento, etc. Todo ello conduce a pensar que se está asistiendo a un escenario de innovación de medidas punitivas que mezclan procedimientos tradicionales con nuevos escarmientos y bajo nuevas circunstancias que surgen en el escenario multicultural. Los *xik’ay’* si eran una práctica tradicional y antigua, pero no se ejecutaban de manera pública frente a cientos de personas, sino en el ámbito más bien privado (Ídem, 52). En realidad, se podría decir que los *xik’ay* públicos y otras formas

²¹ Sieder y Flores (2011: 50-51) explican que los *chicotazos* o *xik’ay’* no han dejado de ser polémicos: “*Xik’a’yes* un elemento muy controversial del derecho indígena en Santa Cruz del Quiché y algo que ha dividido la opinión del movimiento maya en el municipio. Este consiste básicamente en azotes rituales con ramas del árbol de membrillo y consuetudinariamente son administrados por los *k’amalbé* de mayor edad, los alcaldes comunitarios o los padres de los acusados”.

de castigo, como cargar objetos pesados o cortar el pelo de las personas, son prácticas que se extrapolan de otras épocas y lugares, y que de alguna manera vienen a ser un sustituto del fatídico linchamiento con gasolina y con un desenlace mortal. El xik'ay “puede ser entendido como una manera de contener o limitar las demandas populares de venganza y otras formas más violentas y duras de castigo” (Sieder y Flores, 2011: 53).

En resumen, las nuevas formas de castigo comunitario (cortar el pelo a las mujeres, hincar a los presuntos delincuentes sobre piedrín, ponerlos a cargar llantas, costales con cemento o piedras, darles latigazos y otras medidas que pretenden basarse en antiguas formas de derecho indígena), son de factura reciente y desarrollada sobre la marcha como alternativas a prácticas más violentas y fatales. Tales prácticas han sido ingenizadas por autoridades comunitarias –no necesariamente indígenas tradicionales– como medidas para avergonzar al delincuente y para apaciguar los ánimos de la gente imponiendo una forma de castigo público que evite su trágica muerte. Consecuentemente, estas nuevas medidas estarían impidiendo llevar a los perpetradores a los juzgados y a la cárcel. Estos castigos arriba mencionados, también pueden verse como sustitutos de la medida radical del “uso de la gasolina”, como lo indican también Sieder y Flores.

Si bien es cierto que los linchamientos no deben ser identificados como formas de justicia indígena, existe cierta vinculación entre las nuevas formas de castigo o reprimenda con el derecho indígena, hecho que es explotado y tergiversado por los medios de comunicación. Sin embargo, en los últimos años se ha evitado utilizar en los diarios los adjetivos de “justicia maya”, probablemente a raíz del trabajo de observatorio social sobre los medios y el racismo. También es cierto que algunas organizaciones mayas se han encargado en establecer la diferencia entre las nuevas formas punitivas y las formas de impartir justicia de sus antepasados, resaltando la enseñanza, el ejemplo y el restablecimiento de la armonía (Defensoría Indígena Wajxaqib' Noj-PNUD 2003).

Los linchamientos y el rol de la Comisión Nacional de Apoyo a la Prevención de Linchamientos del Organismo Judicial²²

Los linchamientos, así como otras formas de “justicia” o escarmiento colectivo, son un tema muy difícil de investigar judicialmente por una serie de motivos, pero como el lector comprenderá, resulta obvio que los testigos evitan responder a las preguntas de los investigadores por temor a represalias de quienes instigaron los hechos. Los mismos integrantes de la *Comisión Nacional de Apoyo a la Prevención de Linchamientos del Organismo Judicial* pueden accionar si es con la invitación directa de las autoridades locales. Luego de un linchamiento, vapuleo u otra acción similar lo que observan los integrantes de dicha Comisión, es en primer lugar, el silencio de los comunitarios, y luego cuando se abren para hablar, se observan expresiones y sentimientos de “mucho dolor”. Este fue el caso, por ejemplo, de las autoridades de Sumpango (Chimaltenango) donde, en abril de 2006, dos mujeres fueron linchadas, una brutal acción transmitida con lujo de detalles en televisión por Guatevisión y reportada por todos los medios escritos.²³ Una persona de la Comisión expresó que:

²² “La Comisión Nacional de Apoyo al Programa de Prevención de Linchamientos del Organismo Judicial surgió con la suscripción del convenio de cooperación interinstitucional, en abril de 2005, con la participación inicial de once instituciones gubernamentales y no gubernamentales.

²³ Este caso fue muy interesante porque Sumpango había sido declarado poco tiempo antes como pueblo “Amigo de la Paz”. Tras el linchamiento, las autoridades –incluida la Policía Nacional Civil– dejaron el pueblo y la Comisión Nacional de Apoyo a la Prevención de Linchamientos tuvo que trabajar fuerte para que pudieran retornar. “El miedo se quedó en Sumpango”. En, Prensa Libre, 30 de abril de 2006. Versión electrónica consultada en línea: http://www.prensalibre.com/noticias/miedo-quedo-Sumpango_0_128388923.html

“Nosotros lo que visualizamos al principio era que había mucho dolor, ellos (las autoridades locales) querían visualizar que ellos no eran (responsables) y enseñarles al mundo que ellos no tenían esa práctica. Y todos comenzaron a trabajar fuertemente con distintos sectores de la población por género y edades”. (Entrevista con representante de la Comisión, noviembre de 2014).

Trabajar en torno a la concientización de que el linchamiento no es una opción de castigo, informar que es un acto inhumano, violatorio de los derechos humanos y además que quienes participen en el mismo serán conducidos a la cárcel, es la principal tarea de la Comisión mencionada. Sus integrantes consideran que su trabajo ha sido difícil, pero que sus resultados se reflejan en una disminución en el número de linchamientos, el cual debe ser contrastado con el crecimiento demográfico a nivel nacional, departamental y municipal. Si no se hace esta comparación parecería que el fenómeno es tan fuerte como lo fue a inicio de los años 1990.

Si bien es cierto, los linchamientos siguen sucediendo e incluso algunos medios aluden a un “repunte de linchamientos”, se podría decir que han decrecido en contraste con el crecimiento demográfico y el número de homicidios diarios y mensuales por cada 100,000 habitantes.

Un aspecto importante a mencionar es que en los últimos 10 años, probablemente, la difusión de las noticias locales a través de los medios electrónicos, principalmente las redes sociales y la telefonía celular (mensajes de texto, Twitter y Whatsapp), se ha acelerado y hecho más constante. Según miembros de la Comisión, esto podría dar la sensación de que los linchamientos aumentan:

“antes costaba acceder a la información (sobre los linchamientos), había que ir a buscar los informes de MINUGUA; ahora, se sabe lo que está sucediendo en el mismo momento”. (Entrevista con

representante de la Comisión, noviembre de 2014).

Además de identificar las diferencias antes aludidas entre conato, vapoletaje y linchamiento, la Comisión complejiza las razones o motivos por los cuales se comete un linchamiento: además del castigo al delito común, se identifica que ha existido una suerte de xenofobia, temor a los extranjeros y rumores sobre el plagio de niños, como lo que ocurrió en sonados casos del linchamiento de un japonés y un guatemalteco, en Todos Santos Cuchumatán, Huehuetenango (29/04/2000)²⁴; y de una mujer de Alaska en San Cristóbal Verapaz, dos casos muy sonados y que trascendieron internacionalmente (véase López R., 2000; Montúfar 2007). Además de ello, la Comisión identifica que el linchamiento se comete por venganzas personales y enemistades revestidas de otras razones. En realidad, el fenómeno de los linchamientos es multicausal y es dinámico, se va trastocando a lo largo del tiempo:

“Hemos visto como ha dado vuelta el fenómeno, por ejemplo antes se decía que era por falta de justicia, después resultó que era por robo de niños, después que era porrobo de órganos y en otros sectores quedicen “ladrón visto, ladrón muerto”, entonces hemos visto cómo va dando vuelta el fenómeno y cómo se pasa de un lugar a otro”. (Entrevista con representante de la Comisión, noviembre de 2014).

Si bien es cierto durante las últimas dos décadas los linchamientos suceden en los cuatro puntos cardinales del país y en todos los departamentos, existe un mayor número de ellos registrado en el occidente y norte del país, principalmente, en aquellos lugares más afectados por el conflicto armado interno: Quiché, Huehuetenango, Alta Verapaz y Quetzaltenango; pero es importante subrayar que el departamento de

²⁴ “Juicio por linchamiento. Caso de japonés: tres personas de Todos Santos Cuchumatán llevadas a debate”. Prensa Libre, Guatemala, 26/04/2001. http://www.prensalibre.com/noticias/Juicio-linchamiento_0_36596676.html

Guatemala encabeza las listas en varios años (de 2009 a 2014). Se conoce de varios casos de linchamientos en la capital y sus alrededores, sobre todo, en los mercados cantonales, muchos de esos actos no son dados a conocer por los medios de comunicación.

Para cuantificar los linchamientos, hay que aclarar que no es lo mismo el número de linchamientos al número de víctimas mortales. En un solo evento de linchamiento puede haber de una a varias víctimas. Además, estas pueden sobrevivir y ser llevadas a los hospitales, algunas sobrevivirán para contarlos y otras fallecen días después. Dadas estas y otras circunstancias, es difícil llevar a cabo un recuento exacto de los linchamientos.

La Comisión citada señala que para generar y alimentar su base de datos sobre los linchamientos recurre a todos los medios de prensa escritos, informes de la Policía Nacional, informes circunstanciados de los jueces, de las autoridades locales, del Instituto de Estudios Comparados y del INACIF, pero subraya que es muy probable que exista un subregistro de casos de linchamientos que suceden en zonas remotas y que no es tan fácil reportar, además de que ahora existen modalidades para borrar evidencias, como tirar los cadáveres de las víctimas a los ríos. En este punto es interesante apuntar que la Comisión ha identificado que en las redessociales (principalmente Facebook y Youtube) aparecen linchamientos o comentarios al respecto que muchas veces no salen en la prensa. En este sentido, Julián López y Mariano Juárez han subrayado la importancia de prestar atención a dichas redes y al contenido de los mensajes allí compartidos.

Reflexiones finales

La etnicidad de los victimarios y de las víctimas de los linchamientos fue relacionada por la mayoría de los autores analizados, principalmente, en relación con los municipios y departamentos del país más golpeados por la violencia del conflicto armado interno. Es decir, los linchamientos han ocurrido con más frecuencia en el altiplanooccidental, pero no responden

intrínsecamente ni necesariamente a la condición indígena de los actores sociales involucrados en cada evento, sino al hecho de que ellos pertenecen a una localidad o región golpeada durante por el conflicto armado, pero además a regiones donde la presencia estatal en materia de seguridad y cuidados sociales es muy limitada.

En tal sentido, en los lugares donde se militarizó a la sociedad y hubo un control contrainsurgente durante dicho conflicto y aún en los siguientes años luego de la firma de la paz, la población presencié eventos públicos de represión que funcionaron como instructivo de prácticas de castigo brutales y que luego se reproducen por parte de la población civil para sancionar delitos comunes. Como se sabe, las regiones más golpeadas por el conflicto fueron las indígenas, precisamente porque el racismo y la discriminación contribuyeron a “inferiorizar” a las víctimas y a aumentar la crueldad en contra de ellas. En la última década, las perspectivas sobre el conflicto armado, así como la etnicidad y su relación con los linchamientos, han perdido fuerza explicativa como motivo central. Ello se debe a que estos han estado sucediendo en áreas menos golpeadas por la guerra y que son habitadas por población mestiza y ladina. Asimismo, los linchamientos son más frecuentes en áreas urbanas y peri urbanas, a diferencia del pasado cuando tendían a ocurrir en zonas rurales. De hecho, según el OJ, de 2009 a 2014, el departamento de Guatemala presentaba una constante en el registro del mayor número de linchamientos (con independencia de su desenlace, es decir, sin mencionar el número de víctimas fatales).

La modalidad del linchamiento como castigo al delincuente o infractor de normas de convivencia comunitarias, se sembró como herencia del conflicto armado. Los primeros instigadores y azuzadores de estos actos fueron personas vinculadas a las estructuras militares y paramilitares. No obstante, con el tiempo, ese ejemplo ha sido adoptado por otras personas y por las nuevas generaciones a manera de contagio. Los medios de comunicación radiales, pero sobre todo las redes sociales, han jugado un papel importante, ya sea como incitadores o como amortiguadores de hechos de violencia colectiva.

Un aspecto en el que los autores difieren es en el de calificar a todo linchamiento como necesariamente un acto “de violencia colectiva” donde toda una población participa. El trabajo de campo que incluye entrevistas a distintos testigos y donde se reconstruyen los hechos, como el realizado por López R., López G. y Juárez (2009), Gutiérrez y Kobrak (2001), contribuyen mucho a dilucidar que los linchamientos son instigados en realidad por pocas personas que se colocan usualmente en una posición de poder dentro de la comunidad. De tal manera que la mayoría de las personas fungen como testigos presenciales pasivos y no se atreven a defender al presunto ladrón ni mucho menos a cuestionar las acciones del instigador o provocador. Este último aspecto es reiterado por la Comisión Nacional en Apoyo a la Prevención de Linchamientos.

Los linchamientos se ejecutan por diferente procedimiento (quema, ahorcamiento, golpiza, etc.) y son multicausales (a través de ellos se castiga a ladrones, violadores, secuestradores, tratistas de personas, extorsionadores, etc.). En la década reciente (probablemente de 2005 a esta parte), las razones más frecuentes detrás de un linchamiento son las extorsiones a comercios, buses, mototaxis o tuc-tuc y bici taxis.

Asimismo, llama la atención que las víctimas de los linchamientos están distribuidas de forma bastante balanceadas, entre ambos géneros, no obstante, es importante subrayar que en los últimos años se registran más víctimas mujeres menores de edad. Esto es importante porque se evidencia que la violencia contra las mujeres se está volviendo cada vez más frecuente y más cruda. Asimismo, se pone de manifiesto la falta de espacios y de acciones institucionales para proteger la integridad personal de la adolescencia y la juventud. Se trata de adolescentes a quienes se debería defender y, sobre todo, mantener la presunción de inocencia.

Bibliografía

- Adams, R. N. (2003). Etnicidad e igualdad en Guatemala, 2002. Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL, GTZ.
- Adams, T. (2011). La violencia crónica y su reproducción: Tendencias perversas en las relaciones sociales, la ciudadanía y la democracia en América Latina. USAID, Prevención del Crimen, Woodrow Wilson International Center for Scholars, IARS.
- AGN (2014). Guatemala reduce tasa de homicidios a 31.2 por 100,000 habitantes en 2014. En, Agencia de Noticias. <http://www.agn.com.gt/index.php/component/k2/item/22582-guatemala-reduce-tasa-de-homicidios-a-312-por-100000-habitantes-en-2014#sthash.3Fo1KorJ.dpuf>
- Aguirre S., K. M. (2014). Análisis jurídico de la incidencia del sistema de administración de justicia penal guatemalteca ante el fenómeno de los linchamientos. Tesis de grado. Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Universidad Rafael Landívar.
- Argueta, O. (2011). “Análisis de las Juntas Locales de Seguridad”. En, Plaza Pública. Extraído el 16 de junio de 2013, del sitio web: <http://www.plazapublica.com.gt/content/analisis-critico-de-la-historia-de-las-juntas-locales-de-seguridad>
- Bran G., E.A. (2006). Actitudes de hombres y de mujeres de una comunidad rural de Guatemala hacia los linchamientos. Informe final de investigación presentado al Consejo Directivo de la Escuela de Ciencias Psicológicas para optar al título de Psicólogo. Guatemala, Escuela de Ciencias Psicológicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Centro para la Acción Legal en Derechos Humanos (CALDH), Instituto de Estudios Comparados de Ciencias Penales de Guatemala (ICCPG) y Seguridad en Democracia (SEDEM)- (2007). Las ejecuciones extra-judiciales de jóvenes estigmatizados: dimensión jurídica, social y humana del fenómeno y la responsabilidad del Estado de Guatemala sobre la mal llamada “limpieza social”. Disponible en: <http://www.sedem.org.gt:8080/sedem/publicaciones/libros/ejecuciones.pdf/view>.
- Coy Pop, E.G. (2010). La jurisdicción indígena penal: análisis socio jurídico de los linchamientos en Guatemala, caso Alta Verapaz. Guatemala: Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Cumes, A. (2009). “‘Sufrimos vergüenza’. Mujeres k’iche’ frente a la justicia comunitaria en Guatemala” en, Desacatos. No. 31. Revista de Antropología Social. Reivindicaciones étnicas, género y justicia. México D.F.: CIESAS. 99-114 pp.
- Defensoría Indígena Wajxaquib-Noj 2003. La ley de Xibalbá o Linchamientos. Chimaltenango, Guatemala.
- De León, E. (2013, 22 de junio). “En occidente ocurren menos incidentes criminales”. En, Siglo 21. p. 2.

- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Argentina: Siglo XXI Editores.
- Gutiérrez, M. y P. H. Kobrak. (2001). *Los linchamientos postconflicto y violencia colectiva en Huehuetenango*, Guatemala. Guatemala: Centro de Estudios y Documentación de la Frontera Occidental de Guatemala, CEDFOG.
- Gutiérrez, M. (2003). "Los mecanismos de poder en la violencia colectiva: los linchamientos en Huehuetenango". En, *Linchamientos: ¿barbarie o justicia popular?*, Carlos Mendoza y Edelberto Torres-Rivas, editores. Guatemala: FLACSO-UNESCO (Colección Cultura de Paz, No.1). También disponible en: www.nd.edu/~cmendoz1/datos/gutierrez.pdf.
- ICCPG. (2012). *Linchamientos: violencia estatal y violencia social*. Guatemala: Instituto de Estudios Comparados en Ciencias Penales de Guatemala.
- Instituto Nacional de Estadística -INE- (2008). *Encuesta Nacional de Hogares y Violencia Armada (ENHVA)*. Guatemala. Instituto de Enseñanza para el Desarrollo Sostenible (IEPADES). (2006). *Armas pequeñas y livianas: una amenaza a la seguridad hemisférica*. Disponible en: <http://www.iepades.org/pm-centroam.pdf>.
- Instituto de Enseñanza para el Desarrollo Sostenible (IEPADES). (2006). *Control de armas: manual para la construcción de la paz por la sociedad civil*. Ciudad de Guatemala: mimeo.
- Instituto de Enseñanza para el Desarrollo Sostenible (IEPADES). (2006). *El tráfico ilícito de armas en Guatemala*. Disponible en: <http://www.iepades.org/guatemala.pdf>.
- Instituto de Enseñanza para el Desarrollo Sostenible (IEPADES) (2012). *Violencia Armada en Guatemala*. Presentación PowerPoint. Guatemala. Recuperada el 21 de enero, 2013, del sitio web: <http://www.iepades.com/images/PDF/VIOLENCIA%20ARMADA%20EN%20GUATEMALA%20ULTVERSION.pdf>
- Juárez, L.M. (2009). "Violencias eventuales en la cotidianidad de las violencias. Una etnografía de los linchamientos de Camotán y Jicotán (julio de 2007)". En, *Guatemala, violencias desbordadas*. Julián López, Santiago Bastos y Manuela Camus, editores. Córdoba, Universidad de Córdoba, Servicio de Publicaciones. 239-268 pp.
- León-Escribano, C. R. (2005). *Guatemala: análisis sobre estadísticas de muertes violentas de mujeres*. Guatemala: Instituto de Enseñanza para el Desarrollo Sostenible (IEPADES).
- López G., J. (2003). "Abordando los linchamientos en Guatemala: del autismo capacitador a consensos negociados". En, *Linchamientos: ¿barbarie o justicia popular?*, Carlos Mendoza y Edelberto Torres-Rivas, editores. Guatemala: FLACSO-UNESCO (Colección Cultura de Paz, No.1).
- López G., J. (2009). "Nuevas expresiones y representaciones de los linchamientos en Guatemala." En, *Guatemala, violencias desbordadas*. Julián López, Santiago Bastos y Manuela Camus, editores. Córdoba, Universidad de Córdoba, Servicio de Publicaciones. 269-296 pp.
- López G., J. y L.M. Juárez (2009). "Hacia una construcción del linchamiento como categoría estable. Nuevos contextos, nuevas aproximaciones y nuevas aplicaciones para un análisis complejo". En, *Guatemala, violencias desbordadas*. Julián López, Santiago Bastos y Manuela Camus, editores. Córdoba, Universidad de Córdoba, Servicio de Publicaciones.
- López, J.; Bastos, S. y M. Camus. (2009). "Introducción, el persistente desborde de las violencias en Guatemala". En, *Guatemala, violencias desbordadas*. Julián López, Santiago Bastos y Manuela Camus, editores. Córdoba, Universidad de Córdoba, Servicio de Publicaciones. 9- 25 pp.
- López R., O. (2000). "Todos Santos Cuchumatán y el linchamiento de los turistas". *Estudios Sociales*, No. 63. Guatemala: IIES-Universidad Rafael Landívar. Colección IDIE.
- Luna L., M.J. (2004). *Los linchamientos en el área rural del Nor-Occidente del país y el impacto del programa educativo del Organismo Judicial en su erradicación*. Guatemala, Departamento de Pedagogía y Ciencias de la Educación, Universidad de San Carlos.
- Martínez P., O.R. (2007). *Análisis Sociopolítico de los linchamientos ocurridos en San Marcos, periodo 1994-2004*. Guatemala: Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Méndez A. y C. Mendoza. (2013). "Siete mitos sobre la violencia homicida en Guatemala". En, *El periódico*. <http://ca-bi.com/blackbox/wp-content/uploads/downloads/2013/01/Siete-mitos-sobre-la-violencia-homicida-en-Guatemala.pdf>
- Mendoza, C. (2013). *Informe Anual sobre Violencia Homicida en Guatemala, 2012*. CABI, Central American Business Intelligence.
- Mendoza, C. (2012). *Tasas de Violencia Homicida a nivel Municipal, Guatemala, 2011*. Guatemala: CABI.
- Mendoza, C. (2009). *Datos de violencia homicida en Guatemala*. Extraído el 1 de febrero, 2013 del sitio Web: <http://www.nd.edu/~cmendoz1/homicidios.htm>.
- Mendoza, C. (2008). "Linchamientos en México y Guatemala: reflexiones para su análisis comparado". En, *El Cotidiano*, núm. 152. México: Universidad Autónoma Metropolitana Azcapotzalco. 43-51 pp.
- Mendoza, C. (2007). *Ausencia del estado y violencia colectiva en tierras mayas: una aproximación cuantitativa al fenómeno de los linchamientos en Guatemala (1996-2002)*.

- Guatemala: FLACSO Guatemala: Secretaría Planificación y Programación SEGEPLAN.
- Mendoza, C. (2003). "Violencia colectiva en Guatemala: Una aproximación teórica al problema de los linchamientos". Mendoza, C. y Torres-Rivas, E. (eds.). *Linchamientos: ¿barbarie o justicia popular?* Guatemala: FLACSO-UNESCO.
- Mendoza, C. (2001). "Guatemala: más allá de los Acuerdos de Paz. La democracia en un país multicultural". The Latin American Program del Woodrow Wilson International Center for Scholars. (Working Paper Series), Number 250: 60-92, Washington, D.C.
- MINUGUA. (2000). *Los linchamientos, un flagelo contra la dignidad humana*. Guatemala: Misión de las Naciones Unidas para Guatemala.
- MINUGUA. (2003). "Los linchamientos, un flagelo que persiste". En, *Linchamientos: ¿barbarie o justicia popular?* Carlos Mendoza y Edelberto Torres-Rivas, editores. Guatemala: FLACSO-UNESCO (Colección Cultura de Paz, No.1).
- Montúfar N., E. F. *Los linchamientos (1996-2002). Características del fenómeno social y percepciones del mismo por instituciones que trabajan para erradicarlo. Tesis para obtener el título de sociólogo*. Guatemala: Escuela de Ciencia Política de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Procurador de los Derechos Humanos (PDH). (2009). *Informe Anual Circunstanciado de la Situación de los Derechos Humanos de Guatemala del Procurador de los Derechos Humanos de 2008*. Extraído el 15 de febrero, 2013 del sitio web de la PDH: http://www.pdh.org.gt/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=8
- PNUD. (2006). *El costo económico de la violencia en Guatemala*. Guatemala: Programa de Seguridad Ciudadana y Prevención de la Violencia del Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo. Guatemala: Magna Terra Editores.
- PNUD. (2009). *La economía no observada: una aproximación al caso de Guatemala*. Guatemala. – Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2009. Cuadernos de desarrollo humano; 2007 / 2008 - 4.
- PNUD. (2014). *Sinopsis del Desarrollo Humano en Guatemala*. Guatemala. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Informe Nacional de Desarrollo Humano.
- Sandoval G., A. B. (2007). "Taking Matters Into One's Hands: Lynching And Violence In Post-Civil War Guatemala". In, *Urban Anthropology and Studies of Cultural Systems and World Economic Development*. Vol. 36, No.4. 357-379 pp.
- Snodgrass G., A (2003). "Los linchamientos y la democratización del terror en la Guatemala de la posguerra: implicaciones en el campo de los derechos humanos." En, *Linchamientos: ¿barbarie o justicia popular?* Carlos Mendoza y Edelberto Torres-Rivas, editores. Colección Cultura de Paz, No.1. Guatemala: FLACSO-UNESCO.
- SDG-Secretariado de la Declaración de Ginebra. (2011). *Guatemala en la encrucijada. Panorama de una violencia transformada*. Editores: J. A. Restrepo y A. Tobón G. Colombia: Secretariado de la Declaración de Ginebra.
- Sieder, R. y C. Flores A. (2011). *Vergüenza: autoridad, autonomía y derecho indígena en la Guatemala de postguerra*. Guatemala, Fy G Editores.
- Torres-Rivas, E. (2003). "Introducción. Linchar en democracia". En, *Linchamientos: ¿barbarie o justicia popular?* Carlos Mendoza y Edelberto Torres-Rivas, editores. Colección Cultura de Paz, No.1. Guatemala: FLACSO-UNESCO.
- UNESCO-Proyecto de Cultura de Paz. (2003). "El discurso ético como barrera contra los linchamientos". En, *Linchamientos: ¿barbarie o justicia popular?* C. Mendoza y E. Torres-Rivas, editores. Colección Cultura de Paz, No.1. Guatemala: FLACSO-UNESCO.
- Vilas, C. M. (2003). "(In) justicia por mano propia: linchamientos en el México contemporáneo." En, *Linchamientos: ¿barbarie o justicia popular?* Carlos Mendoza y Edelberto Torres-Rivas, editores. Colección Cultura de Paz, No.1. Guatemala: FLACSO-UNESCO.

Referencias hemerográficas

- "A chicotazos castigan a tres por robo de ganado". En, *Nuestro Diario*. Guatemala, jueves 20 de septiembre de 2007. Portada y p. 5.
- Castillo, M y E. Sam. (2014, 3 de marzo). "Planes son ineficaces contra linchamientos". En, *Prensa Libre*. p.23.
- Castillo, Mike (2014, 25 de agosto). "Linchan a tres jóvenes". En, *Prensa Libre*. p. 14.
- Castillo, Mike (2014, 28 de agosto). "Empieza juicio por linchamiento". En, *Prensa Libre*. p. 24.
- Castillo, Mike (2014, 10 de septiembre). "Se reporta repunte de linchamientos". En, *Prensa Libre*. p. 25.
- Chaclán, Ana C. (2011, 11 de julio). "Extorsiones atemorizan a altenses". En, *Prensa Libre*. p. 52.
- De León, E. (2013, 22 de junio). "En occidente ocurren menos incidentes criminales". En, *Siglo 21*. p. 2.
- García Noval, José (2015, 11 de enero). "El silencio es criminal y es suicida". En, *El Periódico*. p. 13.
- González, E. R. (2012, 18 de marzo). "Víctimas de los Pujujiles. Agonía difícil de olvidar". En, *Prensa Libre*. p. 1.
- Herrera, P. "Expertos advierten de riesgos a jóvenes". En, *Prensa Libre*.
- Paredes, C. (2014, 30 de noviembre). "Turba quema a supuesto ladrón". En, *Prensa Libre*. p. 10.
- Julajuj, Á. (2009, 15 de junio). "Analizan acerca de linchamientos". En, *Prensa Libre*. p. 51.

- Lara, J y J. Ramos (2014, 27 de agosto). "Maras amplían poder de fuego". En, Prensa Libre. Guatemala, miércoles 27 de agosto de 2014. Portada, 1-3 pp.
- Lara, J. y J Gramajo (2014, 8 de septiembre). "Ejército vigilará ingreso a cárcel". En, Prensa Libre. p. 5.
- Méndez A., C. y Mendoza, C. (A) (2013, 27 de enero). "Siete mitos sobre la violencia homicida en Guatemala" En, El Periódico. 14-15 pp.
- Méndez A., C y Mendoza, C. (B) (2013, 10 de febrero). "Siete preguntas y sus respuestas acerca de 'Siete mitos sobre la violencia homicida en Guatemala'". En, El periódico. 16-17 pp.
- Paredes, C. (2014, 6 de diciembre). "Turba quema a dos hombres en Siquinalá". En, Prensa Libre. p.21.
- Paredes, E. (2014, 10 de junio). "Ineficaces estrategias contra la violencia". En, Prensa Libre. p. 21.
- Ramos, J.(2014, 17 de julio) "Mara peligrosa obstruye juicio". En, Prensa Libre. 1-3 pp.
- Ramos, J. (2014, 9 de diciembre). "Persisten casos de linchamiento". En, Prensa Libre. p. 10.
- Toledo, Ó. (2007, 12 de abril). "Exigen justicia. Vecinos quieren castigo para delincuentes". En, Prensa Libre. p. 35.
- Valdés,
- Valdés, S. (2009, 15 de junio). "Linchamientos se incrementan". En, Prensa Libre, p. 10.
- Ventura, C. (2014, 7 de agosto). "Se unen contra la delincuencia. Instalan alarmas en zona 1 de Xelajú". En, Prensa Libre. p. 25.
- Villalobos Viato, R. (2013, 8 de diciembre). "Insensibilidad social". En, Revista D, de Prensa Libre. 18-21 pp.

Múltiples y simultáneas migraciones en Guatemala: perspectiva histórica, dinámicas actuales y desafíos para la investigación social.

Por lic. Alvaro Caballeros

Licenciado en sociología por la USAC
Investigador titular del área de
migraciones del Instituto de Estudios
Interétnicos de la Universidad de San
Carlos de Guatemala
Profesor de la Escuela de Ciencia
Política de la USAC
caballeros.alvaro@usac.edu.gt.

Recpción de artículo: 31/Jul/2015
Aceptación de artículo: 28/Sep/2015

Resumen

La migración laboral ha sido una constante en la historia guatemalteca: desde los mecanismos del trabajo forzado hasta la migración internacional indocumentada. El artículo “Múltiples y simultáneas migraciones en Guatemala: perspectiva histórica, dinámicas actuales y desafíos para la investigación social” parte de un recorrido histórico que evidencia una “regularidad” de este continuum: el carácter forzado de las migraciones y la simultaneidad de sus formas, procesos y experiencias.

Estas migraciones laborales, se constituyen en la principal actividad económica del país ya que las remesas y el ingreso de divisas por agro exportaciones, demandan e implican la participación de migrantes internacionales e internos.

Se analiza cómo éstas migraciones forzadas, pasan de las formas compulsivas de dominación y control que prevalecen desde la colonia hasta finales de la reforma liberal, (1944) a factores expulsores económicos y políticos que obligan a emigrar hacia otro país (Estados Unidos y México, principalmente) o regiones del mismo país para trabajar y obtener mejores ingresos.

Se plantea un enfoque histórico de la diáspora hacia Estados Unidos, identificando que el ajuste estructural y el impulso del libre mercado fueron determinantes en el incremento inusitado de emigración hacia dicho país, que simultáneamente fue creando una comunidad transnacional de guatemaltecos que viven en otro país, pero mantienen vínculos con sus comunidades de origen, siendo éste un nuevo campo de estudio, que con perspectiva integral y enfoque metodológico transnacional, se constituyen en un aporte que el Instituto de Estudios Interétnicos busca realizar con su recién creada Área de migraciones.

Palabras Clave

Migración, Transnacionalismo Inmigración,
Deportados, Historia.

Multiple concurrent migrations in Guatemala: historical, dynamic current outlook and challenges for social research

Abstract

Labor migration has been a constant in Guatemalan history: from the mechanisms of forced labor to undocumented international migration. The article: "Multiple and simultaneous migrations in Guatemala: historical perspective, current dynamics and challenges for Social Research. It starts from a historical tour, which shows a "regularity" in this continuum: the forced nature of migration and the simultaneity of its forms, processes and experiences. These labor migration, constitute the main economic activity of the country as remittances and income earnings from agricultural exports, demand and involve the participation of internal and international migrants.

It is analyzed how these forced migration, move from compulsive forms of domination and control prevalent since colonial times until the end of the liberal reform (1944) to economic and political expelling factors that force people to migrate to another country (United States and Mexico, mainly) or regions of the same country to work and get better income.

This raises a historical approach of the diaspora to the United States, identifying that the structural adjustment and the promotion of free markets were crucial for the unprecedented increase in emigration to this country, which was simultaneously creating a transnational community of Guatemalans living in another country, but that maintain ties with their communities of origin, and this is a new field of study, that with comprehensive transnational perspective and methodological approach, constitute a contribution which the Institute of Interethnic Studies seeks to realize with its newly created area of migration.

Keywords

Migration, Transnationalism Immigration
deported History.

Raíces coloniales de la movilidad humana

La migración es transversal en la historia territorial y demográfica en Guatemala, es tan significativa, que la teoría de poblamiento del Abya Yala, se explica por persistentes oleadas migratorias asiáticas que configuraron nuevos pueblos, territorios y civilizaciones de gran esplendor.

El parte aguas de una nueva era migratoria, fue la conquista y posterior consolidación durante la Colonia española porque rompieron la forma de vida comunal, regímenes de propiedad y relación con la tierra e implementaron férreos mecanismos de explotación laboral como el repartimiento y la encomienda. Es precisamente durante la Colonia, cuando se sientan las bases de la estructura agraria mediante mecanismos de despojo que posteriormente fueron dando el carácter estatal de "orden finca" (AVANCSO 2012).

En cuanto al recurso del trabajo forzado, a mediados del siglo XVI adquiere su carácter estratégico al institucionalizarse mecanismos que bajo variadas figuras legales obligaban a la población a desplazarse de su región de origen a las de destino (haciendas y fincas). Además de la imposición de rigurosos dispositivos de control sobre los movimientos internos de las poblaciones indígenas que perduraron hasta mediados del siglo XX.

Durante la Colonia, se inicia un proceso de migración transatlántica proveniente de regiones rurales de Castilla (Extremadura y Andalucía), por parte de colonos que asumieron papeles importantes en la burocracia imperial y/o que viajaban como acompañantes de funcionarios y comerciantes. Esta relativa facilidad y

libertad para inmigrar a las nuevas tierras contrasta con las prohibiciones hacia los indígenas de migrar por voluntad propia, porque prácticamente se estableció un “apartheid” social; versión sui géneris de esclavitud española hacia los anteriores dueños y señores del territorio.

En este periodo, cientos de miles de indígenas fueron forzados a migrar de sus lugares de origen hacia diversos destinos, iniciado con ello una interminable peregrinación generacional ligada a las épocas de cosecha del café, algodón, caña de azúcar y banano que mantiene vigencia hasta el sol de hoy.

Estos contingentes de población fueron determinantes además, en la construcción de la infraestructura que requería la iglesia y los ayuntamientos durante la Colonia, (Antigua Guatemala es el mejor ejemplo) para la construcción de edificios y carreteras del proyecto independentista, adquiriendo mayor importancia estratégica durante la Reforma Liberal para la apertura y construcción de carreteras y puentes que el Estado y los finqueros requerían para impulsar su proyecto liberal. Todo lo anterior, bajo las variadas formas de trabajo forzado, como las habilitaciones, el reglamento de jornaleros, la ley de viabilidad, la nueva ley de la vagancia y el batallón de zapadores. (Palma, Taracena, Alwyn 2002) mediante las cuales dominaron a la población indígena por más de 300 años. (Martínez, 1978).

Este continuum de explotación laboral colonial, se reforzó en 1875 con imaginarios finqueros que mediante nuevas leyes justificaron los regímenes de trabajo forzado. Hasta entonces era prohibido migrar por cuenta propia a la capital u otras fincas, hacerlo, suponía cárcel y más trabajo forzado.

La revolución de 1944: nuevos determinantes para la movilidad humana

La “primavera democrática” marca una nueva época al emancipar las relaciones de servidumbre y sentar las bases de nuevas relaciones laborales¹. La abolición de leyes de vagancia, permitió una mayor

movilidad de personas hacia varias regiones del país siendo un factor clave en el auge que experimentó la migración rural-urbana y rural-rural en las posteriores décadas.

Teniendo como telón de fondo la consolidación de las exportaciones de café y el avance de la modernidad capitalista, la estructura económica guatemalteca experimenta una dinámica de relativo crecimiento provocado por el proceso de industrialización sustitutiva de importaciones, el surgimiento del mercado común centroamericano, el crecimiento del mercado interno, el aumento de las exportaciones y la emergencia de actividades de servicios que incrementaron la demanda de mano de obra atrayendo grandes cantidades de población rural, hacia el centro económico, financiero y comercial en el país.

Precisamente entre las décadas de los años cincuenta y mediados de los setenta, los censos registran incrementos vertiginosos de población asentada en la ciudad de Guatemala, debido a las oleadas de migrantes procedentes de las zonas rurales. El Censo de Población 2002, (INE 2002), registró que el 11 por ciento de los censados a nivel nacional (un millón 236 mil 620 personas) estaba en un departamento distinto al de su nacimiento.

Simultáneamente creció la demanda de los “tradicionales” flujos migratorios temporales provenientes de las regiones pobres e indígenas hacia la costa y boca costa para trabajar en las fincas donde se cosechaba el

¹ Aunque muchas de las prácticas liberales de trabajo servil y pago con fichas o “tiendas de raya” persistieron hasta mediados de la década de 1980, y el castigo a la vagancia quedaba implícito en las Constituciones de 1945 (Art. 55 “la vagancia es punible”) a la de 1965. (Art. 112)

² La migración internacional era incipiente, pero importante cualitativamente porque a inicios de los sesentas los pioneros establecen las primeras conexiones de lo que posteriormente conoceríamos como redes sociales migratorias, al facilitar las posibilidades de realizar el viaje hacia los Estados Unidos y encontrar trabajo. La relación es determinante porque actualmente existe una relación directa porque las ciudades hacia donde se dirigían los pioneros, son ahora las de mayor concentración de guatemaltecos: Los Ángeles, Nueva York, Miami, Washington y Chicago entre otras

café, algodón, caña y banano². Que para los años de 1990 se estimaba en 150 mil trabajadores temporales (MENAMIG, 2000).

La crisis económica de los años ochenta y la política contrainsurgente de tierra arrasada durante el conflicto armado provocaron la segunda gran diáspora de la historia, dirigida hacia la capital, México, Estados Unidos, Honduras, El Salvador y Canadá. Con el conflicto armado se consolida la migración internacional de pueblos indígenas hacia Estados Unidos y se inicia una nueva fase migratoria mediante la configuración de nuevas redes sociales indígenas y de pueblos en específico. (Kanjobales, Chuj, Mam, Quichés).

Herederos de la explotación liberal: trabajadores agrícolas temporales internos

La migración temporal de trabajadores agrícolas es el reflejo de la continuidad de la herencia colonial y liberal que sobre la bipolaridad minifundio-latifundio obliga que la población indígena y ladina pobre salga de sus comunidades de origen (caseríos, aldeas, comunidades, cabeceras municipales) para laborar en las grandes fincas de monocultivos durante la cosecha, mientras que en los siguientes meses subsisten precariamente en las pequeñas porciones de tierra que destinan a la siembra de granos, hortalizas y hierbas.

Es una característica del capitalismo agrario guatemalteco determinado por el bajo nivel de desarrollo de las fuerzas productivas que no logra, ni le interesa, mantener a una masa de asalariados durante todo el año. (Figueroa, 1981). En ese sentido, la relación funcional entre minifundio/latifundio es la base estructural que determina la unidad contradictoria existente entre la agricultura de subsistencia y la de exportación y entre los terratenientes y los trabajadores agrícolas.³ Esta dicotomía definida como “sustrato del capitalismo agrario guatemalteco” provoca que la vida transcurra entre la subsistencia en el minifundio y la explotación en las fincas, de generación a generación. (Figueroa 1980).

Los trabajadores agrícolas temporales en Guatemala han sido, desde la introducción del café hasta la actualidad la columna vertebral de la dinámica económica agro exportadora del país. Tal como lo confirma el Informe del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo 2005, “las migraciones temporales de trabajadores agrícolas procedentes principalmente del noroccidente y de algunas partes del oriente del país hacia las zonas de producción de cultivos de exportación han sido uno de los más importantes eslabones del crecimiento económico y del sostenimiento de las actividades productivas” (PNUD 2005).

La migración temporal es estratégica porque la ruralidad y lo agrícola, son claves en la sociedad guatemalteca⁴, en las zonas rurales se asientan las principales actividades agropecuarias, tanto para la exportación, como para el consumo interno (maíz, arroz, verduras, frutas, etc.) proveyendo además de fuerza de trabajo indispensable para el capitalismo agrario guatemalteco. En ese sentido la cantidad de trabajadores ocupados durante el tiempo de cosecha y los ingresos de divisas generados vía la exportación de los productos cosechados por aquella fuerza de trabajo itinerante son el resultado inequívoco de su importancia.

³ La agricultura familiar campesina se concentra en pequeñas unidades de tierra no siempre apta para la agricultura, con una alta especialización de cultivos (maíz, frijol, verduras) producción para el autoconsumo con bajo o nulo acceso al crédito agrícola formal, tecnología rudimentaria, bajo nivel de comercialización y desvinculación con sectores industriales, donde además prevalecen relaciones de producción no capitalistas.

La agricultura de exportación está sustentada en la propiedad de fincas mayores de 10 caballerías, la producción es destinada a la exportación (café, banano, caña de azúcar, ganado, hule, algodón, aceite de palma), las fincas ocupan las áreas más fértiles de la República, tienen fácil acceso a fuentes de financiamiento, la comercialización está bien organizada, y sostienen vinculación con otras industrias, además, las relaciones son capitalistas, es decir basadas en relaciones salariales, aunque deformadas (Orellana, 1980).

⁴ A nivel latinoamericano Guatemala es el país más rural 54% (INE 2002) y su contribución económica es estratégica, (38% PEA, 18% del PIB nacional) lo cual explica la importancia del acceso a la tierra y la persistencia de la presión sobre este recurso básico para la sobrevivencia de millones de campesinos minifundistas.

La continuidad de la migración rural urbana contemporánea

Aunque dejó de ser la tendencia dominante, la migración interna persiste, y es una alternativa para miles de campesinos y pobladores rurales, que ven en la capital la salida a las crisis recurrentes que afectan al campo y la economía familiar campesina.

A partir de 1990, con la reducción a los aranceles a la importación de trigo, (Programa PL 480) muchos productores del altiplano, se vieron afectados por el desequilibrio causado por la inundación de trigo barato importado desde Estados Unidos, que al ser subsidiado, cosechado en grandes extensiones y con tecnología y maquinaria de punta, desestimuló la producción local. Como consecuencia miles emigraron hacia la capital y Estados Unidos, para complementar los ingresos con trabajo, especialmente doméstico, en seguridad privada, atendiendo negocios (tiendas) pero fundamentalmente engrosando el sector informal. (CONGCOOP 2014).

Similares situaciones se vieron con la crisis del café registrada en 2001, que provocó severas pérdidas para pequeños y medianos productores del grano. (AVANCSO PA 2001). En general, el abandono del campo, la ausencia de una política de desarrollo rural integral, los procesos de acaparamiento de la tierra para monocultivos de caña, palma, hule, café, la inseguridad alimentaria y el libre mercado han sido detonantes para que miles de campesinos, cambien el campo por la ciudad, el trabajo agrícola por el empleo en empresa privadas de seguridad en el caso de los hombres, y aumenten el ejército de trabajadoras domésticas que ven en las ciudades la única salida.

La migración interna es protagonizada en la mayoría de casos por poblaciones indígenas, no indígenas pobres, jóvenes y mujeres quienes cotidianamente realizan tareas insustituibles para millones de familias urbanas. El aporte de la migración interna es innegable, pero difícil de cuantificar. Las trabajadoras domésticas por ejemplo, aceptan salarios por debajo del mínimo, (Q800.00 mensuales), trabajan jornadas de 6am a 10 pm, y se exponen a abusos, acoso sexual y malos tratos (ATRADOM 2014)

realizando múltiples y simultáneas tareas (lavado, planchado, cocinada, cuidado de niños). También es valioso el esfuerzo cotidiano de miles de mujeres tortilleras, que asumen jornadas de trabajo desde las 5 de la mañana a 8 de la noche, o los tenderos que trabajan más de 15 horas diarias. Sin embargo, casi nadie se preocupa por su situación y nadie imagina o valora su labor.

Una de las migraciones rural urbanas más visibles y recientes, es protagonizada por poblaciones Q'eqchi', las cuales están siendo desplazadas por el acaparamiento de tierras para la ampliación del monocultivo de palma africana en El Petén, Alta Verapaz e Izabal, cambiando sus medios de vida basado en la agricultura familiar campesina hacia una diversidad de actividades en las ciudades, como venta de jugos, tortillas, trabajadoras en los servicios, domésticas y guardias de seguridad privada.

La migración interna también está asociada a la implementación del modelo extractivo, minería, monocultivos, hidroeléctricas, procesos que al comprar las tierras bajo diferentes mecanismos, producen un ejército campesino de desempleados, que buscan por todos los medios reposicionarse, buscando en las ciudades espacios para vivir y trabajar.

Migración laboral frontera

La migración laboral frontera es de larga data y está asociada a estrategias de escape de los regímenes de trabajo forzado liberal, a la proximidad geográfica con otro país y a una cultura frontera que no ha sido borrada en el mapa cultural de pueblos que prácticamente fueron divididos por la línea frontera que se consolidó a finales de 1880 cuando Guatemala renunció de su reclamo territorial con México.

Históricamente, la migración transfronteriza ha estado asociada al corte de café en fincas cafetaleras de Chiapas y recientemente en el ámbito agrícola se está diversificando a otras actividades como el corte de papaya, plátano, naranja y palma africana. También se diversifican los destinos, hacia regiones hoteleras de Quintana Roo (Cancún, Playa del Carmen, Bacalar) donde los hombres jóvenes, muchos de los cuales,

fueron refugiados laboran en la construcción y las mujeres lo hacen en servicios de hotelería y comedores.

Simultáneamente, otros actores irrumpen en la migración fronteriza, las mujeres y los niños. Las mujeres, indígenas la mayoría Mam, Quiché, Acateca, Poptí, Q'eqchií realizan sus labores mayoritariamente como trabajadoras domésticas, pero también en servicios de hotelería en México, en complejos de apartamentos de turistas en Belice, como cocineras, dependientes de comercio, entre otros ámbitos laborales. Los niños migrantes fronterizos se auto emplean en el sector informal, como vendedores de golosinas, cigarrillos, rosas, lustradores, a yudantes, "guajeros" en diversos espacios de las ciudades fronterizas.

Estas dinámicas migratorias se realizan en dos formas básicas: irregular y regularizada. En la primera, se cruza la frontera sin las gestiones migratorias correspondientes y la segunda, a través del programa impulsado desde 2008 por el Instituto Nacional de Migración mediante la forma migratoria de trabajador fronterizo, la cual otorga permisos temporales a las personas que demuestren que tienen un contratista, que presentan una solicitud por escrito y están dispuestos a retornar a sus lugares de origen, cuando se cumpla el plazo establecido, que por lo regular es de 4 a 5 meses, pero que puede ser prorrogado.

Quienes cruzan de forma indocumentada, entre éstos niños, niñas y adolescentes se enfrentan a mayores dificultades, que inician con los constantes retenes en los cruces, en caso trabajen pueden ser mayormente explotados o engañados, sin la cobertura de la seguridad social y enfrentan mayores riesgos de ser sometidos a cualquier forma de trato denigrante. La situación de los niños migrantes fronterizos, es particularmente importante, sin embargo las autoridades migratorias mexicanas los tratan de igual manera como si su destino final fuera Estados Unidos, situación que amerita un análisis profundo y la formulación de propuestas que se enfoquen más en los derechos humanos de las personas que en la seguridad fronteriza y nacional.

La migración transfronteriza es muy parecida a la interna en términos salariales, condiciones de trabajo

y temporalidades, constituye en la actualidad un importante destino y estrategia migratoria de miles de poblaciones rurales e indígenas marginadas.

“Los nuevos nómadas”: la migración internacional hacia Estados Unidos

La migración guatemalteca hacia Estados Unidos data de más de cinco décadas, y los factores expulsores son múltiples, teniendo como fondo histórico contextos económicos, desastres naturales, situaciones políticas, conflictos armados, crecientes problemas sociales y recientemente por los efectos del cambio climático, la corrupción, la violencia contra la mujer, la intolerancia a la diversidad sexual, la corrupción estatal y la ingobernabilidad.

También los factores de comunicación y atracción facilitan el creciente proceso migratorio. A finales de la década de 1950 e inicios de los años sesenta por ejemplo, la apertura de la carretera Panamericana, el desarrollo de los medios de comunicación (avión, teléfono, buses) la inversión estadounidense en Guatemala, abrieron las puertas de los Estados Unidos a miles de personas que encontraron oportunidades para establecerse y trabajar. Los pioneros, como se conoce a los primeros migrantes, llegaron a ciudades como Los Ángeles, Chicago, Nueva York, Miami sentando las bases de las redes sociales migratorias que fueron determinantes en el incremento de la diáspora guatemalteca.

Durante los años setenta se incrementaron relativamente las migraciones hacia los Estados Unidos, según el Censo, la población inmigrante de origen guatemalteco era de 17,356 en 1970 (US Census, 2010). Los desastres naturales también forzaron a que la población dejara su lugar de origen, familia y cultura. El terremoto de 1976 incrementó las emigraciones, teniendo como cuyo objetivo principal fue trabajar para la reconstrucción de sus viviendas. En 1980 el Censo reportaba 63,073 inmigrantes guatemaltecos.

El conflicto armado interno y la crisis económica de la década de los años ochenta incrementaron la búsqueda de oportunidades laborales o se constituyeron en el único mecanismo para salvar la

vida ante la represión selectiva y colectiva contra el pueblo guatemalteco. En 1990 ya radicaban 225,739 guatemaltecos en los Estados Unidos.

A partir de la implementación de las políticas de ajuste estructural, que llegaron a su cenit hacia finales de los noventa e inicios del nuevo siglo, se generó un nuevo contexto que también “forza” a la población a buscar fuera del país alternativas de trabajo para sobrevivir a una sociedad históricamente determinada por la desigualdad, los bajos salarios y la marginación en el acceso a servicios básicos. La privatización y la reducción del gasto público en salud, educación, vivienda y comunicaciones fueron nuevos detonantes de la diáspora guatemalteca.

Desde mediados de los años noventa hasta la actualidad, se ha prolongado un constante éxodo, en el que los “nuevos nómadas” se constituyen en actores determinantes en la configuración de distintos procesos sociales transnacionales. Sin embargo en el marco de la globalización excluyente se les obliga a que realicen el trayecto de manera indigna, en un camino repleto de peligros y abusos, se les niegan sus derechos como ciudadanos universales y se construyen muros mentales y físicos a base de xenofobia y racismo, en un marco ficticio de seguridad nacional que asocia a la migración con el riesgo a la seguridad.

La implantación de políticas de ajuste estructural, el comportamiento económico internacional, las tendencias de la globalización, la persistencia de bajos salarios, la agudización de la exclusión y la inseguridad ciudadana se constituyeron en el caldo de cultivo para que la migración internacional laboral indocumentada llegara a los niveles que conocemos en esta era. Además el ensanchamiento de las redes sociales migratorias, la demanda laboral en los Estados Unidos y la reunificación familiar fueron configurando nuevos y dinámicos procesos sociales.

El libre mercado, inaugurado oficialmente con la entrada en vigencia del Tratado de Libre Comercio, implicó más reducciones a los aranceles para la importación de maíz, frijol, arroz, la consolidación del modelo extractivista, la construcción de represas, la minería a cielo abierto, los monocultivos, fueron

detonantes que incrementaron la búsqueda de alternativas en la migración internacional a tal cuenta que en 2015 asistimos a una nueva oleada migratoria protagonizada por niños, niñas y adolescentes, que posicionó nuevamente la agenda mediática y gubernamental en el abordaje de la migración de menores de edad.

No se sabe a ciencia cierta cuantos guatemaltecos viven en Estados Unidos, el Censo oficial del 2010 determinó 1,044,000 OIM estima en 1,500,000, otras fuentes basadas en estadísticas locales en ciudades y poblados con presencia guatemalteca rondan en los 3,000.000 (Solares, 2015).

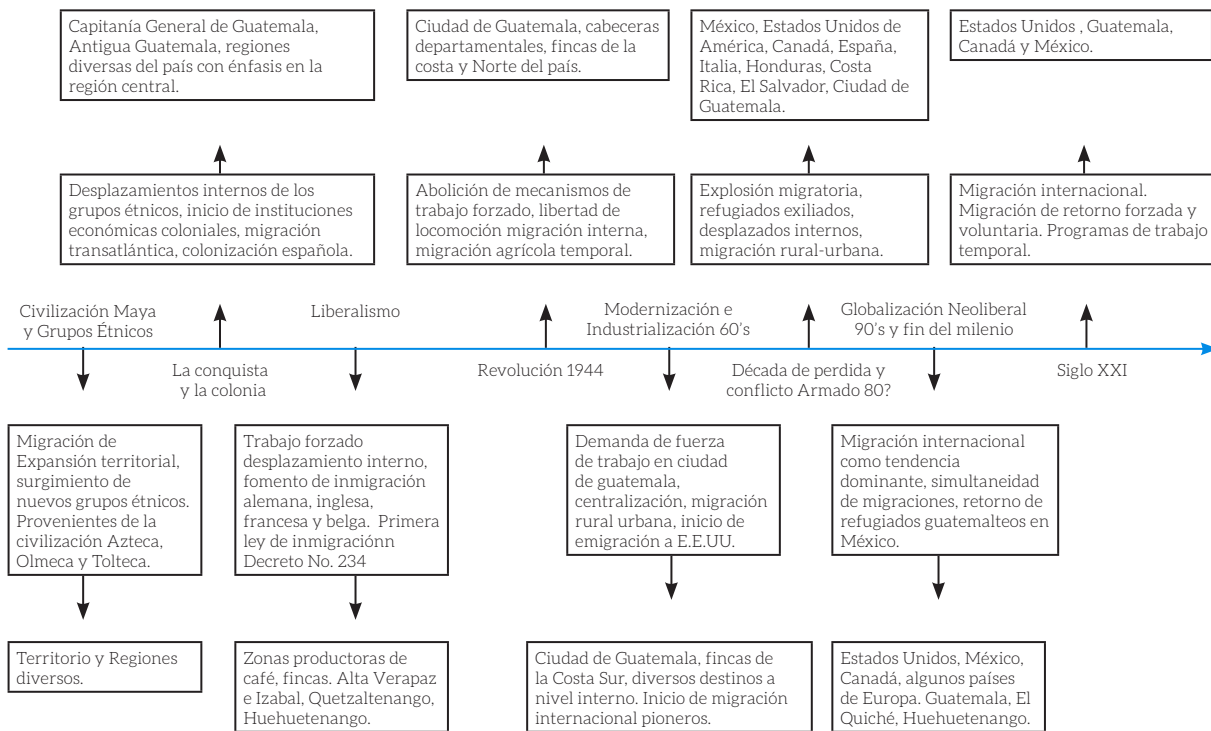
Migración de retorno forzado

Se define como migración de retorno forzado al proceso de devolución al país de origen de migrantes en tránsito o inmigrantes contra su propia voluntad, sea niño, joven, mujer u hombre adulto. Implica un regreso a las condiciones que forzaron la búsqueda de oportunidades y la pérdida del dinero invertido en el pago del coyote o guía. Situación que implica afrontar controles férreos, militarización de la frontera y la presencia del crimen organizado, que desde hace varios años, dirigió su mirada a las personas migrantes, al considerarlas blanco fácil para cometer ilícitos en su contra, integridad y financieramente. Significa a la vez, la pérdida del patrimonio familiar y a asumir grandes deudas.

Las deportaciones condensan los tiempos y los contextos migratorios, son el indicador claro de las dificultades, de la implementación de operativos que de acuerdo a las oleadas migratorias, se reflejan en las estadísticas anuales que dan cuenta de la desesperación por emigrar.

Las deportaciones provenientes desde Estados Unidos están conformadas mayoritariamente por quienes fueron capturados en la frontera y en menor escala de aquellos que residían en el país, pero por diversas razones (legales, judiciales, sociales) fueron deportados. El segundo grupo, llega vía terrestre y está compuesto por migrantes en tránsito que fueron detenidos por autoridades migratorias mexicanas.

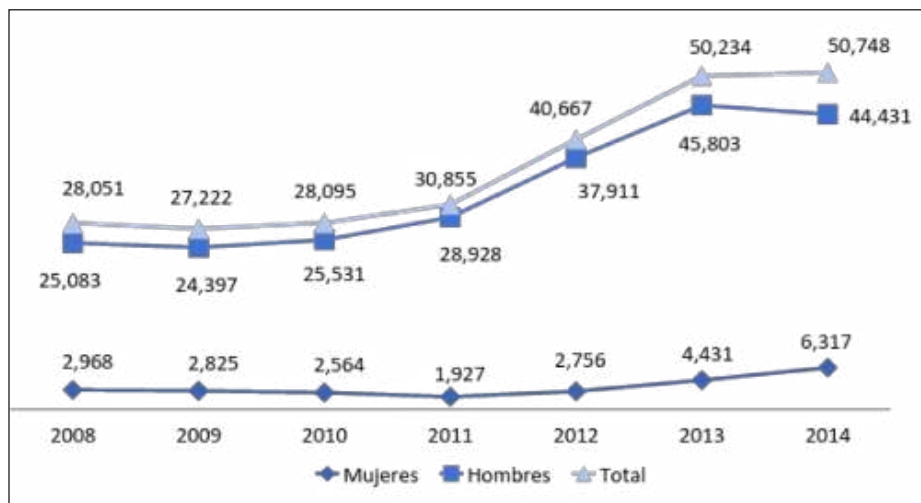
Línea del tiempo sobre migración en Guatemala



↑ Línea del tiempo:

Fuente: elaboración propia en base a análisis histórico contextual de las migraciones

Tendencias deportaciones desde Estados Unidos 2008 2014



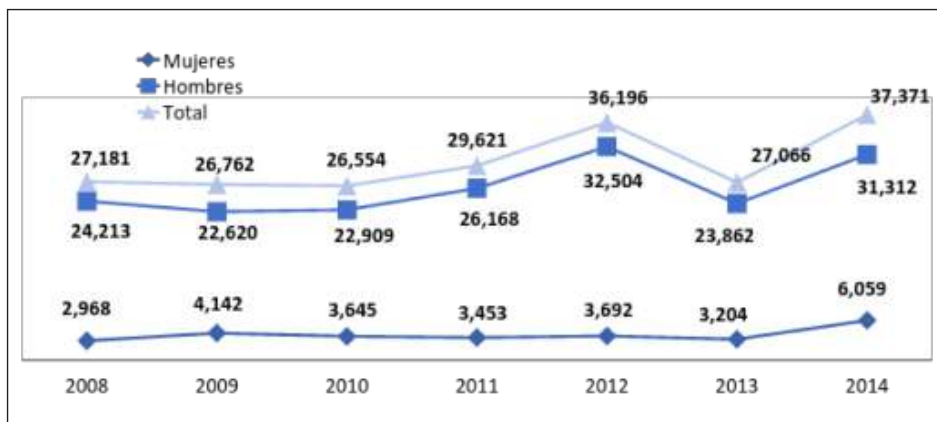
Gráfica No. 1

Fuente: elaboración propia en base a estadísticas de la DGM

La gráfica ilustra las tendencias en los eventos de deportación provenientes desde Estados Unidos, los cuales, llegar a cifras críticas en 2010 y desde entonces mantienen una tendencia creciente, determinado por las políticas antimigratorias aprobadas por el Congreso estadounidense en 2005 y que a partir del 2008 hasta el 2014 se han incrementado.

Mientras que en México, la situación manifiesta tendencias menos pronunciadas, pero dependen de contextos en los cuales se incrementan los dispositivos de contención migratoria. Las cifras de los eventos de deportación, dependen de los contextos favorables o desfavorables en Estados Unidos, en cuanto a la recepción de los flujos de migración laboral, especialmente en la agricultura pero también reflejan la desesperación y búsqueda de alternativas de miles de guatemaltecos emigrantes.

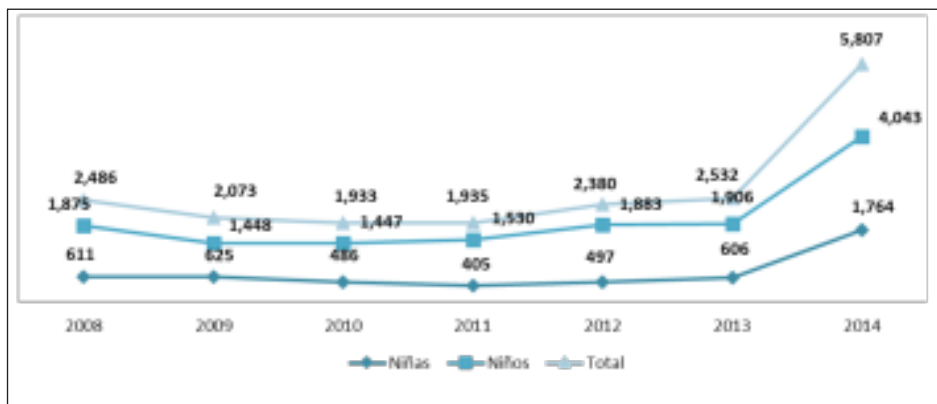
Tendencias deportaciones desde México 2008 2014



←
Gráfica No. 2
Elaboración propia con la base de datos ingreso de la Unidad de Registro y Estadística USAC 2010-2013.

La atención hacia las deportaciones representa un importante desafío para el Estado de Guatemala para atender problemas estructurales que motivan las migraciones y ofrecer más y mejores oportunidades para sus habitantes, así como a quienes retornan.

Tendencias de las deportaciones de NNA guatemaltecos desde México 2008-2014



←
Gráfica No. 3
Fuente: elaboración propia en base a estadísticas de la DGM

Constructores de otras realidades y nuevos campos para la investigación social

La migración internacional, fronteriza e interna reflejan las características excluyentes del capitalismo guatemalteco, que provoca desbordes de población que traspasan fronteras o regiones. La migración es un tema multifacético, complejo y dinámico que afecta a todos los países del mundo. Los 190 estados soberanos del mundo son ahora puntos de origen, tránsito, retorno o destino de migrantes, o las cuatro cosas a la vez.

Desde esa perspectiva la migración internacional forma parte de los rasgos más notables de la intensidad de la globalización y se ha constituido en uno de los procesos sociales que articula la configuración de nuevas relaciones transnacionales, cambiando desde familias hasta patrones culturales que en el sentido desterritorializado, implican identidades en la distancia, construcción de nuevos campos y redes sociales, funcionamiento de familias transnacionales o distantes, entre una diversidad de fenómenos emergentes.

La migración internacional ha generado la creación de comunidades transnacionales que une a grupos de inmigrantes en los países avanzados con sus respectivas naciones y pueblos de origen. Aunque existió con anterioridad, nunca había alcanzado la magnitud crítica y la complejidad necesaria para identificar un fenómeno social emergente.

El transnacionalismo se refiere “a ocupaciones y actividades que requieren de contactos sociales habituales y sostenidos a través de las fronteras nacionales para su ejecución”, además su existencia vincula al menos a dos estados y dos grupos estatales. Este fenómeno además está compuesto por un creciente número de personas que viven una doble vida; hablan dos idiomas, tienen hogares en ambos países y su vida discurre en un contacto continuo y habitual a través de las fronteras nacionales. (Portes 2003).

La transnacionalización se define como la existencia de muchas relaciones sociales que vinculan a la comunidad de origen con los lugares de destino de

los transmigrantes, superando los límites geográficos, culturales y políticos, expresándose en las más diversificadas formas, ya sea a través de las redes sociales migratorias, de las relaciones familiares en la distancia, las organizaciones de inmigrantes en Estados Unidos, la ciudadanía universal o en la distancia y la transmigración.

El planteamiento le otorga capital relevancia al concepto de comunidad transnacional, por la que se entiende el campo social construido por migrantes sobre el tiempo y en otros espacios en los circuitos transnacionales migratorios. (Pries 2010)

Por otro lado, los nuevos abordajes no necesariamente niegan la relevancia que sigan teniendo ciertos conceptos clásicos. Más bien, el concepto refleja que “un nuevo tipo de migración (laboral) internacional está adquiriendo cada vez mayor importancia (sin que ello se tornen obsoletas las formas tradicionales de migración) y que esta no puede aprehenderse adecuadamente dentro de la simple lógica de los espacios sociales unilocales de las regiones de procedencia y de llegada de migrantes”. (Bash 2005)

Las comunidades inmigrantes en Estados Unidos, están redefiniendo nuevas realidades que requieren de un marco interpretativo adecuado para analizar desde un horizonte diverso, simultáneo y transnacional, el surgimiento, consolidación y apertura de nuevos campos sociales, de nuevas realidades desterritorializadas, que rompen con enfoques contenidos en el Estado Nación, y que al igual que los migrantes, trasciendan las fronteras, rompiendo las formas tradicionales de investigar a escala nacional, pasando a explorar procesos, configuraciones y reconstrucciones identitarias, culturales, nacionales, policías, sociales y comunitarias, que traspasaron las fronteras y los territorios.

La migración en sus diversas y simultáneas formas, no se corresponde con los esfuerzos que se hacen para entender, analizar e interpretar sus aportes, existen numerosos temas y dinámicas que requieren de la investigación para fomentar su potencialidad, entender su complejidad y situar propuestas que reconozcan la condición de ubicuidad que implica ser de un lugar y estar en otro, temas

como las organizaciones de inmigrantes agrupadas por diferentes identidades (étnicas, religiosas, culturales, nacionales, deportivas, políticas), el movimiento inmigrante en Estados Unidos, las identidades en la distancia, los cambios culturales, la migración de niños, niñas y adolescentes, la situación de las mujeres migrantes, los efectos sociales, las deportaciones, los procesos de reintegración en las comunidades de origen, el potencial de la migración internacional para el desarrollo local y los derechos humanos de los migrantes son hoy por hoy, temas impostergables.

Desde el IDEI a partir del año 2015, se creó el Área de Migración de pueblos indígenas, y desde el quehacer investigativo, propositivo y en acompañamiento con sectores sociales, nacionales e internacionales, se buscará contribuir a generar procesos de investigación, comunicación e incidencia con el propósito de aportar a una mejor interpretación y formulación de propuestas mediante una investigación socialmente útil, que privilegia el trabajo de campo y con enfoques teóricos (interétnicos, económicos, organizativos, transnacionales y culturales) para aprovechar el potencial de la migración fortalecer y crear redes sociales entre las comunidades de origen y las diásporas de las poblaciones indígenas de y en Guatemala, llenando con investigación fresca y argumentativa el vacío prevalecientes en el análisis sobre las migraciones que ha tenido fuertes énfasis en enfoques económicos, mono culturales y de derechos humanos.

A manera de conclusiones

Los mecanismos compulsivos de control sobre la fuerza de trabajo, persistieron durante más de 300 años sobre poblaciones indígenas principalmente, garantizando la continuidad a partir de dispositivos legales que desde la Colonia hasta 1944 mantuvieron su vigencia desde diversas justificaciones. La figura del trabajo forzado es la más clara evidencia de la importancia estratégica que para la Corona, la Iglesia y la institucionalidad pública, representaron las poblaciones indígenas y no indígenas despojadas de tierra.

El acceso a la tierra es un factor determinante en la diáspora guatemalteca, debido a la interrupción de la Reforma Agraria, aprobada el 17 de junio de 1952, misma que fue implementada por 18 meses pero debido a la contrarrevolución se devolvieron 98% a sus anteriores dueños, factor que se constituye en una nueva condicionante de las movilidades humanas internas, fronterizas y posteriormente internacionales, porque sin recursos y oportunidades, sin el apego a la tierra, es más factible para las poblaciones optar por las migraciones. El proceso de acaparamiento actual, el abandono del campo y los efectos de las políticas neoliberales en la economía familiar campesina, sigue siendo un factor determinante en la continuidad e incremento de las emigraciones actuales.

De acuerdo a la lectura histórica, las migraciones han sido forzadas, constituyen un efecto de diversas causas, y han estado marcadas por la modernización capitalista que se asoma en Guatemala a principios de la década de los años 50, (carreteras, infraestructura de comunicaciones, aeropuerto, etc), se incrementa con el terremoto de 1976, se duplica en la década de los años 80 por el conflicto armado, pero es en la década de 1990 e inicios del nuevo milenio que llega a cantidades inusitadas, además que representa una de las dinámicas de movilidad más riesgosas, por la presencia del crimen y el énfasis en controles y mecanismos de seguridad, convierte a las personas migrantes en situación de vulnerabilidad y ocasiona en el peor de los casos, múltiples violaciones a los derechos humanos, accidentes y muertes.

La migración laboral, se constituye en la principal estrategia de movilidad social de las personas que salen de sus comunidades para buscar oportunidades y mejores ingresos para sus proyectos familiares, a nivel macroeconómico, la combinación de ingresos de remesas (US\$ 5,544 millones en 2014) y el ingreso por concepto de agro exportaciones (US\$ 2,509,296), según el Banco de Guatemala. Es decir que la migración internacional e interna, es la principal actividad que contribuye directa e indirectamente a la economía nacional. La diferencia radica que las remesas si favorecen directamente a un millón y medio de personas e indirectamente a 4 millones.

En términos académicos, aunque el tema migratorio ha sido analizado por diversas instituciones académicas, institucionales, de sociedad civil, hace falta dimensionar el papel de los pueblos indígenas como actores determinantes en todas las manifestaciones de la migración en el país y los impactos comunitarios y locales desde el enfoque de campos sociales transnacionales.

Las dimensiones del fenómeno migratorio, no han sido analizadas a la altura de las circunstancias, impactos, importancia estratégica y esa debilidad se traduce en una carencia de marcos interpretativos, como de políticas públicas y leyes que se armonicen con acuerdos internacionales y eleven la capacidad del Estado para abordar integralmente el proceso migratorio, que además reconozca el papel de país de destino, tránsito y particularmente retorno.

La migración y los campos sociales transnacionales que construye, han transformado los enfoques teóricos tradicionales relativos al Estado, territorio, ciudadanía, identidad étnica, identidad cultural y familia, entre otras categorías, porque redimensiona, deconstruye y demanda de nuevos marcos interpretativos que den cuenta de la dinámica y transformaciones sociales que esta nueva dinámica está teniendo para la sociedad guatemalteca.

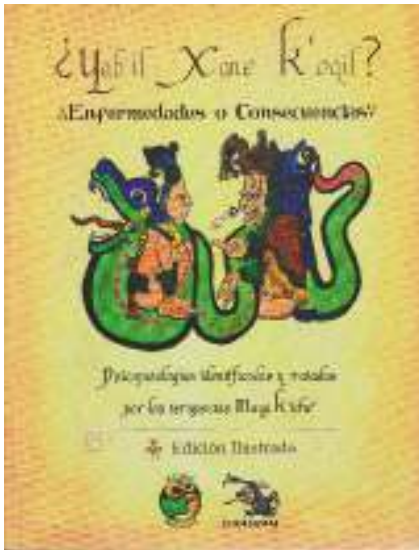
Finalmente, es preciso concluir que el espacio abierto en el IDEI/USAC, se constituye en un paso importante para el análisis con enfoques teóricos y estrategias metodológicas que traten de a) destacar y explicitar la migración y sus consecuencias desde los pueblos indígenas, contribuyendo con esto a visibilizar y definir políticas con pertinencia cultural b) analizar el proceso migratorio desde el enfoque transnacional, es decir, reconociendo la existencia de un campo social que toma en cuenta el origen, el destino y las relaciones que se construyen en ese nuevo campo c) aportar con enfoques teóricos actualizados que tomen en cuenta que algunas categorías como Estado y Ciudadanía demandan de nuevas reflexiones que salgan del territorio nacional y d) contribuir al reconocimiento, respeto y cumplimiento de los derechos humanos de las personas migrantes.

Bibliografía

- Basch, Linda, Schiller, Nina, Santón, Cristina (2003) *From Immigrant to Transmigrant: Theorizing Transnational Migration*. Revista de Antropología vol. 68: pp. 48-63 California: UCLA
- Caballeros, Álvaro. (2006) *Diagnóstico sobre condiciones socioeconómicas de los trabajadores agrícolas temporales migratorios*. Guatemala: MENAMIG
- Caballeros, Álvaro (2013) *Perfil Migratorio de Guatemala 2012*. Guatemala: OIM.
- Del Valle, Luis Arturo (2000) *Guatemala marco Cuantitativo de la Agricultura Guatemalteca (1930 - 1999)* Guatemala: Instituto Iberoamericano de Cooperación para la Agricultura. IICA
- Figueroa Ibarra, Carlos (1980) *El Proletariado Rural en el Agro Guatemalteco*. 3a. ed. Guatemala: Editorial Universitaria.
- Instituto Nacional de Estadística (2002) *Censo de Población*. Guatemala, INE
- Oglesby, Elizabeth (2003) *Machos, machetes y migrantes: masculinidades y dialécticas del control laboral en Guatemala*. Estudios Migratorios Latinoamericanos. No. 52. Pp. 651-680, Buenos Aires UBA.
- Orellana, Rene Arturo et. al (1985) *Migraciones internas y estructura agraria: el caso de Guatemala*. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Palma Gustavo, et. al (2002) *Procesos agrarios desde el siglo XVI a los acuerdos de paz*, Guatemala: Editorial FLACSO, MINUGUA y CONTIERRA.
- Portes, Alejandro et. al (2003) *La globalización desde abajo: transnacionalismo inmigrante y desarrollo: la experiencia de Estados Unidos y América Latina*. México, DF: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. PNUD. (2005) *Diversidad étnico-cultural: la ciudadanía en un Estado plural*; Informe Nacional de Desarrollo Humano 2005 Guatemala: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. PNUD.
- Tischler Visquerra, Sergio. (2001) *Guatemala 1944: Crisis y revolución, ocaso y quiebre de una forma estatal*. Guatemala: F y G editores.
- Pries, Ludger. (1999) *La migración internacional en tiempos de globalización*. Varios Lugares a la Vez. Revista Nueva Sociedad No. 164 pp 56-68, Caracas: Nueva Sociedad.

Internet

Oficina del Censo de los Estados Unidos.
<http://www.census.gov/>



Cristina Chávez Alvarado, Felipe Pol Morales, Elvira Morales Pantó, Pablo Barone. *¿Yab'il xane k'oiqil? ¿Enfermedades o consecuencias? Psicopatologías identificadas y tratadas por los terapeutas maya k'iche'.* Guatemala: Cholsamaj. 2015 172p. ISBN 978-9929-636-17-0.

Reseña del libro ¿Yab'il xane K'oiqil? ¿Enfermedades o consecuencias?

Por María Teresa Mosquera Saravia

Doctora en Antropología Social y Cultural por la Universidad Rovira i Virgili
Investigadora titular del área de salud del Instituto de Estudios Interétnicos,
Universidad de San Carlos De Guatemala

teresa.mosquera@usac.edu.gt

Para comprender el contexto del libro, es necesario consultar las estadísticas de salud en Guatemala, reportadas al Sistema de información General de Salud (SIGSA) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en Guatemala. A lo largo de cinco años, dos son los municipios que han reportado ninguna muerte materna. Uno es el municipio de Chinique en El Quiché y el otro es el distrito Guineales en Sta. Catarina Ixtahuacán.

Este dato es relevante para un país que ocupa una de las tasas más altas de mortalidad materna en Latinoamérica. Uno se pregunta ¿Qué está pasando en éstos dos lugares?, ¿Por qué esa situación no se puede replicar a todos los demás municipios o distritos en Guatemala? Para responder esta pregunta, quisiera decirles que como investigadora en el tema de la salud. Mantener ninguna muerte materna durante cinco años, no se explica solamente en el trabajo del Centro de Salud, ni el Ministerio de Salud, sino que ésta situación se debe al trabajo comunitario de años y años de Médicos descalzos en Chinique. Es el trabajo codo a codo entre guías espirituales, comadronas, hueseros y demás terapeutas tradicionales que aglutina médicos descalzos.

Remarcando la importancia que tiene el trabajo comunitario en salud a nivel Nacional, paso a comentar brevemente el contenido de libro.

El xibirikil, padecimiento mejor conocido como susto o espanto. En Guatemala son varias las investigaciones que sobre el tema se han desarrollado, una de las primeras se ubica en el año 1930. Presento a continuación autores, título de la publicación, lugares de investigación y épocas en que se han realizado. La intención de éste ejercicio es para finalmente explicar la importancia del primer capítulo del libro.

En orden cronológico se tiene la siguiente información:

Charles Widson, estadounidense, aborda la enfermedad del susto como un tema más de su etnografía

que hace sobre los indígenas Chortís de Jocotán y Olopa, Chiquimula, durante los años 1931, 1932 y 1933. Su libro se titula: Los Chortís de Guatemala, en él presenta datos a manera de etnografía sobre la sintomatología y cura de la enfermedad.

John Gillin, estadounidense, realiza su trabajo de campo entre los años 1942, 1946 y 1948, en el municipio de San Luis Jilotepeque, Jalapa. Producto de su estancia tiene dos publicaciones del Seminario de Integración Social de Guatemala: el primero es un artículo que se titula: El espanto mágico y el segundo un libro titulado: San Luis Jilotepeque. En el primer artículo Gillin hace el relato de Alicia, una mujer enferma de espanto y de todo el proceso de curación. Como documento etnográfico es rico en detalles, pero el análisis del mismo no toma en cuenta elementos de la cosmovisión.

Richard Adams, estadounidense, trabaja el tema del susto para el área de Magdalena Milpas Altas, Sacatepéquez en el año 1950-1952. Su libro titulado: Un análisis de las creencias y prácticas médicas en un pueblo indígena de Guatemala. En él presenta un patrón respecto de las enfermedades de los magdaleños y aporta una fórmula para explicar la sintomatología y la terapia. Explica el susto por medio de la condición interna y la condición externa de los hechos y la sintomatología.

Francisco Rodríguez Rouanet, guatemalteco, estuvo a cargo por muchos años del Seminario de Integración Social de Guatemala, en dicho lugar realizó diversas investigaciones en la mayoría de los municipios de Guatemala, en el año 1971 se publica un artículo titulado: "Prácticas médicas tradicionales de los indígenas de Guatemala", el aporte del mismo consiste en ubicar los lugares de Guatemala en donde se reporta dicho padecimiento.

Alfredo Méndez Domínguez, guatemalteco, en el año 1983 publica el artículo: "la enfermedad y la teoría médica entre los indios de Guatemala", es un estudio que se realiza en diversas áreas lingüística del país y proporciona información para cinco enfermedades; el hijillo, el akuas, el aire/laele, el susto y el ojo. El fin último es proponer una teoría médica que explique los padecimientos de los indígenas, en la investigación

tiene una innovación metodológica, ya que utiliza el interaccionsismo simbólico para el análisis de sus datos. Para el padecimiento del susto aclarara la lógica de la terapia, basándose en la dualidad frío/caliente.

Finalmente, el artículo titulado: “El sistema de ideas sobre la enfermedad en mesoamérica” del italiano Azzo Ghidinelli, correspondiente al año 1984. En dicho documento él retoma la fórmula de la condición interna y externa de Richard Adams, también éste hace mención de los trabajos de Widson y Gillin. Explica que la enfermedad del susto es la sumatoria de dos los dos elementos de la fórmula.

Son seis los documentos que toman de referencia el padecimiento llamado “susto o espanto”. Llama la atención que la mayoría de investigadores que han escrito sobre el tema son extranjeros, esta es una razón para valorar aún más la información que se presenta en el primer capítulo del libro.

Respecto del padecimiento llamado xibirikil y también para los otros padecimientos que se presentan en los capítulos posteriores es necesario partir del entendimiento del proceso salud/enfermedad/atención en su contexto social. Esta es la razón, por la cual, el análisis que presentan los autores anteriores queda al margen de la cosmovisión que sobre el mundo, el cuerpo, la persona y el sistema médico se tiene en la comunidad de estudio.

En el libro cada una de las cinco enfermedades que se presentan son abordadas desde esa cosmovisión, éste es un hecho fundamental para el entendimiento de cada una de ellas.

En ese sentido, no se puede entender el xibirikil, si es que no se ha comprendido a cabalidad la dualidad existente entre el jaleb y el nawal. No se puede entender la enfermedad si no se ha comprendido la lingüística del término uxux. No se puede entender la enfermedad si no se conocen las leyendas que sobre el duende, el dueño de los cerros y la mujer dueña del agua, se cuentan en dichos lugares. No se puede entender el tratamiento de la enfermedad si no se sabe qué es una limpia. Todas estas representaciones tienen

sentido en la cosmovisión que se presenta, sin no hay un claro entendimiento de todo ello, el padecimiento no puede entenderse a cabalidad.

Capítulo segundo: pakqab chuch tat.

Sobre éste padecimiento en particular no he podido localizar alguna investigación o documento que haya tenido como temática central dicha enfermedad. En la información que se nos presenta en el libro es determinante la explicación referente a las diversas autoridades que hay en la comunidad, se trata no sólo de entender la jerarquía que hay sino también cuáles son las normas y valores que tiene la comunidad. Un médico o enfermera que no tenga referencia respecto de ello, será difícil para él su diagnóstico y tratamiento.

Capítulo tercero: muqun

Para éste padecimiento en particular no localicé investigaciones o estudios al respecto, de allí la importancia que tiene el aporte de éste capítulo para su estudio en otros grupos lingüísticos y sociales. La terapia que se nos presenta, precisa la necesidad, de que el enfermo reconozca ese algo que está mal y que lo encierra en su interior, para poder restaurar su bienestar.

Se plantean dos comentarios referidos a la terapia y considero que son esenciales para futuras investigaciones que se realicen sobre este tema en particular. Se nos explica que el chaquij yabil, es una enfermedad seca, que se caracteriza por el adelgazamiento. En el futuro las investigaciones que aborden éste tema deben ocuparse de entender y explicar la dualidad sano/gordo débil/delgado, ya que son conceptos muy utilizados por las madres y por los padres de familia.

También se habla del ja yabil o enfermedad del agua, desde una óptica bio-médica se explica que existe una retención de líquidos en la región abdominal. Sin embargo, sugiero profundizar elementos de la

cosmovisión respecto de la dualidad frío/caliente, porque muchos de los conjuntos sociales en Guatemala tienen una preferencia por conservar el cuerpo caliente más de lo normal, esta es la razón por la cual las personas que se exponen al sol y adquieren un estado caliente, se considera normal, la enfermedad se presenta cuando se altera el equilibrio y algo que se considera fresco o frío, proveniente de una fuente fría (lluvia, ríos, aire) provoca la enfermedad.

Capítulo cuarto: moxrix

Este padecimiento no se puede entender, si no se lee el cuadro que aparece al principio del capítulo titulado: comportamientos y sentimientos referidos a los valores tradicionales versus los valores de la modernidad. En los textos que he leído respecto de las enfermedades de los indígenas no he encontrado referencia alguna. Llama la atención que ésta enfermedad cuando se localiza un segundo y tercer grado, los recursos que tiene la comunidad y los terapeutas tradicionales encuentran un obstáculo, ya que el control del enfermo por la familia se vuelve difícil. Es en éstos casos se debe comenzar a pensar en una estrategia que pueda aunar los esfuerzos desde la bio-medicina, la psiquiatría y los recursos de los terapeutas tradicionales.

Capítulo quinto: molen yabil

La comprensión de ésta enfermedad es difícil, porque confluyen muchos factores. Se nos explica que: la pobreza extrema, la ignorancia extrema, las deficiencias alimentarias, el exceso de actividad física, la depresión y una baja autoestima, son hechos que contribuyen a que una persona se enferme. Más adelante se nos explica la importancia del consumo de alimentos adecuados culturalmente como los hongos, hierbas y raíces comestibles, etc. También se recurre a tratar al paciente de otros padecimientos como lo son el kixwi, la descompostura o cuajo. Es así como se presenta un conjunto de hechos y padecimientos que confluyen en una situación de malestar, vuelto a decir de difícil comprensión como una única enfermedad.

En el año 2006 se realizó una investigación en los

siguientes lugares: Jumaytepeque, Nueva Santa Rosa, Patzún, Chimaltenango y Palín, Escuintla. En las tres comunidades se investigó los siguientes padecimientos: movida/caída de mollera, movida/caída de varillas, movida/caída del cuajo y el susto.

Un hallazgo de la investigación en Patzún fue encontrar el padecimiento llamado kixwi, las madres de familia y comadronas explicaron que el kixwi era el pelo de gato o espinitas que aparecía en el cuero cabelludo, esto es consecuencia de dos hechos: El primero se debe a que el niño o la persona ha tenido un “susto” y el segundo se debe a una debilidad que se explica en una alimentación deficiente. Para curar, esa enfermedad, se busca a una curandera que aplica en la cabeza del paciente un preparado especial el cual debe dejarse en la cabeza por al menos 5 días o una semana para que haga efecto y es pelo desaparezca. Es así como en el territorio de Patzún la significación, diagnóstico y tratamiento del susto o xibirikil cambia, no es igual como en Chinique, pero finalmente si se observa una relación estrecha con el kixwi del libro.

En esa investigación en la aldea de Jumatepeque y en Palín las madres de familia y comadronas también reportaron la caída/movida del cuajo. Padecimiento que corresponde a lo mismo que refiere el libro respecto de la descompostura.

Se mencionan esos hallazgos porque es necesario entender las representaciones que sobre el mundo, el cuerpo, la persona y el sistema médico se tiene en cada una de las comunidades. Sin ese referente no se pueden comprender los padecimientos.

Respecto del último capítulo del libro concluyo diciendo que es complicado hacer la sumatoria de éstos padecimientos (kixwi, movida/caída del cuajo) en una sola enfermedad.

Finalmente termino con dos comentarios más, el primera referente a la mediación pedagógica del libro y el segundo respecto de metodología utilizada en la investigación.

En esta segunda edición del libro a diferencia de la primera, se utiliza la mediación pedagógica, que se encuentra en las historietas ilustradas en forma de comics que aparecen al inicio de cada uno de los capítulos.

En investigación es necesario pensar la forma de devolver a la comunidad, los datos que se obtienen de ésta. Esta tarea se complica en el caso de los/as ajqijab y las iyomab, que participaron de la investigación, ya que muchos no saben el castellano y no saben leer, entonces resulta difícil devolver el conocimiento a sus mentores por los medios informativos clásicos. La utilización del vídeo es una solución, pero el camino seguido por médicos descalzos me parece muy acertado. Ya que este texto puede ser utilizado en las escuelas primarias y secundarias de Chinique, y del Quiché. Será necesario convencer a las autoridades de educación que el texto sea utilizado por los maestros y se tendría que pensar también en la realización de talleres con los maestros para el uso del texto.

La mediación pedagógica que se aplica en éste texto, es producto de la memoria colectiva de ésta comunidad en particular, con ello quiero explicar la necesidad de hacer valer otras formas de comunicación de la información. La cultura maya ha subsistido por años en la memoria colectiva, pero éste tipo de texto nos ayuda a su conservación y valoración no sólo por el grupo usuario, sino también por los demás conjuntos sociales que habitan esta Guatemala diversa.

En conclusión quiero hacer una reflexión sobre la metodología utilizada para recabar toda la información. En las primeras páginas del libro se puede leer un listado con el nombre y la comunidad de pertenencia de todas las personas que participaron de la investigación, luego en la introducción a la segunda edición se explica más despacio la forma en cómo se procedió para el proceso de sistematización de sus propios conocimientos. Todo ese proceso corresponde a lo que los académicos llaman una investigación participativa. Existen algunos libros sobre metodología participativa que hacen referencia respecto de los pasos o requisitos para enmarcar una investigación como participativa.

Los autores dicen que es necesario que la temática de investigación surja de la comunidad, que las personas que participen deben ser escogidas por la comunidad y que los comunitarios también participen en el proceso de recolección de la información. Al leer el libro se evidencia todo ese proceso y se enriquece aún más con la mediación pedagógica que consta esta segunda edición del libro. Esta es la razón por la cual, este libro se convierte en un referente necesario en los cursos que sobre metodología de la investigación se imparten en la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Como docente me dedico a revisar diversos libros sobre metodología de la investigación y respecto del tema de la investigación participativa hay poco escrito, pero el libro yabil xane koqil, se convierte en un referente más respecto de cómo se plantea y se elabora una investigación participativa. Y créanme hay muy pocos libros que ilustren cómo se hace ese tipo de investigaciones.

En mi experiencia de más de 20 años, en el tema de la investigación, estoy convencida que desde la Universidad y desde los más de 40 centros de investigación que hay en la Universidad de San Carlos de Guatemala, no tenemos los elementos para hacer ese tipo de investigación participativa que tanto se requiere en éste país.

Remarco de nuevo la importancia que hay en el trabajo comunitario de años, que ha venido desarrollando Médicos Descalzos. Este tipo de investigaciones es imposible, sino se parte del estar allí trabajando codo a codo con los/as ajqijab y las iyomab, Guatemala necesita de éste tipo de iniciativas para salir adelante.

Normas editoriales

Revista Estudios Interétnicos

Los artículos para ser publicados en la Revista Estudios Interétnicos, deben llenar los siguientes requerimientos:

En cuanto a la forma:

1. En el primer párrafo se incluirá título del artículo (castellano e inglés), nombre de autor o autores, datos personales título académico y universidad donde lo obtuvo; institución donde labora; correo electrónico.
 2. Un resumen en castellano y en inglés que no exceda las 250 palabras.
 3. Si el artículo contiene material gráfico que complemente el contenido del artículo ilustraciones, fotografías, deben ser presentados en formato JPG. Los cuadros o tablas en formato Excel. Las ilustraciones, fotografías y cuadros no deben exceder de un total de 8. Debe indicarse la ubicación exacta de cada uno de ellos en el cuerpo del texto, también debe indicarse el título de cada uno de ellos.
 4. Los textos deberán estar escritos en Word; en letra Times New Roman, 12 puntos, a espacio y medio, las páginas deben estar numeradas.
1. Los artículos que se presenten a la revista no pueden aparecer en medios impresos o en línea, tampoco deben estar sometidos o en proceso de ser publicados.
 2. Los artículos no deberán contener notas finales, solamente pies de páginas son admisibles.
 3. Los artículos no deberán exceder las 25 páginas de extensión total, ni ser menores de 10 páginas (con material gráfico y cartográfico incluido).

En cuanto al dictamen del artículo:

1. Los artículos serán sometidos a una primera revisión por el editor de la revista para evaluar su pertinencia temática y sintáctica. El autor del artículo recibirá notificación del editor transcurridos quince días hábiles después del 31 de julio.
2. Si el editor de la revista aprueba la pertinencia del tema, se solicitará a dos miembros del consejo editorial del IDEI para que éstos puedan emitir un dictamen respecto del artículo.
3. Los resultados de los dictámenes del consejo editorial son inapelables y serán comunicados por el editor de la revista. Los miembros del consejo editorial emitirán una resolución antes del primero de octubre de cada año.

En cuanto al contenido:

Los artículos deben llenar los siguientes requisitos:

- a) Que se caractericen por la calidad de su contenido
- b) Que tengan relación con aspectos de la condición pluriétnica del país y que contribuyan a la formación de una sociedad más plural.
- c) Que se caractericen por ser inéditos.

Para más información sobre la forma de enviar artículos que desee publicar en la revista visite nuestro sitio web:

www.idei.usac.edu.gt



Trayectorias reproductivas enfrentadas: una comparación entre mujeres universitarias y sus madres

Por Dra. Ana Lucía Hernández

Doctora en Antropología por la
Universidad Autónoma de Madrid.
Profesora de la Universidad
de Zaragoza

acordero@unizar.es

Recpción de artículo: 05/Ago/2015
Aceptación de artículo: 30/Sep/2015

Palabras Clave

<comportamientos reproductivos>, <métodos anticonceptivos>, <maternidad>, <población indígena y no indígena>, <educación>, <servicios de salud>.

Resumen

En este artículo, reflexiono sobre las prácticas reproductivas de mujeres jóvenes indígenas y no indígenas guatemaltecas, y sus madres, en torno a tres prácticas: 1) El uso de métodos anticonceptivos. 2) La edad en la que tuvieron a su primer hijo. 3) El número de hijos. El artículo se basa en un estudio cualitativo realizado entre un grupo de mujeres jóvenes universitarias, a quienes se les entrevistó para indagar sobre sus experiencias reproductivas y las de sus madres.

Tanto la centralización de los servicios sociales como salud, educación, y otros como la diversidad cultural de la sociedad guatemalteca son elementos fundamentales que influyen en el comportamiento de las mujeres en el campo de la sexualidad y la reproducción. Es el caso del uso de métodos anticonceptivos que se inserta dentro de un contexto de desigualdad y exclusión, y produce diferencias entre los distintos grupos sociales.

En el artículo se resalta el hecho de que las experiencias reproductivas de las mujeres se construyen social e históricamente; pero en este proceso, se entretejen también factores culturales, políticos y económicos, los cuales dan lugar a prácticas sociales específicas, en las que instituciones como la escuela, la iglesia y la familia tienen un papel preponderante.

Opposing reproductive trajectories: a comparison between college women and their mothers.

Abstract

Women's reproductive experiences are socially and historically constructed. In this process, distinct cultural, political and economic factors are interwoven, emphasizing specific social practices, in which social institutions, such as schools, church and family obtain a predominant role. The centralization of social services (health, education, among others), and the cultural diversity of the Guatemalan society are fundamental in understanding the way people act in regards to sexuality and reproduction. For example, the use of birth control is inserted into a context of inequality and exclusion, producing a significant difference between distinct social groups. In this article, the reproductive practices of young indigenous and non-indigenous Guatemalan women are analyzed in comparison to their mothers in three ways: 1) the use of birth control, 2) the age in which they had their first child and 3) the number of children. It is a qualitative study, based on in-depth interviews of young-adult, college educated women who are investigating their own experiences living in a post-war era, and those of their mothers who lived through the war.

Keywords

<birth control methods>, <motherhood>, <indigenous population>, <education>, <health services>.

Introducción

Las experiencias reproductivas de las mujeres están determinadas por una serie de factores sociales, políticos y culturales que intervienen en sus vidas cotidianas. Estas conductas están social e históricamente construidas "porque se producen entre agentes que ocupan posiciones definidas en la estructura social, pero también están dotados de significados porque presuponen la existencia de sistemas de representación simbólica" (Salles y Tuirán, 2001: 99). Por ello, es necesario situarlas en el contexto en que cada una de las mujeres las desarrolla. Acercarse al ámbito de las prácticas reproductivas con este enfoque, obliga a considerar las contradicciones que existen entre las prácticas y las representaciones culturales propias del orden simbólico (Lerner y Szasz, 2003).

Guatemala se identifica por una gran diversidad y riqueza de recursos naturales, de población y de expresiones culturales y religiosas. Sin embargo, también se caracteriza por una estructura social desigual que afecta a una proporción importante de la población, principalmente en el acceso y distribución de los recursos (Arévalo, 2013; Mendoza, 2007). Además, históricamente ha existido una centralización de los servicios básicos de bienestar, tales como la salud, educación, vivienda, seguridad, lo cual ha provocado que una buena parte de la población se encuentra con grandes dificultades en el acceso a los servicios básicos, como la salud (Paniagua y Hernández, 2007).

En este marco, es complejo hablar de salud sexual y reproductiva de la sociedad guatemalteca en su conjunto, ya que el uso de métodos anticonceptivos y a la posibilidad de acceder a una educación en materia de sexualidad y reproducción se insertan dentro de un contexto de desigualdad (Galicia y Monzón, 2012), en el cual factores como el lugar de residencia, nivel de escolaridad y edad impactan de manera abrumadora en los comportamientos individuales.

Uno de los objetivos de este artículo es presentar una reflexión en torno a las prácticas reproductivas de jóvenes guatemaltecas (quienes se auto-identifican como indígenas y no indígenas) y compararlas en relación con las de sus madres, en relación con el uso de métodos anticonceptivos, la edad en la cual nació su primer hijo y el número de hijos. Para ello, se retomarán

las historias de las hijas con respecto a las de sus madres y se considerarán las variables de escolaridad, edad y residencia. Así mismo, se considerará el contexto socio-histórico donde madres e hijas iniciaron sus ciclos reproductivos (décadas de los 60 y 70, para las primeras, y finales de los 90 e inicio del Siglo XXI, para las segundas).

Las hijas son mujeres jóvenes de 26 a 35 años¹, estudiantes o profesionales de las ciencias sociales de la Universidad de San Carlos de Guatemala, con residencia en el área urbana de la ciudad capital y de nacionalidad guatemalteca. El universo está compuesto por 5 jóvenes indígenas y 5 no indígenas o mestizas, madres de uno o dos hijos y todas son heterosexuales.²

El artículo se organizó en tres partes: en la primera se presenta un esbozo del contexto guatemalteco, donde tienen lugar las políticas de control de la natalidad, de planificación familiar y de salud sexual y reproductiva. En la segunda parte, se describe el análisis realizado sobre los comportamientos de los dos grupos de estudio, las madres e hijas, en relación con el uso de métodos anticonceptivos, edad del nacimiento de su primer hijo y número de hijos. Por último, se presentan las reflexiones a partir del análisis y las informaciones recabadas.

1.- El contexto de partida

1.1.- Planificación familiar y salud reproductiva

A principios de los años 70 del siglo XX, se inició en Latinoamérica un proceso de implementación de políticas de población y diseño de estrategias

gubernamentales del control del crecimiento poblacional (Lerner y Szasz, 2003). En Guatemala, estas políticas se expresaron en el diseño y aplicación de Programas de Planificación Familiar (PPF), las cuales surgieron por una preocupación internacional en torno a la relación entre población y desarrollo, impulsadas por cinco conferencias mundiales de población, que auspició Naciones Unidas: Roma, 1954; Belgrado, 1965; Bucarest, 1974; México, 1984 y El Cairo, 1994 (Lerner y Szasz, 2003).

Estas acciones se enfocaron en la reducción de la fecundidad, objetivo alcanzado por medio de programas de planificación familiar (PPF). Se implementaron los PPF como estrategia gubernamental dirigida hacia las mujeres unidas y en edad fértil. A pesar del éxito alcanzado en materia de la regulación de la fecundidad, en la década de los 80 y 90 del siglo XX, surgieron algunas críticas, particularmente del movimiento feminista, porque estos programas se dirigieron con exclusividad hacia las mujeres. Surgió así una propuesta de intervención desde el enfoque de salud reproductiva (Lerner y Szasz, 2003), la cual se dio a partir de la Conferencia de El Cairo en 1994. Este enfoque planteó que la salud no es solo la ausencia de enfermedad, es “un estado de completo bienestar físico, mental y social en todos aquellos aspectos relativos a la reproducción y la sexualidad” (Lerner y Szasz, 2003: 309). Así mismo, consideró cuatro aspectos fundamentales: 1) el derecho de los individuos a tener relaciones sexuales libres de preocupaciones: embarazos no deseados o contagio de enfermedades de transmisión sexual. 2) El derecho a decidir sobre su reproducción, es decir, si deseaban tener hijos, cuándo tenerlos y el espaciamiento entre ellos. 3) El derecho a tener embarazos y partos seguros. 4) El acceso a servicios de salud materno infantil de buena calidad.

El concepto de salud reproductiva cuestionó las políticas de población de los gobiernos por estar dirigidas exclusivamente al control de la fecundidad y, específicamente, a las mujeres en edad reproductiva. Este planteamiento de salud reproductiva es más completo porque, además de tomar en cuenta los aportes que han surgido desde la academia, también

¹ Las características individuales de cada entrevistada se señalarán en pie de página al momento de nombrarlas por primera vez.

² Es importante anotar que respeté totalmente la auto-adscripción étnica, la cual cada una de ellas señaló al momento de la entrevista, así como la de sus madres. Con respecto a la orientación sexual, decidí que todas las entrevistadas fueran heterosexuales como criterio de homologación.

considera los de los movimientos de mujeres y los de organismos internacionales, que buscan privilegiar la equidad de género y reconocer cómo las desigualdades genéricas están estrechamente vinculadas a las inequidades socioeconómicas, políticas y culturales.

1.2.- Panorama guatemalteco

Guatemala está conformada por una gran diversidad cultural: el 48 %³ de la población pertenece a las 21 etnias agrupadas en tres pueblos: maya, xinca y garífuna. En 1995, con la Firma del Acuerdo sobre Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas⁴ -AIDPI- se reconoce a la nación guatemalteca como multiétnica, pluricultural y multilingüe. Sin embargo, esta pluralidad se ha invisibilizado históricamente, y aún en la actualidad, el país se entiende conformado por dos grupos: indígenas y no indígenas o ladinos (Taracena, 1999).

La población guatemalteca está distribuida en 8 regiones, 22 departamentos y 339 municipios. En términos geográficos, la mayor parte de población no indígena y garífuna reside en el área metropolitana y el oriente, mientras que en la región central, norte, nor-occidente y sur-occidente habitan las poblaciones maya y xinca (ENSMI⁵). De acuerdo con Bilsborrow y Stupp (1997), Guatemala tiene la proporción más alta de población rural que vive en estado de pobreza en Centroamérica. En el Cuadro 1, se muestran las diferencias entre lugar de residencia, grupo étnico y sexo, que se convierten en desigualdades porque implican estar en mejores condiciones si se vive en áreas urbanas, es ladino, mujer u hombre. Es así como las mujeres indígenas que viven en el sector rural están en las peores condiciones.

³ Según el Censo de Población del año 2002.
⁴ Este acuerdo forma parte del Acuerdo de Paz Firme y Duradera firmado en Guatemala el 29 de diciembre de 1996, como culminación del proceso de negociación para la búsqueda de la paz, realizado entre el gobierno de Guatemala y la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca –URNG-.
⁵ Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil – ENSMI – 2002. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS.

Cuadro 1
Fuente: PNUD, Informe Nacional de Desarrollo Humano, 2005.

Cuadro No. 1
Guatemala (2004)
Algunos indicadores de desigualdad según características seleccionadas.
Quetzales y porcentajes

Grupos	Media (Q)	% Población	% Ingreso	Razón ingreso/ población
Total	1,393	100	100	1.00
Entre áreas				
Urbano	1,896	51.4	70	1.36
Rural	861	48.6	30	0.62
Entre grupos étnicos				
Indígena	816	37.3	21.9	0.59
No indígena	1,738	62.7	78.1	1.25
Entre sexos				
Hombre	1,572	64.5	72.8	1.13
Mujer	1,068	35.5	27.2	0.77

Según datos del PNUD , en 2013 Guatemala presentaba un Índice de Desarrollo Humano (IDH) de 0.628 sobre 1, aunque ha mejorado en las últimas décadas, pasando de un IDH de 0.445 en 1980 a un 0.551 en 2000, y un 0.620 en 2010, aún sigue ocupando uno de los lugares más bajos en la lista de clasificación de desarrollo humano de los países del mundo (125 de 187). Este índice evalúa tres dimensiones del desarrollo: salud, educación y nivel de vida.

Con respecto a la educación, en el Cuadro 2 se observa que las dos categorías relacionadas con educación (escolaridad actual y escolaridad esperada) no registraron cambios entre 2010 y 2011, mientras

que se mejoró en cuanto a la esperanza de vida y hubo un retroceso en el ingreso per cápita. Con estos resultados, el país se ubica dentro del grupo de países considerados con un IDH medio y con un ingreso per cápita que lo sitúa dentro de los países con renta media. A nivel comparativo en la región centroamericana, Guatemala se encuentra en la cuarta posición en el IDH, siendo los datos los siguientes: Panamá, 65; Costa Rica, 68; El Salvador, 115; Guatemala, 125; Honduras, 129 y Nicaragua, 132.

Cuadro No. 2

Índice de Desarrollo Humano, dimensiones del desarrollo. Guatemala 2010.

Salud		Educación				Nivel de vida	
Esperanza de vida		Escolaridad actual		Escolaridad esperada		Ingreso per cápita	
2010	70.8 años	2010	04.1 años	2010	10.6 años	2010	US\$ 4.694
2011	71.2 años	2011	04.1 años	2011	10.6 años	2011	US\$ 4.167

Cuadro 2
Fuente: PNUD, Informe Nacional de Desarrollo Humano, 2011.

En cuanto el acceso a la educación, en 2005 el promedio de escolaridad a nivel nacional era de 5.4 años , esto equivale apenas a la primaria completa. En la población indígena, el promedio de escolaridad es de 3.8 años mientras que para los no indígenas es de 6.1 años. Lo mismo ocurre en el caso de la variable sexo: en el caso de los hombres, el promedio es de 5.7 años y para las mujeres de 5.1 años. La brecha mayor se ve en razón de grupo étnico aunque la diferencia entre hombres y mujeres también es significativa. En ese sentido, la situación de las mujeres indígenas no es la óptima, los datos muestran que el promedio de escolaridad para este grupo es de 3.2 años, es decir, la mitad de la primaria (PNUD, 2005). Esta situación no ha cambiado, según la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) 2011; la brecha en el ámbito de la educación se mantiene entre indígenas y no indígenas y entre hombres y mujeres.

En el Cuadro 3 se observa que las mujeres indígenas se encuentran en una situación de mayor desventaja. Aunque al analizar el rango de personas entre 15 y 24 años, el promedio de años de escolaridad sube significativamente y muestra una reducción de las diferencias entre etnia y sexo.

⁶ <http://www.datosmacro.com/idh>
⁷ En ese mismo período, el promedio de escolaridad en Latinoamérica es de 7.78 años. El país con más años de escolaridad es Cuba con 10.2, mientras que Guatemala tiene el valor más bajo en toda Latinoamérica (Barro, Lee, 2010).

Cuadro No. 3

Promedio de años aprobados por sexo, etnia y rangos de edad. Guatemala 2011.

Sexo	Indígenas	No indígenas
Personas mayores de 15 años		
Hombres	4.2	5.9
Mujeres	3.0	5.3
Personas entre 15 y 24 años		
Hombres	6.0	7.1
Mujeres	5.1	7.0

Cuadro 3
Fuente: ENCOVI, 2011.

Con este breve esbozo de la situación del país, es posible observar la magnitud de los cambios necesarios para mejorar las condiciones socioeconómicas de la mayoría de la población y apostar por un desarrollo integral. A nivel comparativo, Guatemala ocupa los últimos lugares en cuanto a los avances en contraste con los demás países de la región. En ese sentido, la pobreza entendida como fenómeno polisémico (Mendoza, 2005) supone una serie de consecuencias negativas para la población que la sufre, pero también para el contexto en su globalidad (Benavides, 2011). Según el concepto de pobreza centrado en las capacidades humanas de Amartya Sen (2000), la situación de precariedad que enfrenta la población guatemalteca revertirá en procesos de exclusión social.

1.3.- Fecundidad y comportamiento reproductivo

Durante la segunda parte del siglo XX, el crecimiento demográfico de la ciudadanía guatemalteca se mantuvo constante. En 1950, la población era de 3 millones; en 2010, alrededor de 14 millones⁸, siendo, por tanto, el país más poblado de la región centroamericana. Según proyecciones elaboradas con base en los últimos censos, el incremento de crecimiento poblacional será de 30 % durante los primeros 20 años del siglo XXI. Es probable que el país llegue a los 18.1 millones de habitantes en 2020 (INE-CELADE, 1997).

El crecimiento promedio anual ha disminuido de forma sistemática, aunque lenta, debido a que aún hay sectores que mantienen altas tasas de natalidad (Galicia y Monzón, 2012). Por ello, Guatemala se encuentre en la etapa de transición demográfica moderada⁹, porque se combina una alta natalidad con una mortalidad moderada (Welti, 1997).

En cuanto a la tasa bruta de natalidad (TBN)¹⁰, hay un descenso desde 1970; pasó de 44.7 nacimientos por cada mil habitantes en 1970, a 25 nacimientos en 2013. La tasa bruta de

⁸ Informe Nacional de Desarrollo Humano 2009/2010. PNUD-Guatemala.
⁹ Se entiende por transición demográfica el tránsito de un patrón con altos niveles de fecundidad y mortalidad a otro en el que ambos son bajos y están controlados.
¹⁰ Se refiere al número de nacimientos de una población por cada mil habitantes en un año. Representa el número de individuos de una población que nacen vivos por unidad de tiempo.

mortalidad era de 15 por cada mil habitantes en 1970 y en el año 2013 era de 5 (INE, 2014¹¹). La tasa global de fecundidad (TGF)¹² también ha descendido; en 1970 era de 6.5 hijos por mujer, en contraste con 3.1 hijos por mujer en 2013. Sin embargo, y de forma comparativa, en 2009 Guatemala junto con Honduras presentaban la tasa más alta entre los países centroamericanos (Cuadro 4).

Cuadro No. 4

Comparación de la tasa global de fecundidad (TGF) en países centroamericanos y años.

Años	Guatemala	Honduras	Belice	El Salvador	Nicaragua	Costa Rica
1995-2000	5	4.3	3.85	3.2	3.6	2.4
2000-2005	4.4	3.7	3.3	2.8	3	1.9
2005-2009	3.6	3.3	2.9	2.6	2.7	1.8

Cuadro 4
Fuente: PRESANCA, Programa Regional de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Centroamérica (2009)¹³.

Los datos muestran el panorama general del comportamiento reproductivo en el país, pero si se desagregan por otras categorías más específicas, como el lugar de residencia, la pertenencia étnica, la edad y la región, se puede observar que las grandes diferencias y brechas que se ocultan en los datos nacionales se mantienen o se agudizan, según sea el caso. De 1993 a 1995, la TBN se estimó en 37 como promedio nacional, pero en las áreas urbanas el dato fue de 31.6 nacimientos por cada mil habitantes, mientras que en áreas rurales era de 40.3 (INE, 1996). Estos datos muestran una gran brecha en relación con el lugar de residencia.

Con la TGF se da el mismo fenómeno: en 2008-2009, a nivel nacional era de 3.6; para el área urbana se registró el dato de 2.9 por mujer, mientras que en áreas rurales fue de 4.2. Ocurre lo mismo con el nivel de escolaridad, las mujeres sin instrucción formal presentaron mayores tasas de fecundidad (5.2), en contraste con las mujeres de escolaridad secundaria (1° a 3° básico) o más, quienes tuvieron menos hijos (2.3) (ENSMI¹⁴).

El uso de métodos anticonceptivos está íntimamente relacionado con el conocimiento y acceso de estos. Para 2002, se registra que el 98.8 % de mujeres conocen por lo menos algún método anticonceptivo, pero solo lo utilizan 43.3 % (ENSMI¹⁵). En relación con el

¹¹ <http://www.ine.gob.gt/index.php/estadisticas/tema-indicadores>
¹² Es decir, el número de hijos que, en promedio, tendrán en toda su vida reproductiva las mujeres en edad fértil (15 a 49 años cumplidos), si su reproducción transcurriera según el patrón de fecundidad observado en un determinado año.
¹³ Indicadores de situación de seguridad alimentaria y nutrición en Centroamérica y República Dominicana, Guatemala, 2009.
¹⁴ Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil – ENSMI – 2009. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS.
¹⁵ Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil – ENSMI – 2002. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS.

uso de métodos anticonceptivos, el país alcanzó un aumento importante en los últimos 20 años (Cuadro 5). Aunque con diferencias en razón de la región, pertenencia étnica y nivel de educación formal la tendencia se mantiene, las mujeres indígenas mostraban un porcentaje muy bajo en el uso de métodos (5.5 %) en 1987; para el año 2008, su uso aumentó a un 40.2 %. Lo mismo ocurre para la población que vive en el área rural y las mujeres con menos educación. Esto significa una accesibilidad mayor, pero las grandes brechas socioculturales del país no cambian. Sin duda las políticas de población han tenido un papel importante en los procesos demográficos, por lo que vale la pena incluirlos en este breve contexto.

Cuadro No. 5

Uso de métodos anticonceptivos (1987-2002).
Mujeres de 15 a 49 años de edad, en unión que usan
métodos anticonceptivos, según características
seleccionadas en porcentaje

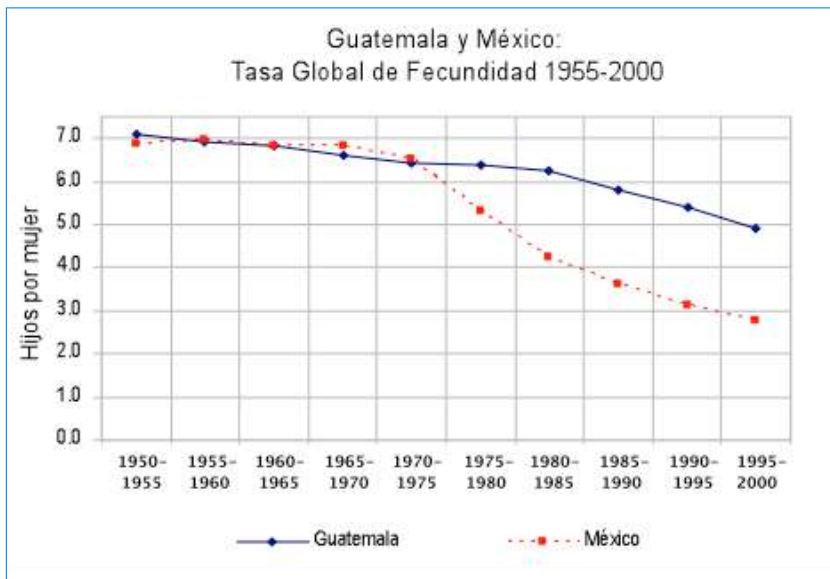
	ENSMI	ENSMI	ENSMI	ENSMI	ENSMI
Características	1987	1995	1998 /99	2002	2008 /2009
Área					
Urbana	43.0 %	48.9 %	52.3 %	56.7 %	65.7 %
Rural	13.8 %	19.8 %	27.7 %	34.7 %	45.6 %
Grupo étnico					
Indígena	5.5 %	9.6 %	12.6 %	23.8 %	40.2 %
Ladino	34.4 %	43.3 %	49.9 %	52.8 %	63.3 %
Nivel de educación					
Sin educación	9.8 %	14.1 %	19.4 %	24.7 %	39.9 %
Primaria	24.3 %	32.5 %	38.4 %	45.6 %	53.9 %
Secundaria o más	53.3 %	63.1 %	68.0 %	67.6 %	70.2 %
Total	23.2 %	31.4 %	38.2 %	43.3 %	54.1 %

Para entender mejor estos datos, hay que situarse en 1970, período en el que Guatemala era uno de los seis países de América Latina que mostraba mayores avances en materia de planificación familiar, particularmente porque tenía un programa cuyas metas estaban expresadas en términos demográficos y en términos de salud (Santiso y Bertrand, 2004). Un año antes se había establecido el programa de planificación familiar a través de la Asociación Pro-Bienestar de la Familia - APROFAM- una institución de carácter autónomo (Herrera, 2005a). Dado este panorama, surge la interrogante acerca de por qué a pesar de que el país inició el PPF tempranamente, el descenso de la fecundidad tenía un avance lento. Una respuesta tentativa podría ser que para el país el PPF no fue una prioridad como sí lo fue para otros países como México¹⁶ (Gráfico 1). Por otro lado, mientras que la mayor parte de países de América Latina experimentaban cambios demográficos muy significativos, los eventos políticos, sociales y económicos que se vivían en Guatemala en el período comprendido entre 1960-1996, determinaron el ritmo de su propio proceso. Al respecto, Santiso y Bertrand (2004) proponen cuatro factores que influyeron en el curso que tomaron los PPF en Guatemala: a) el movimiento antiimperialista (1960-1970); b) el alto porcentaje de población indígena que conforma el país; c) la aparición y agudización del conflicto armado interno; d) las alianzas y pactos que existieron entre la iglesia católica y el gobierno.

↑ Cuadro 5

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil -ENSMI-, Guatemala 2009.

¹⁶ País que presenta un patrón de reducción muy marcado, pasó de tener una tasa global de fecundidad de 6.3 en 1969 a 2.41 en 2000, con un descenso acelerado en el quinquenio de 1970-1975 (Herrera, 2005).

Gráfico 1**Tasa Global de Fecundidad – TGF- 1955-2000 Comparación entre Guatemala y México**

Este último factor se expresa en prácticas sistemáticas de bloqueo contra las iniciativas de implementación de mayores controles de la fecundidad por medio de la planificación familiar por parte de las presiones de la iglesia católica. Durante los últimos veinte años del siglo XX y principios del siglo XXI, las decisiones que el gobierno tomó sobre planificación familiar y salud sexual reproductiva están determinadas por la posición de la institución religiosa; en el caso de Guatemala tanto por parte de la iglesia católica y la protestante. Un ejemplo de ello es que durante los años de 1986 a 1991, la iglesia católica implementó una campaña agresiva contra la planificación familiar (Santiso y Bertrand, 2004). La alianza más fuerte entre la iglesia y el gobierno fue más evidente en 1994 cuando la delegación que asistiría a la conferencia de El Cairo, fue instruida por el presidente Ramiro De León Carpio para oponerse a todo lo relacionado con los derechos reproductivos. Cinco años después, la iglesia continuó ratificando su

oposición a los PPF y su influencia en torno al tema de la sexualidad y reproducción, provocó el retraso de la instauración de una política demográfica respetuosa de los derechos reproductivos¹⁷.

¹⁷A finales de 2005, la iglesia se opuso a la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar propuesta por el Congreso y le solicitó al presidente de la nación vetarla, “La Conferencia Episcopal de Guatemala considera que parte de su responsabilidad es defender la vida y orientar moralmente a la comunidad. Por tal motivo, solicitan al presidente Oscar Berger que veto la ley” (La Hora, “Iglesia ratifica su rechazo a la ley”, 26 de noviembre de 2005). Un mes más tarde, el 23 de diciembre, el presidente vetó la propuesta de ley. Después de una gran controversia, durante las primeras semanas del 2006, el Congreso rechazó el veto presidencial y, finalmente, “Con la aprobación del Acuerdo Legislativo 30-06, el Congreso ordena la publicación en el Diario de Centro América de la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación, la cual entrará en vigencia ocho días después” (Siglo XXI, “Publicarán ley de planificación”, 21 de abril de 2006). En efecto, la ley entró en vigencia el 8 de mayo de 2006.

El camino recorrido por las políticas con respecto a los PPF y la oposición de la iglesia determinan en gran medida el comportamiento de las mujeres a nivel personal. Como se ha señalado en la literatura sobre el tema, aunque se trate de un proceso ligado a hechos biológicos, este es parte de una estructura social que condiciona los eventos que ocurren dentro de ella (Quilodrán, 1983). El aumento en el uso de métodos de anticoncepción, por ejemplo, está ligado a la posibilidad de vivir con mayor información y acceso a la anticoncepción, pero también a la existencia de procesos de concientización de derechos reproductivos.

A partir de lo anterior, se puede inferir que Guatemala está lejos de asumir dentro de sus políticas de población el concepto de salud reproductiva, sin duda porque aún se pone énfasis en las políticas de planificación familiar.

2.- Trayectorias reproductivas comparadas entre dos generaciones

La oportunidad de acceso al control de la fecundidad en condiciones favorables no es la misma para todas las mujeres en Guatemala, así como la posibilidad de decidir sobre sus comportamientos reproductivos.

Los datos recogidos entre el 2006 y 2007, mediante las entrevistas realizadas a las mujeres jóvenes y la información que ellas proporcionaron sobre sus madres en cuanto al uso de métodos anticonceptivos, la edad en la cual tuvieron a su primer hijo y el número de hijos, permiten realizar una comparación de sus conductas reproductivas.

En primer término están las hijas, mujeres jóvenes entre 26 y 35 años, profesionales universitarias y que habitan en zonas urbanas. En segundo término las madres, mujeres nacidas entre la década de los 40 y 50, quienes iniciaron su vida reproductiva en el período de la guerra interna en Guatemala, lo cual las ubica en un contexto particular y complejo en relación con su comportamiento reproductivo.

2.1.- Uso de métodos anticonceptivos

El uso de métodos anticonceptivos ha sido considerado como uno de los indicadores de los procesos de autonomía¹⁸ que construyen las mujeres (García, 2003). Investigaciones recientes demuestran que a través de diversos mecanismos, por ejemplo los recursos económicos, las mujeres empiezan a considerarse independientes y autónomas, y toman decisiones importantes en aspectos fundamentales de su vida, como el de la reproducción (Rosas, 2005).

A continuación, presento las prácticas de las mujeres entrevistadas y las de sus madres, en relación con el uso de métodos anticonceptivos modernos, edad y razones para utilizarlos, en contraste con las variables de escolaridad y residencia en sus comportamientos.

La etapa reproductiva de las madres inicia en el período comprendido entre 1959 a 1977 aproximadamente. Para esos años, la situación que se vivía en el país era particular debido a la guerra interna. A pesar de que se iniciaron campañas de planificación familiar en todo el país, no tuvieron cobertura nacional esperada, especialmente, en las áreas rurales.

Los datos recogidos en las entrevistas expresan esta diferencia en conjunto con la escolaridad. La bibliografía demuestra que el acceso y uso de métodos de anticoncepción no está determinado por un solo elemento, ya que se trata de la vinculación de varios factores que posibilitan u obstaculizan su acceso y uso (García, 1983). En Guatemala, en el caso específico de las madres de las entrevistadas, las variables educación y lugar de residencia se relacionan estrechamente con las identidades étnicas. Así pues, las mujeres no indígenas vivían en ámbitos urbanos y tuvieron acceso a un mayor nivel de instrucción formal, incluso tres de ellas con estudios superiores. En contraste con las madres de adscripción étnica indígena,

¹⁸Pienso en el término de autonomía en cuanto a la toma de decisiones, refiriéndome a la libertad de las mujeres para actuar como ellas mismas lo desean (Rosas, 2005).

quienes además de vivir en zona rurales, tuvieron mayores dificultades de acceso a la educación formal y solamente tres accedieron a instrucción formal, pero ninguna terminó la secundaria.

Con respecto a sus prácticas reproductivas, según los testimonios de las hijas, las madres indígenas no utilizaron ningún método de anticoncepción “moderno”. No obstante, cuatro de las cinco mujeres del primer grupo sí emplearon algún tipo de anticonceptivo tradicional¹⁹. Por lo tanto, el hecho de vivir en áreas rurales y no tener acceso a la educación formal, produjo que el control de la natalidad con métodos modernos fuera menor.

“¿Tu mamá usó algún método de planificación familiar alguna vez en su vida? No, por favor (risas), estamos hablando de los años 60-70. Igual puedo haber usado un método natural porque ella sabía cosas. Esto es evidente por el espacio de tiempo que hay entre el nacimiento de cada uno de mis hermanos, el cual fue de casi tres años y medio, a pesar de que ella nunca usó ningún método [moderno]”. (Guadalupe²⁰).

En el caso de las madres de las entrevistadas no indígenas, que vivieron en áreas urbanas o semi-urbanas y con acceso a algunos niveles de educación formal, su comportamiento en materia de control de la reproducción fue distinto. Sí utilizaron algún método de anticoncepción combinando, tradicional y moderno, destacando de este último el preservativo, el dispositivo intrauterino (DIU), las píldoras, los óvulos y la esterilización femenina.

“¿Tu mamá usó algún método de planificación familiar alguna vez en su vida? Sí, ella siempre tuvo la idea de no llenarse de hijos. Entonces cuando se casó, después de mi hermano (su primer hijo), fue a la clínica para que le explicaran cómo podía controlarse. Siempre nos dijo que al casarnos debíamos cuidarnos para saber cuántos hijos tener, pero eso sí, después de la boda”. (Matilde²¹).

De acuerdo con la información de las entrevistas presentadas, es posible inferir que las variables de residencia, educación y pertenencia étnica configuraron sus comportamientos y prácticas reproductivas. Si bien las madres indígenas no utilizaron métodos modernos, algunas sí espaciaron sus embarazos a través de formas más tradicionales de control natal, situación que confirma el poco acceso a información y servicios de salud formales que tuvieron. Por otro lado, las hijas afirman que todas sus madres iniciaron su vida sexual al mismo tiempo que su etapa reproductiva, por lo tanto, el objetivo de usar control anticonceptivo respondió más al interés de espaciar embarazos, una vez iniciada su vida en pareja, y no de retrasar la maternidad, por ejemplo.

Para el caso de las hijas, sus comportamientos son diferentes respecto a los de sus madres, mientras que al interno del grupo no hay discrepancias significativas, ya que en todas las narraciones se combina el uso de métodos modernos y tradicionales. Las diferencias con las madres radican, principalmente, en que todas las hijas han realizado estudios superiores y su residencia desde primeros años de vida ha sido urbana, lo cual explica que hayan tenido información y acceso al uso de métodos de control natal. Llama la atención que dos

¹⁹Se consideran métodos anticonceptivos naturales o tradicionales la lactancia prolongada, la abstinencia, el coitus interruptus, como mecanismos para espaciar los nacimientos. En general, se utilizan una vez iniciada la vida reproductiva.

²⁰Guadalupe, indígena, 7 hermanos. Su madre no fue a la escuela y siempre ha vivido en el campo.

²¹Matilde, no indígena, 2 hermanos. Su madre estudió la educación obligatoria y al casarse dejó el trabajo extradoméstico. Siempre ha vivido en la ciudad capital.

de las hijas (indígena y no-indígena) señalan no haber utilizado ningún método, mientras que en el grupo de las madres esto ocurrió solamente en un caso. En estos dos casos, las variables residencia y escolaridad no han sido explicativas. Se trata de otros factores, como la religión o las negociaciones entre la pareja.

“¿Alguna vez utilizaste algún método anticonceptivo? No, yo siempre quise tener hijos y sabía que si me cuidaba tal vez no podría tenerlos. Además, el padre de mi hija es muy religioso y esas cosas no le gustan... como nosotros no nos veíamos mucho, se podría decir que cuando nos veíamos aprovechábamos también”. (Susana²²)

Las razones que las llevan a decidirse por uno y por otro también tienen que ver con concepciones sobre la maternidad, el noviazgo y la familia, así como la confianza en la pareja. En algunas ocasiones es la pareja la que decide qué tipo de método usar y cuándo usarlo. Esto ha hecho que, como se mencionó en el caso de las madres, su uso inició justo después de su primer embarazo. En otros casos, los métodos se utilizan con el fin único y exclusivo de evitar un embarazo no deseado y no planificado. Por eso mismo, los métodos empleados son los femeninos; los casos de uso del preservativo son escasos y el riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual no está dentro de las razones para su uso. La protección se justifica cuando se trata solamente de una pareja sexual, si se convierte en novio “formal”, el elemento confianza aparece y entonces el uso disminuye o incluso desaparece.

“¿A qué edad tuviste tu primer embarazo? A los 27. ¿Fue planificado? Sí, planificado de parte de mi esposo, porque él quería ser padre desde

que nos casamos y la verdad yo no sabía mucho sobre la sexualidad, y por lo tanto aprendimos los dos sobre cada método que existe para vivir mejor. Usamos solo el método natural (del ritmo), según el médico el más seguro. A veces usamos el preservativo, pero casi nunca”. (Vivian²³).

“¿A qué edad comenzaste a usar métodos anticonceptivos? Más o menos entre los 21 o 22 años, ya cuando tuve a mi hijo empezamos a vivir juntos con Enrique (el padre de su hijo). ¿Por qué motivos comenzaste a usarlos? Porque no quería tener más hijos. Mi hijo vino sin que yo supiera nada, así que después decidí controlarme. Volví a embarazarme y aborté, y fue a raíz de eso que empecé a usar métodos anticonceptivos. Utilicé la inyección y me la ponía cada tres meses”. (Miriam²⁴).

2.2. Edad inicial de la maternidad

Para los estándares demográficos guatemaltecos, la edad reproductiva femenina se da de los 15 a los 49 años. De tal manera que, a partir de los 15 y después de la primera menstruación, las mujeres están en condiciones de embarazarse. No obstante, la edad socialmente aceptada para iniciarse en la reproducción puede variar. Esto debido a que se espera que se cumplan ciertas condiciones económicas y sociales determinadas en función del grupo social al cual se pertenece.

En el caso que nos ocupa, las madres de las entrevistadas tuvieron su primer hijo entre los 17 y 25 años (promedio: 20.7 años de edad). Según la ENSMI, para el año 1987 (primera encuesta nacional sobre salud materno infantil), la edad promedio del primer embarazo/nacimiento a nivel nacional era de 20 años.

²²Susana, No Indígena. Tiene una hija, el padre de su hija está casado pero sigue manteniendo la relación con Susana desde hace 15 años.

²⁴Vivian, Indígena. Tiene un hijo. Empezó su vida sexual al casarse, después de su primer embarazo empezó a controlarse, pero aunque no lo expresa claramente, ha sido el esposo y el médico quienes han tomado la decisión de cómo hacerlo.

En ese sentido, las madres encajan con la tendencia a nivel nacional de esos años²⁵ (ENSMI, 1987²⁶). Sin embargo, el hecho de que su etapa de procreación se desarrollara en un período de gran convulsión social y política para el país (décadas de los años 60 y 70), por no existir además políticas sólidas de control del crecimiento al alcance de toda la población, muestra diferencias considerables entre las madres indígenas y no indígenas en cuanto a esta variable. En el primer caso, el promedio es de 23 años, mientras que en el segundo, de 18. Es evidente la diferencia entre los comportamientos reproductivos.

En cuanto al tiempo que pasó entre la primera relación sexual y la edad en la que se produjo el primer embarazo y primer parto, no hay diferencias. Como se mencionó en el apartado anterior, el inicio de la vida sexual estaba ligado estrechamente a su propia reproducción y el control de la fecundidad se dio a partir del inicio de la vida en pareja, principalmente, a partir del primer hijo. Según las hijas, sus madres no buscaban maneras para controlarse hasta después del primer parto. Esto porque, una vez se casaban estaba presente la expectativa de la llegada del primer hijo.

“¿Cuándo empezó tu madre a controlarse? Mi mamá dice que lo que se debía hacer era casarse, esperar a quedar embarazada durante los primeros meses, ojalá el primer mes después de la boda, y entonces acudir al ginecólogo. Ya después del parto, sí planeaba usar algo para no tener muchos hijos”. (Rosa²⁷).

“¿Cuándo empezó tu madre a controlarse? Yo no sé. Ella nunca usó nada de lo que usamos

ahora, pero sé que no quería tener muchos hijos. Entonces, iba con una partera y ella le decía los días que sí y los días que no. Y si no, tomaba cosas que le daba ella. Eso sí, al principio nada porque quería tener su primer hijo rápido porque se casó ya grande, no podía esperar”. (Gabriela²⁸).

Para el caso de las hijas, en contraste con las madres, tuvieron su primer hijo a los 25.5 años, en promedio, es decir, una media de cinco años de diferencia. Así mismo, por razón de pertenencia étnica se registran variaciones, ya que las hijas indígenas se convirtieron en madres a la edad de 24.4 años, mientras que las no indígenas a los 27. Además, la distancia que hay entre el inicio de la vida sexual de las hijas, tanto indígenas como no indígenas, y el nacimiento de su primer hijo es de cinco años en promedio, es decir, empezaron a tener una vida sexual activa a los 20.7.

En los casos en los que han usado métodos anticonceptivos, es posible hablar de una separación entre su vida sexual y su vida reproductiva, lo cual no ocurrió con sus madres. Por otra parte, las diferencias entre el grupo de las hijas no ha sido significativa, registrándose 20 años, para el caso de las indígenas, y 21, para el de las no indígenas. El conocimiento y acceso a los métodos por el lugar de residencia y el nivel educativo son variables que incidieron sobre la tendencia del control de la fecundidad, incluso después del primer embarazo.

“¿Cuándo y por qué empezaste a usar métodos anticonceptivos? Empecé a usarlos cuando tuve mi novio, no quería embarazarme para nada,

²⁵ En esa primera encuesta, se destacan las diferencias existentes en los comportamientos reproductivos de las mujeres en cuanto a su zona de residencia (rural-urbana) y adscripción étnica (mestizas-indígenas), siendo de 21 y 20 años, respectivamente.

²⁶ Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil – ENSMI – 1987. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – MSPAS.

²⁷ Rosa, no indígena, una hermana. Su madre se separó de su padre cuando él se fue a los Estados Unidos y no retomó su vida en pareja.

²⁸ Gabriela, indígena, 3 hermanos. Su primer hermano nació cuando la madre tenía 22 años.

así que me cuidaba siempre. Al final tuvimos un error de cálculos y me embaracé. La noticia fue sorpresa, pero ahora estoy contenta". (Matilde).

"¿Cuándo y por qué empezaste a usar métodos anticonceptivos? Desde que perdí la virginidad, al principio con preservativo, después con la píldora, pero siempre usaba algo, no quería sorpresitas... aunque al final hubo una, pero ya estábamos más grandes. Ahora después de la niña, uso el ritmo porque me han hecho muy mal los medicamentos, pero mi novio quiere hacerse la vasectomía, así que eso será lo mejor". (Rosa).

2.3.- Número de hijos

El número de hijos que una pareja desea tener o tiene está ligado a muchos factores. Uno de ellos es el significado de la descendencia para cada persona y pareja, pero también el acceso a servicios y recursos de salud. En 1980, la TGF era de 6.2 hijos por mujer; en el 2000 se redujo a 4.80 y en 2014, de 3.91²⁹. Esta disminución está estrechamente vinculada al uso (o no) de métodos anticonceptivos, condicionado por el lugar de residencia y escolaridad, entre otras variables. Además, este panorama se conjuga con elementos de orden simbólico y cultural. Por ejemplo, en los ámbitos rurales la cantidad de hijos que una familia tiene es considerada como un beneficio en materia de trabajo (González, 1994). También influye la relación que se da entre la fertilidad y la feminidad/ masculinidad (Ferro, 1991), ya que la presencia de pocos hijos en una familia puede ser considerada como signo de ser poco hombre o poca mujer (Fagetti, 1995).

Tomando en cuenta lo anterior, se señala la situación de las mujeres estudiadas en torno al número de hijos. Según datos de la mortalidad infantil en Guatemala, de 1972 a 1976, 15 de cada 100 niños morían antes de los 5 años y, de 1982 a 1987, el número bajó a 11 por cada 100 niños (ENSMI³⁰). A partir de la tendencia mostrada en el artículo, puede inferirse que para la década de los 60, el panorama era más grave y se agudizaba en las áreas rurales del país. Es importante anotar que según las entrevistadas, ninguna de sus madres sufrió la pérdida de un hijo en la infancia ni reportaron abortos espontáneos o voluntarios, de tal manera que el número de hijos corresponde al número de embarazos que tuvieron.

A partir de los testimonios, la media es de cuatro hijos por madre, un promedio bajo para el registrado en 1980 (6.2 hijos por mujer). Sin embargo, como se señaló anteriormente, separando las mujeres indígenas y las no indígenas se visualizan las diferencias. Para las primeras, el promedio es de cinco hijos, mientras que para las segundas es de tres. Esto está vinculado estrechamente con el uso de métodos modernos que denota un mayor control de la fecundidad, así como con el factor económico que supone el acceso a estos recursos más allá del conocimiento.

Por otro lado, la diferencia entre los hijos nacidos y los hijos deseados es importante, sobre todo porque tanto las madres indígenas como las no indígenas, señalaron que deseaban tener menos hijos de los que tuvieron; 3.4 para las primeras y 2.8 para las segundas. No obstante, esto evidencia que hubo control tradicional y moderno, pero todas las madres hubieran preferido tener menos descendencia y no tuvieron los recursos a su alcance para decidirlo libremente.

En cuanto al comportamiento de las hijas, se registran diferencias en contraste con sus madres. La mayoría tiene un hijo, lo cual es evidente en el promedio de las 10 entrevistadas que es de 1.2 hijos por mujer. Otra diferencia es el número de hijos deseados ya que, a diferencia de las madres, casi todas las hijas desean tener más hijos (el promedio registrado es de 2 hijos).

²⁹ <http://www.datosmacro.com/demografia/natalidad/guatemala>

³⁰ Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil – ENSMI – 1987. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – MSPAS.

Sus comportamientos reproductivos responden a una entrada tardía a la maternidad y a un proyecto de vida en el que ser madres no era el único objetivo de sus vidas. Sus expectativas y aspiraciones profesionales son abismalmente distintas. Sin embargo, ya sea por razones económicas, de organización de cuidado o de conciliación familiar y laboral, todavía no han cumplido con su deseo de tener descendencia. Es posible observar, después de contrastar y analizar la información recopilada, cómo las concepciones de maternidad han variado e impactado en los comportamientos reproductivos de estas mujeres.

Reflexiones finales:

¿Salud reproductiva o simplemente planificación familiar?

A lo largo de los tópicos revisados en cuanto al comportamiento reproductivo de las hijas frente a sus madres, las diferencias encontradas responden a las variables de lugar de residencia y escolaridad principalmente, mientras que al interno de cada grupo las diferencias se dan en términos de pertenencia étnica. Estos elementos influyeron enormemente en que estas mujeres experimentaran trayectorias reproductivas distintas.

Las narraciones de las hijas revelaron cambios importantes de sus trayectorias reproductivas en relación con las de sus madres, los cuales estuvieron influenciados por la escolaridad, la residencia y el contexto político nacional. Las madres refirieron niveles más bajos de educación formal, pues desarrollaron la mayor parte de su vida en áreas rurales, urbanas o semi-urbanas, e iniciaron su etapa reproductiva durante los años del conflicto armado interno.

En el grupo de las madres, solamente la mitad de ellas utilizó algún método de anticoncepción moderna; pero la pertenencia étnica no es necesariamente el factor que determina un comportamiento en particular, sino la conjugación de elementos culturales y socioeconómicos que influyeron en el comportamiento específico de este grupo de mujeres.

En ese sentido, la residencia, la disponibilidad y acceso a servicios y la escolaridad impactaron en el conocimiento, aceptación y uso de métodos de control de su fecundidad. De hecho, a partir de la falta de condiciones más ventajosas, varias de ellas emplearon métodos naturales, como la lactancia prolongada, la abstinencia y el coitus interruptus, con el objetivo de lograr un espaciamiento en sus sucesivos embarazos. Vivir en áreas rurales, tener baja escolaridad o no tenerla y enfrentar una propuesta médica de anticoncepción desde una ideología más tradicionalista y religiosa, significó el uso nulo de anticonceptivos modernos en algunos casos.

Para el caso de las hijas, el panorama es más complejo. En primer lugar, hay una gran diferencia entre ellas y sus madres en cuanto al nivel de escolaridad, lo cual las coloca en posiciones distintas. Su condición de universitarias señala que tuvieron las posibilidades económicas y de otra índole para continuar con su educación. Así mismo, vivir en el área urbana significó el acceso a otros recursos y formas diferentes de ordenar y organizar sus vidas.

En cuanto a los métodos de anticoncepción, se ha constatado que hay elementos que favorecen o frenan el acceso, la aceptación y el uso. Pertenecer al sector urbano y poseer un grado avanzado de educación formal, favoreció a las hijas en el control efectivo de su fecundidad. En esta tarea se registró una diversidad de comportamientos, en los que se combinaron métodos modernos con tradicionales, principalmente al estabilizarse con una pareja. Este tipo de prácticas expresa que en el uso y elección de los mecanismos para el control de la natalidad, influyen diferentes elaboraciones socioculturales sobre las propias conductas. Los testimonios señalan, más que una preocupación por el contagio de enfermedades de transmisión sexual, una intranquilidad por el control natal.

Por otra parte, la edad al tener el primer hijo y el número de hijos fueron distintos en las dos generaciones estudiadas. En la mayoría de los casos, la edad de nacimiento del primer hijo es mayor en las hijas que en la de sus madres, incluso con la edad de

la media nacional registrada en 2009 (20.5 años)³¹. El número de hijos de las madres ha sido diferente y significativamente mayor que el de sus hijas. Lo mismo ocurre con el número de hijos deseados. Sin embargo, las hijas reportaron querer tener más hijos de los que tienen realmente, mientras que el caso de sus madres sucedió lo contrario.

Se puede afirmar que la segunda generación tuvo el primer hijo a una edad mucho mayor que la primera generación y que además tuvo menos hijos. Este comportamiento tiene que ver con el acceso a información y servicios, pero también con un cambio en los imaginarios personales, en los que el ideal de familia grande dejó de estar presente en los proyectos de vida de las entrevistadas. Esto indica que a pesar de tener distintos comportamientos con respecto a su sexualidad y reproducción, entran en juego reflexiones de tipo económico y los intereses profesionales de las mujeres, así como los cambios en los imaginarios sobre la maternidad, lo cuales se relacionan estrechamente con la calidad de cuidado y crianza de sus descendientes (Vásquez, 2000).

La baja fecundidad de las entrevistadas está directamente vinculada a la promoción de programas de planificación familiar, a una incipiente política de control del crecimiento de la población en Guatemala y al uso de métodos anticonceptivos modernos. No obstante, la aceptación y uso de estos métodos están determinados por distintos factores socio-culturales. En ese sentido, el uso de anticonceptivos por las entrevistadas no fue el mismo en todos los casos, ya que las experiencias familiares, religiosas y sociales influyeron en el comportamiento que cada una de ellas siguió frente al control de su fecundidad. Al respecto, el nivel de educación y el lugar de residencia son elementos que influyeron en su comportamiento: las mujeres con menor escolaridad y residencia rural o semi-rural tienen prácticas, relacionadas con su

sexualidad, notoriamente diferentes, así como un promedio más alto de hijos; en contraste con las jóvenes con residencia urbana y carreras universitarias.

Vale resaltar que dentro del grupo de entrevistadas se encontraron diferencias, lo cual indica que la escolaridad y la residencia no producen cambios de manera automática, sino que actúan en conjunción con otros factores sociales y culturales. La influencia de distintas instituciones sociales en el comportamiento reproductivo de las mujeres, como la escuela, la iglesia y la familia, son factores que deben considerarse tanto en estudios cuantitativos como cualitativos que consideren estas y otras variables. Estas, indudablemente, se conjugan al analizar las continuidades y transformaciones de fenómenos sociales, como el de la reproducción, así como al indagar sobre las representaciones en torno a la sexualidad, la maternidad y la familia.

Bibliografía

- Arévalo, Marcel (2013). ¿Por qué no salimos de pobres? Diálogo, No. 1 (Cuarta época), Pp. 4.
- Benavides, Jorge (2011). Obstáculos para reducir la pobreza: ¿por qué Guatemala no crece? Boletín 32. FUNDESA.
- Bilsborrow, Richard y Edward Stupp (1997). International migration statistics: guidelines for improving data collection systems. Geneva: International Labour Office.
- Barro, Robert y Jong-Wha Lee (2010). A new data set of educational attainment in the world 1950-2010. National Bureau of Economic Research, Working Paper N. 15902. Pp. 1-47.
- Fagetti, Antonella (1995). Los cambiantes significados de la maternidad en el México rural. "En Relaciones de género y transformaciones agrarias. Estudios sobre el campo mexicano". México: El Colegio de México. Pp. 301-337.
- Ferro, Norma (1991). El instinto maternal o la necesidad de un mito. Madrid: Siglo Veintiuno Editores.
- Galicia, Patricia y Ana Silvia, Monzón (2012). Guatemala: Un año de desafíos para la salud sexual y reproductiva de las mujeres. CIMAC Noticias, Glocalhoy No. 29.
- García, Brígida (2003). Empoderamiento y autonomía de las mujeres en la investigación sociodemográfica actual. Revista de Estudios Demográficos y Urbanos, 18. No. 2 (53). Pp. 221-253.
- (1983). Anticoncepción en el México rural, 1969. Demografía y economía, 10 No. 3. Pp. 297-351.

³¹ Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil – ENSMI – 2009. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – MSPAS.

- González Montes, Soledad (1994). La maternidad en la construcción de la identidad femenina. Una experiencia de investigación participativa con mujeres rurales. En: Nuevos textos y renovados pretextos". México: El Colegio de México. Pp. 147–173.
- Herrera, Coralia (2005a). Explicaciones sobre el cambio de fecundidad en Guatemala – mimeo. México: El Colegio de México.
- (2005b). Análisis estadístico de la transición a la maternidad: Una aproximación para el caso de las mujeres guatemaltecas – mimeo. México: El Colegio de México.
- INE (Instituto Nacional de Estadística) (1996). Censo de población 1995, Guatemala: INE.
- (1997). Guatemala, estimaciones y proyecciones de población 1950-2050. Guatemala: INE-CELADE.
- Lerner, Susana e Ivonne Szasz (2003). La investigación sociodemográfica en salud reproductiva y su aporte para la acción. *Revista de Estudios Demográficos y Urbanos*, Vol. 18, No. 2, (53). Pp. 299–352.
- Mendoza, Edgar (2005). Ciencias Sociales, Sociología y pobreza en Guatemala. *Sociologías*, Porto Alegre, Año 7, No. 14. Pp. 274–301
- (2007). Perspectivas de análisis de la economía informal urbana en ciudad de Guatemala. *Estudios. Revista de Antropología, Arqueología e Historia*. Pp. 69–110.
- Paniagua, Walter y Ana Lucía Hernández C. (2007). Intervención en idioma Kaqchikel de los profesionales de salud: una aproximación a la salud intercultural. Informe de Investigación, USAC-IDEI-DIGI.
- PRESANCA (Programa Regional de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Centroamérica) (2009). Indicadores de situación de seguridad alimentaria y nutrición en Centroamérica y República Dominicana. Guatemala: PRESANCA.
- PNUD (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo) (2010). Guatemala: Hacia un Estado para el Desarrollo Humano. Guatemala: PNUD.
- Quilodrán, Julieta (1983). Algunas de las características de la fecundidad rural en México. En: *La fecundidad rural en México*. México: El Colegio de México. Pp. 95–113.
- Rosas, Carolina (2005). Administrando las remesas. Posibilidades de autonomía de la mujer: un estudio de caso en el centro de Veracruz. *Género, Cultura y Sociedad*. Serie de investigaciones, Vol. 1. Pp. 15–51.
- Salles, Vania y Rodolfo Tuirán (2001). El discurso de la salud reproductiva: ¿un nuevo dogma? En: *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*. México: El Colegio de México. Pp. 93–113.
- Santiso-Galvez Roberto y Jane Bertrand (2004). The Delayed Contraceptive Revolution in Guatemala. *Human Organization* 63, No. 1. Pp. 57–67.
- Sen, Amartya (2000). *Desarrollo y Libertad*. Buenos Aires: Editorial Planeta.
- Taracena Arriola, Arturo (1999). *Invencción criolla, sueño ladino, pesadilla indígena*. Los Altos de Guatemala: de región a Estado, 1740-1871. Guatemala: Centro de Investigaciones Regionales de Mesoamérica, CIRMA.
- UNICEF (Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas) (2011). *Acción Humanitaria para la Infancia. Fomentar la capacidad de resistencia*. Nueva York: UNICEF.
- Vásquez, Elena (2000). *Democracia y cambios culturales*. En: *Las representaciones de la maternidad*. Madrid: UAM. Pp. 87–94.
- Welti, Carlos (1997). *Demografía I*. México: Programa Latinoamericano de Actividades en Población -PROLAP/ UNAM/IIA.

La adherencia al tratamiento de la diabetes tipo 2, en mujeres mayas del occidente de Guatemala, en el contexto de salud pública, etnicidad, pobreza y género¹

Por

Liliana Goldín²

Linda Asturias de Barrios³

Elisa Liliana Xiap Satey⁴

Diana Padilla⁵

Idalma Mejía⁶

Luisa María Mazariegos⁷

Otto de León⁸

Recpción de artículo: 23/Ago/2015

Aceptación de artículo: 31Ago/2015

¹ Este estudio fue auspiciado por la Escuela de Trabajo Social de New York University (Silver School of Social Work).

² Ph.D. en Antropología, Universidad Estatal de Nueva York, Albany, New York University.

³ Ph.D. en Antropología por la Universidad Estatal de Nueva York en Albany, Estudio 1360.

⁴ Médica y cirujana por el Centro Universitario de Occidente, Universidad de San Carlos de Guatemala, Instituto de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zúbiran, México.

⁵ LMSW, New York University.

Enfermera profesional por la Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala, Estudio 1360.

⁶ Licenciada en Antropología por la Universidad del Valle de Guatemala, Estudio 1360.

⁷ Médico y cirujano por la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala, Hospital Nacional de Occidente.

Resumen

La diabetes tipo 2 es una enfermedad que afecta a una gran población en el mundo, incluyendo personas que no han sido diagnosticadas. Si no se controla apropiadamente por medio de dieta, ejercicios, exámenes periódicos y medicación, puede provocar lesiones graves e incluso la muerte. Entre 2013 y 2014, se realizó un estudio cualitativo en un hospital público de Quetzaltenango, Guatemala, para comprender los factores limitantes y facilitadores de la adhesión al tratamiento de diabetes tipo 2, en mujeres mayas. Para ello, se realizaron entrevistas con 29 mujeres, pacientes de diabetes tipo 2 y cuatro médicos del hospital. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y procesadas con apoyo de un programa para análisis cualitativo. La mayoría de mujeres reportó baja escolaridad y una situación socioeconómica de pobreza. Se aplicó un marco teórico que toma elementos de las teorías de la comunicación y la psicología social y considera el contexto socioeconómico y cultural específico de la población. El marco organiza las formas de identificar los factores de la adherencia al tratamiento en tres procesos: comunicación, motivación y facilitación. Asimismo, permite plantear mejoras en, a) la comunicación entre profesional médico y pacientes; b) la motivación de las pacientes para cumplir con el comportamiento prescrito en el tratamiento y c) la facilitación del comportamiento de las pacientes por medio de la atención a las barreras sociales y económicas que lo impiden.

Abstract

A qualitative study was conducted at a public hospital in Quetzaltenango, Guatemala from 2013 to 2014 to assess the factors that affect the difficulties that indigenous women, mostly with limited schooling and economic resources have to comply with established protocols to control Type 2 Diabetes. Diabetes Mellitus affects a large sector of the population of Guatemala and the world, many never diagnosed and results in serious and often preventable consequences with appropriate controls. Interviews were conducted with 29 women and four physicians involved in care of diabetes patients in the Department of Internal Medicine of the Hospital Nacional de Occidente. Interviews were recorded, transcribed and coded and entered into a qualitative analysis digital processor. A CMF (communicate, motivate, facilitate) framework emerged from the data identifying the factors specific to improving education of patients, communication between patients and doctors, the motivation of patients to comply with treatment and the examination of barriers that impede adherence and facilitation of compliance.

Introducción

La alta incidencia de casos de diabetes tipo 2 (DT2) en Guatemala y las dificultades para diagnosticar y tratar la enfermedad se ubican en la interacción entre la pobreza, el género y la etnicidad. Este artículo se enfoca en las dificultades que tienen las mujeres mayas de Guatemala que padecen DT2, para adherirse a los protocolos indicados para su tratamiento en servicios de salud pública. Esta población, perteneciente a las más vulnerables del mundo a la enfermedad, sufre los efectos de DT2 e incluso muerte prematura. Tiene dificultades para lidiar, mantener y cumplir con las recomendaciones médicas o simplemente no consulta al médico ni va al hospital hasta que ya es tarde para controlar las complicaciones que resultan del síndrome metabólico y que conducen a la ceguera o pérdida de extremidades, entre otras lesiones.

Este estudio fue realizado con el objetivo de analizar factores limitantes y facilitadores de la adhesión al tratamiento de DT2, en mujeres mayas, en el contexto económico, social y cultural, como primera fase, para posteriormente diseñar y desarrollar programas de prevención y difusión que mejoren la adherencia al tratamiento, aun en contextos de pobreza.

Los servicios de salud pública de tercer nivel disponibles en zonas urbanas de Guatemala reciben a diario numerosos pacientes, principalmente mujeres que presentan complicaciones de DT2, una de las razones primordiales para acudir a un hospital. El sistema de salud pública en Guatemala es considerado como uno de los que presentan los déficits financieros más altos en Latinoamérica. Ha sido caracterizado como fragmentado y segmentado y con debilidades para responder al derecho social a la salud (véase Hernández, 2010). El acceso a la salud refleja desigualdades sociales por estrato económico, etnicidad, sexo, edad y área de residencia (PNUD, 2010). En el Hospital Nacional de Occidente, en Quetzaltenango, por ejemplo, solo se cuenta con una enfermera profesional, que no habla un idioma maya, para proveer orientación e información a los

pacientes sobre sus respectivos tratamientos. En este y otros hospitales, no se han podido contratar intérpretes conocedores del vocabulario médico que faciliten la comunicación entre el personal médico y pacientes mayas, monolingües (en k'iche' o mam, por ejemplo), o con poco conocimiento del español. Las esperas para consultar a especialistas o para llevar a cabo exámenes de rutina son largas y el personal médico no dispone de suficiente tiempo para explicar los tratamientos a sus pacientes. Estos tratamientos suelen ser complicados y caros; su explicación requiere más de los 10 a 15 minutos disponibles para cada paciente. Incluyen cambios en la dieta, medicación permanente, exámenes frecuentes y ejercicio.

El problema de la adherencia en países en desarrollo

Las intervenciones para aumentar la adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2 (DT2) tienen efectos modestos y limitados. El énfasis en esta sección es en las perspectivas que abordan los problemas en los países en desarrollo y en poblaciones indígenas. Estas se caracterizan por una mayor marginalización, tanto en contextos globales como en Guatemala, y por seguir modelos y concepciones de salud que generalmente son distintos a los biomédicos (véase Wiedman, 2006, 2012).

El problema de aumento de la incidencia de diabetes tipo 2 (Mellitus) en el mundo no se puede subestimar. Diversos estudios analizan la diabetes como una epidemia global (Lipska, 2014, Shaw et ál. 2009, WHO 2003). En Latinoamérica y el Caribe, estadísticas de 2000 revelan que el costo anual total (directo e indirecto) se estima en 65,216 millones de dólares (Barceló et ál. 2003; Wild et ál. 2004; WHO, 2003).

En Guatemala, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social estima que un millón de habitantes se encuentra afectado con diabetes. Los departamentos con mayor tasa de mortalidad son Quetzaltenango, Escuintla, Guatemala y Chimaltenango. El Atlas de la diabetes de la Federación Internacional de Diabetes

registra que 7,202 personas fallecieron por esta afección en 2012. La Organización Mundial de la Salud reporta que en Guatemala, en el 2008, la diabetes Mellitus constituyó la segunda causa de mortalidad de las mujeres (después de la influenza y la neumonía); la primera de mujeres entre 40 y 59 años; el 7.43 % de las mujeres en general y el 12.09% del segundo grupo etario (OPS/OMS 2013). Según datos recogidos entre octubre de 2012 y noviembre de 2013, en el Hospital Nacional de Occidente, Quetzaltenango, la DT2 constituyó una de las causas principales de visitas al hospital, con frecuencia siguiendo a pacientes con hipertensión arterial o enfermedades pépticas, con un promedio de 48 personas por mes, entre aquellas que llegaron para su primera visita al hospital (HNO, 2014).

Uno de los mayores problemas en los países en desarrollo es la falta de suficientes servicios de salud para las poblaciones con pocos recursos económicos, ya que los tratamientos de control de DT2 suelen ser caros porque requieren controles frecuentes, exámenes de laboratorio, nuevos alimentos en las dietas y medicación permanente. Los países que pueden proveer algún tipo de seguro médico como México, con el Seguro Popular, están reduciendo parte del impacto en individuos y familias. Sin embargo, en Latinoamérica, el acceso a seguro médico para las poblaciones más vulnerables es limitado (Sosa-Rubí et ál.2009).

Varios estudios sugieren que los pacientes que conocen más sobre su condición diabética logran controlarla mejor (Barceló et ál.2001; Rawal et ál.2012). Otros indican que cuanto más sencillos y claros son los regímenes de control, los pacientes pueden seguir mejor sus rutinas (Gagliardino et ál.2007). Unos más señalan que mayores niveles de conocimiento contribuyen a un mejor autocontrol, mayor autoeficacia y a actitudes más positivas (Cyrino et ál.2009). La mayoría de los estudios encuentra que la educación es un factor protector en el tema de la adherencia. Otros plantean que cuando los pacientes perciben una incongruencia o disonancia entre sus maneras de comprender su enfermedad y las de la comunidad biomédica, suelen ser menos constantes en la adherencia a los tratamientos indicados. Asimismo,

esa disonancia entre la comprensión culturalmente construida y la biomédica transmitida en servicios de salud provoca estrés, lo cual intensifica problemas físicos y psicológicos (Daniulaityte, 2004; Hjelm and Bard, 2013; Williams et ál.1998; Scheder, 1988). Además, la tensión entre los modelos biomédicos y los modelos locales/comunitarios de algunas poblaciones (Kleinman, 1980) resulta en problemas de adherencia debido, no necesariamente a la falta de motivación para cumplir con el tratamiento, sino por los problemas prácticos que implican los protocolos (falta de dinero, falta de apoyo familiar, distancia de los servicios de salud y acceso a medicinas, etc.) (Hunt & Arar, 2001; Garro, 1995).

La literatura señala algunos factores que contribuyen a una mayor adherencia. En particular, la condición de género y la situación familiar son esenciales junto con el apoyo social. Se observa que los hombres, en especial en Latinoamérica, están más protegidos de las complicaciones que las mujeres debido a la costumbre prescrita que otorga a la mujer el rol de apoyo y sustento físico y moral del hombre. Las mujeres suelen cumplir menos con sus tratamientos porque en parte tienen menos apoyo de su familia que los hombres (Kalyango et ál.2008; Di Matteo, 2004; Kagee and van der Merwe, 2006). Cuanto mayor apoyo familiar se documenta, se da mayor adherencia (Garay-Sevilla et ál.1995). La adherencia al tratamiento no es un problema individual de cada paciente, sino un problema familiar y comunitario (Yates-Doerr, 2012; Gomes-Villas et ál.2012). Por ello, a mayor disfuncionalidad en la composición y relaciones familiares, menor adherencia al tratamiento (Amador-Díaz et ál.2007; Méndez-López et ál.2004). Estos y otros factores contribuyen a afectar las posibilidades de sobrellevar la enfermedad (Turan et ál.2002).

Numerosos estudios en Latinoamérica y el resto del mundo en desarrollo documentan muchas de las barreras que limitan la adherencia. La pobreza, manifestada en la falta de dinero para comprar medicinas y hacer visitas médicas, es una de las barreras más difíciles de sobrellevar (Meneses-Rentería et ál.2012; Adisa et ál. 2011; Barceló et ál.2003; Arredondo & Zúñiga, 2004; Wild et ál.2004). Las

estrategias de comunicación del personal médico pueden facilitar o limitar los niveles de adherencia (Haskard y DiMatteo, 2009; Bevan 2014; Chary et ál. 2012). La depresión es un factor reconocido que impide la adherencia y que se observa con frecuencia en pacientes con DT2 (Jahan et ál. 2011; Zuberi et ál. 2011).

Una revisión de metaestudios sobre numerosas intervenciones para aumentar adherencia al tratamiento de DT2 indica que la educación grupal para el autocontrol suele ser efectiva y más económica que la educación individual, mejora los resultados clínicos, de estilo de vida y psicosociales (Steinsbekk et ál. 2012). Por otro lado, como las intervenciones más efectivas suelen ser complejas porque tienen que incluir numerosos aspectos relacionados con la adherencia, los efectos totales tienden a ser modestos (McDonald et ál. 2002).

Método

El estudio cualitativo se realizó en el Hospital Nacional de Occidente, Quetzaltenango, de noviembre de 2013 a junio de 2014, con el apoyo del Departamento de Medicina Interna y con financiamiento de la Silver School of Social Work, New York University. Para ello, se realizaron entrevistas semi-estructuradas a 29 mujeres pacientes del Hospital, en su mayoría mayas, y a cuatro médicos (dos hombres y dos mujeres). Los datos recogidos consisten en percepciones y experiencias de mujeres pacientes diagnosticadas con DT2 y opiniones y experiencias del personal médico del Hospital.

Las entrevistas se llevaron a cabo en el Hospital antes o después de que las pacientes fueran atendidas y también al inicio de una Jornada Educativa sobre Diabetes tipo 2, organizada por el Departamento de Medicina Interna. Las entrevistas fueron conducidas y grabadas con consentimiento de las pacientes. Duraron entre 45 y 80 minutos e incluyeron experiencias con los diferentes aspectos del tratamiento: dieta, ejercicio, exámenes de laboratorio y medicación. Las pacientes respondieron preguntas sobre sus fuentes de apoyo familiar y comunitario, sus conocimientos

sobre la enfermedad, reacciones al diagnóstico inicial, comportamiento diario y dificultades que sufrieron en el proceso de control de su enfermedad. Tanto al personal médico como a las pacientes se les solicitaron ideas y recomendaciones de formas de mejorar la adherencia y facilitar el control de la enfermedad.

Las grabaciones fueron transcritas literalmente. El contenido de las transcripciones fue analizado por dos investigadoras en forma separada para verificar la consistencia. Cada una codificó temas y subtemas. Se creó un manual de códigos, algunos preestablecidos y otros emergentes. Una vez confrontados los códigos por comparación, los materiales fueron ingresados en el programa Atlas-ti. Digitalmente se solicitaron del programa los códigos asociados a los temas principales identificados y se analizaron por contenido, una vez más con ejemplos de las expresiones de las pacientes.

Características de las pacientes entrevistadas

La escolaridad de las mujeres varía entre 0 a 17 años, es decir, entre ausencia de educación formal y nivel universitario, con un promedio de cuatro años ($DS=4.6$), equivalente a cuarto grado de primaria ($DS=5$). Las pacientes habían sido diagnosticadas con diabetes entre 1 y 23 años antes de la entrevista; el promedio fue 9 años ($DS=7$). El 57% es católica y el 43% evangélica. El 17.2% reportó que eran amas de casa y que no tenían ninguna fuente de ingreso personal. La mayoría, 82.7%, genera ingresos por medio de actividades como trabajo doméstico remunerado, bordados, ventas en el mercado o a domicilio, pastoreo o crianza de animales, siembra en su terreno, trabajo como comadrona o en enfermería. Además de agricultura y pastoreo, indicaron que sus esposos trabajan como albañiles, en comercio, producción de indumentaria indígena y ventas en el mercado. Las mujeres, en su mayoría, están casadas (89%), 7% son viudas y 3% solteras. Su competencia lingüística varía entre monolingüismo en español y bilingüismo maya-español. La mitad reporta hablar solo en español. De la mitad restante, unas hablan un idioma maya (k'iche' o mam) y español, en grado incipiente o con mayor competencia bilingüe.

El tiempo de traslado en transporte público al hospital desde sus comunidades dura entre 20 y 90 minutos. Todas viven en municipios del departamento de Quetzaltenango, en áreas rurales y urbanas. El tiempo de permanencia en el hospital, espera y atención en la consulta externa, una vez que entran al hospital, varía entre dos y cuatro horas. Muchas esperan desde antes de las seis de la mañana para ingresar a los servicios. La consulta médica se inicia a las ocho de la mañana y algunos días a las nueve.

Resultados

Componentes del tratamiento

El tratamiento prescrito para el control de diabetes tipo 2 es complejo e incluye, por lo menos, cuatro componentes principales: dieta, control de la glucosa por medio de medicamentos, exámenes para evaluar niveles glicémicos y ejercicio físico. La dieta es explicada a la paciente por los médicos y, en algunos casos, por la nutricionista⁹. La dieta recomendada incluye eliminación o reducción de azúcares, disminución de grasas y sal, varias porciones al día y menores cantidades (médicos entrevistados).

Las respuestas de las pacientes evidencian diversidad de niveles de comprensión y percepción sobre la dieta indicada. Las observaciones de las pacientes incluyen una gama de estas consideraciones ilustradas en las siguientes citas:

(a) "No sé qué puedo comer y qué no puedo comer..." (b) "No puedo comer nada de azúcar y comida con grasa..." (c) "Puedo comer de todo, pero con moderación..." (d) "Solo puedo comer güisquil y otras verduras..." (e) "Me dijeron que coma mucha fruta..." (f) "Que no comaplatanos..." (g) "Me dijeron que coma sandía..." (h) "Que no coma sandía..." (i) "Que coma azúcar solo una vez al día; si la tomo con el desayuno (café o atol), que no la tome el resto

del día." Una paciente dijo: "Es que fíjese que como fui a dos consultas me dijo un montón de cosas, pero como yo ya no fui, entonces todo eso pienso yo que eso me lo tiene que ir diciendo por pasos, ¿verdad?"

Pocas pacientes consultan a una nutricionista y las que lo han hecho también presentan varias perspectivas:

(a) "Me dio una lista por escrito, pero la mayoría de lo que incluye es caro o difícil de obtener, como leche en polvo y atún," (b) "Me dijo que coma de todo, pero con cuidado y en moderación; si comía ocho tortillas, que ahora coma tres."

Con relación a la medicación y exámenes de laboratorio, la mayoría de las pacientes recibe receta para medicamentos. Asimismo refiere tomar la/s medicina/s indicada/s aunque no siempre en forma continua. La gama de prácticas que reportan comprende desde seguir la prescripción, pasando por diferentes formas de toma inconsistente de las medicinas, hasta no tomarlas:

(a) "Tomo todas las medicinas que me indica el Dr." (b) "Tomo las medicinas cuando puedo comprarlas, cuando mi marido puede comprarlas, cuando hay dinero." (c) "Tomo las medicinas cuando me siento mal y las dejo cuando me siento mejor." (d) "Cuando tomo las medicinas, me da gastritis y las dejo de tomar." (e) "No tomo las medicinas, nunca las he tomado. Me dijeron que hacen mal, que hay gente que muere por tomar las medicinas."

En relación con la asistencia a las citas de seguimiento a su tratamiento en el hospital, las pacientes reportan:

(a) "Me cuesta venir al hospital, el médico dijo que venga cada tres meses." (b) "Vengo cuando puedo" (c) "Vengo cuando me lo dice el médico."

Sobre el cumplimiento del tratamiento farmacológico, los médicos señalan además el cambio de la medicina adquirida en relación con la receta:

⁹ La plaza de nutricionista en la Consulta Externa del Hospital estaba vacante en el período de recolección de la información.

"A veces apuntamos una cosa y el paciente trae otra. Se le explicó y se le dio la receta, pero terminó comprando un medicamento diferente. A veces porque en la farmacia le dijeron que era más barato o que era lo mismo."

También se evidencia poca comprensión de los resultados de los exámenes de laboratorio por parte de las pacientes:

"¿Qué quieren decir los datos que salen (de los exámenes)? Saber, si está alto o bajo." "¿Cada cuánto [sacar sangre]? Eso no lo sabemos, pero como no le preguntamos al doctor."

Las pacientes indicaron que suelen hacerse los exámenes de glucosa en el hospital. Unas pocas lo hacen en el Patronato del Diabético, o en clínicas privadas. Debido a su costo y a la necesidad de comprar tiras activas, muy pocas pacientes usan glucómetros para el control frecuente de su nivel de glucosa. Las que los usan suelen tener ayuda de sus hijas u otros familiares. Las que tienen glucómetro a menudo se quedan sin tiras activas porque los modelos se descontinúan y entonces los dejan de usar. Desde el punto de vista médico, los problemas con el uso del glucómetro son el bajo nivel económico de las pacientes, el cual no les permite adquirirlo, y las dificultades por desconocimiento para interpretar los resultados.

En relación con el ejercicio, la gran mayoría de las pacientes realizan actividades del hogar que les requieren un nivel de actividad física. La mayoría no practica el ejercicio recomendado por el personal médico. Las pacientes indican que suelen caminar, en especial las que venden, pastorean, salen a recoger leña, van a recoger a los hijos e hijas a la escuela o trabajan en el campo:

(a) "Me dijeron que camine media hora todos los días." (b) "Me dijeron que camine una vez por semana." (c) "Me dijeron que corra. ¿Adónde voy a correr?" (d) "No me dijeron nada sobre ejercicio."

En el contexto de la discusión sobre los protocolos y qué recuerdan las pacientes de las recomendaciones médicas, el tema de la comunicación es fundamental. Los galenos y las médicas indicaron las dificultades que presentan las barreras lingüísticas (dominio o preferencia del español por parte del personal médico en contraste con el dominio o preferencia del idioma maya materno por las pacientes y falta de intérpretes institucionales), la falta de materiales gráficos y el reducido tiempo para las consultas. Frente a estas dificultades comunicativas, a veces las mujeres llegan con sus esposos o un hijo/a que habla español y puede traducir. Asimismo, algunas pacientes brindaron ejemplos efectivos de comunicación según percibieron los mensajes de sus médicos:

a) "Pero yo no, yo me limito y yo misma digo, no, tengo que cuidarme yo misma. Así como me dijo un médico, si usted se quiere a sí misma, si usted se aprecia, si usted levanta su autoestima, usted se tiene que cuidarse mucho." b) "Solo así como me dijo a mí un médico, está Dios, está su esposo, pero el que más está, el que se está cerca de usted es su medicamento. Ese va a ser su compañero."

Para resumir, se observaron niveles muy diversos de comprensión de los protocolos de tratamiento y la calidad de la comunicación con respecto a las expectativas de cumplimiento del tratamiento. Una comunicación clara que promueva la comprensión de la enfermedad es esencial. Por lo tanto, con base en lo anterior, la comunicación entre profesionales médicos y pacientes necesita mejoras y es por eso que surge como uno de los elementos principales del modelo para mejorar la adherencia.

Motivación de las pacientes para cumplir con el tratamiento

Una vez que las pacientes comprenden el tratamiento (lo que tienen que hacer), tienen que estar motivadas para hacerlo. La comprensión es importante, pero no es suficiente. A continuación se presentan las variables que emergen de los datos como

importantes para la motivación: (1) percepción de las ventajas y desventajas asociadas con la realización del comportamiento; (2) normas y presiones sociales que rodean la realización del comportamiento; (3) el estigma asociado con el comportamiento y el correspondiente auto concepto/ imagen social; (4) reacciones emocionales, y (5) autoeficacia o la percepción de las mujeres de su habilidad para realizar el comportamiento esperado. Se ofrecen ejemplos de estas categorías a continuación:

- *Ventajas y desventajas percibidas:*
(a) "Cuando hago dieta, me siento mejor." (b) "Cuando hago dieta, siento hambre." (c) "No puedo hacer dieta porque, si como tan poco, no puedo vivir." (d) "Cuando no hago la dieta, me siento mal." (e) "Cuando como de todo, me siento feliz." (f) "Cuando no puedo comer lo mismo que otros, me siento mal." g) "Que según lo que ellos dicen, pero yo sí no la hice porque, más necesitaba comer, porque necesitaba más vitamina, y qué me voy a hacer esa dieta, tal vez ya me hubiera muerto. ...No quiero que me saquen la comida, los tamalitos, porque de eso vivo. Sacando eso, tal vez el hambre me mata."
- *Presiones normativas:*
(a) "La gente siempre invita con comida y no se puede decir que no." (b) "Mi familia quiere que coma con ellos." (c) "Mi esposo me ayuda con la dieta." (d) "Mi hija me insiste que debo cuidarme con la comida." e) "A veces cuando tenemos fiesta, porque a veces, por ejemplo, cuando hay cumpleaños, me dicen come su pastel mamá, cómelo, bueno les digo yo, como un pedacito porque ya lo sentí la vez pasada, cuando lo comí el pastel, me hizo mal." f) "Sí, pues lo que he escuchado es que hay Dios mira ella está muy delgada, ya se va a morir. Ay Dios y empiezan otras cosas que mejor ni le digo. Le digo Padre, no. Empiezan a hablar mal, en vez de apoyar, decir adelante, o algo o una palabra de ánimo. No, por eso uno trata la manera de que la enfermedad no se sepa."

- *Estigma y auto-concepto:*
(a) "La gente de la comunidad habla mal de uno." (b) Mi esposo dice que soy sucia por tener DT2." c) "Porque es uno mismo el que se está haciendo daño, entonces donde está su autoestima decía yo, pero soy yo la que ha hecho esa crítica constructiva."
- *Emociones:*
(a) "Me siento muy triste de pensar que tengo que hacer dieta por el resto de mi vida." (b) "Si no puedo comer tortillas, me siento triste." (c) "Me desespera sentir que tengo esta enfermedad."
- *Autoeficacia:*
(a) "Sí, creo que puedo hacer la dieta, con la ayuda de Dios." (b) "Sí, soy capaz de hacerlo siempre que mi familia me apoye." (c) "No, no puedo comer separada de mi familia." (d) "No sé si tengo la voluntad de hacer la dieta." (e) "No tengo dinero para comer lo que me piden."

La clasificación anterior identifica áreas clave para el diseño de programas que busquen, desde la salud pública, motivar a pacientes diabéticas a seguir sus protocolos. Preguntas orientadoras de estas áreas son: (1) ¿Cuáles son las ventajas y desventajas percibidas de seguir el tratamiento? (2) ¿Cuáles son las presiones sociales que tienen que ser atendidas y que pueden tomar en cuenta parientes y amigos para apoyar a la paciente? (3) ¿Cómo juzga la paciente su habilidad para cumplir con el tratamiento? (4) ¿Qué tipos de estigma e imagen social proyectan las mujeres al cumplir con el tratamiento y cómo se ajustan las nuevas prácticas al sentido de sí mismas y sus auto imágenes? Y (5) ¿Cómo se sienten emocionalmente las pacientes cuando cumplen o intentan cumplir con el tratamiento? Estas consideraciones también pueden adaptarse al diseño de programas orientados para hombres.

Facilitación de la adherencia una vez que las mujeres están motivadas

Aun cuando las mujeres estén motivadas para seguir un comportamiento, no siempre lo hacen. Por ejemplo, a veces hace falta planear y prepararse

para poder cumplir con la intención. Tener o hacer tiempo para hacer el ejercicio prescrito, adquirir y preparar los alimentos recomendados, trasladarse al hospital, disponer de tiempo para esperar la atención del servicio médico o contar con dinero para pagar los medicamentos, etc. Con frecuencia, para poder realizar el comportamiento hace falta tener conocimientos, habilidades, recursos económicos, entre algunos elementos. A veces depende de otras personas que provean dinero a la paciente, la acompañen, la lleven al hospital. Hay muchos factores identificados que interfieren con el deseo de traducir la intención/motivación en comportamiento: barreras ambientales y estructurales, falta de conocimientos u habilidades, hábitos y costumbres. Aquí se pueden diferenciar las barreras que impiden la motivación tales como “no voy a entender la dieta.” o “mis vecinos no me van a querer si saben que tengo Diabetes.”; de las barreras materiales, “no tengo dinero para comprar medicinas”. Las principales barreras para la facilitación se resumen en falta de dinero, tiempo, apoyo familiar o comunitario, así como la falta de información.

Algunas de las preguntas orientadas para comprender por qué las pacientes que están motivadas no llevan a cabo el comportamiento son: (1) ¿Qué aspectos del ambiente obstaculizan o facilitan el convertir la intención en comportamiento? (2) ¿Qué conocimientos son necesarios? (3) ¿Qué claves para la acción se pueden establecer para facilitar el comportamiento (recordar, repasar, proveer transporte, apoyo, etc.)? (4) ¿Qué hábitos o procesos conducen a las mujeres a no realizar el comportamiento deseado? ¿Qué nuevos hábitos se pueden establecer? y (5) ¿Qué puede convencer a las pacientes para que cambien de opinión y decidan seguir con el tratamiento? Conocer las respuestas a estas preguntas contribuirá a facilitar la conversión de motivación en comportamiento y con ello a aumentar la adherencia.

A continuación se proveen ejemplos de barreras a la adherencia al tratamiento de DT2 en las palabras de las mujeres entrevistadas:

- *Género y pobreza:* a) “Me porté mal. Me regañaron. Estuve hospitalizada dos veces por mal funcionamiento del riñón. Cumplir con una

dieta estricta es difícil porque cocino para mis hijos y cocinar aparte es otro gasto.” b) “Pues fíjese que, bien, la vez pasada... me mandaron a la nutricionista, pero han querido mandarme, pero no he querido ir porque voy a caer a lo mismo pues, de que me va a decir, coma esto, tome esto, que esto, aquello, que compre fibra, que compre, y uno no tiene posibilidades de darse ese lujo. Porque para mí es un lujo eso, verdad... Fíjese, son 46 quetzales [para comprar la leche especial] y mi esposo me da 50 quetzales diarios para el gasto, y qué voy a hacer con los tres tiempos de comida... Me lo quito yo, aguanto hambre en estar haciendo cola y perdiendo el tiempo y no voy a hacer lo que ella me dice.”

- *Pobreza:* “Pues, la verdad de que, después de todo eso, yo ya no me fui porque, tantos exámenes que querían, querían más exámenes, que de heces, que de orina, de, ay no sé qué más, como cuatro o cinco exámenes querían. Ay no, yo ya no me fui porque tantos exámenes, tanto dinero. Como decían las personas que gente de dinero creo que los salva la diabetes, pero ya uno así, ya no puede uno atacar la diabetes, por tanto, tanto dinero.”
- *Falta de tiempo para hacer ejercicios:* “—Y el ejercicio que le mandó el doctor que la hiciera sudar, ¿no lo hace?” “No. Es que tiempo no me queda, porque llego a mi casa, más o menos, salgo de aquí a la una y media, pero es una hora de camino por tanto semáforo, llego a las dos y media. En lo que almuerzo son las tres de la tarde. Y de ahí me pongo a limpiar trastos, que a limpiar la cocina, que a preparar mi almuerzo del otro día, ya voy terminando más o menos seis de la tarde... Cuando veo ya son las 10 de la noche y a dormir, porque ya me duermo, ya se duerme uno bien cansado.”
- *Apoyo social y familiar:* a) “[mi esposo] No, no me da porque fíjese que él me dice, si vos tenés tienda, de ahí lo podés sacar, ahí te ayudás. Le digo yo, mire, le digo, necesito mi par de zapatos, mi ropa ya está viejita, no me la puedo, ya no. Sí hombre, está jodido, me dice él.” b) “A veces

tengo que ajustar para la comida, de dónde voy a sacar tanto dinero si no puedo. Cuánto se le gana a la docena de tortrix. Si se rompe uno, ya se perdió la ganancia, le digo yo. A veces me dice él, ¿tus pastillas de la presión todavía tenés? Tengo le digo yo, pero él sabe que yo no tengo. A veces son 500, 600, 700, 800 quetzales, me dice te voy a ayudar con 100.” c) “No [hacen la dieta con ella], porque él al contrario se enoja, dice qué tanta medicina. Él me ha ayudado como dos veces, por eso yo voy a lavar para comprar mi medicina.”

Perspectivas del personal médico y de las pacientes para mejorar la adherencia

El personal médico expresó la importancia de contar con traductores informados para mejorar la comunicación con pacientes que no dominan el español. Varios sugirieron el uso de materiales gráficos para ilustrar las dietas. El personal médico enfatizó las limitaciones de tiempo, espacio y la insuficiencia de los laboratorios del hospital para cubrir las necesidades de la población atendida. Insistieron en la importancia de brindar información a las pacientes y a sus familias no solo sobre la DT2, sino sobre temas más generales del complejo metabólico, incluyendo la necesidad de mantener peso apropiado y alimentación balanceada y con bajos niveles glicémicos. Señalaron la necesidad de eliminar la desinformación con respecto al origen de la enfermedad y los efectos de los medicamentos. Sugirieron difundir información sobre la enfermedad con el apoyo de capacitadores, facilitadores y personal voluntario.

Por su parte, las pacientes, además de indicar la importancia de cumplir con los protocolos indicados, enfatizaron la necesidad de utilizar diferentes medios en las comunidades rurales para divulgar la información sobre la enfermedad. Las pacientes mayores mencionaron el radio o la televisión y las más jóvenes, las redes sociales en internet (como Facebook), que ya las está usando la juventud rural. Esta información podría reducir el estigma asociado con la DT2 y aumentar la adherencia. Mencionaron

el papel que podrían desempeñar los puestos de salud (primer nivel de atención del sistema de salud), por ejemplo, contar con glucómetros y medir los niveles glicémicos, proveer información a pacientes, capacitar a integrantes de la comunidad sobre la enfermedad y su tratamiento para que apoyen en la comunicación comunitaria. Entre los actores identificados en la función o promoción informativa también se mencionaron los Cocodes (Consejos Comunitarios de Desarrollo), las autoridades municipales y jóvenes estudiantes del ciclo diversificado del nivel medio o del nivel universitario. Estos últimos, según los requisitos del Currículum Nacional Base del nivel diversificado, del nivel medio o de los planes de estudio de diferentes carreras como enfermería, medicina, trabajo social, antropología, sociología y otras, ofrecen espacios formativos (seminarios, pasantías, trabajo profesional supervisado, proyectos de bienestar de proyección a la comunidad) que podrían utilizarse para apoyar la divulgación de información sobre la diabetes.

Las pacientes sugieren formas graduales de comunicar la información sobre las dietas y otros aspectos del tratamiento, ya que se sienten abrumadas en las visitas médicas y de nutrición. Asimismo piensan que el cambio de dieta no debería ser brusco, sino gradual. Enfatizan la necesidad de conocer sobre la enfermedad y su tratamiento en su idioma materno, incluyendo la opción de intérpretes. Algunas indican que la única manera de mejorar la adhesión es tener mayor autocontrol y estima personal, mientras que otras recurren a cobijarse en su religión o fuerzas más allá de su control. Pensando en las nuevas generaciones, las pacientes también enfatizaron la prevención: el papel de la escuela primaria en la formación de la niñez sobre alimentación sana y formas de evitar o reducir la obesidad.

Discusión de los resultados y marco teórico emergente

Tres procesos que contribuyen a la adherencia al tratamiento de la DT2 emergieron de las entrevistas como necesarios y relevantes: (a) la comunicación clara y significativa entre personal médico y pacientes,

(b) la motivación de las pacientes para que cumplan con los protocolos de tratamiento, y (c) la facilitación de la ejecución de los comportamientos de las mujeres que están motivadas para cumplir con el tratamiento. Este marco teórico está integrado entonces por tres elementos conceptuales clave: comunicación, motivación y facilitación (CMF). Una extensa literatura empírica en las ciencias sociales analiza estos tres procesos y su aplicación en programas de adherencia a tratamientos.

Se espera que la comunicación entre proveedores de salud y pacientes sea mutuamente inteligible y que se constate la comprensión del tratamiento y lo que se espera de los pacientes. Las teorías de la comunicación señalan la importancia de la fuente de la comunicación (¿quién provee la información, una especialista médica, un nutricionista, otra paciente?), el estilo de la comunicación, el momento en que ésta ocurre, el código (idioma, por ejemplo), la frecuencia, el contenido, el contexto y las herramientas, habilidades y valores de la persona que actúa como receptora. Por ello, los mensajes sobre el tratamiento y el diseño de programas educativos orientados a pacientes tienen que tomar en cuenta estos factores y las características de la población objetivo (cultura, idiomas, escolaridad y otros). Trasplantar modelos aplicados a otras poblaciones puede producir una comunicación fallida e inadecuada.

Muchos de los problemas identificados por médicos y pacientes se refieren a la falta de información sobre la enfermedad. Pacientes monolingües en idioma maya o con poca competencia en español, o bilingües con niveles bajos de escolaridad, son afectadas negativamente en el proceso de la comunicación. Es aquí donde la intersección entre la etnicidad, la pobreza y el género impactan negativamente la salud o el acceso a la misma. Las mujeres disponen de menor libertad y recursos económicos para preparar varias comidas al día y suelen seguir los deseos y preferencias alimenticias de sus esposos. Son ellas las que apoyan a sus esposos si ellos necesitan seguir planes de vida específicos, pero ellos no siempre están dispuestos a apoyar las necesidades de sus esposas. Un paso fundamental es

el uso de los idiomas mayas (como idiomas maternos de las pacientes) para comunicar información sobre la enfermedad y el tratamiento (como está prescrito en la Ley de Idiomas Nacionales), así como el diseño y empleo de materiales gráficos con pertinencia cultural que ilustren la dieta, medicación, exámenes y ejercicios. Estos materiales también permitirían compartir con la familia la información recibida sobre el tratamiento y generar el apoyo de la misma. Asimismo, es necesario abordar la desinformación sobre la enfermedad y el uso de medicinas y disipar los temores que la misma genera. Una comunicación clara es solo parte del abordaje. Hace falta motivar a las pacientes para que estén dispuestas a seguir los protocolos indicados.

Los resultados del estudio sugieren cinco clases de factores que se tienen que tomar en cuenta en el diseño de programas: (1) las ventajas y desventajas percibidas por las pacientes sobre el comportamiento indicado, (2) las normas y presiones sociales asociadas con el comportamiento, (3) el estigma asociado con el comportamiento y el correspondiente autoconcepto/imagen social, (4) las reacciones emocionales que produce el comportamiento, y (5) la autoeficacia con respecto a ejecutar el comportamiento. La comprensión de los factores de una motivación positiva o negativa contribuye a su abordaje para aumentar la motivación de las mujeres a la adhesión al tratamiento.

El personal médico entrevistado enfatizó la necesidad de abatir la desinformación y enfrentar las causas de resistencia, presiones sociales y falta de autoeficacia que afectan la adherencia de las pacientes. Ellas recomendaron explicar el origen de la enfermedad y las consecuencias de no seguir los tratamientos y tomar en cuenta las presiones emocionales y sociales que interfieren con la adherencia. Para enfrentar una baja motivación, será necesario examinar cada una de las cinco categorías de factores de la motivación. Al sensibilizar a las familias y sus comunidades sobre la enfermedad y su tratamiento, se podrá promover su apoyo hacia las pacientes y con ello se reducirá el estigma asociado a la DT2, y se fomentarán normas sociales positivas con respecto al tratamiento y adherencia. Si las pacientes

sienten que sus familias y comunidades las apoyan para seguir el tratamiento, estarán más motivadas para realizar los comportamientos prescritos. Abunda en la literatura científica evidencia sobre la relevancia de cada una de las cinco categorías de factores en la motivación (Jaccard y Levitz, 2014), la cual fundamenta su aplicación en el diseño de programas para promover la adherencia.

Además de la necesidad de comunicar y motivar, este estudio también sugiere el papel que los servicios de salud podrían jugar en la facilitación de la ejecución de los comportamientos requeridos por el tratamiento. Por ejemplo, sería útil que en la consulta externa de los hospitales públicos se redujera el tiempo de espera y se aumentara el tiempo de atención de la consulta. Esto, desde la administración hospitalaria, requeriría contar con más recursos financieros. Los hospitales podrían considerar crear clínicas especiales para diabetes como una estrategia para mejorar la atención de pacientes de esta enfermedad. Esto requeriría un estudio interno en cada institución que tomara en cuenta el número de pacientes diabéticos para estimar la manera más eficiente de utilizar los recursos humanos limitados en número y la infraestructura existente.

El modelo comunicación, motivación y facilitación (CMF) tiene que tomar en cuenta el contexto étnico, lingüístico, económico, educativo y de género. Por ejemplo, el diseño de dietas para pacientes de DT2 no sólo requiere atención al tipo y cantidad de alimentos, sino a la pertinencia cultural.

Las barreras estructurales que limitan la adhesión de mujeres mayas del occidente de Guatemala (y probablemente en todo el país) al tratamiento de DT2 son profundas. Están insertas en relaciones históricas de poder y en una sociedad multilingüe y pluricultural, extremadamente desigual por condiciones de estrato socioeconómico, etnicidad, género y residencia en áreas urbanas o rurales y en diferentes regiones geográficas (Goldín, 2009, 2003, 2014). En general, no solo limitan la adherencia al tratamiento de la diabetes, sino el acceso a la salud, la educación, el empleo y otras fuentes de bienestar. Por ello requieren que el Estado guatemalteco cuente con políticas integrales de

desarrollo de largo plazo y con una política fiscal que promueva el desarrollo humano (véase, por ejemplo, PNUD, 2010).

El estudio revela que las mujeres que tienen más dificultades para seguir sus tratamientos son las que dudan de las recomendaciones del personal médico, las que tienen incertidumbre al escuchar diferentes opiniones sobre los tratamientos en sus comunidades, las que son criticadas por sus esposos u otros familiares por el solo hecho de ser diabéticas y las que sufren más estrés y dificultades emocionales por encontrarse en el medio de marcos interpretativos diferentes. Estas mujeres son las que se sienten débiles, cansadas y “desesperadas” por los mismos efectos de la enfermedad. Las mujeres que resuelven su conflicto de aceptar la enfermedad, sus limitaciones en cuanto a dieta y que aceptan su tratamiento, son las que tienen más posibilidades de éxito.

La dependencia económica de las mujeres y el control que ejercen los hombres en comunidades patriarcales están asociados con la motivación. Se ha documentado que muchas mujeres logran salir de situaciones de control económico y de género, y pueden tomar sus propias decisiones y controlar sus destinos y el de sus hijos e hijas (Goldín et ál.2015). Es esencial prestar atención a las barreras estructurales, pero el cambio estructural tiende a ser lento. Mientras las barreras estructurales se van contrarrestando por medio de leyes, políticas nacionales y municipales que tienen resultados en el mediano y largo plazos, la adherencia de mujeres y hombres al tratamiento de la diabetes tipo 2, como mecanismo para preservar su salud, puede ser mejorada por medio de estrategias más inmediatas. La aplicación del modelo comunicación, motivación y facilitación (CMF) representa un paso en esa dirección.

Bibliografía

- Adisa, R., Fakeye, T. O., & Fasanmade, A. (2011). Medication adherence among ambulatory patients with type 2 diabetes in a tertiary healthcare setting in Southwestern Nigeria. *Pharmacy Practice* (18863655), 9(2), Pp. 72-81.
- Amador-Díaz, M.B., Márquez-Celedonio, F.G., & Sabido-Sighler, A.S. (2007). Factores asociados al auto-cuidado de la salud en pacientes diabéticos tipo 2. (Spanish). *Archivos En Medicina Familiar*, 9(2), Pp. 99-107.
- Arredondo, A., & Zúñiga, A. (2004). Economic consequences of epidemiological changes in diabetes in middle-income countries: The Mexican case. *Diabetes Care*, 27(1), Pp. 104-109.
- Asociación Latinoamericana de Diabetes. (2006). Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Grupo de trabajo ALAD. *Rev Latinoam Diabetes*, 14(3), Pp. 96-140.
- Barceló, A., Aedo, C., Rajpathak, S., & Robles, S. (2003). The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(1), Pp. 19-27.
- Barceló, A., Robles, S., White, F., Jadue, L., & Vega, J. (2001). Una intervención para mejorar el control de la diabetes en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 10(5), Pp. 328-333.
- Bevan, A.C. (2014) For Guatemalan Q'eqchi' community, accessing health care depends on finding someone to speak their language. *Ticotimes.net*, March 20.
- Center for Disease Control (2014). National diabetes statistics report. Downloaded on June 1, 2014 from <http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/statsreport14.htm>
- Cyrino, A., Schraiber, L., & Teixeira, R. (2009). Education for type 2 diabetes mellitus self-care: From compliance to empowerment. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13(30), Pp. 93-106.
- Chary, A. M. Greiner, C. Bowers and P. Rohloff (2012). Determining adult type 2 diabetes- related care needs in an indigenous population from rural Guatemala: a mixed-methods preliminary study. *Health Services Research*, 12, Pp.476.
- Daniulaityte, R. (2004). Making sense of diabetes: cultural models, gender and individual adjustment to Type 2 diabetes in a Mexican community. *Social Science and Medicine* 59, Pp.1899-1912.
- Di Matteo, M. R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. *Health Psychology*, 23(2), Pp. 207-218.
- Gagliardino, J.J., González, C., & Caporale, J. E. (2007). The diabetes-related attitudes of health care professionals and persons with diabetes in Argentina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(5), Pp. 304-307.
- Garay-Sevilla M.E., Nava L.E., Malacara J.M., Huerta R., León J.D., Mena.A, et ál.(1995). Adherence to treatment and social support in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. *J Diabetes Complications*, 9(2), Pp. 81-6.
- Garro, L. (1995). Individual or societal responsibility? Explanations of diabetes in an Anishinaabe (Ojibway) community. *Social science and medicine* 40(1), Pp. 37-46.
- Goldín, L., R. Copeland & D. Padilla. (2015). Behind Maya Doors: Gender violence, acceptance, and resistance in highland Guatemala. *Gendered Perspectives on International Development*, 305, Pp.1-25.
- Goldín, L. (2014). The Labor topography of central highland Guatemala youth: Employment diversification, health, and education in the context of poverty. *Research in Economic Anthropology* 34, Pp.315-348.
- Goldín, L.(2009). Global Maya. Work and ideology in rural Guatemala. University of Arizona Press.
- Goldín, L.(2003). Procesos globales en el campo de Guatemala. Opciones económicas y transformaciones ideológicas. FLACSO, Guatemala.
- Gomes-Villas, Foss, M., C. Foss, M., & Pace, A. (2012). Relationship among social support, treatment adherence and metabolic control of diabetes mellitus patients. *Revista Latino-Americana De Enfermagem* (RLAE), 20(1), Pp. 52-58.
- Haskard, K. B. & M. R. DiMatteo.(2009). Physician communication and patient adherence to treatment: A Meta-analysis, *Med Care* 47(8), Pp. 826-834.
- Hernández, L. (2010). Ajustes, reforma y resultados: las políticas de salud de Guatemala 1985-2010. Cuaderno de Desarrollo Humano 2009/2010-6. Guatemala: PNUD.
- Hjelm, K. & Bard, K. (2013). Beliefs about health and illness in Latin-American migrants with diabetes living in Sweden. *Open Nursing Journal*, Pp. 757-65.
- Hospital Nacional de Occidente (HNO). (2014). Datos estadísticos de morbilidad proporcionados por el HNO 2012-2013, Quetzaltenango.
- Hunt, L. M. & N. H. Arar. (2001). An analytical framework for contrasting patient and provider views of the process of chronic disease management. *Medical Anthropology Quarterly* 15(3), Pp.347-367.
- Jaccard, J. and Levitz, N. (2015). Parent-based interventions to reduce adolescent problem behaviors: New directions for self-regulation approaches In G. Oettingen and P. Gollwitzer (Eds.) *Self-regulation in adolescence*. New York: Cambridge University Press.
- Jahan, F., Jabbar, A., Naqvi, H., & Awan, S. (2011). Depression in patients with diabetes mellitus and its impact on diabetes self-care, medication adherence and glycemic control. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*, 31(3), Pp. 154-160.

- Kagee, A., & van der Merwe, M. (2006). Predicting treatment adherence among patients attending primary health care clinics: The utility of the Theory of Planned Behaviour. *South African Journal of Psychology*, 36(4), Pp. 699-714.
- Kalyango, J., Owino, E., & Nambuya, A. (2008). Non-adherence to diabetes treatment at Mulago Hospital in Uganda: prevalence and associated factors. *African Health Sciences*, 8(2), Pp. 67-73.
- Kleinman, A. (1980) Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California Press.
- Lipska, K. (2014) The global diabetes epidemic, *The New York Times*, April 25. <http://nyti.ms/1kbMDqi>
- Martínez, B. (2013). Diabetes afecta a más de un millón de guatemaltecos. *Prensa Libre*, noviembre 14. http://www.prensalibre.com/noticias/comunitario/Diabetes-afecta-millon_0_1029497054.html
- McDonald, H. r P., A. Garg, R B. Haynes. (2002). Interventions to enhance patient adherence to medication Prescriptions. *JAMA*, December 11, 288(22), Pp.2868-2879
- Méndez-López, D.L., Gómez-López, V.M., García-Ruiz, M.E., Pérez-López, J.H., & Navarrete-Escobar, A. (2004). Family dysfunction and control of patients with type 2 diabetes. *Rev Med ISS*, 42(4), Pp. 281-284.
- Meneses-Rentería, A., López, D.I., Mendoza-Gatica, F., Moctezuma-Miranda, M.L., & Reyes de Jesús, L. (2012). Factores que influyen en el abandono del tratamiento de Diabetes Mellitus tipo II en los usuarios del centro de salud de Tlacoachistlahuaca, Gro. 2º Congreso Internacional pre-ALASRU-2012: Diversidad y contraste en los procesos rurales en el centro de México. Cuernavaca: México.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). (2013). Perfil de género y salud. Representación Guatemala. Guatemala. ISBN 978-9929-598-04-1.
- PNUD. (2010). Guatemala: hacia un estado para el desarrollo humano. Informe Nacional de Desarrollo Humano 2009/2010. Guatemala: PNUD.
- Rawal, L., Tapp, R., Williams, E., Chan, C., Yasin, S., & Oldenburg, B. (2012). Prevention of type 2 diabetes and its complications in developing countries: A Review. *International Journal of Behavioral Medicine*, 19(2), Pp. 121-131.
- Scheder, Jo C. (1988). A sickly-sweet harvest: farmworker diabetes and social equality. *Medical Anthropology Quarterly* 2, Pp. 251-277.
- Shaw J.E., R.A. Sicree, P.Z. Zimmet. (2009). Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 87(1), Pp. 4-14.
- Sosa-Rubí S. G., O. Galarraga & R. Lopez-Ridaura. (2009). Diabetes treatment and control: the effect of public health insurance for the poor in Mexico. *Bulletin World Health Organization* 87, Pp.512-519.
- Steinsbekk, A., L. Rygg, M. Lisulo, M. B. Rise and A. Fretheim. (2012). Group based diabetes self-management education compared to routine treatment for people with type 2 diabetes mellitus. A systematic review with meta-analysis. *BMC Health Services Research* 2012, 12, Pp.213.
- Turan, B., Oscar, Z., Molzan-Turan, J., Damci, T., & Ilkova, H. (2002). The role of coping with disease in adherence to treatment regimen and disease control in type 1 and insulin treated type 2 diabetes mellitus. *Diabetes & Metabolism*, 28(3), 186-193.
- Wiedman, D. (2006). Striving for healthy lifestyles: contributions of anthropologists to the challenge of diabetes in indigenous communities, In *Indigenous Peoples and Diabetes*, edited by Mariana Leal Ferreira & Gretchen Chesley Lang, Pp.511-534, Durham: Carolina Academic Press.
- Wiedman, D. (2012). Native American embodiments of the chronicities of modernity, *Medical Anthropology Quarterly* 26(4), Pp.595-612.
- Wild S., Roglic G., Green A., Sicree R, & King H. (2004). Global prevalence of diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 27, Pp. 1047-1053.
- Williams, M. V., D. W. Baker, R. M. Parker, J. R. Nurss. (1998). Relationship of Functional Health Literacy to Patients' Knowledge of Their Chronic Disease Study of Patients with Hypertension and Diabetes *Arch Intern Med*. 158(2): Pp.166-172.
- World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva: Switzerland. Downloaded on May 15, 2014 from http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf
- Yates-Doerr, E. (2012). The weight of the self: care and compassion in Guatemalan dietary choices, *Medical Anthropology Quarterly*, 26(1) Pp. 136-158.
- Zuberi, S. I., Syed, E. U., & Bhatti, J. A. (2011). Association of depression with treatment outcomes in type 2 diabetes mellitus: A cross-sectional study from Karachi, Pakistan. *BMC Psychiatry*, 11(1) Pp. 27-32.

En torno a los linchamientos: un estado de la cuestión sobre la violencia colectiva en Guatemala

Por Licda. Claudia Dary¹

Doctora en Filosofía por la Universidad de Albany
Investigadora titular del área de Poder del Instituto de Estudios Interétnicos, Universidad de San Carlos de Guatemala

claudia.dary@usac.edu.gt

Recpción de artículo: 01/Sep/2015
Aceptación de artículo: 25/Sep/2015

Palabras Clave

linchamientos, violencia, castigo colectivo, etnicidad, postguerra.

Resumen

El artículo presenta un resumen de las perspectivas analíticas ofrecidas por las ciencias sociales para entender los linchamientos en Guatemala. Asimismo, actualiza el tema hasta 2014, indicando la manera en que ha ido evolucionando el fenómeno. Los linchamientos siguen ocurriendo, pero las causas, los perpetradores y las víctimas han ido cambiando.

Abstract

This article examines different analytical perspectives about the Lynching phenomenon in Guatemala. It brings updated perspectives on what has been happening in this matter since 1996 until 2014. The article also takes into account the transformation occurred in motives, perpetrators and victim's profiles.

¹ Antropóloga Social. Investigadora titular del Instituto de Estudios Interétnicos, IDEI-USAC.

Introducción

El 1 de diciembre de 2014, una turba enardecida prendió fuego a una joven en las calles de Nueva Santa Rosa. La menor de unos 17 años, a quien los vecinos acusaron de disparar al conductor de un “tuc-tuc” por instrucciones de un reo internado en un penal, fue llevada malherida a un hospital local de Cuilapa (Santa Rosa).

Se inicia el ensayo con este breve relato porque el evento debería hacer reflexionar a los científicos sociales, universidades, iglesias y tomadores de decisiones en materia de prevención de la violencia, acerca de cómo evitar la perpetuación de los linchamientos y su impacto en la sociedad y en las generaciones futuras.

Primero, llama la atención el género y la edad de la víctima (una mujer menor de edad). Segundo, el evento ocurrió en una región, fundamentalmente mestiza, donde se han reportado pocos casos de este tipo. Tercero, la fotografía en la primera plana de un diario local² generó una fuerte discusión entre los comunicadores sociales y los lectores sobre los excesos del amarillismo, los límites a donde puede llegar un medio de comunicación en lo que debe mostrar gráficamente al público y por el abordaje de casos donde intervienen menores de edad (como víctimas o como victimarios) que deben ser protegidos por la ley.³ Cuarto, parece ser que la reacción contra los actos de extorsión⁴ se ha vuelto, en los últimos años, el motivo más frecuente por el que se cometen los linchamientos, lo cual muestra cómo va evolucionando el fenómeno.

Cada vez más, las razones que suelen llevar a ciertos pobladores en algunas localidades a cometer acciones por mano propia son el cansancio ante las

extorsiones, un fenómeno que ha adquirido auge en los últimos años.⁵ Por último, llama la atención que no hay un pronunciamiento social sobre los linchamientos. Asimismo, es de hacer notar que los linchamientos persisten y no parecen ser, hasta ahora, un medio disuasivo del delito, presunto o real. Como señala García (2015) en su artículo, “*El silencio es criminal y es suicida*,”⁶ los espectadores de una acción de tal naturaleza guardaron un silencio cómplice, porque estos actos parecieran haberse “normalizado” ya en la sociedad guatemalteca y formar parte de su cotidianidad. Pero ¿se debe aceptar que los actos de violencia y la brutalidad tienen que ser parte de la cotidianidad de nuestras vidas? El mensaje de García se dirige a todos los guatemaltecos y a las conciencias de los guatemaltecos: “no olvidemos a esa niña, llevémosla dentro de nuestra conciencia, aunque nos duela. Recordemos que el silencio por el sufrimiento del otro es la anticipación de nuestro propio sufrimiento”. (García N. 2015: 12-13).

Durante los años de la década de los 90, y aún luego de la firma de los Acuerdos de Paz (1996), se comienzan a evidenciar y a acrecentar los linchamientos, siendo la MINUGUA la primera entidad que alertó a los tomadores de decisiones en política de prevención de la violencia, para que tomaran cartas en el asunto. Después de casi 20 años de dicha firma, el problema no ha cesado.

El presente artículo sintetiza, a modo de estado del arte, los principales trabajos socio-antropológicos y de ciencias de la comunicación realizados por guatemaltecos y extranjeros sobre la violencia colectiva del postconflicto, particularmente en la modalidad de los linchamientos. Las preguntas de investigación que motivaron este ensayo son las siguientes: ¿Cuáles son

² “Señalada de Crimen. Menor fue atrapada por turba tras disparar contra moto taxista en Nueva Santa Rosa”. En, Nuestro Diario (2014, 2 de diciembre), portada y pág. 2.

³ Cfr. “La portada de la discordia”. En, Contrapoder <http://www.contrapoder.com.gt/es/182/actualidad/1890/La-portada-de-la-discordia.htm>. Recuperado el 13 de enero de 2015.

⁴ El CIEN reporta que las extorsiones se registran a partir de 2004 y se incrementan en el 2008. Cfr Centro de Investigaciones Eco-

nómicas Nacionales. “Entendiendo el fenómeno de las extorsiones en Guatemala”. En, <http://www.deguate.com/artman/publish/noticias-actualidad/cien-presenta-informe-sobre-extorsiones.shtml>. Recuperado el 14 de enero de 2015.

⁵ Chaclán, Ana (2011, 11 de julio). “Extorsiones atemorizan a al- tenses”. En, Prensa Libre, pág. 52.

⁶ García Noval, José (2015, 11 de enero). “El silencio es criminal y es suicida”. En, El Periódico. pág. 13.

las perspectivas y tendencias socio-antropológicas para el análisis de la violencia colectiva (específicamente de los linchamientos) del período postconflicto (1996 al presente) en Guatemala? ¿De qué manera estos estudios articulan la variable de etnicidad al interpretar los linchamientos? ¿Cuáles son las causas y consecuencias de los linchamientos identificadas por los distintos autores e instituciones? ¿Existen motivos y actores distintos en la evolución del fenómeno de los linchamientos? ¿De qué manera estos elementos han cambiado de 1996 a la fecha? ¿Hasta dónde se ha avanzado en el tema de la prevención de los linchamientos?

En el artículo se evalúan los estudios realizados a la fecha sobre la temática en los cuales se ha considerado la variable urbano/rural, la condición socioeconómica del entorno social en donde los hechos de violencia colectiva ocurrieron. Asimismo, cómo se abordan las relaciones interétnicas y la identidad étnica de las víctimas y de los victimarios como un elemento constituyente del entorno social donde suceden actos de linchamiento. Se han tomado en cuenta ensayos, tesis de grado y obras escritas desde la antropología y la sociología que abordan los linchamientos. Además, se incluyen aproximaciones desde la ciencia política y los medios de comunicación, aunque no se trata de un análisis del discurso de los medios sobre el fenómeno. Lo que se ha pretendido visibilizar son las tendencias teóricas e interpretativas que ofrecen las ciencias sociales sobre las modalidades de la violencia colectiva. Se trata de manifestaciones que arrastran herencias del conflicto armado interno pasado, pero que además obedecen a nuevas dinámicas sociales y económicas, intereses distintos, donde se involucran nuevos actores y generaciones.

Las autoras y autores incluidos en este ensayo son guatemaltecos y extranjeros que han tomado a

Guatemala como el foco de su atención. Se recurrió también a la Comisión Nacional de Apoyo al Programa de Prevención de Linchamientos del Organismo Judicial para recabar información actualizada sobre el fenómeno.⁷

El estudio persigue la necesidad de identificar las dinámicas sociales que están ocurriendo en los espacios locales (concebidos como interétnicos) y que están detrás de la violencia, pero sobre todo de las formas organizativas eficaces para prevenirla y/o frenarla. Es vital indagar acerca de las alternativas institucionales (estatales y no estatales) y comunitarias de mediación social que permiten contrarrestar la ola de violencia que golpea y viola los derechos constitucionales y los derechos humanos en Guatemala. Las distintas modalidades de la violencia y las vías posibles o deseables de prevención siguen siendo importantes para el área de estudios de las relaciones de poder del Instituto de Estudios Interétnicos.

El linchamiento, un fenómeno multicausal

Los linchamientos deben comprenderse enmarcados en la situación de inseguridad y violencia que afecta al país en sus múltiples manifestaciones y modalidades. En 2012, y según la encuesta de Prodatos, el 61% de los guatemaltecos identificó la inseguridad como el principal problema de la nación y en la Encuesta de Victimización y Percepción de la Seguridad Pública (EVIPES), realizada en el municipio de Guatemala en 2013, se determinó que el 30.6% de los pobladores del municipio de Guatemala señalaron a la inseguridad como el problema mayor que les aqueja cotidianamente (OSU 2013: 28). El país es el tercero más violento de América Latina, después de Honduras. Los mapas de la violencia en Guatemala señalan que los

⁷ Se entrevistó a los licenciados Mildred Espina de Luna, Virgilio Rivas Hernández- técnico de la Comisión de Educación y a Evelyn Blanck de la organización CIVITAS, miembro de la Comisión. A todos se les agradece, infinitamente por su colaboración.

departamentos y municipios más violentos se ubican en el centro, sur, oriente y nororiente de Guatemala, mientras que en el Occidente y algunos municipios de Baja Verapaz estarían los menos violentos.⁸ Esta parece ser una constante con escasas variaciones desde el 2005 a la fecha. En 2012, el Instituto de Enseñanza para el Desarrollo Sostenible (IEPADES)⁹ identificó una tasa de homicidios (total) de 34 por 100,000 habitantes¹⁰ (IEPADES 2012) y afirmó que los departamentos más violentos del país eran en ese momento, en su orden: Guatemala, Escuintla, Chiquimula, Zacapa e Izabal. Asimismo, el citado Instituto señaló que los que reunían menos casos de violencia homicida se ubicaban en el occidente del país, principalmente Totonicapán y Sololá que son departamentos con altos porcentajes de población maya. Para el 2014, los datos oficiales arrojaron una tasa de 31.2 homicidios por 100,000 habitantes (AGN 2014), una reducción moderada en comparación al año 2012.¹¹ Para 2013, el 79% de los homicidios se concentraba en el suroriente del país (Méndez A. y Mendoza 2013: 14).

En cuanto a los móviles, existen diferencias en torno a los casos de violencia homicida individual y la llamada “colectiva”, aunque hay un debate importante acerca de este calificativo. Erróneamente, se ha creído que todo evento de violencia homicida está vinculado al narcotráfico, pero se ha demostrado que “los motivos personales resultan a nivel nacional, como la principal causa de muertes violentas” (un 47% de los casos se

debió a riñas, discusiones, deudas, etc.). (Méndez A. y Mendoza 2013: 14).

En los años 90, la mayoría de casos de linchamientos se reportaban en el Occidente del país, no obstante, el fenómeno está ocurriendo además en otros departamentos¹², así como en centros urbanos con población mayoritariamente ladina; es decir, no es algo que sucede solamente en las aldeas del Altiplano. Resulta interesante traer a cuenta el estudio de Méndez y Mendoza (2013:15) sobre el mapa de la violencia homicida en Guatemala. Señalan los autores que:

“Se suele explicar la violencia como un fenómeno cultural, con la idea de que es posible reemplazar un tipo de cultura por otra. Sabemos que el territorio de Guatemala lo habitan pueblos con diversas culturas –idioma, tradiciones, normas sociales y reglas morales, entre otras distinciones– y no se puede homogeneizar en una sola ‘cultura nacional’ que se califica como violenta.

El mapa de la violencia homicida refleja con claridad que las tasas de homicidio son bajas o muy bajas en los departamentos con mayoría de población indígena, mientras que en los departamentos con mayoría de población ladina se encuentran los índices más altos. Esto invita a explorar elementos culturales que interactúan con otros factores que propician la violencia”.

⁸ Para febrero de 2015, los departamentos que encabezaban el mayor número de homicidios, según un estudio centrado en el monitoreo de violencia realizado por el Grupo de Apoyo Mutuo (GAM), son Guatemala, Chiquimula y Jutiapa. “Departamento de Guatemala, el más violento” (2015, febrero). El Periódico. <http://bdc.elperiodico.com.gt/es/20150205/pais/8115/Departamento-de-Guatemala-el-m%C3%A1s-violento-de-enero.htm> Recuperado el 8 de octubre de 2015.

⁹ En adelante nombrado solamente como IEPADES.

¹⁰ Cabe señalar que el dato sobre la tasa de homicidios por cada 100,000 habitantes mide cuán violento es un país y funciona como punto comparativo con respecto a otros países. Asimismo, hay que hacer notar que en Guatemala la cifra varía hasta en 3 puntos porcentuales dependiendo de la

fuerza. Para este mismo año la agencia AGN citó un discurso del presidente Otto Pérez en el cual indicaba que para el 2012 la tasa de homicidios era del 38.61 %.

¹¹ Algunos consideran que la cifra es relevante ya que, aunque sigue siendo alta, es la menor en 18 años. Como quiera que sea, lejos están los planes y metas del gobierno del presidente Otto Pérez, quien indicó en el ENADE que para el 2014 la cifra bajaría a 28 homicidios por cada 100, 000 habitantes. Cfr. Zapata, Juan Carlos (2015, 16 de febrero) “El impacto positivo de reducir la violencia”. En, El Periódico, pág. 18.

¹² Entrevista realizada con personal de la Comisión Nacional de Apoyo a la Prevención de Linchamientos del Organismo Judicial (OJ).

Hacia el final del primer semestre de 2013 y, a partir de los datos recopilados por la PNC a nivel nacional, se evidenció que en el Occidente¹³—particularmente en Sololá, Quiché y Totonicapán—ocurren menos actos de violencia homicida que en el resto del país (2.8 homicidios por 100,000 habitantes para el caso de Sololá). Según De León (2013: 2), los delitos que ocurren en estos departamentos suelen ser de los calificados como “menores” (robo de animales, muebles, productos agrícolas y tala de árboles sin autorización). Para resolver dichos problemas, según la misma fuente antes citada, “la población confía más en las autoridades locales indígenas” que en el sistema de justicia, al cual los pobladores locales califican de lento “para la resolución de los diferentes problemas que suceden en las comunidades” (De León 2013). Las personas no suelen denunciar a la PNC ni al Ministerio Público por la desconfianza en dichas instituciones y prefieren acudir a sus propias autoridades por la celeridad con que se resuelven los casos y por factores económicos, dado que la población es pobre y no tiene dinero para pagar los trámites que requieren las diferentes instituciones.

Vilas (2003:51) indica que los linchamientos son fenómenos sociales que tienen cuatro características: 1) constituyen “una acción colectiva, 2) de carácter privado e ilegal, 3) que puede provocar muerte de la víctima, 4) en respuesta a actos o conductas de esta, 5) quien se encuentra en inferioridad numérica abrumadora frente a los linchadores.” Aguirre (2014:11-12) sistematiza otros rasgos fundamentales de un linchamiento: “además de contravenir el orden legal, refleja la ausencia del Estado. Los linchamientos se caracterizan por la ausencia de un procedimiento judicial; los sujetos activos son ciudadanos comunes; la víctima es atacada por la sospecha de la comisión de un delito; es abrumadoramente superada por el número

de sus victimarios; hay indefensión de la víctima de tipo física, moral y jurídica, y es un fenómeno social complejo porque implica comportamientos de la sociedad que pueden afectar a parte de sus individuos o a todos ellos. Finalmente, no hay proporcionalidad entre la acción y el castigo.”

Hay que recordar aquí que Foucault (2002) analiza el castigo público como una expresión de poder. El escarmiento y la crueldad no tendrían sentido si se realizan en privado. Se podría agregar, siguiendo su línea de pensamiento que, en los casos de linchamiento, el castigo se ejerce sobre el cuerpo y el alma de una persona como una venganza por sus hechos (sean reales o supuestos) y como lección o escarmiento, ya no para el delincuente mismo—quien resultará gravemente herido o muerto—sino para los demás (los espectadores). Estos últimos podrían correr igual suerte que la víctima y estarían bajo la vigilancia de los instigadores del linchamiento. El cuerpo de la víctima (más que su acción misma) es el objeto del castigo. A través de su eliminación, se buscará, terminar con un problema social. Supuestamente, disciplinar o hasta eliminar el cuerpo, se traduciría en una normalización de una situación social.

La Comisión Nacional de Apoyo al Programa de Prevención de Linchamientos del Organismo Judicial (OJ) sostiene que debe diferenciarse entre “conato”, “vapuleo” y “linchamiento”. El linchamiento debe ser azuzado o cometido por una multitud y con el resultado de muerte para ser considerado como tal. Las otras dos categorías no están tan claramente definidas, pero se infiere que no implican un final fatal para el presunto ladrón o perpetrador como el linchamiento per sé.

Los linchamientos han sido el primer fenómeno de violencia colectiva de la postguerra que atrajo la atención de los antropólogos y sociólogos, debido a que al poco tiempo de la firma de la paz, en 1996, comenzaron a producirse y cada vez con mayor frecuencia y crueldad. La Misión de las Naciones Unidas para Guatemala (en adelante MINUGUA) fue la institución pionera en realizar su registro. De 1996 a 2001, se dieron 421 casos de linchamientos, con 215 muertes y 622 personas heridas. Además al inicio

¹³ “Sololá se ubica en el primer lugar de departamentos con menos incidencia criminal, con 2.8 hechos por cada 100,000 habitantes, seguido de Quiché, 3.23 y Totonicapán con 3.55, según cálculos efectuados por el diario Siglo 21, con base en los datos policiales”. De León, E. (2013, 22 de junio). “En Occidente ocurren menos incidentes criminales”. En, [siglo 21. <http://www.s21.com.gt/node/305708>](http://www.s21.com.gt/node/305708)

del siglo XXI, llamó la atención que, aunque varios de estos actos se cometieron en regiones pobladas por no indígenas o en municipios étnicamente muy heterogéneos; la mayor parte de eventos tuvieron como protagonistas a las comunidades indígenas fundamentalmente del occidente y suroccidente del país (Mendoza 2003: 91).

El linchamiento es un fenómeno multicausal que se explica por la concatenación de varios hechos articulados. Si bien es cierto existe un presunto infractor de las normas sociales comunitarias quien comete un delito (robo, violación, secuestro, extorsión y asesinato, etc.), el fenómeno no debe ser visto aislado de su contexto histórico, sociocultural, económico y político. Se ha observado una evolución en los motivos: inicialmente se linchaba al ladrón de objetos domésticos, frutos, animales, enseres de labranza, mercadería hasta vehículos. Luego hubo una serie de casos motivados por el temor al robo de niños y al tráfico de órganos humanos, seguido por las violaciones y el abuso sexual. En los últimos diez años, se mezclan los motivos pero predomina el linchamiento como castigo a los extorsionistas de comercios, autobuses, moto y bici taxis. Todos estos serían los detonantes del linchamiento, sin embargo, el evento debe analizarse en conexión con las características del municipio o localidad donde el acto se cometió, cuáles son los dilemas políticos, sociales y económicos del entorno y cuáles son las relaciones de poder locales y regionales. Asimismo, el fenómeno deberá tomar en cuenta los antecedentes históricos del municipio (de qué manera fue afectado por el conflicto armado interno y sus estructuras de autoridad fueron trastocadas o no), así como la ausencia o presencia de las instituciones del Estado.

Al respecto de los estudios sobre linchamientos, los antropólogos J. López y M. Juárez (2009) advierten que la mayoría de estos trabajos adolecen de un sesgo metodológico e ideológico. En el caso del primero, se trata de que por razones obvias, los analistas no han podido estar en el lugar de los hechos (linchamientos) y, por lo tanto, recurren a fuentes secundarias (sobre todo la prensa) como base para hacer sus análisis. Dicho material ya trae una carga ideológica sobre cómo

calificar el hecho y a sus perpetradores. En realidad, cuando se investiga el fenómeno de los linchamientos no hay otra opción posible que la de indagar sobre el hecho a posteriori, toda vez que es imposible planificar visitas al campo para analizarlos, a menos que -como en el caso de M. Juárez- uno se encuentre en el sitio por casualidad o pura coincidencia.

Inicialmente, los medios de comunicación calificaron a los linchamientos y otros castigos públicos como “la justicia maya”. Es decir, erróneamente encontraron una relación entre el acto de violencia colectiva como formas supuestas de ejercer el derecho indígena o maya en el occidente del país. En los últimos años, los medios recurren menos al calificativo de “maya” para volver simplemente a usar la palabra “linchamiento”. Este cambio obedece a iniciativas de organizaciones sociales que han señalado los errores de los medios y les han capacitado acerca de los linchamientos y el derecho maya, tarea en la que también se han involucrado las organizaciones indígenas.

Las interpretaciones sobre los linchamientos

Las interpretaciones más comunes sobre los linchamientos en áreas indígenas apuntan a tres ideas:

1. La versión de MINUGUA, la CEH¹⁴ y un trabajo de Snodgrass (2003) que apuntan a que los mismos son el resultado de aprendizajes adquiridos durante el conflicto armado interno. Además de que en este período se dañó el tejido social tradicional, se eliminó a los líderes (o autoridades locales indígenas) o se minó su autoridad y se superpuso un esquema militar que incentivó el control social y contribuyó a la pérdida de valores morales (Mendoza 2003: 110). Asimismo, se alteraron los procedimientos propios para sancionar a las personas que contravenían las reglas de convivencia local culturalmente aceptadas. A

¹⁴ CEH: Comisión para el Esclarecimiento Histórico.

todo ello, MINUGUA agrega que la pobreza y el bajo nivel de desarrollo humano encajaban en la explicación acerca de la recurrencia de estos actos en áreas indígenas (López y M. Juárez 2009: 226).

2. La idea popularizada en los medios de comunicación que califica a los linchamientos como una versión o modalidad del derecho maya. Actualmente tal perspectiva ha perdido fuerza. Sin embargo, es importante indicar que sí existe una relación entre el castigo colectivo (latigazos, golpizas, etc.) como paliativos o sustitutos populares para evitar o sustituir a los linchamientos. Por ejemplo, en septiembre de 2007, tres hombres y una mujer fueron acusados en la comunidad Chocamán Tercero (Santa Cruz del Quiché) de robar ganado; fueron condenados a recibir 25 azotes cada uno, así como a caminar seiskilómetros para devolver las reses sustraídas. La nota de prensa indicaba que “hombres y mujeres del lugar aplicaron el castigo utilizando un látigo de cuero con el que golpean a los animales. Al principio la comunidad los iba a linchar” (nota hemerográfica de Toledo, 2007: 5).
3. La propuesta del vacío institucional. Vinculada a la última explicación, otra idea muy popular sobre los linchamientos es que son “consecuencia directa de la falta de justicia y seguridad porque debido a esta ausencia institucional estos se convierten en un instrumento alternativo de justicia popular” (Mendoza 2003: 109 y 113). Es decir, los linchamientos responderían a la falta de elementos de policía, o bien, a la inacción de estos. Además, el linchamiento partiría de que el sistema oficial de justicia no funciona. Entonces la población toma la justicia por sus manos. El problema con estas interpretaciones es que no explican las dinámicas locales porque son generalizadoras y supondrían que en todas las comunidades se carece de valores éticos, de instituciones eficaces y de que se actúa siempre con extrema crueldad.

De acuerdo con el Informe de Desarrollo Humano (IDH) del período 2009-2010, “la cobertura espacial y social y la calidad de la gestión del sector público son determinantes en los avances o retrocesos en el desarrollo humano” (PNUD 2014: 35). “El INDH de 2010 presentó una medición de la densidad territorial del Estado. El índice resultante mostró la dimensión territorial de la debilidad del Estado en Guatemala, que se concentra principalmente en el municipio de Guatemala y, en menor grado, en cabeceras departamentales. Los municipios con índices más altos de pobreza, con más bajo desarrollo humano o con población mayoritariamente indígena tienen una presencia casi nula de las instituciones del Estado y un presupuesto público ostensiblemente menor” (PNUD 2014: 37).

En este sentido, si bien en algunos lugares se carece de suficientes instituciones para atender las necesidades de los pobladores (principalmente en San Marcos y en Huehuetenango), las oficinas estatales en varias localidades existen, pero lo que sucede es que los procedimientos de la justicia estatal chocan con los de las formas de derecho indígena y, en algunos casos, lo que se conoce en el derecho positivo como “elementos de prueba” desestima los testimonios de los vecinos. Por ejemplo, en el 2007, los vecinos del cantón Chumanzana (Chichicastenango) capturaron y vupulearon a seis personas-todos hombres- y los entregaron a la PNC. Los acusaron de estafa, robo y asaltos a mano armada en los caminos, particularmente, en la carretera Interamericana. Sin embargo, los acusados fueron dejados en libertad por falta de pruebas porque según el juez, “no habían sido capturados flagrantemente”. Como reacción, “los inconformes amenazaron con tomar la justicia por sus propias manos y linchar a los presuntos delincuentes”¹⁵. Alrededor de estas ideas es que gravitan los estudios que he analizado y que se presentan a continuación:

- Snodgrass (2013) en su ensayo “*Los linchamientos y la democratización del terror en la Guatemala de la postguerra: implicaciones*

¹⁵ Ren, Jimmy (2007). “Los deja Libres”. En, Prensa Libre.

en el campo de los derechos humanos”, indica que los linchamientos son actos colectivos violentos donde se violan los derechos humanos de los agredidos. Define los linchamientos como “una forma en la cual, los ciudadanos comunes capturan a un ‘delincuente’, a quien la multitud decide castigar con sus propias manos. En la mayoría de los casos, las acciones que se trata de sancionar en realidad son delitos menores que implican cantidades insignificantes de dinero o cualesquiera otros bienes. Con frecuencia, si no siempre, a los sospechosos capturados se les empapa con gasolina y luego son quemados vivos. A veces se congregan cientos de personas, que participan como testigos o en calidad de miembros de un ‘tribunal popular’, encargado este de decidirla suerte del acusado” (Snodgrass 2003: 135).

Esta postura identifica al linchamiento como una acción punitiva de carácter colectivo. Si bien, Snodgrass indica que en estas acciones hay individuos que funcionan como instigadores con motivos diversos¹⁶, al final de cuentas observa tal evento como una “práctica colectiva” enraizada en la violencia de la guerra (2003: 137 y 138).

Snodgrass interpreta que los linchamientos son consecuencia del conflicto armado interno en dos sentidos o aspectos: 1) porque “los instigadores no sólo pertenecieron a grupos que ejercieron el terror estatal, sino que además han suplantado a las autoridades tradicionales en las comunidades” y 2) los linchamientos son “la manifestación de un trauma y miedo sociológico adquirido tras la brutalidad de la represión contrainsurgente que destruyó las redes de cohesión social y confianza”(Torres R. 2003: 29).

“Aseguraba Snodgrass que sin ninguna duda, los linchamientos en Guatemala son un legado del Estado de terror” (citado por López y Mariano Juárez 2009: 227). Organizados como patrullas de autodefensa civil, un gran porcentaje de varones del altiplano (hasta el 80% de la población masculina adulta –en 1986–), debió participar en tareas de contrainsurgencia. Muchos aprendieron a participar en acciones y atrocidades contra los propios miembros de sus comunidades (Snodgrass 2003: 142-143).

En la propuesta de Snodgrass del 2003, se identifica la incapacidad del Estado de restaurar el orden y la armonía. Esta incapacidad estatal, además de la desconfianza de los ciudadanos en la policía y en los tribunales, es lo que los motiva a optar por la “justicia por mano propia”. El Estado no puede asumir su papel en las tareas que formalmente debe realizar, mucho menos podría liderar una campaña preventiva. Por tanto, deberían ser las organizaciones de derechos humanos las que fortalezcan medidas de prevención de los linchamientos. En su momento, esta propuesta respondió también a la constatación –vigente hoy en día– de que en un caso de linchamiento, las autoridades gubernamentales no pueden intervenir porque corren el riesgo de ser agredidas (Snodgrass 2003: 135).

El otro tema al cual Snodgrass da importancia es al de los efectos psicosociales de los linchamientos. Durante el conflicto armado interno las redes interpersonales y las formas de convivencia fueron saturadas por la violencia, suplantadas por esta. A consecuencia de lo anterior las comunidades se dividieron. El miedo impera en las comunidades y las personas se dejan manipular por líderes que en el pasado reciente fueron militares o patrulleros civiles. Formalmente estos fueron disueltos tras la firma de los Acuerdos de Paz, pero de manera clandestina, algunos se reagruparon para controlar y vigilar a las comunidades y a ellos se atribuye, en algunos casos, la incitación a los linchamientos de los años 90 e inicio de los 2000: Tales líderes –indica la autora– no solamente han obligado a los comunitarios a participar o presenciar actos de linchamiento, sino además les convocan a reuniones para acordar y firmar medidas o declaraciones a través de las cuales se protegen

¹⁶Snodgrass indica que “en ciertos casos, estos actos son instigados por individuos que antes fueron actores directos de la violencia durante la guerra. En otras circunstancias, tales actos son instigados por quienes en el pasado estuvieron en la posición de víctimas; y en otras ocasiones más, son alentados inclusive por personas que por mucho tiempo trataron de evitar la violencia por completo...”. Esto último hace referencia a que se han dado linchamientos en comunidades de retornados. (2003: 138)

para no ser capturados o reprimidos por las fuerzas de seguridad (Snodgrass 2003:147y 148).

Así pues, en su momento la autora sugería que los linchamientos no podían ser entendidos desvinculados de la violencia del conflicto armado interno. En 2015, a doce años de la publicación de su ensayo, observamos que los linchamientos tienen las mismas motivaciones que habían sido señaladas inicialmente, pero que se agregan otras nuevas que involucran a nuevos actores sociales (menores de edad como víctimas y como perpetradores), y que ocurren en localidades poco afectadas por el mencionado conflicto (por ejemplo, Nueva Santa Rosa, Chiquimula y otras).

- Carlos Vilas describe y analiza las principales características de 103 linchamientos que ocurren en México de 1987 a 1998. Aunque el trabajo se centra en el vecino país, el autor traza líneas interpretativas para entender lo que ha sucedido también en el caso guatemalteco y argentino, los cuales conoce de cerca. Los linchamientos pues, no son eventos privativos de Guatemala, sino que comienzan a ocurrir fundamentalmente y con mayor recurrencia en los 90, también en Haití, Brasil, Bolivia, Ecuador y México.

¿A qué razones responden los linchamientos? El autor indica que se relacionan con “la escasa efectividad y legitimidad del Estado, que pone de manifiesto su inconcluso proceso de construcción...” Además de una ausencia estatal, los linchamientos son interpretados como actos que responden a fuertes identidades colectivas; las personas estarían buscando apropiarse de actos de la violencia como una manera punitiva de solucionar conflictos que el Estado no resuelve.

Lo que Vilas sostiene es que actos de violencia colectiva como los linchamientos “son reveladores de la naturaleza de las relaciones Estado / sociedad y de la compleja articulación entre tradición y modernidad en escenarios multiculturales que combinan variados patrones de organización, dominación y legitimación social y política” (Vilas 2003: 35).

Vilas sostiene que en el clima de inseguridad generalizada como el que vive Guatemala, la población está convencida de la inoperancia o complicidad de las instituciones públicas. Todo ello define el trasfondo social de los linchamientos. Y agrega que “este es un sentimiento particularmente arraigado en algunos territorios, con mayor gravitación demográfica de pueblos indígenas, sometidos con frecuencia a múltiples formas de discriminación y violencia institucional situación que posiblemente refuerza la asociación del recurso a la justicia por mano propia con la vigencia de redes de identidades y solidaridades comunitarias. El linchamiento aparece, para quienes lo ejecutan, como una forma normal de reparación de agresiones” (Vilas 2003: 86).

De manera interesante, Vilas indica que el linchamiento es una forma de violencia de pobres contra pobres. Pequeños agricultores, comerciantes, integrantes de comunidades indígenas, trabajadores, linchan a otras personas de la misma comunidad o de otra cercana cuya condición económica es similar (Vilas 2003: 71). “El linchamiento se presenta, fundamentalmente, como violencia de pobres contra pobres, unos y otros compartiendo la misma falta de justicia institucional. Ilustra, por lo tanto, los sesgos étnico-culturales y de clase que discriminan en el acceso a las instituciones públicas, incluso en cuestiones básicas como la vida, la libertad, la dignidad o el patrimonio de las personas...” (Vilas: 88).

“Puede plantearse como hipótesis que en estas situaciones el linchamiento expresa la sanción colectiva al quebrantamiento de la reciprocidad básica de la vida local; algo así como una versión específica del tradicional derecho de resistencia a la opresión” (Vilas 71).

- Mendoza A. toma la base de datos de MINUGUA sobre linchamientos, así como encuestas de opinión sobre el tema. Con ello analiza más de 400 actos de linchamiento ocurridos entre 1996 y 2001. Mendoza no se decanta por la explicación simple de que los linchamientos son única consecuencia o resultado directo de aprendizajes del

conflicto armado interno. Indica que “las estrategias de los instigadores y la crueldad de los linchamientos pueden ser una herencia del conflicto armado, pero esta herencia o aprendizaje no es suficiente para explicar la violencia colectiva”.

Mendoza tampoco está de acuerdo con vincular el fenómeno con la llamada “justicia maya”. Es más, él indica que los linchamientos están más vinculados a la ausencia de autoridades tradicionales mayas y no con su mera existencia. Porque cuando los ancianos y autoridades mayas tenían plena vigencia antes del conflicto y al inicio del mismo, tales actos no sucedían.

Mendoza coincide con Vilas en que los linchamientos responden a la confluencia de fuertes identidades colectivas, aunadas a una respuesta frente a la debilidad de las instituciones llamadas a regular conflictos y a detener a los delincuentes. Mendoza indica que, para el caso del occidente de país, hay un “vacío”, en la esfera de seguridad y justicia. Por un lado, las autoridades indígenas fueron debilitadas (o incluso aniquiladas) en la época del conflicto y por otro lado, las instituciones estatales que hay en las localidades son ineficientes o inexistentes entonces, ese “vacío” es “ocupado por el instinto colectivo de sobrevivencia que activa respuestas violentamente desproporcionadas, y aparentemente irracionales, para garantizar el bienestar de la comunidad” (Mendoza 2003: 112).

Agrega Mendoza que no solamente se trata de que no existan suficientes instituciones estatales que llamen al orden social sino que la población desconfía de las mismas “porque han sido ineficaces y corruptas, y porque durante el conflicto armado fueron cómplices del aparato represivo del Estado” (2003:113). El autor indica que los vacíos institucionales que existen en las comunidades indígenas para protegerse, muchas veces son llenados por comités o asociaciones que hacen servicio voluntario, pero que el Estado no está en capacidad de vigilar los métodos que estos utilizan para su autodefensa, los cuales muchas veces son violatorios de los derechos humanos. Esto se ha podido comprobar, por ejemplo, con varios casos en los

que vecinos organizados en comités de seguridad se exceden en sus funciones, por ejemplo en Panajachel, San Juan Sacatepéquez, etc. La justicia privada comienza a funcionar como una norma y eso explica los hechos de limpieza social.

En resumen, Mendoza afirma que “en las comunidades indígenas pobres del área rural los linchamientos pueden ser una acción colectiva para proveer justicia, orden y seguridad. Esto no implica que los linchamientos sean un componente del derecho indígena. Sin embargo las condiciones para la movilización, como (los) medios de coordinación, los líderes o instigadores y las identidades étnicas y territoriales están presentes en las comunidades indígenas” (Mendoza 2003: 120). Además, considera que los linchamientos no son actos irracionales sino que, al contrario, tienen una base racional si se analizan en el contexto de un Estado ausente que desatiende su responsabilidad de prestar seguridad y brindar justicia pronta y efectiva. Las turbas no son las responsables de la mayoría de muertes violentas, pues los linchamientos representan el 1 % de las muertes violentas entre enero de 1996 y diciembre del 1999. Por 1 turba hubo 63 muertes violentas, principalmente homicidios con armas de fuego (Ídem, 121).

- Gutiérrez, en su artículo “Los mecanismos del poder en la violencia colectiva: los linchamientos en Huehuetenango” (2003), y en su libro “Los linchamientos postconflicto y violencia colectiva en Huehuetenango, Guatemala” (junto a Kobrak) sobre el mismo tema (Gutiérrez y Kobrak 2001), sostiene un argumento similar al de Snodgrass, indicando que esas “formas de violencia extrema han sido aprendidas por la población civil en el período del conflicto armado interno” (en Torres-Rivas 2003: 29). Sin embargo, Gutiérrez agrega detalles e interpretaciones muy interesantes, por ejemplo, indica que históricamente ya existían castigos de carácter público y comunitario como los chicotazos. De alguna manera, el linchamiento vendría a ser un mecanismo alternativo a través del

cual las comunidades indígenas responden a los conflictos.

El trabajo de Gutiérrez es interesante porque analiza la situación particular de Huehuetenango, lugar donde a fines de la década de los 90 del siglo XX e inicios del siglo XXI, se había registrado una alta cantidad de eventos de este tipo (37 linchamientos sobre 421 registrados por la Misión de Verificación de las Naciones Unidas en Guatemala, MINUGUA, entre 1996 y 2001). Su análisis se fundamenta no solo en la base de datos de MINUGA, o la lectura de las notas periodísticas, sino también entrevistas con personas de las comunidades donde ocurrieron los linchamientos o donde hubo intentos (se hicieron entrevistas con testigos presenciales, entrevistas colectivas y talleres); todo ello enriquece mucho el trabajo.

En este sentido, Gutiérrez y Kobrak (2001) aportan al análisis de los linchamientos mayor elaboración que en los estudios anteriores. Advierten que “las entrevistas permitieron analizar cómo la gente construye un discurso posterior a un linchamiento, cómo las personas critican, justifican o encubren la violencia.” Es decir, existe el acto per sé (el linchamiento) y luego una reelaboración posterior al acto. Lo que las personas describen y racionalizan sobre lo que ocurrió refleja la manera en que asumen y entienden el fenómeno, no necesariamente es una narrativa que refleja lo que realmente pasó.

Asimismo, los autores indican que no solo se trata, como afirmaba MINUGUA, de que la mayoría de linchadores habían salido de las filas de las ex PAC o que habían sido militares, en realidad casi todos los hombres del área rural, mayores de 25 años, en esta región, forman parte de “una generación que pasó por las estructuras paramilitares que hoy tienen que ver con los linchamientos” (Gutiérrez y Kobrak, 2001: 14).

Gutiérrez y Kobrak señalan que ocurren los linchamientos de una manera encadenada como por “brote social”, ya que “cuando se da un linchamiento en una comunidad aumenta la probabilidad de que pase en otras. En varios casos, vecinos mencionaron que la idea de linchar un sospechoso se les ocurrió porque habían escuchado de linchamientos en otros lados” (Gutiérrez y Kobrak 2001: 15). Se podría

agregar que probablemente los vecinos escucharon en el radio los acontecimientos o los vieron en la TV y eventualmente, lo pudieron leer en algún diario. Aquí cabría llamar la atención sobre lo que la Comisión Nacional de Apoyo al Programa de Prevención de Linchamientos del Organismo Judicial ha identificado como los linchamientos por fenómeno de contagio.

Otro factor analizado por los autores es el geográfico. Huehuetenango, por su tamaño y características topográficas, presenta áreas que son inaccesibles o que por su lejanía las autoridades no pueden atender de forma inmediata. Agregan otro factor que es el lingüístico, el cual implica la dificultad de comunicación entre los operadores de justicia y los habitantes de las comunidades.

Gutiérrez y Kobrak (2001) adicionan a su análisis la impunidad, es decir, se reproducen los linchamientos porque se ha dado una falta de castigo a los linchadores, quienes se sienten impunes. Además, estos actos sacan a flote la complejidad de las relaciones de poder en las comunidades, ya que algunos (instigadores y quienes les protegen) presionan a otros (los testigos) para no hablar ni dar declaraciones a los operadores de justicia.

Es de relevancia subrayar que Gutiérrez y Kobrak (2001: 15) afirman que “no todos los linchamientos son de una naturaleza colectiva o comunitaria”, como se tiende a pensar o se ha publicitado. Lo que sucede es que “algunos actos de violencia más individuales se convierten en linchamientos porque los instigadores quieren esconder su responsabilidad, o los promotores buscan el aval de la colectividad, algo usual en el medio indígena. Para legitimar su violencia, en varios casos los instigadores indujeron o coaccionaron la participación de todos los de una comunidad” (Ídem, 15). Por ello, la hipótesis central que los autores manejan en su libro se refiere a que “en los linchamientos se establece una relación de fuerza y de poder entre los líderes violentos y el resto de la comunidad. Hay un predominio de opinión y acción de quienes están a favor de los linchamientos; mientras que la oposición de quienes no avalan esa clase de prácticas se vuelve marginal, no se escucha y no prevalece.” (Ídem 43).

Asimismo, señalan los autores citados que algunos pobladores entran en conflicto con la policía a la hora

de que esta quiere entrar a las comunidades, no tanto porque les vean como ineficaces o corruptos, sino porque en algunas comunidades fronterizas los vecinos se dedican a actividades ilícitas como el contrabando y no quieren ser descubiertos ni denunciados. Se cita el caso de Bulej, San Mateo Ixtatán en donde se produjo un levantamiento popular contra un retén de la policía “con el fin de controlar el contrabando que por décadas ha sido una de las principales fuentes de ingreso en muchas poblaciones del norte de Huehuetenango” (Ídem, 47). Esta observación es importante porque hasta la fecha (diciembre de 2014), el hecho de intervenir en una comunidad para intentar “rescatar” a la persona que está siendo linchada resulta imposible, una vez se desencadenó el fenómeno.

Por otro lado, los linchamientos se reproducen – según Gutiérrez y Kobrak, porque los pobladores los consideran eficaces, “mientras algunos criminales no temen pasar por el sistema oficial de justicia, nadie quiere morir quemado. Los linchamientos, con su crueldad y aspecto teatral, parecen diseñados para aterrorizar a los criminales” (Ídem). Y este aspecto es articulado con las diferencias generacionales: ahora los adultos perciben que los jóvenes “ya no respetan” y carecen de mecanismos eficaces para enseñarles, de allí que en muchos casos “linchar o amenazar con linchar parece una manera extrema de disciplinar a los adolescentes ‘para que aprendan’” (Ídem 16).

Richard Adams observó que sus informantes le indicaban que los linchamientos se justificaban por toda suerte de fracasos estatales en materia de investigación policiaca y aplicación de justicia, pero que el fenómeno es reciente y no casa con las prácticas indígenas antes conocidas. En su ensayo “Etnicidad e igualdad en Guatemala”, Adams subraya que:

“...los informantes hoy especifican que el linchamiento está justificado porque el sistema estatal de justicia no funciona, y cuando lo hace, es a menudo injusto. Fracasan los arrestos, fracasa la retención de los criminales en prisión, fracasa el castigo contra las personas responsables, y no se hace prácticamente nada en relación con el abuso contra las mujeres. Sin embargo, es necesario enfatizar que recurrir al

linchamiento no ha sido siempre una respuesta característicamente indígena. Por el contrario, fue una respuesta de una comunidad a la cual le ha sido arrebatada su forma legítima de enfrentar el crimen.” (Adams 2003: 65).

Como se ha visto, varios autores sostienen que los linchamientos ocurren por falta de observancia o ineficacia policial o desconfianza de la población hacia esta. Pero Gutiérrez y Kobrak indican que, contrario a esta afirmación, en más de la mitad de los casos sistematizados y analizados, la población sí recurrió a las fuerzas de seguridad:

“...pese a la desconfianza que la población manifiesta a las autoridades judiciales por los altos grados de ineficiencia, de corrupción y porque históricamente la justicia nunca se aplica a favor de los pobres y campesinos, hay quienes en las comunidades recurren a ellas para que intervengan en situaciones límite, como el caso de los linchamientos: de los cuarenta intentos de linchamiento registrados en Huehuetenango entre 1996 y 2001, en 28 casos hubo intervención de las autoridades competentes –PNC, el Juez de Paz, la PDH y los alcaldes municipales. En casi todos, las autoridades fueron informadas a tiempo sobre el potencial linchamiento y al presentarse en las comunidades les fueron entregados los detenidos, después de un proceso de diálogo” (Gutiérrez y Kobrak 2001: 48).

Finalmente, como se ha argumentado repetidamente que los indígenas en las áreas donde han ocurrido linchamientos, los cometen porque no confían en el sistema de justicia y por eso recurren a la de mano propia, los autores aclaran varios hechos para complejizar esta percepción. Gutiérrez y Kobrak (Ídem, 50) documentan varios casos en los que las autoridades indígenas locales (alcaldes auxiliares) si recurrieron al sistema oficial de justicia y presentaron actas detallando los hechos cometidos (delitos) por los detenidos, pero lo que ocurrió al final de cuentas es que se dejó libres a los acusados, porque hay una

diferencia y falta de complementariedad en el sistema de recolección de pruebas, que exige el sistema oficial de justicia ¹⁷ con respecto al que practican las comunidades.

- Los antropólogos López y Juárez concuerdan con las ideas arriba planteadas en el sentido de que no todo acto de linchamiento debe atribuirse a las herencias del conflicto armado del pasado. Ambos señalan el uso indiscriminado del recurso de la “memoria” sobre el pasado del conflicto. Sugieren que todos los estudios anteriores sobre linchamientos adolecen de una carencia de etnografías sobre el tema. Dada la forma en que surgen y se desarrollan los linchamientos es prácticamente imposible que los antropólogos puedan programar sus trabajos de campo para presenciar y estudiar una situación de tal naturaleza. Pero sucede que Mariano Juárez J. estaba realizando su trabajo de campo en Camotán y Jocotán (Chiquimula), sobre el tema del hambre, cuando ocurrió el linchamiento de tres mujeres que presuntamente habían secuestrado y dado muerte a una niña de 9 años. De esta cuenta este hecho se hizo particularmente interesante para los autores -sobre todo para López- que ha estudiado el área ch’orti’ desde hace varios años.

Mariano Juárez describe hechos que presencié. En su ensayo, introduce los correos electrónicos que enviaba a su asesor de tesis donde le contaba lo sucedido en ambos municipios del departamento de Chiquimula y sus sentimientos al respecto. El linchamiento de Camotán (Chiquimula) les permite a los autores afirmar varios aspectos interesantes: a) Que los linchamientos no son privativos de las áreas indígenas, sino que también ocurren en cabeceras municipales habitadas por una mayoría ladina. b) Que

los linchamientos de mitad de los años 2000 tienen causas distintas a los primeros linchamientos de mitad de los 90. c) Los actores que se involucran en un linchamiento -instigadores, observadores y víctimas- tienen un carácter heterogéneo desde la perspectiva étnica y de clase. En el caso que ellos analizan, no podría relacionarse lo sucedido con herencias del derecho consuetudinario ni con la herencia de un Estado de terror donde, según los autores, “la memoria del conflicto es anterior y más limitada que en otras partes del país, como el altiplano” (López y Mariano Juárez J, 2009: 228).

Al igual que M. Gutiérrez y Kobrak, los antropólogos españoles citados indican que hay distintas formas de participación popular en un linchamiento (hostigadores, espectadores, etc.). Existe, según los autores, un sentimiento de ambivalencia en los días siguientes al mismo: la gente puede sentirse con pena o culpa, pero no deja de justificar el acto. En algunos casos hasta aluden a ello “con orgullo” (Ídem, 229). Lo que sí me parece novedoso del enfoque de J. López y Mariano Juárez es que indican que el linchamiento se inserta en una contienda municipal, es decir, en una lucha entre municipios por ver cuál es el más valiente o atrevido.

“Con un tono de neutralidad asombrosa”: **aportes desde la etnografía del linchamiento y otras formas de castigo público**

Los anteriores trabajos se realizaron tomando en cuenta testimonios y opiniones recabadas varias semanas, meses o años después de que ocurrió un linchamiento. A continuación se hace referencia a los pocos trabajos antropológicos que entrarían en lo que podría denominarse la etnografía linchamiento. En esta se comprenden las aproximaciones socioculturales a los eventos de violencia colectiva que toman en consideración las características históricas, culturales, étnicas, económicas y políticas de los espacios locales (aldeas o municipios) realizadas por autores que han estado en la localidad poco tiempo después¹⁸ de un

¹⁷ Por ejemplo, en el sistema estatal, se exige que para detener y consignar a una persona se necesita orden de juez competente y haber agarrado al hechor “in fraganti”.

¹⁸ Por razones obvias y, salvo el caso de Mariano Juárez (2009), es muy difícil estar en el sitio donde acontecen las acciones que rodean a un linchamiento y presenciar el evento mismo.

evento o que simplemente conocen bien el contexto en donde ocurrieron los hechos.

En este sentido, López R. (2000) desde la sociología analiza el caso del linchamiento de Todos Santos Cuchumatán –acaecido en abril de 2000¹⁹– y lo relaciona, no tanto con la herencia del conflicto armado, sino con los rápidos cambios culturales acaecidos a raíz de las migraciones, el contacto con la cultura norteamericana, así como con los cambios religiosos, principalmente de los jóvenes quienes se han convertido a otros credos, incluyendo a otras sectas. Se trata de cambios socio-culturales tan vertiginosos que generan confusiones en las comunidades. Estas transformaciones se traducen en un ambiente social “en el cual las enemistades personales por intrigas y viejas rencillas, se suman los conflictos por disputas de intereses derivados de los frecuentes problemas por linderos de tierras, por venganzas del conflicto político militar, por simpatías políticas y también por confrontaciones entre vecinos que no han migrado al exterior y quienes regresan del exterior con recursos, a quienes en el municipio se les ha empezado a denominar los ‘norteños’” (López R. 2000: 36-37). Esta interpretación tendría una articulación con la de López G., para quien los linchamientos no deben verse desvinculados de los dilemas globales.

M. Gutiérrez y Kobrak (2001) afirmaban que los linchamientos se reproducían porque se pensaba que eran eficaces, pero J. López y Mariano Juárez (2009) creen que, además proporcionan un sentido de identidad: “parece poco discutible el hecho de que la violencia recreada como desagravio impacta y hace mella en la memoria colectiva, quizás no tanto en la eficacia o el poder coercitivo o ejemplarizante, como en el de crear identidad y otorgar sentido a la violencia en el mismo proceso” (López y Mariano Juárez. 2009: 230).

Los autores indican que los linchamientos en el oriente de Guatemala en la segunda mitad del año

2000 deben entenderse no solo en el ámbito local, sino en el global. Estos se cometieron por acusaciones no solo de robo de enseres o animales, sino en una coyuntura donde se estuvo denunciando tráfico de órganos humanos, robo de niños para tal efecto y adopciones irregulares. López y Mariano Juárez indican de forma intrincada que los linchamientos se articulan con la ausencia del Estado en lo material y en lo simbólico. No se comprende muy bien cómo interpretan lo “simbólico” del Estado, pero en la descripción que hace Mariano Juárez del linchamiento de tres mujeres en Camotán lo que se aprecia es una presencia policial demasiado precavida, hasta incluso ausente por dos semanas en medio de un clima social hostil y tenso.

Los autores reiteran algo ya aportado en el análisis de Gutiérrez y Kobrak cuando aludían a los linchamientos como “brote social” o casi como contagio de una comunidad a otra, cuando afirman que “la visión de los linchamientos como ‘moda’ o epidemia cuya publicidad desemboca en más casos podría tener aquí un punto de partida para el análisis” (López y Mariano Juárez J 2009: 235).

López García (2009: 273) indica que los linchamientos ya forman parte de la cotidianidad de los guatemaltecos y analiza los discursos de las personas (testigos, policías, familiares de la víctima) que escriben acerca de ellos en los blogs y otros sitios web, con completa normalidad, o con “un tono de neutralidad asombrosa” (se refiere a descripciones detalladas del evento, el vocabulario que se utiliza, etc.). De alguna manera la violencia no solo ocurre en el sitio mismo del linchamiento, sino que se traslada a los discursos de las personas. Por eso, López indica que los linchamientos deben analizarse en “el contexto de las violencias globales y desbordadas (López. 2009: 275). Se refiere aquí el autor a las “retóricas populares de validación de los linchamientos” (idem, 289), o sea, cómo las acciones son justificadas por las personas de la localidad y ello se expresa discursivamente en las redes sociales. López analiza esto en los poemas que varios vecinos escribieron a la niña secuestrada y muerta. Por último, López afirma que los linchamientos reflejan la “contemplación de la violencia como

¹⁹ Oscar López Rivera realizó su trabajo de campo en Todos Santos Cuchumatán en junio del mismo año, además conoce la localidad por haber nacido y crecido en ese municipio del departamento de Huehuetenango.

espectáculo”, a lo que contribuyen en mucho los medios de comunicación y los nuevos dispositivos tecnológicos, como los teléfonos celulares (Ídem, 293).

En el caso de Jocotán y Camotán, dos pueblos donde no se conocían los linchamientos hasta hace muy poco, tanto la víctima como las victimarias fueron mujeres y, pese a reconocer que una mirada de género era relevante²⁰, los autores no la incluyeron, al menos no en estos artículos que aquí analizo. Mariano Juárez observa y describe cómo las tres mujeres eran detenidas, obligadas a estar de pie por horas, una de ellas arrastrada con un lazo al cuello y otra apedreada y muerta encima de un charco de agua.

Belinda Sandoval G. (2007: 367) analiza las narrativas que sobre los linchamientos han emitido el personal de la organización de las naciones Unidas en Guatemala, los miembros de las ONG (i.e GAM y CONAVIGUA) y algunas personas de la élite guatemalteca organizadas en el grupo Madres Angustiadas. En el primer caso, Sandoval critica que el personal de la ONU afirmara que los linchamientos ocurren porque las personas no tienen suficiente conocimiento del sistema de justicia (el cual además tiene sus deficiencias). Para Sandoval, se estaría asumiendo que las comunidades indígenas utilizan el sistema oficial de justicia cuando no necesariamente ocurre de esa manera. En el caso de la organización Madres Angustiadas, se atribuyen los linchamientos a la pérdida de valores morales, sensibilidad social y a factores psicológicos (Sandoval. 2007: 269).

Sandoval afirma que hay dos aspectos centrales a la hora de explicar los linchamientos. Primero, recabar el contexto sociocultural y político del área; y segundo, ver las articulaciones entre el derecho estatal y las normas consuetudinarias indígenas o derecho indígena. Tercero, tomar en cuenta la perspectiva de las comunidades –Todos estos aspectos ya habían sido abordados antes por López R. (2000), López G. (2003) y más tarde por López G. y Juárez (2009). Por ejemplo,

en 2003, López G. (2003: 231) señaló que “nos faltan las voces de quienes participan en alguno de los círculos concéntricos que se organizan cuando tiene lugar un linchamiento y que dan protagonismo desigual a sus partícipes.” También dijo que el fenómeno se articula con la existencia de sistemas legales distintos y además con sistemas éticos “parcialmente diferentes” (ídem, 232).

El análisis de género articulado con lo étnico es un paso dado por Cumes (2009), quien analiza el surgimiento de nuevas formas de justicia llamada “comunitaria” que aparece o se da a conocer alrededor de 2005 en adelante. Estas nuevas formas de corrección, aparentemente “colectivas”, no están necesariamente vinculadas con las tradicionales formas de derecho maya. Las mismas parecen haber surgido como “alternativa” para evitar los linchamientos. Cumes alude a los neocastigos comunitarios como una forma de violencia contra las mujeres, lo cual reproduce su inferiorización histórica. Cumes se refiere a algunos eventos acaecidos en comunidades rurales de Santa Catrina Ixtahuacán y de Nahualá, Sololá donde se acusó a varios hombres y mujeres de negociar con embarazos, vender niños y otros delitos. Como castigo, se les impuso a los hombres cargar costales de cemento y, a las mujeres, se les rapó a la vista de toda la comunidad.

Cumes aborda las relaciones de género y de poder en el análisis de nuevas formas de “justicia comunal” (de “extrema” vergüenza) que desembocan en violencia contra la mujer. La crítica de la autora va dirigida en dos sentidos: hacia los medios de comunicación y los calificativos que utiliza para nombrar estos hechos como “justicia maya o juicio maya” y a la manera en que se suele representar a los indígenas –“de una forma negativa” en los medios de comunicación (Cumes 2009:101). Y luego, su crítica también va dirigida a realizar un mejor análisis de lo que está aconteciendo en las comunidades, indicando que han surgido nuevos actores (jóvenes) con poder en las comunidades indígenas y se pregunta si estos en realidad restauran el orden y el “equilibrio” o significan un nuevo ejercicio de violencia, especialmente machista contra las mujeres indígenas.

²⁰ Julián López escribe que, “Intenta reflexionar o averiguar... puesto que sólo son mujeres las implicadas si esto da lugar a construcciones diferenciales de género” (en Mariano Juárez, 2009: 267).

Cumes indica que han surgido nuevos comités de seguridad que suplantán a las autoridades tradicionales. Su afirmación va dirigida a “des-idealizar” el derecho maya y a verlo como un fenómeno cambiante. La autora retoma los estudios de derecho maya realizados por profesionales mayas.

En relación con el “derecho maya”, Mendoza (2008: 48) indica que la variable étnica es como la “fea con la que pocos quieren hablar” en alusión a que “lo indígena” o una región habitada por una mayoría de personas indígenas, es una variable que suele relacionarse con la ejecución de un linchamiento, pero pocos autores se animan a lanzar una interpretación. Para él, “los linchamientos no son parte del derecho consuetudinario socialmente aceptado, pero tienen algo de tradición: los azotes y el castigo público (...)”. Es decir, existe una suerte de *background* histórico cultural que permite explicar que los castigos públicos ya se realizaban mucho antes del apareamiento de los linchamientos (Dary, 1997), sin embargo, las modalidades punitivas no están congeladas en el tiempo, sino que está ofreciendo variaciones y re significaciones.

En este mismo sentido, Sieder y Flores (2011) analizan la complejidad de la aplicación de justicia en un interesante caso acaecido en Santa Cruz del Quiché, en septiembre de 2006. Tres jóvenes robaron un *pick up*; fueron aprendidos por los vecinos y, luego de largas discusiones comunitarias, fueron sentenciados a caminar cargando llantas sobre sus hombros y a recibir determinado número de azotes cada uno, a la vista de todos los pobladores del lugar, desde ancianos hasta los niños. Durante las reuniones o asambleas comunitarias, previas a determinar el castigo, una de las autoridades –una alcaldesa de la aldea Xesic– se dirigió a la concurrencia y les comunicó que en esa comunidad no se iba a usar gasolina, sino que se optaría por otros procedimientos (“la ley de los antepasados”, según sus palabras):

“Señores, que esto quede bien claro... dejemos de estar pensando que los vamos a quemar con gasolina. No, no es eso, sino que nosotros aplicaremos los castigos que dejaron establecidos

nuestros antepasados.” (alcaldesa María Lucas)
(Sieder y Flores 2011: 40).

Luego de una caminata en la que la población llevaba pancartas alabando “el derecho maya”, se llega a un lugar en donde los tres jóvenes son expuestos a los *xik’a’yes*²¹, pero previo a ello, los líderes les explican el sentido del evento por el que estaban atravesando. Sieder y Flores indican que “los alcaldes comunitarios hicieron hincapié en la importancia de una solución pacífica”:

“Tal como dicen nuestros hermanos, no estamos aquí para quemar, lo que sí vamos a quemar son todos esos malos pensamientos que tienes en tu cabeza, todo ese malestar que tienes en tu corazón”(Sieder y Flores, 2011: 49).

El caso es interesante porque se logra un consenso comunitario para determinar el castigo que los jóvenes tendrían –lo descrito arriba se traduciría en pasar vergüenza pública, lo cual sería dentro del derecho indígena más fuerte y aleccionador que el dolor físico. En lo particular, me ha parecido interesante que, en este mismo año, sucedieron los hechos relatados por Cumes (2009): corte de cabello a las mujeres, obligación de cargar costales de cemento, etc. Todo ello conduce a pensar que se está asistiendo a un escenario de innovación de medidas punitivas que mezclan procedimientos tradicionales con nuevos escarmientos y bajo nuevas circunstancias que surgen en el escenario multicultural. Los *xik’ay’* si eran una práctica tradicional y antigua, pero no se ejecutaban de manera pública frente a cientos de personas, sino en el ámbito más bien privado (Ídem, 52). En realidad, se podría decir que los *xik’ay* públicos y otras formas

²¹ Sieder y Flores (2011: 50-51) explican que los *chicotazos* o *xik’ay’* no han dejado de ser polémicos: “*Xik’a’yes* un elemento muy controversial del derecho indígena en Santa Cruz del Quiché y algo que ha dividido la opinión del movimiento maya en el municipio. Este consiste básicamente en azotes rituales con ramas del árbol de membrillo y consuetudinariamente son administrados por los *k’amalbé* de mayor edad, los alcaldes comunitarios o los padres de los acusados”.

de castigo, como cargar objetos pesados o cortar el pelo de las personas, son prácticas que se extrapolan de otras épocas y lugares, y que de alguna manera vienen a ser un sustituto del fatídico linchamiento con gasolina y con un desenlace mortal. El xik'ay “puede ser entendido como una manera de contener o limitar las demandas populares de venganza y otras formas más violentas y duras de castigo” (Sieder y Flores, 2011: 53).

En resumen, las nuevas formas de castigo comunitario (cortar el pelo a las mujeres, hincar a los presuntos delincuentes sobre piedrín, ponerlos a cargar llantas, costales con cemento o piedras, darles latigazos y otras medidas que pretenden basarse en antiguas formas de derecho indígena), son de factura reciente y desarrollada sobre la marcha como alternativas a prácticas más violentas y fatales. Tales prácticas han sido ingenizadas por autoridades comunitarias –no necesariamente indígenas tradicionales– como medidas para avergonzar al delincuente y para apaciguar los ánimos de la gente imponiendo una forma de castigo público que evite su trágica muerte. Consecuentemente, estas nuevas medidas estarían impidiendo llevar a los perpetradores a los juzgados y a la cárcel. Estos castigos arriba mencionados, también pueden verse como sustitutos de la medida radical del “uso de la gasolina”, como lo indican también Sieder y Flores.

Si bien es cierto que los linchamientos no deben ser identificados como formas de justicia indígena, existe cierta vinculación entre las nuevas formas de castigo o reprimenda con el derecho indígena, hecho que es explotado y tergiversado por los medios de comunicación. Sin embargo, en los últimos años se ha evitado utilizar en los diarios los adjetivos de “justicia maya”, probablemente a raíz del trabajo de observatorio social sobre los medios y el racismo. También es cierto que algunas organizaciones mayas se han encargado en establecer la diferencia entre las nuevas formas punitivas y las formas de impartir justicia de sus antepasados, resaltando la enseñanza, el ejemplo y el restablecimiento de la armonía (Defensoría Indígena Wajxaqib' Noj-PNUD 2003).

Los linchamientos y el rol de la Comisión Nacional de Apoyo a la Prevención de Linchamientos del Organismo Judicial²²

Los linchamientos, así como otras formas de “justicia” o escarmiento colectivo, son un tema muy difícil de investigar judicialmente por una serie de motivos, pero como el lector comprenderá, resulta obvio que los testigos evitan responder a las preguntas de los investigadores por temor a represalias de quienes instigaron los hechos. Los mismos integrantes de la *Comisión Nacional de Apoyo a la Prevención de Linchamientos del Organismo Judicial* pueden accionar si es con la invitación directa de las autoridades locales. Luego de un linchamiento, vapuleo u otra acción similar lo que observan los integrantes de dicha Comisión, es en primer lugar, el silencio de los comunitarios, y luego cuando se abren para hablar, se observan expresiones y sentimientos de “mucho dolor”. Este fue el caso, por ejemplo, de las autoridades de Sumpango (Chimaltenango) donde, en abril de 2006, dos mujeres fueron linchadas, una brutal acción transmitida con lujo de detalles en televisión por Guatevisión y reportada por todos los medios escritos.²³ Una persona de la Comisión expresó que:

²² “La Comisión Nacional de Apoyo al Programa de Prevención de Linchamientos del Organismo Judicial surgió con la suscripción del convenio de cooperación interinstitucional, en abril de 2005, con la participación inicial de once instituciones gubernamentales y no gubernamentales.

²³ Este caso fue muy interesante porque Sumpango había sido declarado poco tiempo antes como pueblo “Amigo de la Paz”. Tras el linchamiento, las autoridades –incluida la Policía Nacional Civil– dejaron el pueblo y la Comisión Nacional de Apoyo a la Prevención de Linchamientos tuvo que trabajar fuerte para que pudieran retornar. “El miedo se quedó en Sumpango”. En, *Prensa Libre*, 30 de abril de 2006. Versión electrónica consultada en línea: http://www.prensalibre.com/noticias/miedo-quedo-Sumpango_0_128388923.html

“Nosotros lo que visualizamos al principio era que había mucho dolor, ellos (las autoridades locales) querían visualizar que ellos no eran (responsables) y enseñarles al mundo que ellos no tenían esa práctica. Y todos comenzaron a trabajar fuertemente con distintos sectores de la población por género y edades”. (Entrevista con representante de la Comisión, noviembre de 2014).

Trabajar en torno a la concientización de que el linchamiento no es una opción de castigo, informar que es un acto inhumano, violatorio de los derechos humanos y además que quienes participen en el mismo serán conducidos a la cárcel, es la principal tarea de la Comisión mencionada. Sus integrantes consideran que su trabajo ha sido difícil, pero que sus resultados se reflejan en una disminución en el número de linchamientos, el cual debe ser contrastado con el crecimiento demográfico a nivel nacional, departamental y municipal. Si no se hace esta comparación parecería que el fenómeno es tan fuerte como lo fue a inicio de los años 1990.

Si bien es cierto, los linchamientos siguen sucediendo e incluso algunos medios aluden a un “repunte de linchamientos”, se podría decir que han decrecido en contraste con el crecimiento demográfico y el número de homicidios diarios y mensuales por cada 100,000 habitantes.

Un aspecto importante a mencionar es que en los últimos 10 años, probablemente, la difusión de las noticias locales a través de los medios electrónicos, principalmente las redes sociales y la telefonía celular (mensajes de texto, Twitter y Whatsapp), se ha acelerado y hecho más constante. Según miembros de la Comisión, esto podría dar la sensación de que los linchamientos aumentan:

“antes costaba acceder a la información (sobre los linchamientos), había que ir a buscar los informes de MINUGUA; ahora, se sabe lo que está sucediendo en el mismo momento”. (Entrevista con

representante de la Comisión, noviembre de 2014).

Además de identificar las diferencias antes aludidas entre conato, vapoletaje y linchamiento, la Comisión complejiza las razones o motivos por los cuales se comete un linchamiento: además del castigo al delito común, se identifica que ha existido una suerte de xenofobia, temor a los extranjeros y rumores sobre el plagio de niños, como lo que ocurrió en sonados casos del linchamiento de un japonés y un guatemalteco, en Todos Santos Cuchumatán, Huehuetenango (29/04/2000)²⁴; y de una mujer de Alaska en San Cristóbal Verapaz, dos casos muy sonados y que trascendieron internacionalmente (véase López R., 2000; Montúfar 2007). Además de ello, la Comisión identifica que el linchamiento se comete por venganzas personales y enemistades revestidas de otras razones. En realidad, el fenómeno de los linchamientos es multicausal y es dinámico, se va trastocando a lo largo del tiempo:

“Hemos visto como ha dado vuelta el fenómeno, por ejemplo antes se decía que era por falta de justicia, después resultó que era por robo de niños, después que era por robo de órganos y en otros sectores quedicen “ladrón visto, ladrón muerto”, entonces hemos visto cómo va dando vuelta el fenómeno y cómo se pasa de un lugar a otro”. (Entrevista con representante de la Comisión, noviembre de 2014).

Si bien es cierto durante las últimas dos décadas los linchamientos suceden en los cuatro puntos cardinales del país y en todos los departamentos, existe un mayor número de ellos registrado en el occidente y norte del país, principalmente, en aquellos lugares más afectados por el conflicto armado interno: Quiché, Huehuetenango, Alta Verapaz y Quetzaltenango; pero es importante subrayar que el departamento de

²⁴ “Juicio por linchamiento. Caso de japonés: tres personas de Todos Santos Cuchumatán llevadas a debate”. Prensa Libre, Guatemala, 26/04/2001. http://www.prensallibre.com/noticias/Juicio-linchamiento_0_36596676.html

Guatemala encabeza las listas en varios años (de 2009 a 2014). Se conoce de varios casos de linchamientos en la capital y sus alrededores, sobre todo, en los mercados cantonales, muchos de esos actos no son dados a conocer por los medios de comunicación.

Para cuantificar los linchamientos, hay que aclarar que no es lo mismo el número de linchamientos al número de víctimas mortales. En un solo evento de linchamiento puede haber de una a varias víctimas. Además, estas pueden sobrevivir y ser llevadas a los hospitales, algunas sobrevivirán para contarlos y otras fallecen días después. Dadas estas y otras circunstancias, es difícil llevar a cabo un recuento exacto de los linchamientos.

La Comisión citada señala que para generar y alimentar su base de datos sobre los linchamientos recurre a todos los medios de prensa escritos, informes de la Policía Nacional, informes circunstanciados de los jueces, de las autoridades locales, del Instituto de Estudios Comparados y del INACIF, pero subraya que es muy probable que exista un subregistro de casos de linchamientos que suceden en zonas remotas y que no es tan fácil reportar, además de que ahora existen modalidades para borrar evidencias, como tirar los cadáveres de las víctimas a los ríos. En este punto es interesante apuntar que la Comisión ha identificado que en las redessociales (principalmente Facebook y Youtube) aparecen linchamientos o comentarios al respecto que muchas veces no salen en la prensa. En este sentido, Julián López y Mariano Juárez han subrayado la importancia de prestar atención a dichas redes y al contenido de los mensajes allí compartidos.

Reflexiones finales

La etnicidad de los victimarios y de las víctimas de los linchamientos fue relacionada por la mayoría de los autores analizados, principalmente, en relación con los municipios y departamentos del país más golpeados por la violencia del conflicto armado interno. Es decir, los linchamientos han ocurrido con más frecuencia en el altiplanooccidental, pero no responden

intrínsecamente ni necesariamente a la condición indígena de los actores sociales involucrados en cada evento, sino al hecho de que ellos pertenecen a una localidad o región golpeada durante por el conflicto armado, pero además a regiones donde la presencia estatal en materia de seguridad y cuidados sociales es muy limitada.

En tal sentido, en los lugares donde se militarizó a la sociedad y hubo un control contrainsurgente durante dicho conflicto y aún en los siguientes años luego de la firma de la paz, la población presencié eventos públicos de represión que funcionaron como instructivo de prácticas de castigo brutales y que luego se reproducen por parte de la población civil para sancionar delitos comunes. Como se sabe, las regiones más golpeadas por el conflicto fueron las indígenas, precisamente porque el racismo y la discriminación contribuyeron a “inferiorizar” a las víctimas y a aumentar la crueldad en contra de ellas. En la última década, las perspectivas sobre el conflicto armado, así como la etnicidad y su relación con los linchamientos, han perdido fuerza explicativa como motivo central. Ello se debe a que estos han estado sucediendo en áreas menos golpeadas por la guerra y que son habitadas por población mestiza y ladina. Asimismo, los linchamientos son más frecuentes en áreas urbanas y peri urbanas, a diferencia del pasado cuando tendían a ocurrir en zonas rurales. De hecho, según el OJ, de 2009 a 2014, el departamento de Guatemala presentaba una constante en el registro del mayor número de linchamientos (con independencia de su desenlace, es decir, sin mencionar el número de víctimas fatales).

La modalidad del linchamiento como castigo al delincuente o infractor de normas de convivencia comunitarias, se sembró como herencia del conflicto armado. Los primeros instigadores y azuzadores de estos actos fueron personas vinculadas a las estructuras militares y paramilitares. No obstante, con el tiempo, ese ejemplo ha sido adoptado por otras personas y por las nuevas generaciones a manera de contagio. Los medios de comunicación radiales, pero sobre todo las redes sociales, han jugado un papel importante, ya sea como incitadores o como amortiguadores de hechos de violencia colectiva.

Un aspecto en el que los autores difieren es en el de calificar a todo linchamiento como necesariamente un acto “de violencia colectiva” donde toda una población participa. El trabajo de campo que incluye entrevistas a distintos testigos y donde se reconstruyen los hechos, como el realizado por López R., López G. y Juárez (2009), Gutiérrez y Kobrak (2001), contribuyen mucho a dilucidar que los linchamientos son instigados en realidad por pocas personas que se colocan usualmente en una posición de poder dentro de la comunidad. De tal manera que la mayoría de las personas fungen como testigos presenciales pasivos y no se atreven a defender al presunto ladrón ni mucho menos a cuestionar las acciones del instigador o provocador. Este último aspecto es reiterado por la Comisión Nacional en Apoyo a la Prevención de Linchamientos.

Los linchamientos se ejecutan por diferente procedimiento (quema, ahorcamiento, golpiza, etc.) y son multicausales (a través de ellos se castiga a ladrones, violadores, secuestradores, tratistas de personas, extorsionadores, etc.). En la década reciente (probablemente de 2005 a esta parte), las razones más frecuentes detrás de un linchamiento son las extorsiones a comercios, buses, mototaxis o tuc-tuc y bici taxis.

Asimismo, llama la atención que las víctimas de los linchamientos están distribuidas de forma bastante balanceadas, entre ambos géneros, no obstante, es importante subrayar que en los últimos años se registran más víctimas mujeres menores de edad. Esto es importante porque se evidencia que la violencia contra las mujeres se está volviendo cada vez más frecuente y más cruda. Asimismo, se pone de manifiesto la falta de espacios y de acciones institucionales para proteger la integridad personal de la adolescencia y la juventud. Se trata de adolescentes a quienes se debería defender y, sobre todo, mantener la presunción de inocencia.

Bibliografía

- Adams, R. N. (2003). Etnicidad e igualdad en Guatemala, 2002. Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL, GTZ.
- Adams, T. (2011). La violencia crónica y su reproducción: Tendencias perversas en las relaciones sociales, la ciudadanía y la democracia en América Latina. USAID, Prevención del Crimen, Woodrow Wilson International Center for Scholars, IARS.
- AGN (2014). Guatemala reduce tasa de homicidios a 31.2 por 100,000 habitantes en 2014. En, Agencia de Noticias. <http://www.agn.com.gt/index.php/component/k2/item/22582-guatemala-reduce-tasa-de-homicidios-a-312-por-100000-habitantes-en-2014#sthash.3Fo1KorJ.dpuf>
- Aguirre S., K. M. (2014). Análisis jurídico de la incidencia del sistema de administración de justicia penal guatemalteca ante el fenómeno de los linchamientos. Tesis de grado. Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Universidad Rafael Landívar.
- Argueta, O. (2011). “Análisis de las Juntas Locales de Seguridad”. En, Plaza Pública. Extraído el 16 de junio de 2013, del sitio web: <http://www.plazapublica.com.gt/content/analisis-critico-de-la-historia-de-las-juntas-locales-de-seguridad>
- Bran G., E.A. (2006). Actitudes de hombres y de mujeres de una comunidad rural de Guatemala hacia los linchamientos. Informe final de investigación presentado al Consejo Directivo de la Escuela de Ciencias Psicológicas para optar al título de Psicólogo. Guatemala, Escuela de Ciencias Psicológicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Centro para la Acción Legal en Derechos Humanos (CALDH), Instituto de Estudios Comparados de Ciencias Penales de Guatemala (ICCPG) y Seguridad en Democracia (SEDEM)- (2007). Las ejecuciones extra-judiciales de jóvenes estigmatizados: dimensión jurídica, social y humana del fenómeno y la responsabilidad del Estado de Guatemala sobre la mal llamada “limpieza social”. Disponible en: <http://www.sedem.org.gt:8080/sedem/publicaciones/libros/ejecuciones.pdf/view>.
- Coy Pop, E.G. (2010). La jurisdicción indígena penal: análisis socio jurídico de los linchamientos en Guatemala, caso Alta Verapaz. Guatemala: Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Cumes, A. (2009). “‘Sufrimos vergüenza’. Mujeres k’iche’ frente a la justicia comunitaria en Guatemala” en, Desacatos. No. 31. Revista de Antropología Social. Reivindicaciones étnicas, género y justicia. México D.F.: CIESAS. 99-114 pp.
- Defensoría Indígena Wajxaquib-Noj 2003. La ley de Xibalbá o Linchamientos. Chimaltenango, Guatemala.
- De León, E. (2013, 22 de junio). “En occidente ocurren menos incidentes criminales”. En, Siglo 21. p. 2.

- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Argentina: Siglo XXI Editores.
- Gutiérrez, M. y P. H. Kobrak. (2001). Los linchamientos postconflicto y violencia colectiva en Huehuetenango, Guatemala. Guatemala: Centro de Estudios y Documentación de la Frontera Occidental de Guatemala, CEDFOG.
- Gutiérrez, M. (2003). "Los mecanismos de poder en la violencia colectiva: los linchamientos en Huehuetenango". En, *Linchamientos: ¿barbarie o justicia popular?*, Carlos Mendoza y Edelberto Torres-Rivas, editores. Guatemala: FLACSO-UNESCO (Colección Cultura de Paz, No.1). También disponible en: www.nd.edu/~cmendoz1/datos/gutierrez.pdf.
- ICCPG. (2012). *Linchamientos: violencia estatal y violencia social*. Guatemala: Instituto de Estudios Comparados en Ciencias Penales de Guatemala.
- Instituto Nacional de Estadística -INE- (2008). *Encuesta Nacional de Hogares y Violencia Armada (ENHVA)*. Guatemala. Instituto de Enseñanza para el Desarrollo Sostenible (IEPADES). (2006). *Armas pequeñas y livianas: una amenaza a la seguridad hemisférica*. Disponible en: <http://www.iepades.org/pm-centroam.pdf>.
- Instituto de Enseñanza para el Desarrollo Sostenible (IEPADES). (2006). *Control de armas: manual para la construcción de la paz por la sociedad civil*. Ciudad de Guatemala: mimeo.
- Instituto de Enseñanza para el Desarrollo Sostenible (IEPADES). (2006). *El tráfico ilícito de armas en Guatemala*. Disponible en: <http://www.iepades.org/guatemala.pdf>.
- Instituto de Enseñanza para el Desarrollo Sostenible (IEPADES) (2012). *Violencia Armada en Guatemala*. Presentación PowerPoint. Guatemala. Recuperada el 21 de enero, 2013, del sitio web: <http://www.iepades.com/images/PDF/VIOLENCIA%20ARMADA%20EN%20GUATEMALA%20ULTVERSION.pdf>
- Juárez, L.M. (2009). "Violencias eventuales en la cotidianidad de las violencias. Una etnografía de los linchamientos de Camotán y Jicotán (julio de 2007)". En, *Guatemala, violencias desbordadas*. Julián López, Santiago Bastos y Manuela Camus, editores. Córdoba, Universidad de Córdoba, Servicio de Publicaciones. 239-268 pp.
- León-Escribano, C. R. (2005). *Guatemala: análisis sobre estadísticas de muertes violentas de mujeres*. Guatemala: Instituto de Enseñanza para el Desarrollo Sostenible (IEPADES).
- López G., J. (2003). "Abordando los linchamientos en Guatemala: del autismo capacitador a consensos negociados". En, *Linchamientos: ¿barbarie o justicia popular?*, Carlos Mendoza y Edelberto Torres-Rivas, editores. Guatemala: FLACSO-UNESCO (Colección Cultura de Paz, No.1).
- López G., J. (2009). "Nuevas expresiones y representaciones de los linchamientos en Guatemala." En, *Guatemala, violencias desbordadas*. Julián López, Santiago Bastos y Manuela Camus, editores. Córdoba, Universidad de Córdoba, Servicio de Publicaciones. 269-296 pp.
- López G., J. y L.M. Juárez (2009). "Hacia una construcción del linchamiento como categoría estable. Nuevos contextos, nuevas aproximaciones y nuevas aplicaciones para un análisis complejo". En, *Guatemala, violencias desbordadas*. Julián López, Santiago Bastos y Manuela Camus, editores. Córdoba, Universidad de Córdoba, Servicio de Publicaciones.
- López, J.; Bastos, S. y M. Camus. (2009). "Introducción, el persistente desborde de las violencias en Guatemala". En, *Guatemala, violencias desbordadas*. Julián López, Santiago Bastos y Manuela Camus, editores. Córdoba, Universidad de Córdoba, Servicio de Publicaciones. 9- 25 pp.
- López R., O. (2000). "Todos Santos Cuchumatán y el linchamiento de los turistas". *Estudios Sociales*, No. 63. Guatemala: IIES-Universidad Rafael Landívar. Colección IDIE.
- Luna L., M.J. (2004). *Los linchamientos en el área rural del Nor-Occidente del país y el impacto del programa educativo del Organismo Judicial en su erradicación*. Guatemala, Departamento de Pedagogía y Ciencias de la Educación, Universidad de San Carlos.
- Martínez P., O.R. (2007). *Análisis Sociopolítico de los linchamientos ocurridos en San Marcos, periodo 1994-2004*. Guatemala: Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Méndez A. y C. Mendoza. (2013). "Siete mitos sobre la violencia homicida en Guatemala". En, *El periódico*. <http://ca-bi.com/blackbox/wp-content/uploads/downloads/2013/01/Siete-mitos-sobre-la-violencia-homicida-en-Guatemala.pdf>
- Mendoza, C. (2013). *Informe Anual sobre Violencia Homicida en Guatemala, 2012*. CABI, Central American Business Intelligence.
- Mendoza, C. (2012). *Tasas de Violencia Homicida a nivel Municipal, Guatemala, 2011*. Guatemala: CABI.
- Mendoza, C. (2009). *Datos de violencia homicida en Guatemala*. Extraído el 1 de febrero, 2013 del sitio Web: <http://www.nd.edu/~cmendoz1/homicidios.htm>.
- Mendoza, C. (2008). "Linchamientos en México y Guatemala: reflexiones para su análisis comparado". En, *El Cotidiano*, núm. 152. México: Universidad Autónoma Metropolitana Azcapotzalco. 43-51 pp.
- Mendoza, C. (2007). *Ausencia del estado y violencia colectiva en tierras mayas: una aproximación cuantitativa al fenómeno de los linchamientos en Guatemala (1996-2002)*.

- Guatemala: FLACSO Guatemala: Secretaría Planificación y Programación SEGEPLAN.
- Mendoza, C. (2003). "Violencia colectiva en Guatemala: Una aproximación teórica al problema de los linchamientos". Mendoza, C. y & Torres-Rivas, E. (eds.). *Linchamientos: ¿barbarie o justicia popular?* Guatemala: FLACSO-UNESCO.
- Mendoza, C. (2001). "Guatemala: más allá de los Acuerdos de Paz. La democracia en un país multicultural". The Latin American Program del Woodrow Wilson International Center for Scholars. (Working Paper Series), Number 250: 60-92, Washington, D.C.
- MINUGUA. (2000). *Los linchamientos, un flagelo contra la dignidad humana*. Guatemala: Misión de las Naciones Unidas para Guatemala.
- MINUGUA. (2003). "Los linchamientos, un flagelo que persiste". En, *Linchamientos: ¿barbarie o justicia popular?* Carlos Mendoza y Edelberto Torres-Rivas, editores. Guatemala: FLACSO-UNESCO (Colección Cultura de Paz, No.1).
- Montúfar N., E. F. *Los linchamientos (1996-2002). Características del fenómeno social y percepciones del mismo por instituciones que trabajan para erradicarlo*. Tesis para obtener el título de sociólogo. Guatemala: Escuela de Ciencia Política de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Procurador de los Derechos Humanos (PDH). (2009). *Informe Anual Circunstanciado de la Situación de los Derechos Humanos de Guatemala del Procurador de los Derechos Humanos de 2008*. Extraído el 15 de febrero, 2013 del sitio web de la PDH: http://www.pdh.org.gt/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=8
- PNUD. (2006). *El costo económico de la violencia en Guatemala*. Guatemala: Programa de Seguridad Ciudadana y Prevención de la Violencia del Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo. Guatemala: Magna Terra Editores.
- PNUD. (2009). *La economía no observada: una aproximación al caso de Guatemala*. Guatemala. – Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2009. Cuadernos de desarrollo humano; 2007 / 2008 - 4.
- PNUD. (2014). *Sinopsis del Desarrollo Humano en Guatemala*. Guatemala. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Informe Nacional de Desarrollo Humano.
- Sandoval G., A. B. (2007). "Taking Matters Into One's Hands: Lynching And Violence In Post-Civil War Guatemala". In, *Urban Anthropology and Studies of Cultural Systems and World Economic Development*. Vol. 36, No.4. 357-379 pp.
- Snodgrass G., A (2003). "Los linchamientos y la democratización del terror en la Guatemala de la posguerra: implicaciones en el campo de los derechos humanos." En, *Linchamientos: ¿barbarie o justicia popular?* Carlos Mendoza y Edelberto Torres-Rivas, editores. Colección Cultura de Paz, No.1. Guatemala: FLACSO-UNESCO.
- SDG-Secretariado de la Declaración de Ginebra. (2011). *Guatemala en la encrucijada. Panorama de una violencia transformada*. Editores: J. A. Restrepo y & Tobón G. Colombia: Secretariado de la Declaración de Ginebra.
- Sieder, R. y C. Flores A. (2011). *Vergüenza: autoridad, autonomía y derecho indígena en la Guatemala de postguerra*. Guatemala, Fy G Editores.
- Torres-Rivas, E. (2003). "Introducción. Linchar en democracia". En, *Linchamientos: ¿barbarie o justicia popular?* Carlos Mendoza y Edelberto Torres-Rivas, editores. Colección Cultura de Paz, No.1. Guatemala: FLACSO-UNESCO.
- UNESCO-Proyecto de Cultura de Paz. (2003). "El discurso ético como barrera contra los linchamientos". En, *Linchamientos: ¿barbarie o justicia popular?* C. Mendoza y E. Torres-Rivas, editores. Colección Cultura de Paz, No.1. Guatemala: FLACSO-UNESCO.
- Vilas, C. M. (2003). "(In) justicia por mano propia: linchamientos en el México contemporáneo." En, *Linchamientos: ¿barbarie o justicia popular?* Carlos Mendoza y Edelberto Torres-Rivas, editores. Colección Cultura de Paz, No.1. Guatemala: FLACSO-UNESCO.

Referencias hemerográficas

- "A chicotazos castigan a tres por robo de ganado". En, *Nuestro Diario*. Guatemala, jueves 20 de septiembre de 2007. Portada y p. 5.
- Castillo, M y E. Sam. (2014, 3 de marzo). "Planes son ineficaces contra linchamientos". En, *Prensa Libre*. p.23.
- Castillo, Mike (2014, 25 de agosto). "Linchan a tres jóvenes". En, *Prensa Libre*. p. 14.
- Castillo, Mike (2014, 28 de agosto). "Empieza juicio por linchamiento". En, *Prensa Libre*. p. 24.
- Castillo, Mike (2014, 10 de septiembre). "Se reporta repunte de linchamientos". En, *Prensa Libre*. p. 25.
- Chaclán, Ana C. (2011, 11 de julio). "Extorsiones atemorizan a altenses". En, *Prensa Libre*. p. 52.
- De León, E. (2013, 22 de junio). "En occidente ocurren menos incidentes criminales". En, *Siglo 21*. p. 2.
- García Noval, José (2015, 11 de enero). "El silencio es criminal y es suicida". En, *El Periódico*. p. 13.
- González, E. R. (2012, 18 de marzo). "Víctimas de los Pujujiles. Agonía difícil de olvidar". En, *Prensa Libre*. p. 1.
- Herrera, P. "Expertos advierten de riesgos a jóvenes". En, *Prensa Libre*.
- Paredes, C. (2014, 30 de noviembre). "Turba quema a supuesto ladrón". En, *Prensa Libre*. p. 10.
- Julajuj, Á. (2009, 15 de junio). "Analizan acerca de linchamientos". En, *Prensa Libre*. p. 51.

- Lara, J y J. Ramos (2014, 27 de agosto). "Maras amplían poder de fuego". En, Prensa Libre. Guatemala, miércoles 27 de agosto de 2014. Portada, 1-3 pp.
- Lara, J. y J Gramajo (2014, 8 de septiembre). "Ejército vigilará ingreso a cárcel". En, Prensa Libre. p. 5.
- Méndez A., C. y Mendoza, C. (A) (2013, 27 de enero). "Siete mitos sobre la violencia homicida en Guatemala" En, El Periódico. 14-15 pp.
- Méndez A., C y Mendoza, C. (B) (2013, 10 de febrero). "Siete preguntas y sus respuestas acerca de 'Siete mitos sobre la violencia homicida en Guatemala'". En, El periódico. 16-17 pp.
- Paredes, C. (2014, 6 de diciembre). "Turba quema a dos hombres en Siquinalá". En, Prensa Libre. p.21.
- Paredes, E. (2014, 10 de junio). "Ineficaces estrategias contra la violencia". En, Prensa Libre. p. 21.
- Ramos, J.(2014, 17 de julio) "Mara peligrosa obstruye juicio". En, Prensa Libre. 1-3 pp.
- Ramos, J. (2014, 9 de diciembre)."Persisten casos de linchamiento". En, Prensa Libre. p. 10.
- Toledo, Ó. (2007, 12 de abril). "Exigen justicia. Vecinos quieren castigo para delincuentes". En, Prensa Libre. p. 35.
- Valdés,
- Valdés, S. (2009, 15 de junio). "Linchamientos se incrementan". En, Prensa Libre, p. 10.
- Ventura, C. (2014, 7 de agosto). "Se unen contra la delincuencia. Instalan alarmas en zona 1 de Xelajú". En, Prensa Libre. p. 25.
- Villalobos Viato, R. (2013, 8 de diciembre). "Insensibilidad social". En, Revista D, de Prensa Libre. 18-21 pp.

Múltiples y simultáneas migraciones en Guatemala: perspectiva histórica, dinámicas actuales y desafíos para la investigación social.

Por lic. Alvaro Caballeros

Licenciado en sociología por la USAC
Investigador titular del área de
migraciones del Instituto de Estudios
Interétnicos de la Universidad de San
Carlos de Guatemala
Profesor de la Escuela de Ciencia
Política de la USAC
caballeros.alvaro@usac.edu.gt.

Recpción de artículo: 31/Jul/2015
Aceptación de artículo: 28/Sep/2015

Resumen

La migración laboral ha sido una constante en la historia guatemalteca: desde los mecanismos del trabajo forzado hasta la migración internacional indocumentada. El artículo “Múltiples y simultáneas migraciones en Guatemala: perspectiva histórica, dinámicas actuales y desafíos para la investigación social” parte de un recorrido histórico que evidencia una “regularidad” de este continuum: el carácter forzado de las migraciones y la simultaneidad de sus formas, procesos y experiencias.

Estas migraciones laborales, se constituyen en la principal actividad económica del país ya que las remesas y el ingreso de divisas por agro exportaciones, demandan e implican la participación de migrantes internacionales e internos.

Se analiza cómo éstas migraciones forzadas, pasan de las formas compulsivas de dominación y control que prevalecen desde la colonia hasta finales de la reforma liberal, (1944) a factores expulsores económicos y políticos que obligan a emigrar hacia otro país (Estados Unidos y México, principalmente) o regiones del mismo país para trabajar y obtener mejores ingresos.

Se plantea un enfoque histórico de la diáspora hacia Estados Unidos, identificando que el ajuste estructural y el impulso del libre mercado fueron determinantes en el incremento inusitado de emigración hacia dicho país, que simultáneamente fue creando una comunidad transnacional de guatemaltecos que viven en otro país, pero mantienen vínculos con sus comunidades de origen, siendo éste un nuevo campo de estudio, que con perspectiva integral y enfoque metodológico transnacional, se constituyen en un aporte que el Instituto de Estudios Interétnicos busca realizar con su recién creada Área de migraciones.

Palabras Clave

Migración, Transnacionalismo Inmigración,
Deportados, Historia.

Multiple concurrent migrations in Guatemala: historical, dynamic current outlook and challenges for social research

Abstract

Labor migration has been a constant in Guatemalan history: from the mechanisms of forced labor to undocumented international migration. The article: "Multiple and simultaneous migrations in Guatemala: historical perspective, current dynamics and challenges for Social Research. It starts from a historical tour, which shows a "regularity" in this continuum: the forced nature of migration and the simultaneity of its forms, processes and experiences. These labor migration, constitute the main economic activity of the country as remittances and income earnings from agricultural exports, demand and involve the participation of internal and international migrants.

It is analyzed how these forced migration, move from compulsive forms of domination and control prevalent since colonial times until the end of the liberal reform (1944) to economic and political expelling factors that force people to migrate to another country (United States and Mexico, mainly) or regions of the same country to work and get better income.

This raises a historical approach of the diaspora to the United States, identifying that the structural adjustment and the promotion of free markets were crucial for the unprecedented increase in emigration to this country, which was simultaneously creating a transnational community of Guatemalans living in another country, but that maintain ties with their communities of origin, and this is a new field of study, that with comprehensive transnational perspective and methodological approach, constitute a contribution which the Institute of Interethnic Studies seeks to realize with its newly created area of migration.

Keywords

Migration, Transnationalism Immigration
deported History.

Raíces coloniales de la movilidad humana

La migración es transversal en la historia territorial y demográfica en Guatemala, es tan significativa, que la teoría de poblamiento del Abya Yala, se explica por persistentes oleadas migratorias asiáticas que configuraron nuevos pueblos, territorios y civilizaciones de gran esplendor.

El parte aguas de una nueva era migratoria, fue la conquista y posterior consolidación durante la Colonia española porque rompieron la forma de vida comunal, regímenes de propiedad y relación con la tierra e implementaron férreos mecanismos de explotación laboral como el repartimiento y la encomienda. Es precisamente durante la Colonia, cuando se sientan las bases de la estructura agraria mediante mecanismos de despojo que posteriormente fueron dando el carácter estatal de "orden finca" (AVANCSO 2012).

En cuanto al recurso del trabajo forzado, a mediados del siglo XVI adquiere su carácter estratégico al institucionalizarse mecanismos que bajo variadas figuras legales obligaban a la población a desplazarse de su región de origen a las de destino (haciendas y fincas). Además de la imposición de rigurosos dispositivos de control sobre los movimientos internos de las poblaciones indígenas que perduraron hasta mediados del siglo XX.

Durante la Colonia, se inicia un proceso de migración transatlántica proveniente de regiones rurales de Castilla (Extremadura y Andalucía), por parte de colonos que asumieron papeles importantes en la burocracia imperial y/o que viajaban como acompañantes de funcionarios y comerciantes. Esta relativa facilidad y

libertad para inmigrar a las nuevas tierras contrasta con las prohibiciones hacia los indígenas de migrar por voluntad propia, porque prácticamente se estableció un “apartheid” social; versión sui géneris de esclavitud española hacia los anteriores dueños y señores del territorio.

En este periodo, cientos de miles de indígenas fueron forzados a migrar de sus lugares de origen hacia diversos destinos, iniciado con ello una interminable peregrinación generacional ligada a las épocas de cosecha del café, algodón, caña de azúcar y banano que mantiene vigencia hasta el sol de hoy.

Estos contingentes de población fueron determinantes además, en la construcción de la infraestructura que requería la iglesia y los ayuntamientos durante la Colonia, (Antigua Guatemala es el mejor ejemplo) para la construcción de edificios y carreteras del proyecto independentista, adquiriendo mayor importancia estratégica durante la Reforma Liberal para la apertura y construcción de carreteras y puentes que el Estado y los finqueros requerían para impulsar su proyecto liberal. Todo lo anterior, bajo las variadas formas de trabajo forzado, como las habilitaciones, el reglamento de jornaleros, la ley de viabilidad, la nueva ley de la vagancia y el batallón de zapadores. (Palma, Taracena, Alwyn 2002) mediante las cuales dominaron a la población indígena por más de 300 años. (Martínez, 1978).

Este continuum de explotación laboral colonial, se reforzó en 1875 con imaginarios finqueros que mediante nuevas leyes justificaron los regímenes de trabajo forzado. Hasta entonces era prohibido migrar por cuenta propia a la capital u otras fincas, hacerlo, suponía cárcel y más trabajo forzado.

La revolución de 1944: nuevos determinantes para la movilidad humana

La “primavera democrática” marca una nueva época al emancipar las relaciones de servidumbre y sentar las bases de nuevas relaciones laborales¹. La abolición de leyes de vagancia, permitió una mayor

movilidad de personas hacia varias regiones del país siendo un factor clave en el auge que experimentó la migración rural-urbana y rural-rural en las posteriores décadas.

Teniendo como telón de fondo la consolidación de las exportaciones de café y el avance de la modernidad capitalista, la estructura económica guatemalteca experimenta una dinámica de relativo crecimiento provocado por el proceso de industrialización sustitutiva de importaciones, el surgimiento del mercado común centroamericano, el crecimiento del mercado interno, el aumento de las exportaciones y la emergencia de actividades de servicios que incrementaron la demanda de mano de obra atrayendo grandes cantidades de población rural, hacia el centro económico, financiero y comercial en el país.

Precisamente entre las décadas de los años cincuenta y mediados de los setenta, los censos registran incrementos vertiginosos de población asentada en la ciudad de Guatemala, debido a las oleadas de migrantes procedentes de las zonas rurales. El Censo de Población 2002, (INE 2002), registró que el 11 por ciento de los censados a nivel nacional (un millón 236 mil 620 personas) estaba en un departamento distinto al de su nacimiento.

Simultáneamente creció la demanda de los “tradicionales” flujos migratorios temporales provenientes de las regiones pobres e indígenas hacia la costa y boca costa para trabajar en las fincas donde se cosechaba el

¹ Aunque muchas de las prácticas liberales de trabajo servil y pago con fichas o “tiendas de raya” persistieron hasta mediados de la década de 1980, y el castigo a la vagancia quedaba implícito en las Constituciones de 1945 (Art. 55 “la vagancia es punible”) a la de 1965. (Art. 112)

² La migración internacional era incipiente, pero importante cualitativamente porque a inicios de los sesentas los pioneros establecen las primeras conexiones de lo que posteriormente conoceríamos como redes sociales migratorias, al facilitar las posibilidades de realizar el viaje hacia los Estados Unidos y encontrar trabajo. La relación es determinante porque actualmente existe una relación directa porque las ciudades hacia donde se dirigían los pioneros, son ahora las de mayor concentración de guatemaltecos: Los Ángeles, Nueva York, Miami, Washington y Chicago entre otras

café, algodón, caña y banano². Que para los años de 1990 se estimaba en 150 mil trabajadores temporales (MENAMIG, 2000).

La crisis económica de los años ochenta y la política contrainsurgente de tierra arrasada durante el conflicto armado provocaron la segunda gran diáspora de la historia, dirigida hacia la capital, México, Estados Unidos, Honduras, El Salvador y Canadá. Con el conflicto armado se consolida la migración internacional de pueblos indígenas hacia Estados Unidos y se inicia una nueva fase migratoria mediante la configuración de nuevas redes sociales indígenas y de pueblos en específico. (Kanjobales, Chuj, Mam, Quichés).

Herederos de la explotación liberal: trabajadores agrícolas temporales internos

La migración temporal de trabajadores agrícolas es el reflejo de la continuidad de la herencia colonial y liberal que sobre la bipolaridad minifundio-latifundio obliga que la población indígena y ladina pobre salga de sus comunidades de origen (caseríos, aldeas, comunidades, cabeceras municipales) para laborar en las grandes fincas de monocultivos durante la cosecha, mientras que en los siguientes meses subsisten precariamente en las pequeñas porciones de tierra que destinan a la siembra de granos, hortalizas y hierbas.

Es una característica del capitalismo agrario guatemalteco determinado por el bajo nivel de desarrollo de las fuerzas productivas que no logra, ni le interesa, mantener a una masa de asalariados durante todo el año. (Figueroa, 1981). En ese sentido, la relación funcional entre minifundio/latifundio es la base estructural que determina la unidad contradictoria existente entre la agricultura de subsistencia y la de exportación y entre los terratenientes y los trabajadores agrícolas.³ Esta dicotomía definida como “sustrato del capitalismo agrario guatemalteco” provoca que la vida transcurra entre la subsistencia en el minifundio y la explotación en las fincas, de generación a generación. (Figueroa 1980).

Los trabajadores agrícolas temporales en Guatemala han sido, desde la introducción del café hasta la actualidad la columna vertebral de la dinámica económica agro exportadora del país. Tal como lo confirma el Informe del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo 2005, “las migraciones temporales de trabajadores agrícolas procedentes principalmente del noroccidente y de algunas partes del oriente del país hacia las zonas de producción de cultivos de exportación han sido uno de los más importantes eslabones del crecimiento económico y del sostenimiento de las actividades productivas” (PNUD 2005).

La migración temporal es estratégica porque la ruralidad y lo agrícola, son claves en la sociedad guatemalteca⁴, en las zonas rurales se asientan las principales actividades agropecuarias, tanto para la exportación, como para el consumo interno (maíz, arroz, verduras, frutas, etc.) proveyendo además de fuerza de trabajo indispensable para el capitalismo agrario guatemalteco. En ese sentido la cantidad de trabajadores ocupados durante el tiempo de cosecha y los ingresos de divisas generados vía la exportación de los productos cosechados por aquella fuerza de trabajo itinerante son el resultado inequívoco de su importancia.

³ La agricultura familiar campesina se concentra en pequeñas unidades de tierra no siempre apta para la agricultura, con una alta especialización de cultivos (maíz, frijol, verduras) producción para el autoconsumo con bajo o nulo acceso al crédito agrícola formal, tecnología rudimentaria, bajo nivel de comercialización y desvinculación con sectores industriales, donde además prevalecen relaciones de producción no capitalistas.

La agricultura de exportación está sustentada en la propiedad de fincas mayores de 10 caballerías, la producción es destinada a la exportación (café, banano, caña de azúcar, ganado, hule, algodón, aceite de palma), las fincas ocupan las áreas más fértiles de la República, tienen fácil acceso a fuentes de financiamiento, la comercialización está bien organizada, y sostienen vinculación con otras industrias, además, las relaciones son capitalistas, es decir basadas en relaciones salariales, aunque deformadas (Orellana, 1980).

⁴ A nivel latinoamericano Guatemala es el país más rural 54% (INE 2002) y su contribución económica es estratégica, (38% PEA, 18% del PIB nacional) lo cual explica la importancia del acceso a la tierra y la persistencia de la presión sobre este recurso básico para la sobrevivencia de millones de campesinos minifundistas.

La continuidad de la migración rural urbana contemporánea

Aunque dejó de ser la tendencia dominante, la migración interna persiste, y es una alternativa para miles de campesinos y pobladores rurales, que ven en la capital la salida a las crisis recurrentes que afectan al campo y la economía familiar campesina.

A partir de 1990, con la reducción a los aranceles a la importación de trigo, (Programa PL 480) muchos productores del altiplano, se vieron afectados por el desequilibrio causado por la inundación de trigo barato importado desde Estados Unidos, que al ser subsidiado, cosechado en grandes extensiones y con tecnología y maquinaria de punta, desestimuló la producción local. Como consecuencia miles emigraron hacia la capital y Estados Unidos, para complementar los ingresos con trabajo, especialmente doméstico, en seguridad privada, atendiendo negocios (tiendas) pero fundamentalmente engrosando el sector informal. (CONGCOOP 2014).

Similares situaciones se vieron con la crisis del café registrada en 2001, que provocó severas pérdidas para pequeños y medianos productores del grano. (AVANCSO PA 2001). En general, el abandono del campo, la ausencia de una política de desarrollo rural integral, los procesos de acaparamiento de la tierra para monocultivos de caña, palma, hule, café, la inseguridad alimentaria y el libre mercado han sido detonantes para que miles de campesinos, cambien el campo por la ciudad, el trabajo agrícola por el empleo en empresa privadas de seguridad en el caso de los hombres, y aumenten el ejército de trabajadoras domésticas que ven en las ciudades la única salida.

La migración interna es protagonizada en la mayoría de casos por poblaciones indígenas, no indígenas pobres, jóvenes y mujeres quienes cotidianamente realizan tareas insustituibles para millones de familias urbanas. El aporte de la migración interna es innegable, pero difícil de cuantificar. Las trabajadoras domésticas por ejemplo, aceptan salarios por debajo del mínimo, (Q800.00 mensuales), trabajan jornadas de 6am a 10 pm, y se exponen a abusos, acoso sexual y malos tratos (ATRADOM 2014)

realizando múltiples y simultáneas tareas (lavado, planchado, cocinada, cuidado de niños). También es valioso el esfuerzo cotidiano de miles de mujeres tortilleras, que asumen jornadas de trabajo desde las 5 de la mañana a 8 de la noche, o los tenderos que trabajan más de 15 horas diarias. Sin embargo, casi nadie se preocupa por su situación y nadie imagina o valora su labor.

Una de las migraciones rural urbanas más visibles y recientes, es protagonizada por poblaciones Q'eqchi', las cuales están siendo desplazadas por el acaparamiento de tierras para la ampliación del monocultivo de palma africana en El Petén, Alta Verapaz e Izabal, cambiando sus medios de vida basado en la agricultura familiar campesina hacia una diversidad de actividades en las ciudades, como venta de jugos, tortillas, trabajadoras en los servicios, domésticas y guardias de seguridad privada.

La migración interna también está asociada a la implementación del modelo extractivo, minería, monocultivos, hidroeléctricas, procesos que al comprar las tierras bajo diferentes mecanismos, producen un ejército campesino de desempleados, que buscan por todos los medios reposicionarse, buscando en las ciudades espacios para vivir y trabajar.

Migración laboral fronteriza

La migración laboral fronteriza es de larga data y está asociada a estrategias de escape de los regímenes de trabajo forzado liberal, a la proximidad geográfica con otro país y a una cultura fronteriza que no ha sido borrada en el mapa cultural de pueblos que prácticamente fueron divididos por la línea fronteriza que se consolidó a finales de 1880 cuando Guatemala renunció de su reclamo territorial con México.

Históricamente, la migración transfronteriza ha estado asociada al corte de café en fincas cafetaleras de Chiapas y recientemente en el ámbito agrícola se está diversificando a otras actividades como el corte de papaya, plátano, naranja y palma africana. También se diversifican los destinos, hacia regiones hoteleras de Quintana Roo (Cancún, Playa del Carmen, Bacalar) donde los hombres jóvenes, muchos de los cuales,

fueron refugiados laboran en la construcción y las mujeres lo hacen en servicios de hotelería y comedores.

Simultáneamente, otros actores irrumpen en la migración fronteriza, las mujeres y los niños. Las mujeres, indígenas la mayoría Mam, Quiché, Acateca, Poptí, Q'eqchií realizan sus labores mayoritariamente como trabajadoras domésticas, pero también en servicios de hotelería en México, en complejos de apartamentos de turistas en Belice, como cocineras, dependientes de comercio, entre otros ámbitos laborales. Los niños migrantes fronterizos se auto emplean en el sector informal, como vendedores de golosinas, cigarrillos, rosas, lustradores, a yudantes, "guajeros" en diversos espacios de las ciudades fronterizas.

Estas dinámicas migratorias se realizan en dos formas básicas: irregular y regularizada. En la primera, se cruza la frontera sin las gestiones migratorias correspondientes y la segunda, a través del programa impulsado desde 2008 por el Instituto Nacional de Migración mediante la forma migratoria de trabajador fronterizo, la cual otorga permisos temporales a las personas que demuestren que tienen un contratista, que presentan una solicitud por escrito y están dispuestos a retornar a sus lugares de origen, cuando se cumpla el plazo establecido, que por lo regular es de 4 a 5 meses, pero que puede ser prorrogado.

Quienes cruzan de forma indocumentada, entre éstos niños, niñas y adolescentes se enfrentan a mayores dificultades, que inician con los constantes retenes en los cruces, en caso trabajen pueden ser mayormente explotados o engañados, sin la cobertura de la seguridad social y enfrentan mayores riesgos de ser sometidos a cualquier forma de trato denigrante. La situación de los niños migrantes fronterizos, es particularmente importante, sin embargo las autoridades migratorias mexicanas los tratan de igual manera como si su destino final fuera Estados Unidos, situación que amerita un análisis profundo y la formulación de propuestas que se enfoquen más en los derechos humanos de las personas que en la seguridad fronteriza y nacional.

La migración transfronteriza es muy parecida a la interna en términos salariales, condiciones de trabajo

y temporalidades, constituye en la actualidad un importante destino y estrategia migratoria de miles de poblaciones rurales e indígenas marginadas.

“Los nuevos nómadas”: la migración internacional hacia Estados Unidos

La migración guatemalteca hacia Estados Unidos data de más de cinco décadas, y los factores expulsores son múltiples, teniendo como fondo histórico contextos económicos, desastres naturales, situaciones políticas, conflictos armados, crecientes problemas sociales y recientemente por los efectos del cambio climático, la corrupción, la violencia contra la mujer, la intolerancia a la diversidad sexual, la corrupción estatal y la ingobernabilidad.

También los factores de comunicación y atracción facilitan el creciente proceso migratorio. A finales de la década de 1950 e inicios de los años sesenta por ejemplo, la apertura de la carretera Panamericana, el desarrollo de los medios de comunicación (avión, teléfono, buses) la inversión estadounidense en Guatemala, abrieron las puertas de los Estados Unidos a miles de personas que encontraron oportunidades para establecerse y trabajar. Los pioneros, como se conoce a los primeros migrantes, llegaron a ciudades como Los Ángeles, Chicago, Nueva York, Miami sentando las bases de las redes sociales migratorias que fueron determinantes en el incremento de la diáspora guatemalteca.

Durante los años setenta se incrementaron relativamente las migraciones hacia los Estados Unidos, según el Censo, la población inmigrante de origen guatemalteco era de 17,356 en 1970 (US Census, 2010). Los desastres naturales también forzaron a que la población dejara su lugar de origen, familia y cultura. El terremoto de 1976 incrementó las emigraciones, teniendo como cuyo objetivo principal fue trabajar para la reconstrucción de sus viviendas. En 1980 el Censo reportaba 63,073 inmigrantes guatemaltecos.

El conflicto armado interno y la crisis económica de la década de los años ochenta incrementaron la búsqueda de oportunidades laborales o se constituyeron en el único mecanismo para salvar la

vida ante la represión selectiva y colectiva contra el pueblo guatemalteco. En 1990 ya radicaban 225,739 guatemaltecos en los Estados Unidos.

A partir de la implementación de las políticas de ajuste estructural, que llegaron a su cenit hacia finales de los noventa e inicios del nuevo siglo, se generó un nuevo contexto que también “forza” a la población a buscar fuera del país alternativas de trabajo para sobrevivir a una sociedad históricamente determinada por la desigualdad, los bajos salarios y la marginación en el acceso a servicios básicos. La privatización y la reducción del gasto público en salud, educación, vivienda y comunicaciones fueron nuevos detonantes de la diáspora guatemalteca.

Desde mediados de los años noventa hasta la actualidad, se ha prolongado un constante éxodo, en el que los “nuevos nómadas” se constituyen en actores determinantes en la configuración de distintos procesos sociales transnacionales. Sin embargo en el marco de la globalización excluyente se les obliga a que realicen el trayecto de manera indigna, en un camino repleto de peligros y abusos, se les niegan sus derechos como ciudadanos universales y se construyen muros mentales y físicos a base de xenofobia y racismo, en un marco ficticio de seguridad nacional que asocia a la migración con el riesgo a la seguridad.

La implantación de políticas de ajuste estructural, el comportamiento económico internacional, las tendencias de la globalización, la persistencia de bajos salarios, la agudización de la exclusión y la inseguridad ciudadana se constituyeron en el caldo de cultivo para que la migración internacional laboral indocumentada llegara a los niveles que conocemos en esta era. Además el ensanchamiento de las redes sociales migratorias, la demanda laboral en los Estados Unidos y la reunificación familiar fueron configurando nuevos y dinámicos procesos sociales.

El libre mercado, inaugurado oficialmente con la entrada en vigencia del Tratado de Libre Comercio, implicó más reducciones a los aranceles para la importación de maíz, frijol, arroz, la consolidación del modelo extractivista, la construcción de represas, la minería a cielo abierto, los monocultivos, fueron

detonantes que incrementaron la búsqueda de alternativas en la migración internacional a tal cuenta que en 2015 asistimos a una nueva oleada migratoria protagonizada por niños, niñas y adolescentes, que posicionó nuevamente la agenda mediática y gubernamental en el abordaje de la migración de menores de edad.

No se sabe a ciencia cierta cuantos guatemaltecos viven en Estados Unidos, el Censo oficial del 2010 determinó 1,044,000 OIM estima en 1,500,000, otras fuentes basadas en estadísticas locales en ciudades y poblados con presencia guatemalteca rondan en los 3,000.000 (Solares, 2015).

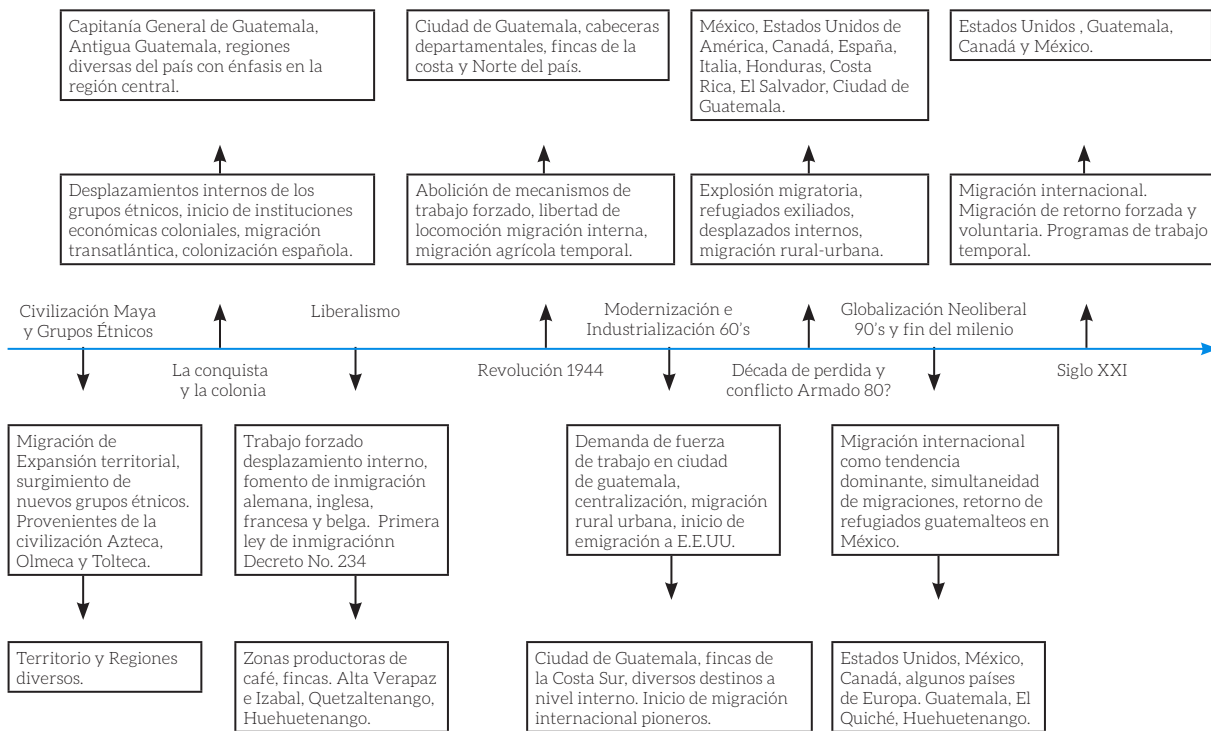
Migración de retorno forzado

Se define como migración de retorno forzado al proceso de devolución al país de origen de migrantes en tránsito o inmigrantes contra su propia voluntad, sea niño, joven, mujer u hombre adulto. Implica un regreso a las condiciones que forzaron la búsqueda de oportunidades y la pérdida del dinero invertido en el pago del coyote o guía. Situación que implica afrontar controles férreos, militarización de la frontera y la presencia del crimen organizado, que desde hace varios años, dirigió su mirada a las personas migrantes, al considerarlas blanco fácil para cometer ilícitos en su contra, integridad y financieramente. Significa a la vez, la pérdida del patrimonio familiar y a asumir grandes deudas.

Las deportaciones condensan los tiempos y los contextos migratorios, son el indicador claro de las dificultades, de la implementación de operativos que de acuerdo a las oleadas migratorias, se reflejan en las estadísticas anuales que dan cuenta de la desesperación por emigrar.

Las deportaciones provenientes desde Estados Unidos están conformadas mayoritariamente por quienes fueron capturados en la frontera y en menor escala de aquellos que residían en el país, pero por diversas razones (legales, judiciales, sociales) fueron deportados. El segundo grupo, llega vía terrestre y está compuesto por migrantes en tránsito que fueron detenidos por autoridades migratorias mexicanas.

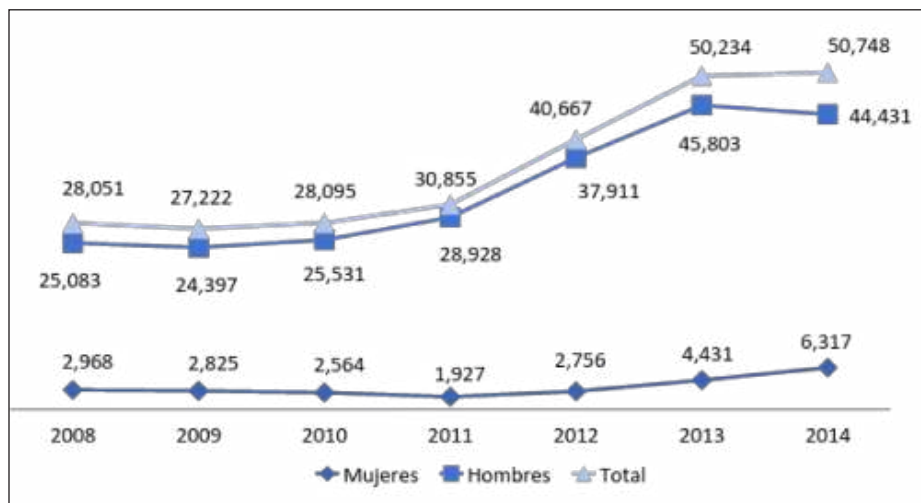
Línea del tiempo sobre migración en Guatemala



↑ Línea del tiempo:

Fuente: elaboración propia en base a análisis histórico contextual de las migraciones

Tendencias deportaciones desde Estados Unidos 2008 2014



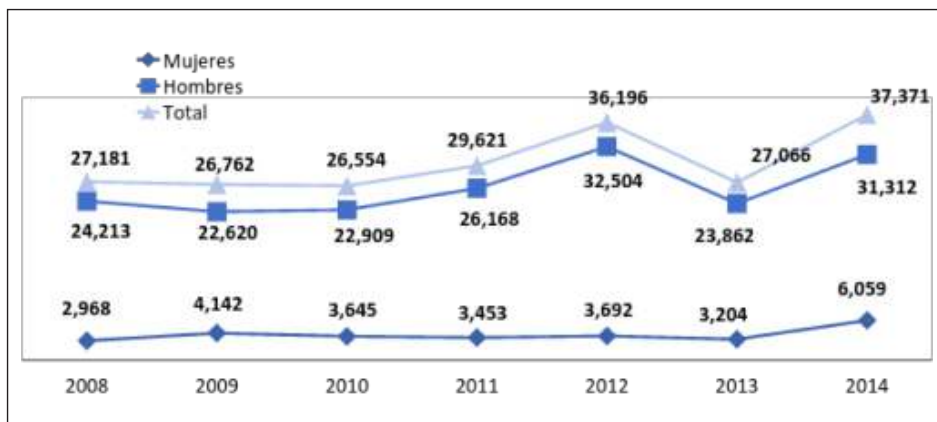
Gráfica No. 1

Fuente: elaboración propia en base a estadísticas de la DGM

La gráfica ilustra las tendencias en los eventos de deportación provenientes desde Estados Unidos, los cuales, llegar a cifras críticas en 2010 y desde entonces mantienen una tendencia creciente, determinado por las políticas antimigratorias aprobadas por el Congreso estadounidense en 2005 y que a partir del 2008 hasta el 2014 se han incrementado.

Mientras que en México, la situación manifiesta tendencias menos pronunciadas, pero dependen de contextos en los cuales se incrementan los dispositivos de contención migratoria. Las cifras de los eventos de deportación, dependen de los contextos favorables o desfavorables en Estados Unidos, en cuanto a la recepción de los flujos de migración laboral, especialmente en la agricultura pero también reflejan la desesperación y búsqueda de alternativas de miles de guatemaltecos emigrantes.

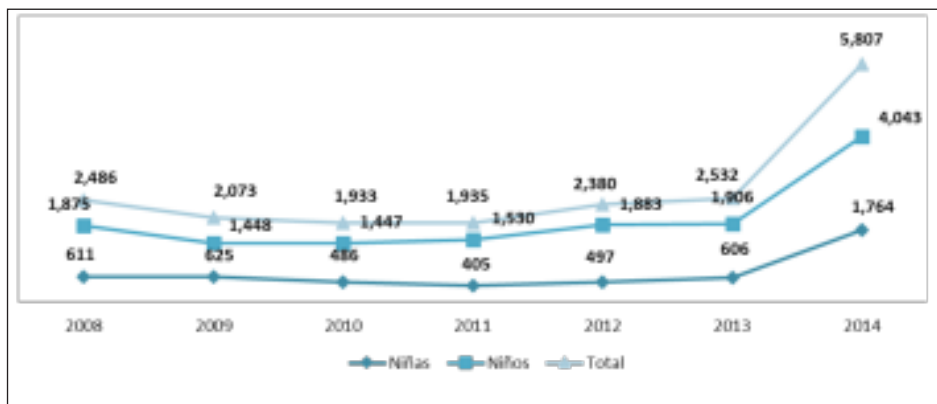
Tendencias deportaciones desde México 2008 2014



←
Gráfica No. 2
Elaboración propia con la base de datos ingreso de la Unidad de Registro y Estadística USAC 2010-2013.

La atención hacia las deportaciones representa un importante desafío para el Estado de Guatemala para atender problemas estructurales que motivan las migraciones y ofrecer más y mejores oportunidades para sus habitantes, así como a quienes retornan.

Tendencias de las deportaciones de NNA guatemaltecos desde México 2008-2014



←
Gráfica No. 3
Fuente: elaboración propia en base a estadísticas de la DGM

Constructores de otras realidades y nuevos campos para la investigación social

La migración internacional, fronteriza e interna reflejan las características excluyentes del capitalismo guatemalteco, que provoca desbordes de población que traspasan fronteras o regiones. La migración es un tema multifacético, complejo y dinámico que afecta a todos los países del mundo. Los 190 estados soberanos del mundo son ahora puntos de origen, tránsito, retorno o destino de migrantes, o las cuatro cosas a la vez.

Desde esa perspectiva la migración internacional forma parte de los rasgos más notables de la intensidad de la globalización y se ha constituido en uno de los procesos sociales que articula la configuración de nuevas relaciones transnacionales, cambiando desde familias hasta patrones culturales que en el sentido desterritorializado, implican identidades en la distancia, construcción de nuevos campos y redes sociales, funcionamiento de familias transnacionales o distantes, entre una diversidad de fenómenos emergentes.

La migración internacional ha generado la creación de comunidades transnacionales que une a grupos de inmigrantes en los países avanzados con sus respectivas naciones y pueblos de origen. Aunque existió con anterioridad, nunca había alcanzado la magnitud crítica y la complejidad necesaria para identificar un fenómeno social emergente.

El transnacionalismo se refiere “a ocupaciones y actividades que requieren de contactos sociales habituales y sostenidos a través de las fronteras nacionales para su ejecución”, además su existencia vincula al menos a dos estados y dos grupos estatales. Este fenómeno además está compuesto por un creciente número de personas que viven una doble vida; hablan dos idiomas, tienen hogares en ambos países y su vida discurre en un contacto continuo y habitual a través de las fronteras nacionales. (Portes 2003).

La transnacionalización se define como la existencia de muchas relaciones sociales que vinculan a la comunidad de origen con los lugares de destino de

los transmigrantes, superando los límites geográficos, culturales y políticos, expresándose en las más diversificadas formas, ya sea a través de las redes sociales migratorias, de las relaciones familiares en la distancia, las organizaciones de inmigrantes en Estados Unidos, la ciudadanía universal o en la distancia y la transmigración.

El planteamiento le otorga capital relevancia al concepto de comunidad transnacional, por la que se entiende el campo social construido por migrantes sobre el tiempo y en otros espacios en los circuitos transnacionales migratorios. (Pries 2010)

Por otro lado, los nuevos abordajes no necesariamente niegan la relevancia que sigan teniendo ciertos conceptos clásicos. Más bien, el concepto refleja que “un nuevo tipo de migración (laboral) internacional está adquiriendo cada vez mayor importancia (sin que ello se tornen obsoletas las formas tradicionales de migración) y que esta no puede aprehenderse adecuadamente dentro de la simple lógica de los espacios sociales unilocales de las regiones de procedencia y de llegada de migrantes”. (Bash 2005)

Las comunidades inmigrantes en Estados Unidos, están redefiniendo nuevas realidades que requieren de un marco interpretativo adecuado para analizar desde un horizonte diverso, simultáneo y transnacional, el surgimiento, consolidación y apertura de nuevos campos sociales, de nuevas realidades desterritorializadas, que rompen con enfoques contenidos en el Estado Nación, y que al igual que los migrantes, trasciendan las fronteras, rompiendo las formas tradicionales de investigar a escala nacional, pasando a explorar procesos, configuraciones y reconstrucciones identitarias, culturales, nacionales, policías, sociales y comunitarias, que traspasaron las fronteras y los territorios.

La migración en sus diversas y simultáneas formas, no se corresponde con los esfuerzos que se hacen para entender, analizar e interpretar sus aportes, existen numerosos temas y dinámicas que requieren de la investigación para fomentar su potencialidad, entender su complejidad y situar propuestas que reconozcan la condición de ubicuidad que implica ser de un lugar y estar en otro, temas

como las organizaciones de inmigrantes agrupadas por diferentes identidades (étnicas, religiosas, culturales, nacionales, deportivas, políticas), el movimiento inmigrante en Estados Unidos, las identidades en la distancia, los cambios culturales, la migración de niños, niñas y adolescentes, la situación de las mujeres migrantes, los efectos sociales, las deportaciones, los procesos de reintegración en las comunidades de origen, el potencial de la migración internacional para el desarrollo local y los derechos humanos de los migrantes son hoy por hoy, temas impostergables.

Desde el IDEI a partir del año 2015, se creó el Área de Migración de pueblos indígenas, y desde el quehacer investigativo, propositivo y en acompañamiento con sectores sociales, nacionales e internacionales, se buscará contribuir a generar procesos de investigación, comunicación e incidencia con el propósito de aportar a una mejor interpretación y formulación de propuestas mediante una investigación socialmente útil, que privilegia el trabajo de campo y con enfoques teóricos (interétnicos, económicos, organizativos, transnacionales y culturales) para aprovechar el potencial de la migración fortalecer y crear redes sociales entre las comunidades de origen y las diásporas de las poblaciones indígenas de y en Guatemala, llenando con investigación fresca y argumentativa el vacío prevalecientes en el análisis sobre las migraciones que ha tenido fuertes énfasis en enfoques económicos, mono culturales y de derechos humanos.

A manera de conclusiones

Los mecanismos compulsivos de control sobre la fuerza de trabajo, persistieron durante más de 300 años sobre poblaciones indígenas principalmente, garantizando la continuidad a partir de dispositivos legales que desde la Colonia hasta 1944 mantuvieron su vigencia desde diversas justificaciones. La figura del trabajo forzado es la más clara evidencia de la importancia estratégica que para la Corona, la Iglesia y la institucionalidad pública, representaron las poblaciones indígenas y no indígenas despojadas de tierra.

El acceso a la tierra es un factor determinante en la diáspora guatemalteca, debido a la interrupción de la Reforma Agraria, aprobada el 17 de junio de 1952, misma que fue implementada por 18 meses pero debido a la contrarrevolución se devolvieron 98% a sus anteriores dueños, factor que se constituye en una nueva condicionante de las movilidades humanas internas, fronterizas y posteriormente internacionales, porque sin recursos y oportunidades, sin el apego a la tierra, es más factible para las poblaciones optar por las migraciones. El proceso de acaparamiento actual, el abandono del campo y los efectos de las políticas neoliberales en la economía familiar campesina, sigue siendo un factor determinante en la continuidad e incremento de las emigraciones actuales.

De acuerdo a la lectura histórica, las migraciones han sido forzadas, constituyen un efecto de diversas causas, y han estado marcadas por la modernización capitalista que se asoma en Guatemala a principios de la década de los años 50, (carreteras, infraestructura de comunicaciones, aeropuerto, etc), se incrementa con el terremoto de 1976, se duplica en la década de los años 80 por el conflicto armado, pero es en la década de 1990 e inicios del nuevo milenio que llega a cantidades inusitadas, además que representa una de las dinámicas de movilidad más riesgosas, por la presencia del crimen y el énfasis en controles y mecanismos de seguridad, convierte a las personas migrantes en situación de vulnerabilidad y ocasiona en el peor de los casos, múltiples violaciones a los derechos humanos, accidentes y muertes.

La migración laboral, se constituye en la principal estrategia de movilidad social de las personas que salen de sus comunidades para buscar oportunidades y mejores ingresos para sus proyectos familiares, a nivel macroeconómico, la combinación de ingresos de remesas (US\$ 5,544 millones en 2014) y el ingreso por concepto de agro exportaciones (US\$ 2,509,296), según el Banco de Guatemala. Es decir que la migración internacional e interna, es la principal actividad que contribuye directa e indirectamente a la economía nacional. La diferencia radica que las remesas si favorecen directamente a un millón y medio de personas e indirectamente a 4 millones.

En términos académicos, aunque el tema migratorio ha sido analizado por diversas instituciones académicas, institucionales, de sociedad civil, hace falta dimensionar el papel de los pueblos indígenas como actores determinantes en todas las manifestaciones de la migración en el país y los impactos comunitarios y locales desde el enfoque de campos sociales transnacionales.

Las dimensiones del fenómeno migratorio, no han sido analizadas a la altura de las circunstancias, impactos, importancia estratégica y esa debilidad se traduce en una carencia de marcos interpretativos, como de políticas públicas y leyes que se armonicen con acuerdos internacionales y eleven la capacidad del Estado para abordar integralmente el proceso migratorio, que además reconozca el papel de país de destino, tránsito y particularmente retorno.

La migración y los campos sociales transnacionales que construye, han transformado los enfoques teóricos tradicionales relativos al Estado, territorio, ciudadanía, identidad étnica, identidad cultural y familia, entre otras categorías, porque redimensiona, deconstruye y demanda de nuevos marcos interpretativos que den cuenta de la dinámica y transformaciones sociales que esta nueva dinámica está teniendo para la sociedad guatemalteca.

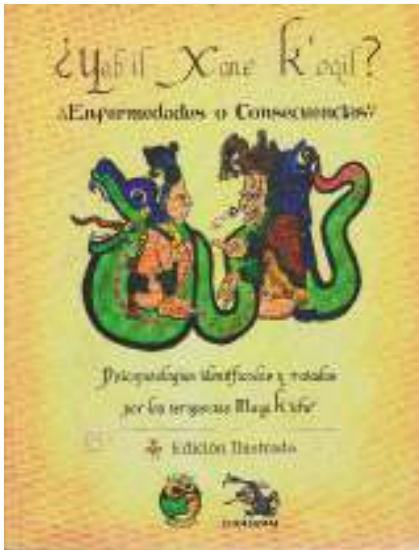
Finalmente, es preciso concluir que el espacio abierto en el IDEI/USAC, se constituye en un paso importante para el análisis con enfoques teóricos y estrategias metodológicas que traten de a) destacar y explicitar la migración y sus consecuencias desde los pueblos indígenas, contribuyendo con esto a visibilizar y definir políticas con pertinencia cultural b) analizar el proceso migratorio desde el enfoque transnacional, es decir, reconociendo la existencia de un campo social que toma en cuenta el origen, el destino y las relaciones que se construyen en ese nuevo campo c) aportar con enfoques teóricos actualizados que tomen en cuenta que algunas categorías como Estado y Ciudadanía demandan de nuevas reflexiones que salgan del territorio nacional y d) contribuir al reconocimiento, respeto y cumplimiento de los derechos humanos de las personas migrantes.

Bibliografía

- Basch, Linda, Schiller, Nina, Santón, Cristina (2003) *From Immigrant to Transmigrant: Theorizing Transnational Migration*. Revista de Antropología vol. 68: pp. 48-63 California: UCLA
- Caballeros, Álvaro. (2006) *Diagnóstico sobre condiciones socioeconómicas de los trabajadores agrícolas temporales migratorios*. Guatemala: MENAMIG
- Caballeros, Álvaro (2013) *Perfil Migratorio de Guatemala 2012*. Guatemala: OIM.
- Del Valle, Luis Arturo (2000) *Guatemala marco Cuantitativo de la Agricultura Guatemalteca (1930 - 1999)* Guatemala: Instituto Iberoamericano de Cooperación para la Agricultura. IICA
- Figueroa Ibarra, Carlos (1980) *El Proletariado Rural en el Agro Guatemalteco*. 3a. ed. Guatemala: Editorial Universitaria.
- Instituto Nacional de Estadística (2002) *Censo de Población*. Guatemala, INE
- Oglesby, Elizabeth (2003) *Machos, machetes y migrantes: masculinidades y dialécticas del control laboral en Guatemala*. Estudios Migratorios Latinoamericanos. No. 52. Pp. 651-680, Buenos Aires UBA.
- Orellana, Rene Arturo et. al (1985) *Migraciones internas y estructura agraria: el caso de Guatemala*. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Palma Gustavo, et. al (2002) *Procesos agrarios desde el siglo XVI a los acuerdos de paz*, Guatemala: Editorial FLACSO, MINUGUA y CONTIERRA.
- Portes, Alejandro et. al (2003) *La globalización desde abajo: transnacionalismo inmigrante y desarrollo: la experiencia de Estados Unidos y América Latina*. México, DF: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. PNUD. (2005) *Diversidad étnico-cultural: la ciudadanía en un Estado plural*; Informe Nacional de Desarrollo Humano 2005 Guatemala: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. PNUD.
- Tischler Visquerra, Sergio. (2001) *Guatemala 1944: Crisis y revolución, ocaso y quiebre de una forma estatal*. Guatemala: F y G editores.
- Pries, Ludger. (1999) *La migración internacional en tiempos de globalización*. Varios Lugares a la Vez. Revista Nueva Sociedad No. 164 pp 56-68, Caracas: Nueva Sociedad.

Internet

Oficina del Censo de los Estados Unidos.
<http://www.census.gov/>



Cristina Chávez Alvarado, Felipe Pol Morales, Elvira Morales Pantó, Pablo Barone. *¿Yab'il xane k'oiqil? ¿Enfermedades o consecuencias? Psicopatologías identificadas y tratadas por los terapeutas maya k'iche'.* Guatemala: Cholsamaj. 2015 172p. ISBN 978-9929-636-17-0.

Reseña del libro ¿Yab'il xane K'oiqil? ¿Enfermedades o consecuencias?

Por María Teresa Mosquera Saravia

Doctora en Antropología Social y Cultural por la Universidad Rovira i Virgili
Investigadora titular del área de salud del Instituto de Estudios Interétnicos,
Universidad de San Carlos De Guatemala

teresa.mosquera@usac.edu.gt

Para comprender el contexto del libro, es necesario consultar las estadísticas de salud en Guatemala, reportadas al Sistema de información General de Salud (SIGSA) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en Guatemala. A lo largo de cinco años, dos son los municipios que han reportado ninguna muerte materna. Uno es el municipio de Chinique en El Quiché y el otro es el distrito Guineales en Sta. Catarina Ixtahuacán.

Este dato es relevante para un país que ocupa una de las tasas más altas de mortalidad materna en Latinoamérica. Uno se pregunta ¿Qué está pasando en éstos dos lugares?, ¿Por qué esa situación no se puede replicar a todos los demás municipios o distritos en Guatemala? Para responder esta pregunta, quisiera decirles que como investigadora en el tema de la salud. Mantener ninguna muerte materna durante cinco años, no se explica solamente en el trabajo del Centro de Salud, ni el Ministerio de Salud, sino que ésta situación se debe al trabajo comunitario de años y años de Médicos descalzos en Chinique. Es el trabajo codo a codo entre guías espirituales, comadronas, hueseros y demás terapeutas tradicionales que aglutina médicos descalzos.

Remarcando la importancia que tiene el trabajo comunitario en salud a nivel Nacional, paso a comentar brevemente el contenido de libro.

El xibirikil, padecimiento mejor conocido como susto o espanto. En Guatemala son varias las investigaciones que sobre el tema se han desarrollado, una de las primeras se ubica en el año 1930. Presento a continuación autores, título de la publicación, lugares de investigación y épocas en que se han realizado. La intención de éste ejercicio es para finalmente explicar la importancia del primer capítulo del libro.

En orden cronológico se tiene la siguiente información:

Charles Widson, estadounidense, aborda la enfermedad del susto como un tema más de su etnografía

que hace sobre los indígenas Chortís de Jocotán y Olopa, Chiquimula, durante los años 1931, 1932 y 1933. Su libro se titula: Los Chortís de Guatemala, en él presenta datos a manera de etnografía sobre la sintomatología y cura de la enfermedad.

John Gillin, estadounidense, realiza su trabajo de campo entre los años 1942, 1946 y 1948, en el municipio de San Luis Jilotepeque, Jalapa. Producto de su estancia tiene dos publicaciones del Seminario de Integración Social de Guatemala: el primero es un artículo que se titula: El espanto mágico y el segundo un libro titulado: San Luis Jilotepeque. En el primer artículo Gillin hace el relato de Alicia, una mujer enferma de espanto y de todo el proceso de curación. Como documento etnográfico es rico en detalles, pero el análisis del mismo no toma en cuenta elementos de la cosmovisión.

Richard Adams, estadounidense, trabaja el tema del susto para el área de Magdalena Milpas Altas, Sacatepéquez en el año 1950-1952. Su libro titulado: Un análisis de las creencias y prácticas médicas en un pueblo indígena de Guatemala. En él presenta un patrón respecto de las enfermedades de los magdaleños y aporta una fórmula para explicar la sintomatología y la terapia. Explica el susto por medio de la condición interna y la condición externa de los hechos y la sintomatología.

Francisco Rodríguez Rouanet, guatemalteco, estuvo a cargo por muchos años del Seminario de Integración Social de Guatemala, en dicho lugar realizó diversas investigaciones en la mayoría de los municipios de Guatemala, en el año 1971 se publica un artículo titulado: "Prácticas médicas tradicionales de los indígenas de Guatemala", el aporte del mismo consiste en ubicar los lugares de Guatemala en donde se reporta dicho padecimiento.

Alfredo Méndez Domínguez, guatemalteco, en el año 1983 publica el artículo: "la enfermedad y la teoría médica entre los indios de Guatemala", es un estudio que se realiza en diversas áreas lingüística del país y proporciona información para cinco enfermedades; el hijillo, el akuas, el aire/laele, el susto y el ojo. El fin último es proponer una teoría médica que explique los padecimientos de los indígenas, en la investigación

tiene una innovación metodológica, ya que utiliza el interaccionsismo simbólico para el análisis de sus datos. Para el padecimiento del susto aclarara la lógica de la terapia, basándose en la dualidad frío/caliente.

Finalmente, el artículo titulado: “El sistema de ideas sobre la enfermedad en mesoamérica” del italiano Azzo Ghidinelli, correspondiente al año 1984. En dicho documento él retoma la fórmula de la condición interna y externa de Richard Adams, también éste hace mención de los trabajos de Widson y Gillin. Explica que la enfermedad del susto es la sumatoria de dos los dos elementos de la fórmula.

Son seis los documentos que toman de referencia el padecimiento llamado “susto o espanto”. Llama la atención que la mayoría de investigadores que han escrito sobre el tema son extranjeros, esta es una razón para valorar aún más la información que se presenta en el primer capítulo del libro.

Respecto del padecimiento llamado xibirikil y también para los otros padecimientos que se presentan en los capítulos posteriores es necesario partir del entendimiento del proceso salud/enfermedad/atención en su contexto social. Esta es la razón, por la cual, el análisis que presentan los autores anteriores queda al margen de la cosmovisión que sobre el mundo, el cuerpo, la persona y el sistema médico se tiene en la comunidad de estudio.

En el libro cada una de las cinco enfermedades que se presentan son abordadas desde esa cosmovisión, éste es un hecho fundamental para el entendimiento de cada una de ellas.

En ese sentido, no se puede entender el xibirikil, si es que no se ha comprendido a cabalidad la dualidad existente entre el jaleb y el nawal. No se puede entender la enfermedad si no se ha comprendido la lingüística del término uxux. No se puede entender la enfermedad si no se conocen las leyendas que sobre el duende, el dueño de los cerros y la mujer dueña del agua, se cuentan en dichos lugares. No se puede entender el tratamiento de la enfermedad si no se sabe qué es una limpia. Todas estas representaciones tienen

sentido en la cosmovisión que se presenta, sin no hay un claro entendimiento de todo ello, el padecimiento no puede entenderse a cabalidad.

Capítulo segundo: pakqab chuch tat.

Sobre éste padecimiento en particular no he podido localizar alguna investigación o documento que haya tenido como temática central dicha enfermedad. En la información que se nos presenta en el libro es determinante la explicación referente a las diversas autoridades que hay en la comunidad, se trata no sólo de entender la jerarquía que hay sino también cuáles son las normas y valores que tiene la comunidad. Un médico o enfermera que no tenga referencia respecto de ello, será difícil para él su diagnóstico y tratamiento.

Capítulo tercero: muqun

Para éste padecimiento en particular no localicé investigaciones o estudios al respecto, de allí la importancia que tiene el aporte de éste capítulo para su estudio en otros grupos lingüísticos y sociales. La terapia que se nos presenta, precisa la necesidad, de que el enfermo reconozca ese algo que está mal y que lo encierra en su interior, para poder restaurar su bienestar.

Se plantean dos comentarios referidos a la terapia y considero que son esenciales para futuras investigaciones que se realicen sobre este tema en particular. Se nos explica que el chaquij yabil, es una enfermedad seca, que se caracteriza por el adelgazamiento. En el futuro las investigaciones que aborden éste tema deben ocuparse de entender y explicar la dualidad sano/gordo débil/delgado, ya que son conceptos muy utilizados por las madres y por los padres de familia.

También se habla del ja yabil o enfermedad del agua, desde una óptica bio-médica se explica que existe una retención de líquidos en la región abdominal. Sin embargo, sugiero profundizar elementos de la

cosmovisión respecto de la dualidad frío/caliente, porque muchos de los conjuntos sociales en Guatemala tienen una preferencia por conservar el cuerpo caliente más de lo normal, esta es la razón por la cual las personas que se exponen al sol y adquieren un estado caliente, se considera normal, la enfermedad se presenta cuando se altera el equilibrio y algo que se considera fresco o frío, proveniente de una fuente fría (lluvia, ríos, aire) provoca la enfermedad.

Capítulo cuarto: moxrix

Este padecimiento no se puede entender, si no se lee el cuadro que aparece al principio del capítulo titulado: comportamientos y sentimientos referidos a los valores tradicionales versus los valores de la modernidad. En los textos que he leído respecto de las enfermedades de los indígenas no he encontrado referencia alguna. Llama la atención que ésta enfermedad cuando se localiza un segundo y tercer grado, los recursos que tiene la comunidad y los terapeutas tradicionales encuentran un obstáculo, ya que el control del enfermo por la familia se vuelve difícil. Es en éstos casos se debe comenzar a pensar en una estrategia que pueda aunar los esfuerzos desde la bio-medicina, la psiquiatría y los recursos de los terapeutas tradicionales.

Capítulo quinto: molen yabil

La comprensión de ésta enfermedad es difícil, porque confluyen muchos factores. Se nos explica que: la pobreza extrema, la ignorancia extrema, las deficiencias alimentarias, el exceso de actividad física, la depresión y una baja autoestima, son hechos que contribuyen a que una persona se enferme. Más adelante se nos explica la importancia del consumo de alimentos adecuados culturalmente como los hongos, hierbas y raíces comestibles, etc. También se recurre a tratar al paciente de otros padecimientos como lo son el kixwi, la descompostura o cuajo. Es así como se presenta un conjunto de hechos y padecimientos que confluyen en una situación de malestar, vuelto a decir de difícil comprensión como una única enfermedad.

En el año 2006 se realizó una investigación en los

siguientes lugares: Jumaytepeque, Nueva Santa Rosa, Patzún, Chimaltenango y Palín, Escuintla. En las tres comunidades se investigó los siguientes padecimientos: movida/caída de mollera, movida/caída de varillas, movida/caída del cuajo y el susto.

Un hallazgo de la investigación en Patzún fue encontrar el padecimiento llamado kixwi, las madres de familia y comadronas explicaron que el kixwi era el pelo de gato o espinitas que aparecía en el cuero cabelludo, esto es consecuencia de dos hechos: El primero se debe a que el niño o la persona ha tenido un “susto” y el segundo se debe a una debilidad que se explica en una alimentación deficiente. Para curar, esa enfermedad, se busca a una curandera que aplica en la cabeza del paciente un preparado especial el cual debe dejarse en la cabeza por al menos 5 días o una semana para que haga efecto y es pelo desaparezca. Es así como en el territorio de Patzún la significación, diagnóstico y tratamiento del susto o xibirikil cambia, no es igual como en Chinique, pero finalmente si se observa una relación estrecha con el kixwi del libro.

En esa investigación en la aldea de Jumatepeque y en Palín las madres de familia y comadronas también reportaron la caída/movida del cuajo. Padecimiento que corresponde a lo mismo que refiere el libro respecto de la descompostura.

Se mencionan esos hallazgos porque es necesario entender las representaciones que sobre el mundo, el cuerpo, la persona y el sistema médico se tiene en cada una de las comunidades. Sin ese referente no se pueden comprender los padecimientos.

Respecto del último capítulo del libro concluyo diciendo que es complicado hacer la sumatoria de éstos padecimientos (kixwi, movida/caída del cuajo) en una sola enfermedad.

Finalmente termino con dos comentarios más, el primera referente a la mediación pedagógica del libro y el segundo respecto de metodología utilizada en la investigación.

En esta segunda edición del libro a diferencia de la primera, se utiliza la mediación pedagógica, que se encuentra en las historietas ilustradas en forma de comics que aparecen al inicio de cada uno de los capítulos.

En investigación es necesario pensar la forma de devolver a la comunidad, los datos que se obtienen de ésta. Esta tarea se complica en el caso de los/as ajqijab y las iyomab, que participaron de la investigación, ya que muchos no saben el castellano y no saben leer, entonces resulta difícil devolver el conocimiento a sus mentores por los medios informativos clásicos. La utilización del vídeo es una solución, pero el camino seguido por médicos descalzos me parece muy acertado. Ya que este texto puede ser utilizado en las escuelas primarias y secundarias de Chinique, y del Quiché. Será necesario convencer a las autoridades de educación que el texto sea utilizado por los maestros y se tendría que pensar también en la realización de talleres con los maestros para el uso del texto.

La mediación pedagógica que se aplica en éste texto, es producto de la memoria colectiva de ésta comunidad en particular, con ello quiero explicar la necesidad de hacer valer otras formas de comunicación de la información. La cultura maya ha subsistido por años en la memoria colectiva, pero éste tipo de texto nos ayuda a su conservación y valoración no sólo por el grupo usuario, sino también por los demás conjuntos sociales que habitan esta Guatemala diversa.

En conclusión quiero hacer una reflexión sobre la metodología utilizada para recabar toda la información. En las primeras páginas del libro se puede leer un listado con el nombre y la comunidad de pertenencia de todas las personas que participaron de la investigación, luego en la introducción a la segunda edición se explica más despacio la forma en cómo se procedió para el proceso de sistematización de sus propios conocimientos. Todo ese proceso corresponde a lo que los académicos llaman una investigación participativa. Existen algunos libros sobre metodología participativa que hacen referencia respecto de los pasos o requisitos para enmarcar una investigación como participativa.

Los autores dicen que es necesario que la temática de investigación surja de la comunidad, que las personas que participen deben ser escogidas por la comunidad y que los comunitarios también participen en el proceso de recolección de la información. Al leer el libro se evidencia todo ese proceso y se enriquece aún más con la mediación pedagógica que consta esta segunda edición del libro. Esta es la razón por la cual, este libro se convierte en un referente necesario en los cursos que sobre metodología de la investigación se imparten en la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Como docente me dedico a revisar diversos libros sobre metodología de la investigación y respecto del tema de la investigación participativa hay poco escrito, pero el libro yabil xane koqil, se convierte en un referente más respecto de cómo se plantea y se elabora una investigación participativa. Y créanme hay muy pocos libros que ilustren cómo se hace ese tipo de investigaciones.

En mi experiencia de más de 20 años, en el tema de la investigación, estoy convencida que desde la Universidad y desde los más de 40 centros de investigación que hay en la Universidad de San Carlos de Guatemala, no tenemos los elementos para hacer ese tipo de investigación participativa que tanto se requiere en éste país.

Remarco de nuevo la importancia que hay en el trabajo comunitario de años, que ha venido desarrollando Médicos Descalzos. Este tipo de investigaciones es imposible, sino se parte del estar allí trabajando codo a codo con los/as ajqijab y las iyomab, Guatemala necesita de éste tipo de iniciativas para salir adelante.

Normas editoriales

Revista Estudios Interétnicos

Los artículos para ser publicados en la Revista Estudios Interétnicos, deben llenar los siguientes requerimientos:

En cuanto a la forma:

1. En el primer párrafo se incluirá título del artículo (castellano e inglés), nombre de autor o autores, datos personales título académico y universidad donde lo obtuvo; institución donde labora; correo electrónico.
 2. Un resumen en castellano y en inglés que no exceda las 250 palabras.
 3. Si el artículo contiene material gráfico que complemente el contenido del artículo ilustraciones, fotografías, deben ser presentados en formato JPG. Los cuadros o tablas en formato Excel. Las ilustraciones, fotografías y cuadros no deben exceder de un total de 8. Debe indicarse la ubicación exacta de cada uno de ellos en el cuerpo del texto, también debe indicarse el título de cada uno de ellos.
 4. Los textos deberán estar escritos en Word; en letra Times New Roman, 12 puntos, a espacio y medio, las páginas deben estar numeradas.
1. Los artículos que se presenten a la revista no pueden aparecer en medios impresos o en línea, tampoco deben estar sometidos o en proceso de ser publicados.
 2. Los artículos no deberán contener notas finales, solamente pies de páginas son admisibles.
 3. Los artículos no deberán exceder las 25 páginas de extensión total, ni ser menores de 10 páginas (con material gráfico y cartográfico incluido).

En cuanto al dictamen del artículo:

1. Los artículos serán sometidos a una primera revisión por el editor de la revista para evaluar su pertinencia temática y sintáctica. El autor del artículo recibirá notificación del editor transcurridos quince días hábiles después del 31 de julio.
2. Si el editor de la revista aprueba la pertinencia del tema, se solicitará a dos miembros del consejo editorial del IDEI para que éstos puedan emitir un dictamen respecto del artículo.
3. Los resultados de los dictámenes del consejo editorial son inapelables y serán comunicados por el editor de la revista. Los miembros del consejo editorial emitirán una resolución antes del primero de octubre de cada año.

En cuanto al contenido:

Los artículos deben llenar los siguientes requisitos:

- a) Que se caractericen por la calidad de su contenido
- b) Que tengan relación con aspectos de la condición pluriétnica del país y que contribuyan a la formación de una sociedad más plural.
- c) Que se caractericen por ser inéditos.

Para más información sobre la forma de enviar artículos que desee publicar en la revista visite nuestro sitio web:

www.idei.usac.edu.gt

La adherencia al tratamiento de la diabetes tipo 2, en mujeres mayas del occidente de Guatemala, en el contexto de salud pública, etnicidad, pobreza y género¹

Por

Liliana Goldín²

Linda Asturias de Barrios³

Elisa Liliana Xiap Satey⁴

Diana Padilla⁵

Idalma Mejía⁶

Luisa María Mazariegos⁷

Otto de León⁸

Recpción de artículo: 23/Ago/2015

Aceptación de artículo: 31Ago/2015

¹ Este estudio fue auspiciado por la Escuela de Trabajo Social de New York University (Silver School of Social Work).

² Ph.D. en Antropología, Universidad Estatal de Nueva York, Albany, New York University.

³ Ph.D. en Antropología por la Universidad Estatal de Nueva York en Albany, Estudio 1360.

⁴ Médica y cirujana por el Centro Universitario de Occidente, Universidad de San Carlos de Guatemala, Instituto de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zúbiran, México.

⁵ LMSW, New York University.

Enfermera profesional por la Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala, Estudio 1360.

⁶ Licenciada en Antropología por la Universidad del Valle de Guatemala, Estudio 1360.

⁷ Médico y cirujano por la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala, Hospital Nacional de Occidente.

Resumen

La diabetes tipo 2 es una enfermedad que afecta a una gran población en el mundo, incluyendo personas que no han sido diagnosticadas. Si no se controla apropiadamente por medio de dieta, ejercicios, exámenes periódicos y medicación, puede provocar lesiones graves e incluso la muerte. Entre 2013 y 2014, se realizó un estudio cualitativo en un hospital público de Quetzaltenango, Guatemala, para comprender los factores limitantes y facilitadores de la adhesión al tratamiento de diabetes tipo 2, en mujeres mayas. Para ello, se realizaron entrevistas con 29 mujeres, pacientes de diabetes tipo 2 y cuatro médicos del hospital. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y procesadas con apoyo de un programa para análisis cualitativo. La mayoría de mujeres reportó baja escolaridad y una situación socioeconómica de pobreza. Se aplicó un marco teórico que toma elementos de las teorías de la comunicación y la psicología social y considera el contexto socioeconómico y cultural específico de la población. El marco organiza las formas de identificar los factores de la adherencia al tratamiento en tres procesos: comunicación, motivación y facilitación. Asimismo, permite plantear mejoras en, a) la comunicación entre profesional médico y pacientes; b) la motivación de las pacientes para cumplir con el comportamiento prescrito en el tratamiento y c) la facilitación del comportamiento de las pacientes por medio de la atención a las barreras sociales y económicas que lo impiden.

Abstract

A qualitative study was conducted at a public hospital in Quetzaltenango, Guatemala from 2013 to 2014 to assess the factors that affect the difficulties that indigenous women, mostly with limited schooling and economic resources have to comply with established protocols to control Type 2 Diabetes. Diabetes Mellitus affects a large sector of the population of Guatemala and the world, many never diagnosed and results in serious and often preventable consequences with appropriate controls. Interviews were conducted with 29 women and four physicians involved in care of diabetes patients in the Department of Internal Medicine of the Hospital Nacional de Occidente. Interviews were recorded, transcribed and coded and entered into a qualitative analysis digital processor. A CMF (communicate, motivate, facilitate) framework emerged from the data identifying the factors specific to improving education of patients, communication between patients and doctors, the motivation of patients to comply with treatment and the examination of barriers that impede adherence and facilitation of compliance.

Introducción

La alta incidencia de casos de diabetes tipo 2 (DT2) en Guatemala y las dificultades para diagnosticar y tratar la enfermedad se ubican en la interacción entre la pobreza, el género y la etnicidad. Este artículo se enfoca en las dificultades que tienen las mujeres mayas de Guatemala que padecen DT2, para adherirse a los protocolos indicados para su tratamiento en servicios de salud pública. Esta población, perteneciente a las más vulnerables del mundo a la enfermedad, sufre los efectos de DT2 e incluso muerte prematura. Tiene dificultades para lidiar, mantener y cumplir con las recomendaciones médicas o simplemente no consulta al médico ni va al hospital hasta que ya es tarde para controlar las complicaciones que resultan del síndrome metabólico y que conducen a la ceguera o pérdida de extremidades, entre otras lesiones.

Este estudio fue realizado con el objetivo de analizar factores limitantes y facilitadores de la adhesión al tratamiento de DT2, en mujeres mayas, en el contexto económico, social y cultural, como primera fase, para posteriormente diseñar y desarrollar programas de prevención y difusión que mejoren la adherencia al tratamiento, aun en contextos de pobreza.

Los servicios de salud pública de tercer nivel disponibles en zonas urbanas de Guatemala reciben a diario numerosos pacientes, principalmente mujeres que presentan complicaciones de DT2, una de las razones primordiales para acudir a un hospital. El sistema de salud pública en Guatemala es considerado como uno de los que presentan los déficits financieros más altos en Latinoamérica. Ha sido caracterizado como fragmentado y segmentado y con debilidades para responder al derecho social a la salud (véase Hernández, 2010). El acceso a la salud refleja desigualdades sociales por estrato económico, etnicidad, sexo, edad y área de residencia (PNUD, 2010). En el Hospital Nacional de Occidente, en Quetzaltenango, por ejemplo, solo se cuenta con una enfermera profesional, que no habla un idioma maya, para proveer orientación e información a los

pacientes sobre sus respectivos tratamientos. En este y otros hospitales, no se han podido contratar intérpretes conocedores del vocabulario médico que faciliten la comunicación entre el personal médico y pacientes mayas, monolingües (en k'iche' o mam, por ejemplo), o con poco conocimiento del español. Las esperas para consultar a especialistas o para llevar a cabo exámenes de rutina son largas y el personal médico no dispone de suficiente tiempo para explicar los tratamientos a sus pacientes. Estos tratamientos suelen ser complicados y caros; su explicación requiere más de los 10 a 15 minutos disponibles para cada paciente. Incluyen cambios en la dieta, medicación permanente, exámenes frecuentes y ejercicio.

El problema de la adherencia en países en desarrollo

Las intervenciones para aumentar la adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2 (DT2) tienen efectos modestos y limitados. El énfasis en esta sección es en las perspectivas que abordan los problemas en los países en desarrollo y en poblaciones indígenas. Estas se caracterizan por una mayor marginalización, tanto en contextos globales como en Guatemala, y por seguir modelos y concepciones de salud que generalmente son distintos a los biomédicos (véase Wiedman, 2006, 2012).

El problema de aumento de la incidencia de diabetes tipo 2 (Mellitus) en el mundo no se puede subestimar. Diversos estudios analizan la diabetes como una epidemia global (Lipska, 2014, Shaw et ál. 2009, WHO 2003). En Latinoamérica y el Caribe, estadísticas de 2000 revelan que el costo anual total (directo e indirecto) se estima en 65,216 millones de dólares (Barceló et ál. 2003; Wild et ál. 2004; WHO, 2003).

En Guatemala, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social estima que un millón de habitantes se encuentra afectado con diabetes. Los departamentos con mayor tasa de mortalidad son Quetzaltenango, Escuintla, Guatemala y Chimaltenango. El Atlas de la diabetes de la Federación Internacional de Diabetes

registra que 7,202 personas fallecieron por esta afección en 2012. La Organización Mundial de la Salud reporta que en Guatemala, en el 2008, la diabetes Mellitus constituyó la segunda causa de mortalidad de las mujeres (después de la influenza y la neumonía); la primera de mujeres entre 40 y 59 años; el 7.43 % de las mujeres en general y el 12.09% del segundo grupo etario (OPS/OMS 2013). Según datos recogidos entre octubre de 2012 y noviembre de 2013, en el Hospital Nacional de Occidente, Quetzaltenango, la DT2 constituyó una de las causas principales de visitas al hospital, con frecuencia siguiendo a pacientes con hipertensión arterial o enfermedades pépticas, con un promedio de 48 personas por mes, entre aquellas que llegaron para su primera visita al hospital (HNO, 2014).

Uno de los mayores problemas en los países en desarrollo es la falta de suficientes servicios de salud para las poblaciones con pocos recursos económicos, ya que los tratamientos de control de DT2 suelen ser caros porque requieren controles frecuentes, exámenes de laboratorio, nuevos alimentos en las dietas y medicación permanente. Los países que pueden proveer algún tipo de seguro médico como México, con el Seguro Popular, están reduciendo parte del impacto en individuos y familias. Sin embargo, en Latinoamérica, el acceso a seguro médico para las poblaciones más vulnerables es limitado (Sosa-Rubí et ál.2009).

Varios estudios sugieren que los pacientes que conocen más sobre su condición diabética logran controlarla mejor (Barceló et ál.2001; Rawal et ál.2012). Otros indican que cuanto más sencillos y claros son los regímenes de control, los pacientes pueden seguir mejor sus rutinas (Gagliardino et ál.2007). Unos más señalan que mayores niveles de conocimiento contribuyen a un mejor autocontrol, mayor autoeficacia y a actitudes más positivas (Cyrino et ál.2009). La mayoría de los estudios encuentra que la educación es un factor protector en el tema de la adherencia. Otros plantean que cuando los pacientes perciben una incongruencia o disonancia entre sus maneras de comprender su enfermedad y las de la comunidad biomédica, suelen ser menos constantes en la adherencia a los tratamientos indicados. Asimismo,

esa disonancia entre la comprensión culturalmente construida y la biomédica transmitida en servicios de salud provoca estrés, lo cual intensifica problemas físicos y psicológicos (Daniulaityte, 2004; Hjelm and Bard, 2013; Williams et ál.1998; Scheder, 1988). Además, la tensión entre los modelos biomédicos y los modelos locales/comunitarios de algunas poblaciones (Kleinman, 1980) resulta en problemas de adherencia debido, no necesariamente a la falta de motivación para cumplir con el tratamiento, sino por los problemas prácticos que implican los protocolos (falta de dinero, falta de apoyo familiar, distancia de los servicios de salud y acceso a medicinas, etc.) (Hunt & Arar, 2001; Garro, 1995).

La literatura señala algunos factores que contribuyen a una mayor adherencia. En particular, la condición de género y la situación familiar son esenciales junto con el apoyo social. Se observa que los hombres, en especial en Latinoamérica, están más protegidos de las complicaciones que las mujeres debido a la costumbre prescrita que otorga a la mujer el rol de apoyo y sustento físico y moral del hombre. Las mujeres suelen cumplir menos con sus tratamientos porque en parte tienen menos apoyo de su familia que los hombres (Kalyango et ál.2008; Di Matteo, 2004; Kagee and van der Merwe, 2006). Cuanto mayor apoyo familiar se documenta, se da mayor adherencia (Garay-Sevilla et ál.1995). La adherencia al tratamiento no es un problema individual de cada paciente, sino un problema familiar y comunitario (Yates-Doerr, 2012; Gomes-Villas et ál.2012). Por ello, a mayor disfuncionalidad en la composición y relaciones familiares, menor adherencia al tratamiento (Amador-Díaz et ál.2007; Méndez-López et ál.2004). Estos y otros factores contribuyen a afectar las posibilidades de sobrellevar la enfermedad (Turan et ál.2002).

Numerosos estudios en Latinoamérica y el resto del mundo en desarrollo documentan muchas de las barreras que limitan la adherencia. La pobreza, manifestada en la falta de dinero para comprar medicinas y hacer visitas médicas, es una de las barreras más difíciles de sobrellevar (Meneses-Rentería et ál.2012; Adisa et ál. 2011; Barceló et ál.2003; Arredondo & Zúñiga, 2004; Wild et ál.2004). Las

estrategias de comunicación del personal médico pueden facilitar o limitar los niveles de adherencia (Haskard y DiMatteo, 2009; Bevan 2014; Chary et ál. 2012). La depresión es un factor reconocido que impide la adherencia y que se observa con frecuencia en pacientes con DT2 (Jahan et ál. 2011; Zuberi et ál. 2011).

Una revisión de metaestudios sobre numerosas intervenciones para aumentar adherencia al tratamiento de DT2 indica que la educación grupal para el autocontrol suele ser efectiva y más económica que la educación individual, mejora los resultados clínicos, de estilo de vida y psicosociales (Steinsbekk et ál. 2012). Por otro lado, como las intervenciones más efectivas suelen ser complejas porque tienen que incluir numerosos aspectos relacionados con la adherencia, los efectos totales tienden a ser modestos (McDonald et ál. 2002).

Método

El estudio cualitativo se realizó en el Hospital Nacional de Occidente, Quetzaltenango, de noviembre de 2013 a junio de 2014, con el apoyo del Departamento de Medicina Interna y con financiamiento de la Silver School of Social Work, New York University. Para ello, se realizaron entrevistas semi-estructuradas a 29 mujeres pacientes del Hospital, en su mayoría mayas, y a cuatro médicos (dos hombres y dos mujeres). Los datos recogidos consisten en percepciones y experiencias de mujeres pacientes diagnosticadas con DT2 y opiniones y experiencias del personal médico del Hospital.

Las entrevistas se llevaron a cabo en el Hospital antes o después de que las pacientes fueran atendidas y también al inicio de una Jornada Educativa sobre Diabetes tipo 2, organizada por el Departamento de Medicina Interna. Las entrevistas fueron conducidas y grabadas con consentimiento de las pacientes. Duraron entre 45 y 80 minutos e incluyeron experiencias con los diferentes aspectos del tratamiento: dieta, ejercicio, exámenes de laboratorio y medicación. Las pacientes respondieron preguntas sobre sus fuentes de apoyo familiar y comunitario, sus conocimientos

sobre la enfermedad, reacciones al diagnóstico inicial, comportamiento diario y dificultades que sufrieron en el proceso de control de su enfermedad. Tanto al personal médico como a las pacientes se les solicitaron ideas y recomendaciones de formas de mejorar la adherencia y facilitar el control de la enfermedad.

Las grabaciones fueron transcritas literalmente. El contenido de las transcripciones fue analizado por dos investigadoras en forma separada para verificar la consistencia. Cada una codificó temas y subtemas. Se creó un manual de códigos, algunos preestablecidos y otros emergentes. Una vez confrontados los códigos por comparación, los materiales fueron ingresados en el programa Atlas-ti. Digitalmente se solicitaron del programa los códigos asociados a los temas principales identificados y se analizaron por contenido, una vez más con ejemplos de las expresiones de las pacientes.

Características de las pacientes entrevistadas

La escolaridad de las mujeres varía entre 0 a 17 años, es decir, entre ausencia de educación formal y nivel universitario, con un promedio de cuatro años ($DS=4.6$), equivalente a cuarto grado de primaria ($DS=5$). Las pacientes habían sido diagnosticadas con diabetes entre 1 y 23 años antes de la entrevista; el promedio fue 9 años ($DS=7$). El 57% es católica y el 43% evangélica. El 17.2% reportó que eran amas de casa y que no tenían ninguna fuente de ingreso personal. La mayoría, 82.7%, genera ingresos por medio de actividades como trabajo doméstico remunerado, bordados, ventas en el mercado o a domicilio, pastoreo o crianza de animales, siembra en su terreno, trabajo como comadrona o en enfermería. Además de agricultura y pastoreo, indicaron que sus esposos trabajan como albañiles, en comercio, producción de indumentaria indígena y ventas en el mercado. Las mujeres, en su mayoría, están casadas (89%), 7% son viudas y 3% solteras. Su competencia lingüística varía entre monolingüismo en español y bilingüismo maya-español. La mitad reporta hablar solo en español. De la mitad restante, unas hablan un idioma maya (k'iche' o mam) y español, en grado incipiente o con mayor competencia bilingüe.

El tiempo de traslado en transporte público al hospital desde sus comunidades dura entre 20 y 90 minutos. Todas viven en municipios del departamento de Quetzaltenango, en áreas rurales y urbanas. El tiempo de permanencia en el hospital, espera y atención en la consulta externa, una vez que entran al hospital, varía entre dos y cuatro horas. Muchas esperan desde antes de las seis de la mañana para ingresar a los servicios. La consulta médica se inicia a las ocho de la mañana y algunos días a las nueve.

Resultados

Componentes del tratamiento

El tratamiento prescrito para el control de diabetes tipo 2 es complejo e incluye, por lo menos, cuatro componentes principales: dieta, control de la glucosa por medio de medicamentos, exámenes para evaluar niveles glicémicos y ejercicio físico. La dieta es explicada a la paciente por los médicos y, en algunos casos, por la nutricionista⁹. La dieta recomendada incluye eliminación o reducción de azúcares, disminución de grasas y sal, varias porciones al día y menores cantidades (médicos entrevistados).

Las respuestas de las pacientes evidencian diversidad de niveles de comprensión y percepción sobre la dieta indicada. Las observaciones de las pacientes incluyen una gama de estas consideraciones ilustradas en las siguientes citas:

(a) "No sé qué puedo comer y qué no puedo comer..." (b) "No puedo comer nada de azúcar y comida con grasa..." (c) "Puedo comer de todo, pero con moderación..." (d) "Solo puedo comer güisquil y otras verduras..." (e) "Me dijeron que coma mucha fruta..." (f) "Que no comaplatanos..." (g) "Me dijeron que coma sandía..." (h) "Que no coma sandía..." (i) "Que coma azúcar solo una vez al día; si la tomo con el desayuno (café o atol), que no la tome el resto

del día." Una paciente dijo: "Es que fíjese que como fui a dos consultas me dijo un montón de cosas, pero como yo ya no fui, entonces todo eso pienso yo que eso me lo tiene que ir diciendo por pasos, ¿verdad?"

Pocas pacientes consultan a una nutricionista y las que lo han hecho también presentan varias perspectivas:

(a) "Me dio una lista por escrito, pero la mayoría de lo que incluye es caro o difícil de obtener, como leche en polvo y atún," (b) "Me dijo que coma de todo, pero con cuidado y en moderación; si comía ocho tortillas, que ahora coma tres."

Con relación a la medicación y exámenes de laboratorio, la mayoría de las pacientes recibe receta para medicamentos. Asimismo refiere tomar la/s medicina/s indicada/s aunque no siempre en forma continua. La gama de prácticas que reportan comprende desde seguir la prescripción, pasando por diferentes formas de toma inconsistente de las medicinas, hasta no tomarlas:

(a) "Tomo todas las medicinas que me indica el Dr." (b) "Tomo las medicinas cuando puedo comprarlas, cuando mi marido puede comprarlas, cuando hay dinero." (c) "Tomo las medicinas cuando me siento mal y las dejo cuando me siento mejor." (d) "Cuando tomo las medicinas, me da gastritis y las dejo de tomar." (e) "No tomo las medicinas, nunca las he tomado. Me dijeron que hacen mal, que hay gente que muere por tomar las medicinas."

En relación con la asistencia a las citas de seguimiento a su tratamiento en el hospital, las pacientes reportan:

(a) "Me cuesta venir al hospital, el médico dijo que venga cada tres meses." (b) "Vengo cuando puedo" (c) "Vengo cuando me lo dice el médico."

Sobre el cumplimiento del tratamiento farmacológico, los médicos señalan además el cambio de la medicina adquirida en relación con la receta:

⁹ La plaza de nutricionista en la Consulta Externa del Hospital estaba vacante en el período de recolección de la información.

“A veces apuntamos una cosa y el paciente trae otra. Se le explicó y se le dio la receta, pero terminó comprando un medicamento diferente. A veces porque en la farmacia le dijeron que era más barato o que era lo mismo.”

También se evidencia poca comprensión de los resultados de los exámenes de laboratorio por parte de las pacientes:

“¿Qué quieren decir los datos que salen (de los exámenes)? Saber, si está alto o bajo.” “¿Cada cuánto [sacar sangre]? Eso no lo sabemos, pero como no le preguntamos al doctor.”

Las pacientes indicaron que suelen hacerse los exámenes de glucosa en el hospital. Unas pocas lo hacen en el Patronato del Diabético, o en clínicas privadas. Debido a su costo y a la necesidad de comprar tiras activas, muy pocas pacientes usan glucómetros para el control frecuente de su nivel de glucosa. Las que los usan suelen tener ayuda de sus hijas u otros familiares. Las que tienen glucómetro a menudo se quedan sin tiras activas porque los modelos se descontinúan y entonces los dejan de usar. Desde el punto de vista médico, los problemas con el uso del glucómetro son el bajo nivel económico de las pacientes, el cual no les permite adquirirlo, y las dificultades por desconocimiento para interpretar los resultados.

En relación con el ejercicio, la gran mayoría de las pacientes realizan actividades del hogar que les requieren un nivel de actividad física. La mayoría no practica el ejercicio recomendado por el personal médico. Las pacientes indican que suelen caminar, en especial las que venden, pastorean, salen a recoger leña, van a recoger a los hijos e hijas a la escuela o trabajan en el campo:

(a) “Me dijeron que camine media hora todos los días.” (b) “Me dijeron que camine una vez por semana.” (c) “Me dijeron que corra. ¿Adónde voy a correr?” (d) “No me dijeron nada sobre ejercicio.”

En el contexto de la discusión sobre los protocolos y qué recuerdan las pacientes de las recomendaciones médicas, el tema de la comunicación es fundamental. Los galenos y las médicas indicaron las dificultades que presentan las barreras lingüísticas (dominio o preferencia del español por parte del personal médico en contraste con el dominio o preferencia del idioma maya materno por las pacientes y falta de intérpretes institucionales), la falta de materiales gráficos y el reducido tiempo para las consultas. Frente a estas dificultades comunicativas, a veces las mujeres llegan con sus esposos o un hijo/a que habla español y puede traducir. Asimismo, algunas pacientes brindaron ejemplos efectivos de comunicación según percibieron los mensajes de sus médicos:

a) “Pero yo no, yo me limito y yo misma digo, no, tengo que cuidarme yo misma. Así como me dijo un médico, si usted se quiere a sí misma, si usted se aprecia, si usted levanta su autoestima, usted se tiene que cuidarse mucho.” b) “Solo así como me dijo a mí un médico, está Dios, está su esposo, pero el que más está, el que se está cerca de usted es su medicamento. Ese va a ser su compañero.”

Para resumir, se observaron niveles muy diversos de comprensión de los protocolos de tratamiento y la calidad de la comunicación con respecto a las expectativas de cumplimiento del tratamiento. Una comunicación clara que promueva la comprensión de la enfermedad es esencial. Por lo tanto, con base en lo anterior, la comunicación entre profesionales médicos y pacientes necesita mejoras y es por eso que surge como uno de los elementos principales del modelo para mejorar la adherencia.

Motivación de las pacientes para cumplir con el tratamiento

Una vez que las pacientes comprenden el tratamiento (lo que tienen que hacer), tienen que estar motivadas para hacerlo. La comprensión es importante, pero no es suficiente. A continuación se presentan las variables que emergen de los datos como

importantes para la motivación: (1) percepción de las ventajas y desventajas asociadas con la realización del comportamiento; (2) normas y presiones sociales que rodean la realización del comportamiento; (3) el estigma asociado con el comportamiento y el correspondiente auto concepto/ imagen social; (4) reacciones emocionales, y (5) autoeficacia o la percepción de las mujeres de su habilidad para realizar el comportamiento esperado. Se ofrecen ejemplos de estas categorías a continuación:

- *Ventajas y desventajas percibidas:*
(a) "Cuando hago dieta, me siento mejor." (b) "Cuando hago dieta, siento hambre." (c) "No puedo hacer dieta porque, si como tan poco, no puedo vivir." (d) "Cuando no hago la dieta, me siento mal." (e) "Cuando como de todo, me siento feliz." (f) "Cuando no puedo comer lo mismo que otros, me siento mal." g) "Que según lo que ellos dicen, pero yo sí no la hice porque, más necesitaba comer, porque necesitaba más vitamina, y qué me voy a hacer esa dieta, tal vez ya me hubiera muerto. ...No quiero que me saquen la comida, los tamalitos, porque de eso vivo. Sacando eso, tal vez el hambre me mata."
- *Presiones normativas:*
(a) "La gente siempre invita con comida y no se puede decir que no." (b) "Mi familia quiere que coma con ellos." (c) "Mi esposo me ayuda con la dieta." (d) "Mi hija me insiste que debo cuidarme con la comida." e) "A veces cuando tenemos fiesta, porque a veces, por ejemplo, cuando hay cumpleaños, me dicen come su pastel mamá, cómelo, bueno les digo yo, como un pedacito porque ya lo sentí la vez pasada, cuando lo comí el pastel, me hizo mal." f) "Sí, pues lo que he escuchado es que hay Dios mira ella está muy delgada, ya se va a morir. Ay Dios y empiezan otras cosas que mejor ni le digo. Le digo Padre, no. Empiezan a hablar mal, en vez de apoyar, decir adelante, o algo o una palabra de ánimo. No, por eso uno trata la manera de que la enfermedad no se sepa."

- *Estigma y auto-concepto:*
(a) "La gente de la comunidad habla mal de uno." (b) Mi esposo dice que soy sucia por tener DT2." c) "Porque es uno mismo el que se está haciendo daño, entonces donde está su autoestima decía yo, pero soy yo la que ha hecho esa crítica constructiva."
- *Emociones:*
(a) "Me siento muy triste de pensar que tengo que hacer dieta por el resto de mi vida." (b) "Si no puedo comer tortillas, me siento triste." (c) "Me desespera sentir que tengo esta enfermedad."
- *Autoeficacia:*
(a) "Sí, creo que puedo hacer la dieta, con la ayuda de Dios." (b) "Sí, soy capaz de hacerlo siempre que mi familia me apoye." (c) "No, no puedo comer separada de mi familia." (d) "No sé si tengo la voluntad de hacer la dieta." (e) "No tengo dinero para comer lo que me piden."

La clasificación anterior identifica áreas clave para el diseño de programas que busquen, desde la salud pública, motivar a pacientes diabéticas a seguir sus protocolos. Preguntas orientadoras de estas áreas son: (1) ¿Cuáles son las ventajas y desventajas percibidas de seguir el tratamiento? (2) ¿Cuáles son las presiones sociales que tienen que ser atendidas y que pueden tomar en cuenta parientes y amigos para apoyar a la paciente? (3) ¿Cómo juzga la paciente su habilidad para cumplir con el tratamiento? (4) ¿Qué tipos de estigma e imagen social proyectan las mujeres al cumplir con el tratamiento y cómo se ajustan las nuevas prácticas al sentido de sí mismas y sus auto imágenes? Y (5) ¿Cómo se sienten emocionalmente las pacientes cuando cumplen o intentan cumplir con el tratamiento? Estas consideraciones también pueden adaptarse al diseño de programas orientados para hombres.

Facilitación de la adherencia una vez que las mujeres están motivadas

Aun cuando las mujeres estén motivadas para seguir un comportamiento, no siempre lo hacen. Por ejemplo, a veces hace falta planear y prepararse

para poder cumplir con la intención. Tener o hacer tiempo para hacer el ejercicio prescrito, adquirir y preparar los alimentos recomendados, trasladarse al hospital, disponer de tiempo para esperar la atención del servicio médico o contar con dinero para pagar los medicamentos, etc. Con frecuencia, para poder realizar el comportamiento hace falta tener conocimientos, habilidades, recursos económicos, entre algunos elementos. A veces depende de otras personas que provean dinero a la paciente, la acompañen, la lleven al hospital. Hay muchos factores identificados que interfieren con el deseo de traducir la intención/motivación en comportamiento: barreras ambientales y estructurales, falta de conocimientos u habilidades, hábitos y costumbres. Aquí se pueden diferenciar las barreras que impiden la motivación tales como “no voy a entender la dieta.” o “mis vecinos no me van a querer si saben que tengo Diabetes.”; de las barreras materiales, “no tengo dinero para comprar medicinas”. Las principales barreras para la facilitación se resumen en falta de dinero, tiempo, apoyo familiar o comunitario, así como la falta de información.

Algunas de las preguntas orientadas para comprender por qué las pacientes que están motivadas no llevan a cabo el comportamiento son: (1) ¿Qué aspectos del ambiente obstaculizan o facilitan el convertir la intención en comportamiento? (2) ¿Qué conocimientos son necesarios? (3) ¿Qué claves para la acción se pueden establecer para facilitar el comportamiento (recordar, repasar, proveer transporte, apoyo, etc.)? (4) ¿Qué hábitos o procesos conducen a las mujeres a no realizar el comportamiento deseado? ¿Qué nuevos hábitos se pueden establecer? y (5) ¿Qué puede convencer a las pacientes para que cambien de opinión y decidan seguir con el tratamiento? Conocer las respuestas a estas preguntas contribuirá a facilitar la conversión de motivación en comportamiento y con ello a aumentar la adherencia.

A continuación se proveen ejemplos de barreras a la adherencia al tratamiento de DT2 en las palabras de las mujeres entrevistadas:

- *Género y pobreza:* a) “Me porté mal. Me regañaron. Estuve hospitalizada dos veces por mal funcionamiento del riñón. Cumplir con una

dieta estricta es difícil porque cocino para mis hijos y cocinar aparte es otro gasto.” b) “Pues fíjese que, bien, la vez pasada... me mandaron a la nutricionista, pero han querido mandarme, pero no he querido ir porque voy a caer a lo mismo pues, de que me va a decir, coma esto, tome esto, que esto, aquello, que compre fibra, que compre, y uno no tiene posibilidades de darse ese lujo. Porque para mí es un lujo eso, verdad... Fíjese, son 46 quetzales [para comprar la leche especial] y mi esposo me da 50 quetzales diarios para el gasto, y qué voy a hacer con los tres tiempos de comida... Me lo quito yo, aguanto hambre en estar haciendo cola y perdiendo el tiempo y no voy a hacer lo que ella me dice.”

- *Pobreza:* “Pues, la verdad de que, después de todo eso, yo ya no me fui porque, tantos exámenes que querían, querían más exámenes, que de heces, que de orina, de, ay no sé qué más, como cuatro o cinco exámenes querían. Ay no, yo ya no me fui porque tantos exámenes, tanto dinero. Como decían las personas que gente de dinero creo que los salva la diabetes, pero ya uno así, ya no puede uno atacar la diabetes, por tanto, tanto dinero.”
- *Falta de tiempo para hacer ejercicios:* “—Y el ejercicio que le mandó el doctor que la hiciera sudar, ¿no lo hace?” “No. Es que tiempo no me queda, porque llego a mi casa, más o menos, salgo de aquí a la una y media, pero es una hora de camino por tanto semáforo, llego a las dos y media. En lo que almuerzo son las tres de la tarde. Y de ahí me pongo a limpiar trastos, que a limpiar la cocina, que a preparar mi almuerzo del otro día, ya voy terminando más o menos seis de la tarde... Cuando veo ya son las 10 de la noche y a dormir, porque ya me duermo, ya se duerme uno bien cansado.”
- *Apoyo social y familiar:* a) “[mi esposo] No, no me da porque fíjese que él me dice, si vos tenés tienda, de ahí lo podés sacar, ahí te ayudás. Le digo yo, mire, le digo, necesito mi par de zapatos, mi ropa ya está viejita, no me la puedo, ya no. Sí hombre, está jodido, me dice él.” b) “A veces

tengo que ajustar para la comida, de dónde voy a sacar tanto dinero si no puedo. Cuánto se le gana a la docena de tortrix. Si se rompe uno, ya se perdió la ganancia, le digo yo. A veces me dice él, ¿tus pastillas de la presión todavía tenés? Tengo le digo yo, pero él sabe que yo no tengo. A veces son 500, 600, 700, 800 quetzales, me dice te voy a ayudar con 100.” c) “No [hacen la dieta con ella], porque él al contrario se enoja, dice qué tanta medicina. Él me ha ayudado como dos veces, por eso yo voy a lavar para comprar mi medicina.”

Perspectivas del personal médico y de las pacientes para mejorar la adherencia

El personal médico expresó la importancia de contar con traductores informados para mejorar la comunicación con pacientes que no dominan el español. Varios sugirieron el uso de materiales gráficos para ilustrar las dietas. El personal médico enfatizó las limitaciones de tiempo, espacio y la insuficiencia de los laboratorios del hospital para cubrir las necesidades de la población atendida. Insistieron en la importancia de brindar información a las pacientes y a sus familias no solo sobre la DT2, sino sobre temas más generales del complejo metabólico, incluyendo la necesidad de mantener peso apropiado y alimentación balanceada y con bajos niveles glicémicos. Señalaron la necesidad de eliminar la desinformación con respecto al origen de la enfermedad y los efectos de los medicamentos. Sugirieron difundir información sobre la enfermedad con el apoyo de capacitadores, facilitadores y personal voluntario.

Por su parte, las pacientes, además de indicar la importancia de cumplir con los protocolos indicados, enfatizaron la necesidad de utilizar diferentes medios en las comunidades rurales para divulgar la información sobre la enfermedad. Las pacientes mayores mencionaron el radio o la televisión y las más jóvenes, las redes sociales en internet (como Facebook), que ya las está usando la juventud rural. Esta información podría reducir el estigma asociado con la DT2 y aumentar la adherencia. Mencionaron

el papel que podrían desempeñar los puestos de salud (primer nivel de atención del sistema de salud), por ejemplo, contar con glucómetros y medir los niveles glicémicos, proveer información a pacientes, capacitar a integrantes de la comunidad sobre la enfermedad y su tratamiento para que apoyen en la comunicación comunitaria. Entre los actores identificados en la función o promoción informativa también se mencionaron los Cocodes (Consejos Comunitarios de Desarrollo), las autoridades municipales y jóvenes estudiantes del ciclo diversificado del nivel medio o del nivel universitario. Estos últimos, según los requisitos del Currículum Nacional Base del nivel diversificado, del nivel medio o de los planes de estudio de diferentes carreras como enfermería, medicina, trabajo social, antropología, sociología y otras, ofrecen espacios formativos (seminarios, pasantías, trabajo profesional supervisado, proyectos de bienestar de proyección a la comunidad) que podrían utilizarse para apoyar la divulgación de información sobre la diabetes.

Las pacientes sugieren formas graduales de comunicar la información sobre las dietas y otros aspectos del tratamiento, ya que se sienten abrumadas en las visitas médicas y de nutrición. Asimismo piensan que el cambio de dieta no debería ser brusco, sino gradual. Enfatizan la necesidad de conocer sobre la enfermedad y su tratamiento en su idioma materno, incluyendo la opción de intérpretes. Algunas indican que la única manera de mejorar la adhesión es tener mayor autocontrol y estima personal, mientras que otras recurren a cobijarse en su religión o fuerzas más allá de su control. Pensando en las nuevas generaciones, las pacientes también enfatizaron la prevención: el papel de la escuela primaria en la formación de la niñez sobre alimentación sana y formas de evitar o reducir la obesidad.

Discusión de los resultados y marco teórico emergente

Tres procesos que contribuyen a la adherencia al tratamiento de la DT2 emergieron de las entrevistas como necesarios y relevantes: (a) la comunicación clara y significativa entre personal médico y pacientes,

(b) la motivación de las pacientes para que cumplan con los protocolos de tratamiento, y (c) la facilitación de la ejecución de los comportamientos de las mujeres que están motivadas para cumplir con el tratamiento. Este marco teórico está integrado entonces por tres elementos conceptuales clave: comunicación, motivación y facilitación (CMF). Una extensa literatura empírica en las ciencias sociales analiza estos tres procesos y su aplicación en programas de adherencia a tratamientos.

Se espera que la comunicación entre proveedores de salud y pacientes sea mutuamente inteligible y que se constate la comprensión del tratamiento y lo que se espera de los pacientes. Las teorías de la comunicación señalan la importancia de la fuente de la comunicación (¿quién provee la información, una especialista médica, un nutricionista, otra paciente?), el estilo de la comunicación, el momento en que ésta ocurre, el código (idioma, por ejemplo), la frecuencia, el contenido, el contexto y las herramientas, habilidades y valores de la persona que actúa como receptora. Por ello, los mensajes sobre el tratamiento y el diseño de programas educativos orientados a pacientes tienen que tomar en cuenta estos factores y las características de la población objetivo (cultura, idiomas, escolaridad y otros). Trasplantar modelos aplicados a otras poblaciones puede producir una comunicación fallida e inadecuada.

Muchos de los problemas identificados por médicos y pacientes se refieren a la falta de información sobre la enfermedad. Pacientes monolingües en idioma maya o con poca competencia en español, o bilingües con niveles bajos de escolaridad, son afectadas negativamente en el proceso de la comunicación. Es aquí donde la intersección entre la etnicidad, la pobreza y el género impactan negativamente la salud o el acceso a la misma. Las mujeres disponen de menor libertad y recursos económicos para preparar varias comidas al día y suelen seguir los deseos y preferencias alimenticias de sus esposos. Son ellas las que apoyan a sus esposos si ellos necesitan seguir planes de vida específicos, pero ellos no siempre están dispuestos a apoyar las necesidades de sus esposas. Un paso fundamental es

el uso de los idiomas mayas (como idiomas maternos de las pacientes) para comunicar información sobre la enfermedad y el tratamiento (como está prescrito en la Ley de Idiomas Nacionales), así como el diseño y empleo de materiales gráficos con pertinencia cultural que ilustren la dieta, medicación, exámenes y ejercicios. Estos materiales también permitirían compartir con la familia la información recibida sobre el tratamiento y generar el apoyo de la misma. Asimismo, es necesario abordar la desinformación sobre la enfermedad y el uso de medicinas y disipar los temores que la misma genera. Una comunicación clara es solo parte del abordaje. Hace falta motivar a las pacientes para que estén dispuestas a seguir los protocolos indicados.

Los resultados del estudio sugieren cinco clases de factores que se tienen que tomar en cuenta en el diseño de programas: (1) las ventajas y desventajas percibidas por las pacientes sobre el comportamiento indicado, (2) las normas y presiones sociales asociadas con el comportamiento, (3) el estigma asociado con el comportamiento y el correspondiente autoconcepto/imagen social, (4) las reacciones emocionales que produce el comportamiento, y (5) la autoeficacia con respecto a ejecutar el comportamiento. La comprensión de los factores de una motivación positiva o negativa contribuye a su abordaje para aumentar la motivación de las mujeres a la adhesión al tratamiento.

El personal médico entrevistado enfatizó la necesidad de abatir la desinformación y enfrentar las causas de resistencia, presiones sociales y falta de autoeficacia que afectan la adherencia de las pacientes. Ellas recomendaron explicar el origen de la enfermedad y las consecuencias de no seguir los tratamientos y tomar en cuenta las presiones emocionales y sociales que interfieren con la adherencia. Para enfrentar una baja motivación, será necesario examinar cada una de las cinco categorías de factores de la motivación. Al sensibilizar a las familias y sus comunidades sobre la enfermedad y su tratamiento, se podrá promover su apoyo hacia las pacientes y con ello se reducirá el estigma asociado a la DT2, y se fomentarán normas sociales positivas con respecto al tratamiento y adherencia. Si las pacientes

sienten que sus familias y comunidades las apoyan para seguir el tratamiento, estarán más motivadas para realizar los comportamientos prescritos. Abunda en la literatura científica evidencia sobre la relevancia de cada una de las cinco categorías de factores en la motivación (Jaccard y Levitz, 2014), la cual fundamenta su aplicación en el diseño de programas para promover la adherencia.

Además de la necesidad de comunicar y motivar, este estudio también sugiere el papel que los servicios de salud podrían jugar en la facilitación de la ejecución de los comportamientos requeridos por el tratamiento. Por ejemplo, sería útil que en la consulta externa de los hospitales públicos se redujera el tiempo de espera y se aumentara el tiempo de atención de la consulta. Esto, desde la administración hospitalaria, requeriría contar con más recursos financieros. Los hospitales podrían considerar crear clínicas especiales para diabetes como una estrategia para mejorar la atención de pacientes de esta enfermedad. Esto requeriría un estudio interno en cada institución que tomara en cuenta el número de pacientes diabéticos para estimar la manera más eficiente de utilizar los recursos humanos limitados en número y la infraestructura existente.

El modelo comunicación, motivación y facilitación (CMF) tiene que tomar en cuenta el contexto étnico, lingüístico, económico, educativo y de género. Por ejemplo, el diseño de dietas para pacientes de DT2 no sólo requiere atención al tipo y cantidad de alimentos, sino a la pertinencia cultural.

Las barreras estructurales que limitan la adhesión de mujeres mayas del occidente de Guatemala (y probablemente en todo el país) al tratamiento de DT2 son profundas. Están insertas en relaciones históricas de poder y en una sociedad multilingüe y pluricultural, extremadamente desigual por condiciones de estrato socioeconómico, etnicidad, género y residencia en áreas urbanas o rurales y en diferentes regiones geográficas (Goldín, 2009, 2003, 2014). En general, no solo limitan la adherencia al tratamiento de la diabetes, sino el acceso a la salud, la educación, el empleo y otras fuentes de bienestar. Por ello requieren que el Estado guatemalteco cuente con políticas integrales de

desarrollo de largo plazo y con una política fiscal que promueva el desarrollo humano (véase, por ejemplo, PNUD, 2010).

El estudio revela que las mujeres que tienen más dificultades para seguir sus tratamientos son las que dudan de las recomendaciones del personal médico, las que tienen incertidumbre al escuchar diferentes opiniones sobre los tratamientos en sus comunidades, las que son criticadas por sus esposos u otros familiares por el solo hecho de ser diabéticas y las que sufren más estrés y dificultades emocionales por encontrarse en el medio de marcos interpretativos diferentes. Estas mujeres son las que se sienten débiles, cansadas y “desesperadas” por los mismos efectos de la enfermedad. Las mujeres que resuelven su conflicto de aceptar la enfermedad, sus limitaciones en cuanto a dieta y que aceptan su tratamiento, son las que tienen más posibilidades de éxito.

La dependencia económica de las mujeres y el control que ejercen los hombres en comunidades patriarcales están asociados con la motivación. Se ha documentado que muchas mujeres logran salir de situaciones de control económico y de género, y pueden tomar sus propias decisiones y controlar sus destinos y el de sus hijos e hijas (Goldín et ál.2015). Es esencial prestar atención a las barreras estructurales, pero el cambio estructural tiende a ser lento. Mientras las barreras estructurales se van contrarrestando por medio de leyes, políticas nacionales y municipales que tienen resultados en el mediano y largo plazos, la adherencia de mujeres y hombres al tratamiento de la diabetes tipo 2, como mecanismo para preservar su salud, puede ser mejorada por medio de estrategias más inmediatas. La aplicación del modelo comunicación, motivación y facilitación (CMF) representa un paso en esa dirección.

Bibliografía

- Adisa, R., Fakeye, T. O., & Fasanmade, A. (2011). Medication adherence among ambulatory patients with type 2 diabetes in a tertiary healthcare setting in Southwestern Nigeria. *Pharmacy Practice* (18863655), 9(2), Pp. 72-81.
- Amador-Díaz, M.B., Márquez-Celedonio, F.G., & Sabido-Sighler, A.S. (2007). Factores asociados al auto-cuidado de la salud en pacientes diabéticos tipo 2. (Spanish). *Archivos En Medicina Familiar*, 9(2), Pp. 99-107.
- Arredondo, A., & Zúñiga, A. (2004). Economic consequences of epidemiological changes in diabetes in middle-income countries: The Mexican case. *Diabetes Care*, 27(1), Pp. 104-109.
- Asociación Latinoamericana de Diabetes. (2006). Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Grupo de trabajo ALAD. *Rev Latinoam Diabetes*, 14(3), Pp. 96-140.
- Barceló, A., Aedo, C., Rajpathak, S., & Robles, S. (2003). The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(1), Pp. 19-27.
- Barceló, A., Robles, S., White, F., Jadue, L., & Vega, J. (2001). Una intervención para mejorar el control de la diabetes en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 10(5), Pp. 328-333.
- Bevan, A.C. (2014) For Guatemalan Q'eqchi' community, accessing health care depends on finding someone to speak their language. *Ticotimes.net*, March 20.
- Center for Disease Control (2014). National diabetes statistics report. Downloaded on June 1, 2014 from <http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/statsreport14.htm>
- Cyrino, A., Schraiber, L., & Teixeira, R. (2009). Education for type 2 diabetes mellitus self-care: From compliance to empowerment. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13(30), Pp. 93-106.
- Chary, A. M. Greiner, C. Bowers and P. Rohloff (2012). Determining adult type 2 diabetes-related care needs in an indigenous population from rural Guatemala: a mixed-methods preliminary study. *Health Services Research*, 12, Pp.476.
- Daniulaityte, R. (2004). Making sense of diabetes: cultural models, gender and individual adjustment to Type 2 diabetes in a Mexican community. *Social Science and Medicine* 59, Pp.1899-1912.
- Di Matteo, M. R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. *Health Psychology*, 23(2), Pp. 207-218.
- Gagliardino, J.J., González, C., & Caporale, J. E. (2007). The diabetes-related attitudes of health care professionals and persons with diabetes in Argentina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(5), Pp. 304-307.
- Garay-Sevilla M.E., Nava L.E., Malacara J.M., Huerta R., León J.D., Mena.A, et ál.(1995). Adherence to treatment and social support in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. *J Diabetes Complications*, 9(2), Pp. 81-6.
- Garro, L. (1995). Individual or societal responsibility? Explanations of diabetes in an Anishinaabe (Ojibway) community. *Social science and medicine* 40(1), Pp. 37-46.
- Goldín, L., R. Copeland & D. Padilla. (2015). Behind Maya Doors: Gender violence, acceptance, and resistance in highland Guatemala. *Gendered Perspectives on International Development*, 305, Pp.1-25.
- Goldín, L. (2014). The Labor topography of central highland Guatemala youth: Employment diversification, health, and education in the context of poverty. *Research in Economic Anthropology* 34, Pp.315-348.
- Goldín, L.(2009). Global Maya. Work and ideology in rural Guatemala. University of Arizona Press.
- Goldín, L.(2003). Procesos globales en el campo de Guatemala. Opciones económicas y transformaciones ideológicas. FLACSO, Guatemala.
- Gomes-Villas, Foss, M., C. Foss, M., & Pace, A. (2012). Relationship among social support, treatment adherence and metabolic control of diabetes mellitus patients. *Revista Latino-Americana De Enfermagem* (RLAE), 20(1), Pp. 52-58.
- Haskard, K. B. & M. R. DiMatteo.(2009). Physician communication and patient adherence to treatment: A Meta-analysis, *Med Care* 47(8), Pp. 826-834.
- Hernández, L. (2010). Ajustes, reforma y resultados: las políticas de salud de Guatemala 1985-2010. Cuaderno de Desarrollo Humano 2009/2010-6. Guatemala: PNUD.
- Hjelm, K. & Bard, K. (2013). Beliefs about health and illness in Latin-American migrants with diabetes living in Sweden. *Open Nursing Journal*, Pp. 757-65.
- Hospital Nacional de Occidente (HNO). (2014). Datos estadísticos de morbilidad proporcionados por el HNO 2012-2013, Quetzaltenango.
- Hunt, L. M. & N. H. Arar. (2001). An analytical framework for contrasting patient and provider views of the process of chronic disease management. *Medical Anthropology Quarterly* 15(3), Pp.347-367.
- Jaccard, J. and Levitz, N. (2015). Parent-based interventions to reduce adolescent problem behaviors: New directions for self-regulation approaches In G. Oettingen and P. Gollwitzer (Eds.) *Self-regulation in adolescence*. New York: Cambridge University Press.
- Jahan, F., Jabbar, A., Naqvi, H., & Awan, S. (2011). Depression in patients with diabetes mellitus and its impact on diabetes self-care, medication adherence and glycemic control. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*, 31(3), Pp. 154-160.

- Kagee, A., & van der Merwe, M. (2006). Predicting treatment adherence among patients attending primary health care clinics: The utility of the Theory of Planned Behaviour. *South African Journal of Psychology*, 36(4), Pp. 699-714.
- Kalyango, J., Owino, E., & Nambuya, A. (2008). Non-adherence to diabetes treatment at Mulago Hospital in Uganda: prevalence and associated factors. *African Health Sciences*, 8(2), Pp. 67-73.
- Kleinman, A. (1980) Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California Press.
- Lipska, K. (2014) The global diabetes epidemic, *The New York Times*, April 25. <http://nyti.ms/1kbMDqi>
- Martínez, B. (2013). Diabetes afecta a más de un millón de guatemaltecos. *Prensa Libre*, noviembre 14. http://www.prensalibre.com/noticias/comunitario/Diabetes-afecta-millon_0_1029497054.html
- McDonald, H. r P., A. Garg, R B. Haynes. (2002). Interventions to enhance patient adherence to medication Prescriptions. *JAMA*, December 11, 288(22), Pp.2868-2879
- Méndez-López, D.L., Gómez-López, V.M., García-Ruiz, M.E., Pérez-López, J.H., & Navarrete-Escobar, A. (2004). Family dysfunction and control of patients with type 2 diabetes. *Rev Med ISS*, 42(4), Pp. 281-284.
- Meneses-Rentería, A., López, D.I., Mendoza-Gatica, F., Moctezuma-Miranda, M.L., & Reyes de Jesús, L. (2012). Factores que influyen en el abandono del tratamiento de Diabetes Mellitus tipo II en los usuarios del centro de salud de Tlacoachistlahuaca, Gro. 2º Congreso Internacional pre-ALASRU-2012: Diversidad y contraste en los procesos rurales en el centro de México. Cuernavaca: México.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). (2013). Perfil de género y salud. Representación Guatemala. Guatemala. ISBN 978-9929-598-04-1.
- PNUD. (2010). Guatemala: hacia un estado para el desarrollo humano. Informe Nacional de Desarrollo Humano 2009/2010. Guatemala: PNUD.
- Rawal, L., Tapp, R., Williams, E., Chan, C., Yasin, S., & Oldenburg, B. (2012). Prevention of type 2 diabetes and its complications in developing countries: A Review. *International Journal of Behavioral Medicine*, 19(2), Pp. 121-131.
- Scheder, Jo C. (1988). A sickly-sweet harvest: farmworker diabetes and social equality. *Medical Anthropology Quarterly* 2, Pp. 251-277.
- Shaw J.E., R.A. Sicree, P.Z. Zimmet. (2009). Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 87(1), Pp. 4-14.
- Sosa-Rubí S. G., O. Galarraga & R. Lopez-Ridaura. (2009). Diabetes treatment and control: the effect of public health insurance for the poor in Mexico. *Bulletin World Health Organization* 87, Pp.512-519.
- Steinsbekk, A., L. Rygg, M. Lisulo, M. B. Rise and A. Fretheim. (2012). Group based diabetes self-management education compared to routine treatment for people with type 2 diabetes mellitus. A systematic review with meta-analysis. *BMC Health Services Research* 2012, 12, Pp.213.
- Turan, B., Oscar, Z., Molzan-Turan, J., Damci, T., & Ilkova, H. (2002). The role of coping with disease in adherence to treatment regimen and disease control in type 1 and insulin treated type 2 diabetes mellitus. *Diabetes & Metabolism*, 28(3), 186-193.
- Wiedman, D. (2006). Striving for healthy lifestyles: contributions of anthropologists to the challenge of diabetes in indigenous communities, In *Indigenous Peoples and Diabetes*, edited by Mariana Leal Ferreira & Gretchen Chesley Lang, Pp.511-534, Durham: Carolina Academic Press.
- Wiedman, D. (2012). Native American embodiments of the chronicities of modernity, *Medical Anthropology Quarterly* 26(4), Pp.595-612.
- Wild S., Roglic G., Green A., Sicree R, & King H. (2004). Global prevalence of diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 27, Pp. 1047-1053.
- Williams, M. V., D. W. Baker, R. M. Parker, J. R. Nurss. (1998). Relationship of Functional Health Literacy to Patients' Knowledge of Their Chronic Disease Study of Patients with Hypertension and Diabetes *Arch Intern Med*. 158(2): Pp.166-172.
- World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva: Switzerland. Downloaded on May 15, 2014 from http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf
- Yates-Doerr, E. (2012). The weight of the self: care and compassion in Guatemalan dietary choices, *Medical Anthropology Quarterly*, 26(1) Pp. 136-158.
- Zuberi, S. I., Syed, E. U., & Bhatti, J. A. (2011). Association of depression with treatment outcomes in type 2 diabetes mellitus: A cross-sectional study from Karachi, Pakistan. *BMC Psychiatry*, 11(1) Pp. 27-32.