

sistematización del proceso
de implementación de 1999 a 2002

1
94

Aprendiendo de la propia experiencia

Programa Interdiocesano de Reparación Psicosocial. Guatemala
ODHAG-RCT/DANIDA





Instituto Internacional de Aprendizaje
para la Reconciliación Social

Aprendiendo de la propia experiencia



***Sistematización del proceso de
implementación del
“Proyecto Interdiocesano de
Reparación Psicosocial”
Guatemala, 1999-2002
ODHAG-RCT/DANIDA***

***“...Pasado no es presente
eso está claro.
Pero hay conmemoraciones
que vale la pena revivir...”
Mario Benedetti***

Programa Interdiocesano de Reparación Psicosocial

Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala
- ODHAG -

Dirección: 6ª. Calle 7-70 Zona 1
Guatemala, Guatemala C.A.

PBX: (502) 22850456

FAX: (502) 22328384

Correo Electrónico: ddhh@odhag.org.gt

Mons. Gonzalo de Villa, S.J.
COORDINADOR GENERAL

Nery Estuardo Rodenas
DIRECTOR EJECUTIVO

Ronald Solís
COORDINADOR DE ÁREA DE RECONCILIACIÓN

Rodrigo Barahona
Coordinador de la Comisión de Sistematización
- ODHAG -

COMISIÓN DE SISTEMATIZACIÓN

Glenda de Paz

Representante del Equipo de Salud Mental
Vicariato Apostólico de El Petén

Ottoniel Gutierrez

Representante del Equipo de Salud Mental
Diócesis de Zacapa

Luddys Tercero

Representante del Equipo de Salud Mental
Arquidiócesis de Guatemala

Arnulfo Ventura

Representante del Equipo de Salud Mental
Diócesis de la Verapaz

Darwin Miranda

Representante del Equipo de Salud Mental
Diócesis de San Marcos.

Raúl Reyes

Representante del Equipo de Salud Mental
Arquidiócesis de los Altos

Esteban Pastor

Representante del Equipo de Salud Mental
Diócesis de El Quiché (Pastoral Social Ixcán)

Manuel Domínguez

Representante del Equipo de Salud Mental
- ODHAG -

Nery Rodenas

Cristian O. Calderón

Arturo Aguilar

Oscar Reyes

Ninfa Alarcón

Gustavo Ortiz

CONSEJO EDITORIAL

Gustavo Ortiz

DISEÑO DE PORTADA Y CONTRA PORTADA

Iris Sánchez

ADMINISTRACIÓN FINANCIERA

Impresión con el apoyo de:
Centro de INVESTIGACIÓN Y Rehabilitación para SOBREVIVIENTES DE Tortura -RCT-

Guatemala, Febrero de 2005

Índice

Introducción	1
Estrategia Metodológica de la Sistematización	5
Plan de la Sistematización	9
La Experiencia	13
Los Ejes de la Sistematización.....	15
EJE 1: Efectos Psicosociales de la Violencia y posibilidades de afrontamiento	16
EJE 2: Reconstrucción del Tejido Social Comunitario	18
EJE 3: Dimensiones culturales en el trabajo de Salud Mental Comunitaria	20
Siguiendo los Pasos de REMHI	22
A. Conformando los Equipos.....	23
B. Entrando en las Comunidades	24
C. Plantando la Semilla	25
D. Otros Actores Emergentes.....	30
Reconstruyendo la confianza en Grupo.....	31
A. Sanando las heridas personales e históricas y abriendo el camino hacia el cambio	32
B. Negociando con la Cultura	34
C. Más allá de los Límites	36
D. Desafíos en abordaje de la salud mental	37
Atención Individual y no “individualizante”	38
Reflexiones Finales	41
A modo de Conclusiones	43
Recomendaciones para un Nuevo Modelo de Reparación psicosocial	47
Anexos	51
Cuadros y resultados Cuantitativos del Proyecto de Reparación Psicosocial ODHAG-RCT 1999-2002	53
Modelo Gráfico de la Implementación del Proyecto de Reparación Psicosocial	57
Programa “Restaurando la Alegría de Vivir”, Arqui. de los Altos	59
Instrumentos de la Sistematización	67



Introducción

Antecedentes:

A través del trabajo realizado por el Proyecto Interdiocesano de Recuperación de la Memoria Histórica -REMHI- se logra evidenciar, mediante la recopilación de testimonios, los efectos psicosociales que el conflicto armado dejó en la población guatemalteca. Durante el trabajo con los sobrevivientes se hizo notorio que las personas necesitaban de un ulterior paso para sanar lo que estaba, de alguna manera, demasiado a flor de piel, y que seguía generando daño y dolor. Con base en esa información, en 1996 la Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala planteó la creación de un programa de Salud Mental con el propósito de apoyar a las víctimas de dicho conflicto, buscando revertir o atenuar esos efectos con base en estudios y aplicaciones técnicas y profesionales.

La experiencia obtenida en este incipiente proceso, determinó que la demanda de apoyo profesional era grande y de diversa naturaleza, de manera que en 1999 se inició el proyecto de Reparación Psicosocial, con asistencia financiera del Ministerio de Asuntos Exteriores del Gobierno de Dinamarca (DANIDA) y el apoyo técnico del Centro de Rehabilitación e Investigación para Víctimas de Tortura (RCT), cuya sede se encuentra ubicada en Copenhague, Dinamarca.

El objetivo principal del proyecto de Reparación Psicosocial era concretar una capacidad nacional que pudiera brindar soporte Psicosocial con enfoque comunitario a las víctimas directas e indirectas del Conflicto Armado Interno, con cobertura en siete de las catorce áreas en que está organizada la Iglesia Católica de Guatemala¹: Vicariato de Petén, Arquidiócesis de Guatemala, Arquidiócesis de los Altos, Diócesis de las Verapaces, Diócesis de Quiché (Ixcán), Diócesis de Zacapa y Chiquimula, y Diócesis de San Marcos. Sus objetivos específicos eran:

- 1. Construcción de la Capacidad del Proyecto:** Una red nacional constituida por siete diócesis habrá sido creada, capaz de proveer atención psicosocial, y apoyo comunitario; desarrollo de la metodología y capacitación para diciembre 1999.
- 2. Apoyo Directo:** Un mínimo de 8000 personas y sus 300 comunidades que pertenecen a las siete diócesis más afectadas por la guerra, expuestos a violencia organizada y tortura, habrán incrementado sus niveles funcionales desde 1999 a 2002.

¹Dos Arquidiócesis, diez Diócesis y dos Vicariatos.

3. Coordinación y Capacitación Externa: Una Red incluyendo la mayoría de los departamentos de Guatemala y una metodología adecuada habrá sido desarrollada, permitiendo la realización de una estrategia nacional para la reparación psicosocial en diciembre de 2002.

Durante la primera fase del proyecto (1999-2002), luego de la firma de la Paz y en un contexto de post conflicto, cada diócesis tuvo experiencias importantes como resultado de abordar la problemática psicosocial comunitaria, utilizando principalmente, las modalidades de intervención planteadas en el Proyecto, y que son:

- **Grupos de Reflexión:** Se entiende como los espacios grupales en los que se facilita romper el silencio, aliviar el dolor, comprender la dinámica de la represión, socializar y comprender las causas de la guerra, recobrar la confianza y la autoestima, fortalecer los recursos de la cultura, identificar los daños a nivel individual y colectivo, identificar los mecanismos de afrontamiento, restaurar redes sociales, reconstruir la memoria histórica y proponer nuevos proyectos de vida.
- **Grupos de Autoayuda:** Son pequeños grupos de personas que sufren una problemática particular similar entre ellos y necesitan un espacio que propicie el compartir sentimientos y emociones, construyendo solidaridad y redes de apoyo.
- **Atención Individual:** Proceso de atención personalizado brindado por profesionales o no profesionales, destinado principalmente a aquellas personas que perciben que su problemática personal le impide un desarrollo integral, por lo cual lo solicita o es referida por familiares, personas de la comunidad o instituciones.

A lo largo de este proceso, ha estado presente la inquietud y la necesidad de poder documentar ese cúmulo de experiencias, en donde se pudieran apreciar los aciertos y desaciertos de su recorrido, y los conocimientos comunitarios que emanen del mismo. Sin embargo, luego de varios intentos, no se había logrado un esfuerzo consistente que aportara elementos y espacios para la reflexión sobre lo logrado, desde una perspectiva amplia. Es por ello, que en el año 2003² se conformó la Comisión de Sistematización, integrada por personas que forman parte de los siete equipos diocesanos (EPLs³) y el equipo de salud mental (ESM⁴) de la ODHAG, con la misión de sistematizar esta experiencia. El enfoque del proceso dentro de la Comisión fue participativo, lo que implicó la reconstrucción e interpretación colectiva del sentido de la experiencia. Esto permitió

² En este año coincidentemente inicia la fase de seguimiento (por 4 años más) del Proyecto de Reparación Psicosocial entre ODHAG y RCT.

³ EPLs es la abreviatura que se usará para nombrar a los Equipos Profesionales Locales

⁴ ESM es la abreviatura que se usará para nombrar al Equipo de Salud Mental

elaborar una síntesis a partir de postulados reflexivos y propositivos, intentando apreciar la relación y contraste entre:

- A. las estrategias metodológicas de abordaje propuestas al inicio del proyecto.
- B. las complejidades comunitarias -historia, cotidianidad y cultura- en la que se insertaron dichos abordajes.

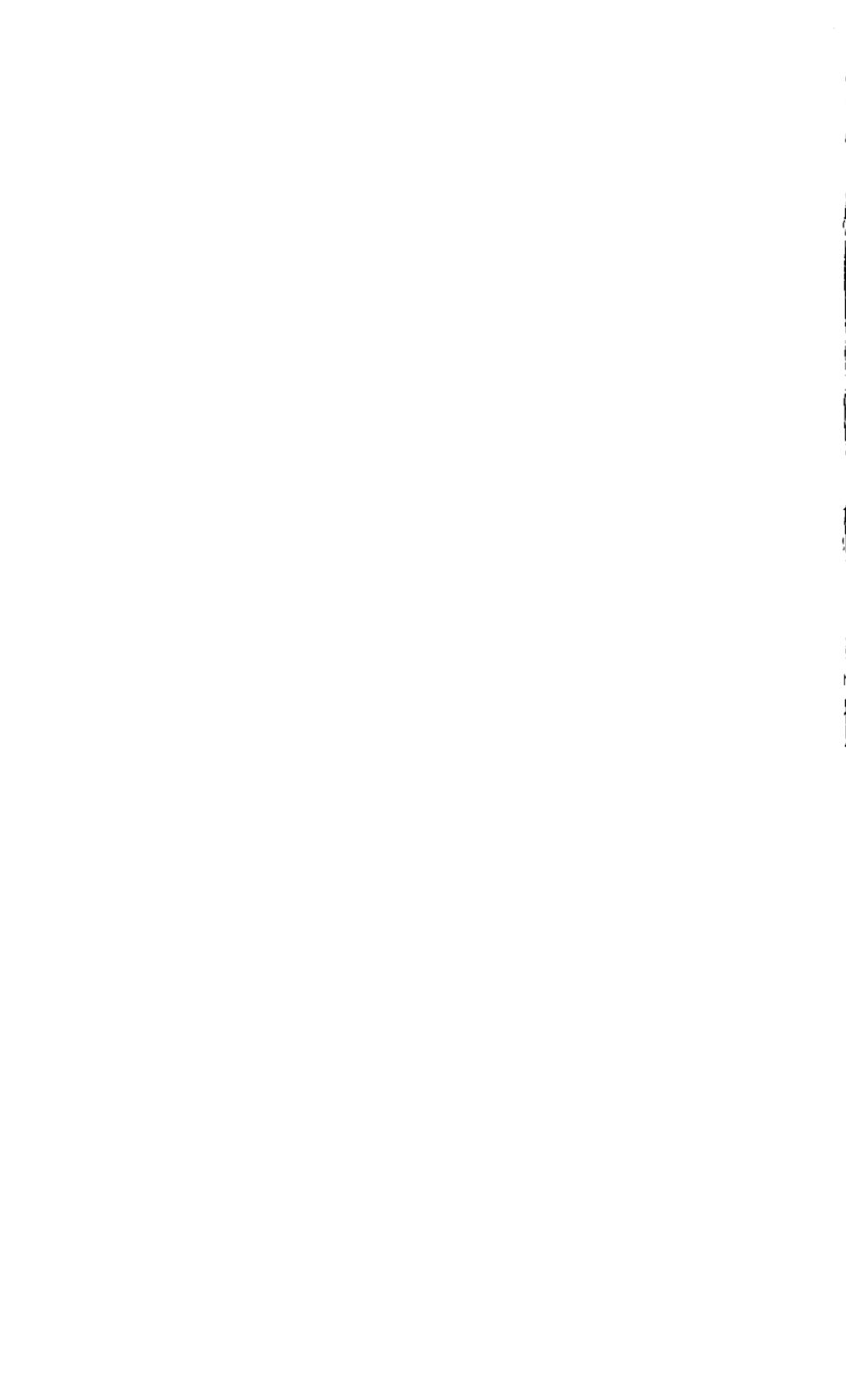
Esta relación y contraste se realizó con el objetivo de formular recomendaciones para nuevas propuestas o estrategias de abordaje psicosocial, basadas en la riqueza de la experiencia heterogénea de los siete equipos diocesanos. Del trabajo reflexivo y crítico de la Comisión, se identificaron los problemas y aciertos en el proceso de implementar y adaptar las formas de abordaje comunitario desarrolladas en el proyecto de Reparación Psicosocial. Además se aportaron nuevos elementos e informaciones para mejorar o superar críticamente las interpretaciones anteriores, delineando caminos viables para enfrentar colectivamente los problemas identificados.

En función de lo anterior, se intencionó la consolidación e integración de las experiencias de abordaje en Salud Mental Comunitaria del Proyecto de Reparación Psicosocial Interdiocesano, sobre la base de los siguientes objetivos:

1. **Reconstruir las experiencias de las distintas modalidades** de abordaje de Salud Mental comunitaria consultando a los siete equipos EPLs, ESM y Comunidades para que nos sirva de referencia en futuros abordajes en el ámbito local y nacional.
2. **Interpretar la información relacionada con las modalidades de intervención de manera crítica** para evaluar y validar la experiencia de abordaje comunitario.
3. Obtener nuevos conocimientos basados en la experiencia de los EPLs, ESM y COMUNIDADES para **proponer una Estrategia alternativa** en el abordaje de los efectos psicosociales de la violencia.



ESTRATEGIA METODOLÓGICA DE LA SISTEMATIZACIÓN



II. Estrategia Metodológica de la Sistematización

“Con la sistematización se propone lograr un conocimiento que no sea ajeno ni opuesto a la experiencia, recalcando que no se trata de una simple abstracción y generalización del conocimiento ya acumulado, sino una lectura organizada”... “y consciente de la práctica y su interrelación con la realidad”⁵

La sistematización es un proceso que implica la reflexión, el análisis y la interpretación crítica de la experiencia participativa, y en el caso del presente informe, se aplicaron los siguientes criterios:

- ☞ En el análisis de la intervención se identificaron y se profundizaron los aspectos centrales de un enfoque comunitario desde la experiencia de los equipos (instalar capacidad local, trabajar desde la cosmovisión de la comunidad, basarse sobre sus factores resilientes, fomentar la sanación y la liberación, etc.).
- ☞ Se identificaron los diferentes actores (PVCs, EPLs, ESM, comunidades, grupos, párrocos, etc.) que están involucrados en el proceso de trabajo de reparación psicosocial, sus espacios y su vivencia a la luz de las dimensiones establecidas dentro del enfoque comunitario.
- ☞ El proceso de sistematización no quedó reducido a la simple descripción de las modalidades metodológicas de intervención que el proyecto establece, sino que relacionó la comprensión de cómo se concretan las dimensiones identificadas en los ejes de análisis con las modalidades y las estrategias particulares de cada Equipo profesional Local en todo su proceso de trabajo.
- ☞ El análisis se realizó para lograr la comprensión del sentido que las comunidades le dan al trabajo de reparación psicosocial, por lo tanto, las lecciones aprendidas giran en torno a la resignificación de la visión y de las estrategias de intervención.

En el desarrollo del proceso de sistematización, se pueden reconocer los siguientes pasos:

1. **Conformación de la Comisión de Sistematización:** El realizar la sistematización de un proceso tan complejo, supuso una

⁵Martinic S., y Pierola V. Citados por Jorge Mario Flores en Antología de Sistematización, documento inédito.

reflexión amplia en la que se integraron las particularidades del trabajo de cada Equipo Profesional Local (EPL), así como reflexiones más globales. Por ello, se optó por conformar una Comisión integrada por un miembro de cada uno de los EPLs, contando con la facilitación del Equipo de Salud Mental Central (ESM). Cada representante tenía la responsabilidad de multiplicar la información, socializar el material y facilitar los procesos de sistematización al interior de su EPL convirtiéndose no solamente en objetos de información, sino en sujetos activos de reflexión y propuesta.

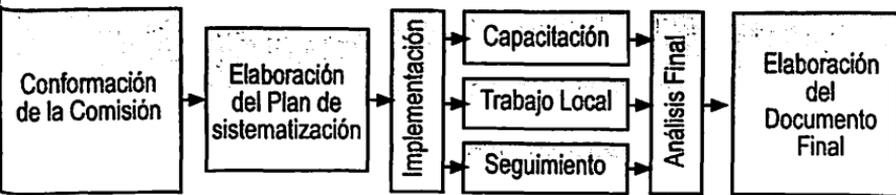
2. **Elaboración del plan de sistematización:** El mismo respondió a las necesidades de los EPLs de recuperar el proceso, las coyunturas que lo fueron matizando, y los conocimientos adquiridos en los primeros 4 años del proyecto. Dicho plan (adjunto al fin de este capítulo) hace una descripción de los criterios, objetivos, ejes, etc. que delimitan el proceso de sistematización, así como la calendarización de las reuniones de la comisión.
3. **Implementación del Plan de sistematización:** Luego de definir los criterios y elementos básicos de la sistematización se echó a andar el proceso, durante el cual fueron constantes los siguientes aspectos:
 - a. **Proceso de capacitación:** El mismo cumplió con la doble función de generar las habilidades necesarias para desarrollar el proceso en cuestión, y dejar la capacidad instalada en los EPLs para poder desarrollar sus propias sistematizaciones en otros aspectos del proyecto u otras experiencias. En estos espacios de capacitación (los cuales resultaron insuficientes para una temática tan compleja) se reflexionó en torno a los enfoques y alcances de la sistematización, elementos conceptuales para la identificación de los diferentes enfoques filosóficos en torno a la sistematización, la importancia de la historia oral y otros temas de interés.
 - b. **Trabajo local:** Este consistió en los espacios de socialización en los que los miembros de los EPLs validaban el trabajo de la comisión y aportaban reflexiones desde sus experiencias. Cada EPL generó las dinámicas pertinentes para llenar los instrumentos, enriquecerlos y validar los conglomerados hechos por la comisión. Durante este periodo se realizaron algunas visitas de parte del ESM, para validar en conjunto el documento de sistematización.

- c. **Reuniones de comisión:** Durante todo el proceso, la comisión de sistematización mantuvo reuniones mensuales para ir socializando, discutiendo, reflexionando y enriqueciendo los insumos que cada EPL realizaba desde su experiencia local. También durante estas reuniones se fueron aclarando aspectos metodológicos y teóricos del proceso, realizando análisis cualitativos que sirvan para explicar y comprender la dinámica global del proceso y sus particularidades en cada EPL.

4. **Análisis final:**

- a. **Reuniones de comisión:** Luego de haber llenado los instrumentos, se realizaron 4 reuniones, que sirvieron para realizar la reflexión final de toda la información obtenida por los EPLs en sus localidades y durante las reuniones de la comisión. Se elaboraron matrices de vaciado, se retomaron algunos de los aspectos de los ejes, de las modalidades, y los demás criterios de la sistematización.
- b. **Elaboración del documento final:** A partir de borradores redactados por el ESM con la revisión, corrección y validación de los miembros de la comisión, así como de los EPLs.

De una manera esquemática, el proceso de sistematización fue el siguiente:



Plan de Sistematización:

a. **EJES DE SISTEMATIZACIÓN:**

EJE 1: Efectos Psicosociales de la Violencia y posibilidades de afrontamiento.

- Lo psicosocial
- Como se manifiestan los efectos psicosociales de la violencia
- Formas de afrontamiento
- Relación metodológica entre abordaje desde el proyecto y los afrontamientos comunitarios.

EJE 2: Reconstrucción del Tejido Social Comunitario

- Enfoque comunitario
- Tejido social
- Reconstrucción o construcción
- La cotidianidad comunitaria
- Empoderamiento y organización
- La persona en la comunidad
- Cambio psicosocial

EJE 3: Dimensiones culturales en el trabajo de Salud Mental Comunitaria.

- El concepto de cultura
- Aportes y vacíos de otras disciplinas en el trabajo de reparación psicosocial
- Relación de la cultura y la salud mental
- Lo simbólico en las comunidades
- Hacer la relación directa y explícita entre sujetos, sus prácticas culturales y los aportes para el afrontamiento de la violencia

b. ELEMENTOS DE LA RECONSTRUCCIÓN HISTÓRICA:

- Antecedentes históricos significativos (Acuerdos de Paz, Proyecto de Recuperación de la Memoria Histórica, Memoria del Silencio, Urge la Verdadera Paz, etc.)
- Génesis y Fases del Proyecto
- Momentos coyunturales, locales, nacionales e internacionales (momentos significativos) durante el desarrollo del proyecto

c. FUENTES DE INFORMACIÓN:

- Primarias
 - Informes
 - Plantillas
 - Materiales elaborados por EPLs y ESM
 - Documentos de apoyo.
- Secundarias
 - Cartas Pastorales
 - Proyecto Interdiocesano de Recuperación de la Memoria Histórica
 - Se cambió el tiempo (González, M. FLACSO. 2002).

d. PARTICIPANTES EN EL PROCESO:

- Comisión de Sistematización (CODESI); EPLs, ESM

e. ELEMENTOS PARA ORDENAR Y CLASIFICAR LA INFORMACIÓN:

- De acuerdo a las modalidades de intervención
- De acuerdo a los actores del proceso.
- De acuerdo al Impacto Comunitario.

ELEMENTOS DE INTERPRETACIÓN CRÍTICA:

- Lecciones aprendidas (logros, dificultades, innovaciones, alternativas de solución)
- Factores Coyunturales Significativos del Proyecto
- Impacto Comunitario del Proceso.

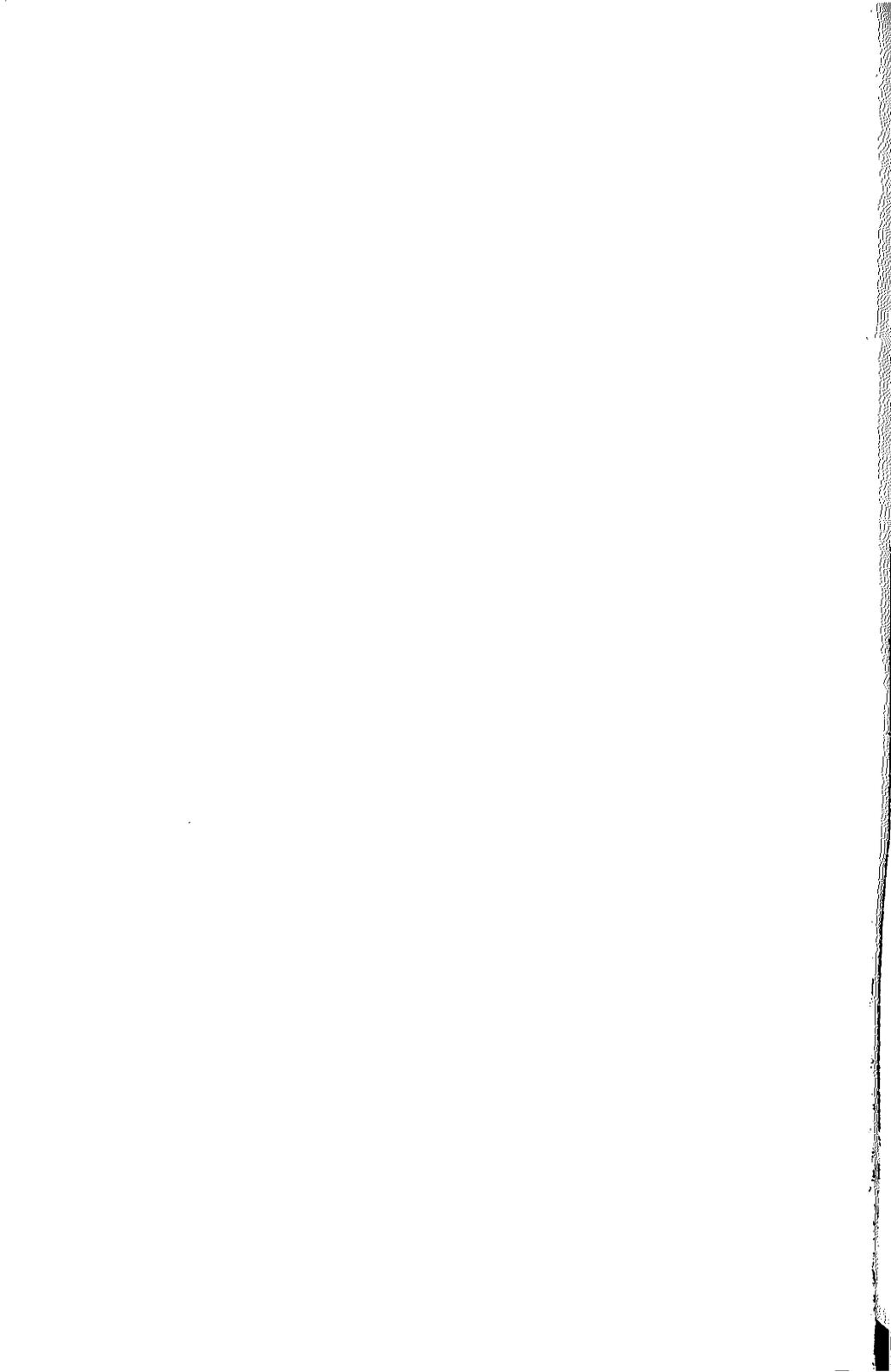
MÉTODOS Y HERRAMIENTAS:

- Métodos:
 - Participativo, reflexivo y liberador
 - Analítico
 - Crítico Inductivo y deductivo
 - Sintético
- Herramientas:
 - Guías
 - Entrevistas
 - Reuniones de la Comisión (Equipo Constructor)
 - Cuestionarios
 - Revisión de Documentos de Archivo, etc.



LA EXPERIENCIA

**del Abordaje del Proyecto
de Reparación Psicosocial**



III. La experiencia

Debido al impacto de represión masiva vivida durante el conflicto armado por gran parte de la población guatemalteca, fue necesario implementar una estrategia que brindara apoyo básico de atención psicosocial a quienes sufrían o aún sufren los efectos de la violencia. Esto implicó propiciar espacios seguros que facilitarían la expresión de las experiencias traumáticas, y que a la vez permitieran iniciar procesos de sanación y libertad interior.

El proyecto se llevó a cabo desde un enfoque comunitario y se insertó en la estructura organizativa de las Pastorales Sociales, para atender a las poblaciones destinatarias desde distintas modalidades de atención, que podían ser grupales y/o individuales. En la reflexión sobre la experiencia, se hizo un esfuerzo por contrastar todos los elementos involucrados: Las características de los EPLs y su interacción con los PVCs, otros agentes de pastoral y actores comunitarios, las coyunturas que fueron enmarcando el proceso, la emergencia y evolución de los actores del proceso, la percepción de las comunidades sobre el impacto del trabajo psicosocial, la pertinencia de las modalidades de abordaje iniciales y el surgimiento de metodologías mejoradas o renovadas, etc.

Todo este ejercicio se hizo desde la perspectiva de los ejes de la sistematización, que se constituyeron en grandes referentes a la luz de los cuales se fue analizando la experiencia de los equipos profesionales. Los ejes son como los filtros, los lentes, los esquemas significantes a través de los cuales se va reconstruyendo la experiencia y analizando su impacto en las comunidades o grupos.

A continuación, se describen esos ejes de sistematización, seguidos por las reflexiones sobre la experiencia emergidas de ellos, que a su vez se divide en:

- A. ...Siguiendo los pasos del REMHI...
- B. Reconstruyendo la confianza en Grupo
- C. Atención Individual y no Individualizante

Los Ejes de Sistematización

Se entienden así, las grandes categorías de análisis que orientaron todo el trabajo de la sistematización. Los ejes fueron las unidades conceptuales o ideas fundamentales que permitieron realizar la reflexión del caminar de los Equipos a lo largo de los primeros 4 años del proyecto de reparación psicosocial. En un inicio surgieron como ideas o conceptos bastante básicos, pero se fueron desarrollando a lo largo de la sistematización, convirtiéndose en las claves fundamentales de lectura de la experiencia.

- El primer eje, "**Efectos Psicosociales de la Violencia y posibilidades de afrontamiento comunitario**", aglomera los aspectos relacionados con las consecuencias que el conflicto armado (a través de todas sus diferentes expresiones de violencia) dejó en las comunidades, familias y personas, y contempla todas aquellas acciones propias de o adoptadas por los afectados.
- El segundo, "**Reconstrucción del tejido social comunitario**" implica los distintos esfuerzos hechos por todos los afectados (ya sea colectiva o individualmente) para mantener o reestablecer los vínculos comunitarios, y continuar con los proyectos de vida iniciados antes del conflicto o inventar otros nuevos en sus nuevas condiciones.
- El tercer eje, "**Dimensiones Culturales en el trabajo de Salud Mental**", engloba aquellos aspectos propios de las comunidades que facilitan o dificultan el trabajo en salud mental desde la perspectiva del proyecto.

La percepción de la delimitación de los ejes es subjetiva, ya que en varias ocasiones el mismo hecho reflexionado parecía estar relacionado con más de uno de ellos, y en esto radica precisamente la riqueza de los análisis: en que se pueden ver las diferentes dimensiones que están comprometidas en la misma unidad de la realidad estudiada. Una descripción más amplia de cada eje, aparece a continuación.

EJE I: Efectos Psicosociales de la Violencia y posibilidades de afrontamiento.

Se entienden como **Efectos psicosociales de la Violencia** los daños que sufren personas, grupos y poblaciones como consecuencia directa e indirecta de acciones políticas del Estado realizadas con base en estrategias militares, que respondieron a los intereses de los sectores poderosos del país, anteponiéndolos a los intereses y necesidades de la mayoría de la población⁷. Los efectos psicosociales se manifiestan en distintos ámbitos:

- **INDIVIDUAL**: Expresado a través de **comportamientos** (aislamiento, drogadicción, alcoholismo, suicidio, agresividad, desconfianza, agresividad etc.), **percepciones y sentimientos** (baja autoestima, culpa, stress, tristeza, miedo,

⁷Como se hará la aclaración en el siguiente eje, también acá se debe mencionar que esa "violencia", encuentra su referente inmediato en el CAI, pero a partir de la dominación histórica económica por más de 500 años.

- “nerviosismo”, suspicacia, y otros trastornos del afecto), y **somatizaciones** (trastornos del sueño, dolores corporales, trastornos alimenticios, cansancio muscular, etc.)
- **FAMILIAR:** Observado en el aumento de casos de **desintegración familiar** (orfandad, viudez, separación, malfuncionamiento, etc.), **violencia intra familiar** (conflictos ideológicos, venganzas, falta de comunicación, recrudescimiento de patrones dominantes, etc.), y **deterioro de las condiciones familiares** (pobreza, migraciones, generación de maras, pérdida de los valores familiares y culturales, etc.)
 - **COMUNITARIO:** Los ámbitos anteriores de alguna manera provocan una serie de repercusiones en el ámbito comunitario, y entre las principales se encuentran: **poca capacidad o motivación de organización** (ausencia de líderes comprometidos y propositivos, pérdida de la legitimidad de las instituciones, debilitamiento de las redes sociales), **estancamiento en procesos de desarrollo** (no-participación en trabajos pro mejoramiento comunitario, poco interés en el desarrollo comunitario, asistencialismo, etc.), **disminución de la participación y activismo** (individualismo, indiferencia frente a la violencia, conformismo, etc.), **una creciente conflictividad** (polarización de las posturas frente al conflicto armado y a otros temas, visiones antagónicas de la vida cotidiana, división religiosa, explotación y discriminación), y **cambios en el entorno cultural y ecológico de las poblaciones** (inseguridad, daños ambientales, transformación de la identidad cultural, adopción de nuevas costumbres, recrudescimiento del machismo y patrones de conducta militarizados, etc.)

Se entienden como **posibilidades de afrontamiento**, todas aquellas prácticas nuevas o tradicionales, que las personas, familias y comunidades realizaron como una manera de aminorar o paliar los efectos de la violencia sobre ellos y ellas. Estas formas de afrontamiento fueron motivadas por una amenaza real, y buscaban conservar la vida sobre todas las cosas, intentando aprovechar los recursos disponibles en/entre ellos mismos, o buscando otros cuando se requiriera. Algunos de estos recursos comunitarios que posibilitaron el desarrollo de las formas de afrontamiento son los valores culturales y religiosos, la espiritualidad, la medicina natural, el derecho consuetudinario, el idioma, el cultivo, el comercio y las costumbres agropecuarias. Estos factores latentes, junto con las experiencias vividas durante el conflicto, generaron pautas de comportamiento (formas de afrontamiento) entre las que se puede contar la migración, el silencio, la evasión, las alianzas, el aislamiento, el conservar u optar por nuevas prácticas religiosas, desarrollar nuevos patrones o

modalidades de organización comunitaria, permitir y generar cambio de roles laborales, la denuncia, la huida o resistencia organizada, el apoyo internacional y la lucha por los Derechos Humanos entre otras. Resulta difícil catalogar estas formas de afrontamiento como positivas o negativas, ya que simplemente fueron maneras en que las personas se adaptaron y sobrepusieron a un entorno tan adverso.

Como muestra de que estas formas de afrontamiento cumplieron su función de adaptarse y sobreponerse, se pueden contar las experiencias de convivencia pacífica, surgimiento de proyectos de desarrollo, la búsqueda de alternativas de solución, la estructura comunitaria, mejores niveles de autoestima, la apertura de espacios para el diálogo y el consenso, y la disponibilidad de ir cambiando ciertos esquemas culturales discriminantes. Los resultados obtenidos por las personas y comunidades no siempre fueron positivos, en el sentido de que muchas veces supuso cambios culturales alienantes difíciles de revertir.

EJE 2: Reconstrucción del Tejido Social Comunitario

La visión del trabajo realizado pone especial atención en la realidad comunitaria, sus formas de organización, su simbología y la inserción en los procesos sociales. En ese sentido, se entiende **Tejido Social** como el espacio de relaciones interpersonales y grupales en el que se establecen y manifiestan los vínculos entre los diferentes sujetos, a través de las prácticas cotidianas, costumbres y valores que determinan la forma de ser de la comunidad.

Reconstrucción es un término genérico que da cuenta de una serie de posibles procesos que se encaminan y desarrollan en cada comunidad, dependiendo de sus características propias. Es importante señalar que en todas las comunidades había un tejido social al momento de iniciar el trabajo de acompañamiento psicosocial, pero en algunos casos eran sumamente frágiles y superficiales, en otros eran fuertes pero contruidos a partir del autoritarismo y esquemas de dominación, y en otros era difícil identificar los puntos focales de dicho tejido. Por ello, en cada caso, las acciones orientadas desde los EPLs y los mismos procesos de las comunidades respondían a ir reconociendo las características del tejido social en el que estaban; contrastarlo con el ideal, e ir haciendo los reajustes para tratar de forjarlo juntos.

Lo anterior significa que a través del trabajo con líderes y con grupos existentes en la comunidad, se aborda la realidad comunitaria para ir construyendo redes locales, reforzando diferentes dimensiones comunitarias y promoviendo el empoderamiento y la capacidad

multiplicadora. La reflexión se fundamenta en la toma de conciencia a partir de lo cotidiano, de lo que normalmente (regularmente) hacen las personas en su tiempo y espacios específicos, aspectos que están íntimamente ligados a la cultura, su sentido de vida y a las formas de concebir el mundo y relacionarse con él. Algunos de estos temas eran: la familia, la violencia intrafamiliar, los conflictos, las relaciones de género, la violencia en general, entre otros.

A partir de esta toma de conciencia sobre la cotidianidad, las personas van desarrollando la capacidad de conocer y entender la realidad a fin de decidir y actuar en función del bienestar personal, familiar y comunitario, de forma organizada y autogestada. Este proceso, conocido como empoderamiento, ocurre cuando se desarrolla un nivel adecuado de organización, que propicia actividades propias para la auto-gestión de las comunidades, y que tiene como finalidad trascender el espacio comunitario. Durante este proceso, todo lo que antes era asumido como inalterable, lógico o natural, sufre un proceso de cuestionamiento, pues el fin último es facilitar la transición desde condiciones limitantes hasta condiciones favorables de vida, que involucren a personas, familias, grupos y comunidades; que se reflejan en relaciones interpersonales solidarias, un buen nivel de autoestima, participación, funcionamiento adecuado, acciones conjuntas para el desarrollo comunitario, capacidad de liderazgo, y reajuste de roles y poderes de una manera más simétrica para todos, en resumen, estilos de vida digna.

Si bien es cierto que el Conflicto Armado Interno se constituye en el referente más próximo para la desarticulación de las relaciones fraternas y la imposición de estilos de vida denigrantes y deshumanizantes, se debe reconocer que la reconstrucción del tejido social no solamente atiende estos problemas relativamente recientes. En Guatemala, las relaciones desiguales entre ricos y pobres, ladinos e indígenas, rurales y urbanos, etc., han sido caracterizadas por la discriminación y la explotación. Este estilo de vida impuesto generación tras generación, ha provocado que esas maneras de relacionarse (con entorno y sociedad), esas maneras de producción y esos modelos de desarrollo y participación aberrantes y deshumanizantes, se asuman como “lo cotidiano”, lo normal, lo aceptable. Por ello, una vez solventadas las reflexiones sobre el pasado inmediato de los afectados por el conflicto, se debe cuestionar el sistema imperante, para realmente reconstruir una nueva sociedad sobre la base de la igualdad, la participación y la paz.

EJE 3: Dimensiones culturales en el trabajo de Salud Mental Comunitaria.

Los ejercicios que a lo largo de la historia se han realizado en el tema de la Salud mental en diferentes contextos, sociedades y culturas, han evidenciado que los parámetros de lo bueno y lo malo, lo sano y lo enfermo, lo permitido y lo prohibido, son sujetos precisamente de las particularidades que marca el contexto. Para entender los significados asignados a la Salud Mental de una comunidad, es necesario conocer su cultura, o sea *el estilo de vida particular que tienen los diferentes grupos sociales, comunidades, expresado en sus costumbres, tradiciones, idioma, relaciones interpersonales e intergrupales, trajes, organización, y todas aquellas prácticas o maneras de entender y relacionarse con el mundo que le dan identidad propia.*

En el caso de Guatemala, es importante constatar que las ideas de Salud Mental que tradicionalmente se habían implementado, no necesariamente respondían a la cosmovisión o cultura de las comunidades indígenas/rurales, sino que se habían definido desde parámetros occidentales urbanos, desde cosmovisiones antropocéntricas y desde los grupos de poder interesados en mantener el estado de las cosas y el esquema de dominación.

A lo largo de este proyecto se ha podido tener un diálogo abierto con las diferentes culturas en las que se inserta, para poder ir reconociendo todas aquellas expresiones culturales que favorecen o desfavorecen el bienestar físico, psicológico y social de las personas, desde su propio punto de vista. Esto permite conocer y que ellos/ellas mismas reconozcan sus valores e identidad, así como sus expresiones. Posteriormente, con el acompañamiento de los facilitadores de la Salud Mental comunitarios (ya sean EPLs o PVCs) se van identificando los aciertos e incongruencias del modelo cultural, a partir del reconocimiento de los efectos de determinadas prácticas sobre la salud mental de las personas, familias y comunidades en general. Como ejemplo de esto, se puede citar el desarrollo de actitudes generosensitivas tanto en hombres como en mujeres (que van eliminando paulatinamente el esquema de dominación machista), y el desarrollo de actitudes liberadoras (que van cambiando el esquema de dominación de padres a hijos, de líderes a miembros, etc.)

Resulta interesante reconocer que el anterior no es un trabajo fácil, y que de hecho, las mismas comunidades o culturas pueden ofrecer resistencia ante determinados cambios. Por ello, el proceso se fundamenta en el reconocimiento de las potencialidades o recursos existentes en las personas, familias y comunidades, y un entendimiento del significado, sentido y/o interpretación de los distintos acontecimientos, relaciones y objetos de la realidad, puestos de manifiesto en las expresiones culturales. En este sentido, se deben resaltar todas las formas de afrontamiento culturales que marcaron a las comunidades en las que se inserta el proyecto y que se presentan en el cuadro 1.

**Cuadro 1.
Cultura y Afrontamiento**

INDICADORES CUALITATIVOS	SUJETOS/ OBJETOS	PRACTICAS CULTURALES	APORTES PARA EL AFRONTAMIENTO DE LOS EFECTOS DE LA VIOLENCIA
1. Cultura	<ul style="list-style-type: none"> • Ancianos • Sacerdotes Mayas • Las Comunidades • Líderes Comunitarios 	<ul style="list-style-type: none"> • Ciclo Agrícola • Ciclo Familiar • Calendario Maya • Compadrazgo 	<ul style="list-style-type: none"> • Aconsejamiento⁸ • Curaciones • Ceremonias • Organización • Información
2. Salud Mental	<ul style="list-style-type: none"> • PVC • EPL • Grupos Comunitarios • Comités de Desarrollo 	<ul style="list-style-type: none"> • Charlas Participativas • Ceremonias Mayas • Religiosidad popular. • Espiritualidad Maya • La dominación al interior de las familias, que justifica violencia intrafamiliar. • La familia como referente, en lugar de la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Organización • Reflexión • Capacitación • Análisis • Apoyo Individual • Apoyo Familiar • Apoyo Comunitario
3. Interrelación cultura y salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Agentes de Pastoral • PVC • EPL • Grupos Comunitarios 	<ul style="list-style-type: none"> • Respeto • Acercamiento • Inserción • Acompañamiento • Valores • Pensamiento mágico • La oración. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconciliación • Resolución de Conflictos • Formación de grupos • Espiritualidad
4. Oralidad:	<ul style="list-style-type: none"> • La Familia • La Comunidad • Los principales • Delegados de la palabra • Catequistas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tradiciones • Velorios • Fiestas Patronales • Costumbres • Fiestas familiares • Cuentos y leyendas • Enseñanza trans. De padres a hijos. • Chistes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Interpretaciones • Cierres proceso de duelo • Mitos • Leyendas • Historias • Cuentos • Narraciones • Relatos

⁸Se entiende como la acción de aconsejar que realizan algunas personas dentro de la comunidad, en la mayoría de casos los ancianos.

Continuación Cuadro 1

INDICADORES GUALITATIVOS	SUJETOS/ OBJETOS	PRACTICAS CULTURALES	APORTES PARA EL AFRONTAMIENTO DE LOS EFECTOS DE LA VIOLENCIA
5. Lo simbólico	<ul style="list-style-type: none"> • La Familia • Ancianos. • Xamanes. • Los principales • Utensilios • Manuscritos 	<ul style="list-style-type: none"> • Creencias • Religión • Interpretaciones • Aniversarios • Conmemoraciones • Diferencias de Género • Imágenes 	<ul style="list-style-type: none"> • La liturgia (católica y no católica) • Monumentos • Fotos • Peregrinaciones • Canciones
6. Idioma	<ul style="list-style-type: none"> • La Familia • La Comunidad • Los principales • Traductores • EPLs • Intérpretes 	<ul style="list-style-type: none"> • Traductores • Intérpretes • Transmisión del Idioma 	<ul style="list-style-type: none"> • La comunicación • Grupos de encuentro • Transmisión de Valores

Luego de esta ampliación sobre los temas que recoge cada Eje de la Sistematización, se presentan los hallazgos encontrados y las reflexiones emergidas al culminar el proceso, las cuales podrán servir de mucho para mejorar la implementación de este proyecto, o insumar la creación/ejecución de otros proyectos similares. Las reflexiones se presentan en tres grandes conjuntos, según fueran reflexiones emergidas del inicio del proyecto, de la aplicación de las modalidades de abordaje grupales, o de las modalidades de abordajes individuales. Al final se hace una reflexión desde el impacto que ha causado el proyecto, según las descripciones de las personas beneficiadas.

“...SIGUIENDO LOS PASOS DEL REMHI...”

El proyecto de Reparación Psicosocial es un esfuerzo dentro de la estructura de la Iglesia Católica Guatemalteca para brindar atención a grandes sectores de la población afectada por el Conflicto Armado Interno. Desde el momento en que es concebido como un seguimiento al proyecto REMHI, hereda algunas de sus potencialidades, pero, al mismo tiempo, algunas de sus debilidades. Algunas de estas últimas están relacionadas con los conflictos que tuvieron lugar en las últimas

fases de la recopilación de testimonios y sistematización de los mismos. En las siguientes páginas se plasman las conclusiones luego de haber reconstruido la historia de los procesos a niveles local y nacional.

A. Conformado los equipos:

“...se valoró por encima de la preparación profesional, variables como el compromiso, los años de experiencia con comunidades de base, la conciencia social, etc.”

La estructura del proyecto contemplaba la conformación de un Equipo Central (ESM) que funcionaría en la sede de la ODHAG y capacitaría, facilitaría y coordinaría las acciones de los siete Equipos Profesionales Locales (EPLs), insertos en las estructuras y dinámicas de las correspondientes diócesis participantes en el proceso. Las líneas generales del trabajo estaban incluidas en el documento del Proyecto y algunos vacíos fueron llenados por el ESM para poder iniciar su implementación.

Cada EPL fue conformado a partir de los perfiles planteados por el proyecto, pero la selección de las personas idóneas fue realizada por cada Obispo y/o Diócesis de manera particular. En uno o dos de los EPLs, la selección de sus miembros también se rigió por otros parámetros aparte de los definidos en los perfiles, lo cual provocó que en estos casos, algunas de las actividades o ejes de trabajo necesarios para la implementación del proyecto quedaran sin ser llenadas. Un ejemplo de esto fue el EPL de El Petén, en el que no se pudo trabajar los Grupos de Autoayuda por falta de profesionales con la preparación y experiencia requeridas para manejarlos y orientarlos⁹. Sin embargo, se debe aclarar que estas decisiones no fueron necesariamente erróneas ni tomadas arbitrariamente, pues en esos casos se valoró por encima de la preparación profesional, variables como el compromiso, los años de experiencia con comunidades de base, la conciencia social, etc.; parámetros que pueden (y de hecho, fueron) ser tan importantes como los otros dentro de un proyecto de Reparación Psicosocial. En otras palabras, lo interesante es asumir que el cumplimiento o no de los perfiles para los miembros de los equipos, fue un factor determinante en el tipo de modalidades que efectivamente se pudieron orientar, pero no aseguraba el cumplimiento de los objetivos en sí mismos. Tampoco debe ignorarse que la profesionalización en temas tan específicos como la Salud Mental, no es muy común para varios departamentos de Guatemala. En el caso de Petén, los pocos profesionales en esta

⁹La razón de que la modalidad de Grupos de Autoayuda no haya funcionado en todos los Equipos, tiene que ver también con la manera de ser de las personas a quienes el proyecto quería atender, ya que este es un estilo terapéutico que no responde plenamente a su idiosincrasia. (Ver más adelante “Negociando con la Cultura”)

área estaban trabajando en instituciones estatales u ONGs, y solamente colaboraron con el proyecto de manera muy puntual.

Otro aspecto que dificultó la conformación y consolidación de los EPLs dentro de este contexto, fue el que algunos cambios de sacerdotes y/o laicos dentro de la estructura eclesial, repercutían en cambios en los EPLs. Incluso el mismo hecho de que los EPLs se insertaran en las dinámicas de las Diócesis, significó también la inmersión en todo este complejo sistema de relaciones. Así, en aquellos casos que existieron problemas entre las distintas áreas y personas que conformaban las Diócesis, esto terminaba afectando el quehacer cotidiano de los Equipos. Con algunas diferencias pequeñas, se percibió (y en algunos casos se percibe) desvinculación entre las distintas áreas de las Pastorales Sociales, y en algunos casos se reconoce cierta falta de coordinación entre instancias de pastoral que en la teoría o en un plano ideal podrían trabajar conjuntamente. P.ej. Hay Diócesis en las que la Pastoral de la Reconciliación, pastoral social, Animadores de REMHI, u otras, no tienen una comunicación, coordinación con los EPLs. Si bien es cierto que la ejecución puntual y específica de los distintos equipos pastorales pueda ser diferente, es posible que hayan faltado espacios estratégicos y/o voluntades políticas para hacer ese trabajo de una manera más integrada, y compartiendo espacios y tiempo.

A pesar de estas vicisitudes, los Equipos se conformaron y vivieron su proceso de inserción en la realidad psicosocial guatemalteca y de capacitación en la temática de Salud Mental. En el caso de la Capacitación, las orientaciones iniciales del ESM se empezaron a dar de manera Zonal¹⁰, pero luego de los primeros años, se perdió la continuidad creando un vacío, el cual fue llenado por los EPLs, obteniendo así una oportunidad de orientar sus propios procesos de capacitación de acuerdo a sus necesidades y posibilidades. En algunos casos, se fortaleció el intercambio espontáneo¹¹ de experiencias entre los EPLs de la misma zona, así como la búsqueda de capacitaciones en temas específicos como la interculturalidad, otras técnicas de atención (como el caso de la bioenergética en San Marcos), etc. Es importante señalar que los cambios de personas (por rotación o definitivamente) y/o estrategias ocurridos durante esos cuatro años dentro del ESM, repercutieron de distintas maneras, y en determinados momentos dieron un sentido de inestabilidad, independientemente de que los cambios fueran positivos o negativos en sí mismos. Probablemente el caso en el que los constantes cambios significaron inestabilidad y un consecuente estancamiento en el proceso, fue el tema del Monitoreo, que no logró implementarse completamente en esos cuatro años.

¹⁰ Se dividieron las diócesis del proyecto en: Zona 1 (Petén y Zacapa), Zona 2 (Ixacán y Alta Verapaz) y Zona 3 (San Marcos, Los Altos y Guatemala).

¹¹ A pesar de que el ESM motivaba y facilitaba espacios de intercambio, luego los EPLs fueron gestionando y favoreciendo sus propios espacios.

B. Entrando a las Comunidades:

“...en términos generales se encontraban comunidades con dificultades de organización, desconfianza, inseguridad, desintegración, etc.”

Aunque el Proyecto de Recuperación de la Memoria Histórica¹² y las comunidades Católicas locales hicieron un arduo trabajo de investigación que arrojó muchos datos sobre los efectos del conflicto armado, para los miembros de los equipos se hizo necesario acercarse personalmente a las comunidades utilizando distintas estrategias como observaciones, entrevistas, reuniones, aplicación de instrumentos y, sobre todo, el contacto directo y la convivencia con las personas y comunidades. Con todo lo anterior, pudieron realizar pequeños diagnósticos psicosociales que permitieran dar cuenta de la situación de estas comunidades y a raíz de ello definir las líneas de acción para el apoyo. El espacio que facilitaron la mayoría de autoridades eclesiales para aprovechar y potenciar los grupos existentes dentro de las parroquias fue sumamente importante y valioso para poder iniciar el trabajo.

En algunos casos fue sumamente difícil iniciar, pues a pesar de existir algunas monografías u otros hallazgos, había escasa documentación específica del tema psicosocial. Otro obstáculo para entrar en las comunidades fue la dificultad de las personas para entender el término “Salud Mental” ya fuera porque estaba estigmatizado (p.ej. para *“los locos, hechiceros, problemas de la mente”, etc.*) o bien porque no había referentes culturales relacionados. La realidad encontrada por los miembros de los EPLs al llegar a las comunidades era bastante heterogénea, pero en términos generales se encontraban comunidades con dificultades de organización, desconfianza, inseguridad, desintegración, etc. y varios casos en los que antiguos comisionados militares o ex Patrulleros de Autodefensa Civil¹³ se sentían de alguna manera amenazados por no entender los objetivos del proyecto. Otra dificultad encontrada, estaba relacionada con las expectativas de los pobladores de que este proyecto fuera otro más de “desarrollo”, y por tanto, que les proveyera de ayuda material. Como este no era el caso, muchas personas se desinteresaban. En este sentido, hubo comunidades en las que debido a la presencia de varias (demasiadas) ONGs que trabajaban desarticuladas y atendiendo selectivamente a determinados grupos, se generó división y atomización.

Frente a las dificultades expresadas anteriormente, los técnicos y profesionales de los Equipos tuvieron que generar estrategias

¹² De alguna manera, el REMHI ya se constituye como el primer paso de un proyecto de reparación psicosocial

¹³ Interesante es el hecho de que muchos de los ahora Ex Patrulleros, siguen teniendo fuertes cuotas de poder local y gran capacidad de influencia y presión a niveles mayores.

particulares que sirvieron para lograr la confianza de los grupos, y poder así iniciar los procesos de Salud Mental en las comunidades. El apoyo de la Iglesia ha permitido identificar a los líderes comunitarios, los grupos y algún tipo de sostenibilidad futura. En el caso de Petén y Los Altos, la selección de Promotores que a su vez son agentes de pastoral activos y capaces, significa ya una apuesta por la perpetuación del trabajo en Salud Mental. Por su parte, los EPL a través de la visualización de la problemática y el acercamiento a la realidad comunitaria, definieron e implementaron metodologías de abordaje que respondían a las necesidades planteadas, integrando con un énfasis especial, los significados, las prácticas culturales y tradicionales de la población con que trabajaban.

Las innovaciones¹⁴ en este proceso fueron múltiples: el desarrollo de una metodología de Autodiagnóstico Comunitario, la implementación de procesos de reflexión grupal que abordan el análisis de la realidad nacional, el conocimiento y el examen de los fenómenos tales como la guerra, la violencia y el desgaste del tejido social, proporcionaron herramientas a las personas para la identificación de las secuelas que dejan estos fenómenos tanto en el ámbito personal, familiar, comunitario y social. Todo esto también permitió tomar conciencia que la salud debe verse desde una perspectiva integral del ser humano, dando énfasis en este trabajo a las dolencias emocionales que afectan a la salud física (dolor de cabeza, de espalda, de estómago, etc.)

La metodología utilizada potenciaba:

- la importancia de la organización comunitaria,
- el fortalecimiento del poder local en cuestiones de desarrollo,
- distintos procesos de capacitación y formación a nivel grupal,
- la inculturación del evangelio,
- la consejería y/o atención individual,
- la convivencia pacífica, la integración comunitaria y la búsqueda de alternativas de solución, así como
- procesos de reflexión en donde la acción educativa no formal ampliaba la visión del futuro.

La inclusión del Evangelio como elemento central en muchas de las reflexiones, permitió impregnar las acciones de Salud Mental con ese Espíritu de liberación y esperanza, tan necesario para las comunidades afectadas y/o en situación de vulnerabilidad.

¹⁴ Se debe reconocer que al decir *innovaciones* no se trata de demagogia triunfalista, pues es claro que no se está inventando “el agua azucarada”; las innovaciones son todas aquellas acciones o estrategias que no estaban definidas en el proyecto desde su concepción, y que fueron implementadas sobre la marcha del mismo. De acá en adelante, el término se usará en ese sentido.

C. *Plantando la semilla:*

*“Al ir iban llorando, llevando las semillas;
al volver vienen cantando, trayendo las gavillas”
SALMO 125*

Un reconocimiento importante merece la respuesta y el desarrollo que han logrado los Promotores Voluntarios Comunitarios¹⁵. A pesar que desde la definición inicial del proyecto se contemplaba la captación de líderes como multiplicadores de Salud Mental, muchos de ellos se han desarrollado de tal manera, que han sobrepasado su función de meros multiplicadores y se han convertido en verdaderos actores de los procesos de reconstrucción del tejido social. Se logró capacitarlos en una variedad de temas que han servido para aumentar sus destrezas y conocimientos favoreciendo los procesos de sanación comunitaria y siendo agentes generadores de cambio. Los promotores voluntarios y los procesos de reflexión han generado en las comunidades acciones puntuales para la prevención de fenómenos como: El alcoholismo, la violencia intrafamiliar, la violencia contra la mujer y otras. Otro fenómeno interesante experimentado en el EPL del Petén, fue el hecho que los PVCs experimentaron en su propia vida, los efectos de la sanación personal, familiar y comunitaria, por lo que su crecimiento no consistía en la mera adquisición de “conocimientos”, sino de algo mucho más eficaz e imborrable; muchos de ellos empezaron a transmitir un testimonio y por eso su mensaje era mucho más efectivo y generador de cambios en la comunidad: *“En lo personal, este proceso me ayuda a ver las realidades que no conocía, para poder ayudar a otras personas... a mí me ha ayudado demasiado” (Promotora de Guatemala)*

En el inicio fue bastante difícil que ellos y ellas reconocieran sus potencialidades, a pesar de que muchos ya tenían experiencias de formación y liderazgo en otras áreas de interés social y/o religioso. Otro factor que dificultó el quehacer de los Promotores y Promotoras en la primera fase del proyecto, fue la desconfianza de los habitantes de sus comunidades debido tal vez a la mezcla de dos fenómenos culturales guatemaltecos: *malinchismo* y *el profesionalismo*. El primero de estos fenómenos se caracteriza por la sobrevaloración de lo foráneo por encima de lo oriundo de los lugares. De esta manera, muchas personas en las comunidades prefieren que vengan personas de *afuera, de lejos*, y toman más en cuenta las recomendaciones de otras personas provenientes de otros pueblos o comunidades. El segundo fenómeno se caracteriza por la percepción (no necesariamente acertada) de que mientras mayor es el grado de profesionalización de una persona, mayores son sus conocimientos

¹⁵ Comúnmente llamados dentro del proyecto, PVCs.

y sus aportes (muestra de este fenómeno es el uso desgastante de términos como *licenciado, doctor, hermana, universitario, etc.*, incluso hasta el hecho de sustituir los nombres de las personas por estos títulos académicos). En ese sentido, muchas de las personas de las comunidades preferían que los grupos fueran dirigidos por “licenciados o licenciadas”, en vez de compañeros de la comunidad. Hubo algunas ocasiones incluso en que los Promotores, conscientes de este fenómeno, les sugerían a los miembros de los EPL’s que ya no llegaran tanto a las comunidades, pues *“si vienen ustedes, a nosotros ya no nos creen ni nos hacen caso”* (Promotores de Zacapa y Guatemala).

Otro fenómeno que afectó el compromiso de los PVCs fueron las expectativas erradas acerca de los beneficios personales que les brindaría ser promotores o promotoras. Algunos de ellos, quizá pensando en lo que hacían otras organizaciones estatales o de la sociedad civil, esperaban recibir un pago económico a cambio de su servicio comunitario. Esto causó que varios de los y las promotoras que iniciaron los procesos, se quedaran en el camino. Así mismo, otras personas abandonaron sus procesos de capacitación por situaciones como: migración en búsqueda de mejor trabajo, saturación de responsabilidades, desinterés y apoyo de la comunidad, analfabetismo, entre otras. De esta cuenta, no todas las personas pudieron terminar su proceso de formación, y de aquellas que sí lo lograron, un alto porcentaje siguió siendo dependiente del acompañamiento de los miembros de los Equipos y nunca pudieron asumir el papel de facilitadores directos de los grupos¹⁶. Por otra parte es importante mencionar que no todos aquellos que dejaron su rol de promotores, lo hicieron por errores en el proceso o por desmotivación; en Petén, varios promotores se fueron comprometiendo con procesos de desarrollo comunitario y encontraron su espacio vital participando en ellos.

Sin embargo, a partir de la constancia y compromiso de cada EPL, desde los equipos se fueron desarrollando programas adecuados para cada contexto y situación específica, los cuales se plantearon a partir de técnicas vivenciales y secuencias específicas como el programa “Restaurando la Alegría de Vivir”¹⁷. Otro espacio que fue importante para ir fortaleciendo la identidad de los Promotores, fue la realización de convivencias y/o actos de reconocimiento, para valorar el aporte que los promotores daban en las comunidades.

Así, desde cambios en la metodología de las capacitaciones (haciéndolas más apropiadas y adecuadas para los tiempos, culturas y dinámicas propias de ellos y ellas), pasando por cambios en las

¹⁶ Es de resaltar el caso de la Arquidiócesis de Guatemala, en la que si hay varios promotores activos desde el inicio del proyecto y que dirigen procesos grupales.

¹⁷ Este es un programa que se aplicó en la Arquidiócesis de los Altos, y que se adjunta como anexo 4.

relaciones entre EPLs (desde ser percibidos como multiplicadores hasta ser considerados actores claves en los procesos de recuperación psicosocial), hasta cambios en apariencia tan superficiales (como dejar de llamarlos PVCs -término frío y ajeno a la lógica del trabajo psicosocial- para llamarlos animadores, promotores, responsables, etc.), cada EPL fue constituyendo su proceso de capacitación que desembocó en un fuerte fenómeno de empoderamiento y compromiso con el trabajo de Salud Mental de parte de los Promotores. Dichos cambios también implicaron acercar el trabajo y la vinculación de los EPLs y los PVCs: *"...nos hizo bien podernos sentir parte de un trabajo más amplio y podernos dar desde nuestra realidad a los EPLs..."* (Promotor de Petén).

Para finales del 2002, entre un 5 y 10% los Promotores y Promotoras conseguían el salón, convocan a la gente, se han ganado su espacio. A través de la capacitación de personas de las comunidades para ser Promotores, se ha promovido un espacio para jóvenes líderes. En algunos casos (un 2%) los PVCs ya se sentían listos para coordinar totalmente ellos a los grupos, y en muchas ocasiones se ha podido observar como los mismos PVCs han podido incidir en cambiar ciertos patrones culturales e integrar a su propia vida, la de su familia y la del grupo, algunos otros valores culturales.

"Una vez llegamos a una comunidad a la cita y parecía que no había llegado nadie, pues la iglesia estaba cerrada. Pero a las 10 se abrió la puerta y es que las personas estaban reunidos adentro, con unas candelas prendidas. Como se había concentrado un aire muy pesado, una de las compañeras propuso un ejercicio de respiración y luego el PVC propuso poner las bancas en círculo. A la siguiente reunión, no estaba el promotor, pero una de las mujeres se acercó al EPL y le dijo '¿Querés que pongamos en círculo las bancas?', y así lo hicimos. La siguiente vez, cuando llegamos ya estaba todo preparado e incluso dejaron de orar con todo cerrado, pues entendieron que puede ser malo para la salud..." (Caso relatado por miembro del EPL de San Marcos).

Han ocurrido ocasiones en las que los promotores se han ido consolidando como líderes de acción social, pues han pasado de ser animadores de la reconciliación, promotores de salud mental y luego pasan a ocupar cargos de liderazgo social en las comunidades. Luego de las primeras dificultades de los promotores, las personas de las comunidades se fueron acostumbrando, y al ver los beneficios que represeas pertinentes. Esto demuestra no solamente el cambio en actitudes de parte de los mismos promotores, sino el cambio de las comunidades ante la posibilidad de recibir consejería dada por un miembro de la misma comunidad.

D. Otros actores emergentes:

“Aquellos que más se involucraron fueron quienes consideraron el trabajo de salud mental como un enriquecimiento a los procesos integrales de las comunidades.”

A pesar de que el proyecto definía claramente algunos actores y espacios de interrelación con las estructuras de la Iglesia Católica, la realidad redefinió algunas de estas nociones y dejó claro que las relaciones comunitarias son mucho más complejas de lo que se pensaba. Muestra de esto es por ejemplo, el rol de los párrocos y algunos agentes de pastoral, quienes jugaron un papel determinante en la forma en que el proyecto entró en las parroquias. Dependió de cada uno de ellos la forma y el nivel de involucrarse, y en esa misma medida, se convirtieron en sujetos activos a través de los que se podía multiplicar u obtener la información. Aquellos que más se involucraron fueron quienes consideraron el trabajo de salud mental como un enriquecimiento a los procesos integrales de las comunidades. A veces llegaban a interesarse tanto en el aporte del trabajo en Salud Mental, que su constante demanda de acompañamiento recargaba de trabajo a los equipos, ya que solicitaron espacios de capacitación en temas de salud mental para otros miembros de la pastoral. En algunos casos, (como el de Dolores, Petén) los párrocos estuvieron involucrados desde el momento en que se seleccionaron los promotores voluntarios, favoreciendo la mejor estructuración del trabajo, así como la incidencia, el impacto y la eficacia.

Entre otros actores importantes podemos contar a autoridades locales de las iglesias, catequistas, promotores de salud, maestros, promotores de otras ONGs, comadronas, comités, radios locales, etc. Catalogar a estos actores como favorables o adversos es imposible, dada la inmensidad de casos en los que se vieron involucrados. El peso que tuvieron en el desarrollo de los procesos, dependió de su postura, ya que interferían o facilitaban las acciones de los equipos y promotores. Para ilustrar, se presentan los siguientes ejemplos¹⁸:

- La existencia de diferentes grupos y acciones, que generaba multiplicidad de proyectos desarticulados entre sí:
 - “Una vez estábamos en una reunión de Salud Mental en el salón comunitario, y de repente llegaron dos señores, pusieron una mesa y mantel, y sin decir más nos sacaron del salón, diciendo que ellos tenían otra reunión a esa hora”
 - “En una comunidad, luego de explicar el proyecto de Salud Mental, los asistentes dijeron que estaba bueno, pero que viniéramos mejor otro día, pues los lunes tenemos otra reunión...”

¹⁸ Las citas fueron tomadas de las memorias de las reuniones de los EPLs.

- En otros casos se evidenciaba las distintas jerarquías o espacios de incidencia a cargo de determinados líderes:
 - “...Cuando no se hicieron los contactos con “el mero mero” del grupo, sino que fuimos invitados a la comunidad por interés de otras personas, luego los “líderes reconocidos” alegaron ignorancia de la invitación, y se desencadenaban problemas entre ellos”
 - “En una ocasión, llegamos a una comunidad y les explicábamos que íbamos para trabajar el tema de Salud Mental. El líder comunitario preguntó: “¿y quien los mandó para ese tema pues?”. Nosotros contestamos “Sor JUANA¹⁹”, a lo que el líder contestó: “entonces váyanse a hacer su reunión a la parroquia, porque aquí en la comunidad no”.
- En algunas ocasiones, se demostró una intención o esfuerzo de unir y lograr objetivos de una manera en común:
 - En una de las áreas de trabajo del Equipo Arquidiocesano se tuvo la oportunidad de que una institución que trabaja a nivel de Salud Ambiental diera espacios para capacitar a sus propios promotores, promoviendo entonces personas con capacidad de desarrollar procesos de salud ambiental y salud mental.
 - En algunas comunidades del área Queq´chi las personas manifestaron que sería importante que alguien les pudiera hablar en su mismo idioma pues así se hizo se logró entrar en esas comunidades.
 - En algunas áreas de trabajo como Ixcán, Zacapa, Petén y San Marcos se logró colaboración con las radios locales y a través de estas se desarrolló programas de radio abordando temas de salud mental.

“RECONSTRUYENDO LA CONFIANZA EN GRUPO”

A partir de una serie de ideas básicas que el proyecto esbozaba en torno a las modalidades de abordaje grupales para dar atención psicosocial a las víctimas directas e indirectas del Conflicto Armado Interno, cada uno de los EPLs fue aportando desde sus capacidades y posibilidades, para poder concretar estas nociones primarias y adaptarlas a la realidad encontrada en las comunidades. Los aprendizajes, a partir de los logros, desaciertos y los descubrimientos, se sintetizan en las siguientes reflexiones:

¹⁹ Nombre ficticio

A. Sanando las heridas personales e históricas y abriendo el camino hacia el cambio:

“Ahora yo creo que lo que digo es importante y que mis ideas son buenas...”

Promotora de Petén

Desde la visión integral de la salud que propone el proyecto, los grupos de reflexión lograron abrir espacios en los cuales antes predominaba el silencio y promovió en los y las participantes, una catarsis liberadora y reparadora, generando procesos de transformación positiva en el ámbito individual, familiar y comunitario. En este sentido, los participantes en los grupos han podido tener nociones de la integralidad de la persona humana, poniendo especial atención en los traumas y dolencias emocionales que afectan la salud mental. La identificación de las secuelas de la violencia y la represión sufrida durante el conflicto, como dificultades para el desarrollo personal, familiar y comunitario, emergió desde la propia conciencia de los y las participantes, iniciando así la toma de conciencia de los efectos del pasado sobre el presente, y las posibles vías que se abrían hacia el futuro.

Uno de los principales cambios en los grupos que se pudo observar, estaba relacionado con las estructuras de poder y los liderazgos arraigados en muchos grupos. Lejos de ser un proceso fácil y sin sobresaltos, el planteamiento del trabajo en Salud Mental supuso pequeños quiebres en el poder que ejercían algunos de los líderes, ya que el trabajo de concientización, cuestionaba los estilos de liderazgo autoritarios y movía a las personas a tomar posturas más activas dentro de los grupos y comunidades. No fueron pocos los líderes que se vieron “amenazados” por los pequeños cambios que se estaban gestando y no fueron menos los que intentaron sabotear el trabajo que se venía haciendo. Las divisiones y competitividades de ciertos actores comunitarios dificultaron el desarrollo del proyecto. Sin embargo, en otros casos los espacios que daban los Grupos de Reflexión sirvieron para consolidar el liderazgo de personas abiertas al cambio, y motivaron el surgimiento de nuevos, principalmente, jóvenes y mujeres que asumían compromisos frente al tema de salud mental o a otros de desarrollo comunitario.

Una dificultad percibida en este proceso, fue el temor presente en muchas personas acerca de abordar temáticas de carácter político, debido a que el FRG²⁰ entró a dirigir la gestión del gobierno central

²⁰ FRG. Frente Republicano Guatemalteco. Partido Político fundado por el General de Baja, Efraín Ríos Montt quien fuera jefe de facto de gobierno entre 1981 y 1983, período en que el ejército guatemalteco recrudesció su estrategia de represión y en el que se dieron la mayoría de violaciones a los DDHH. Informe de la CEH, Tomo V. Guatemala, 1999

y muchas municipalidades. Ante esta dificultad se optó por la estrategia de iniciar con otros temas de interés grupal para luego, cuando ya estuvieran fortalecidos los grupos y sus participantes, volver a estas temáticas necesarias para lograr el empoderamiento y el desarrollo. Otra de las dificultades que también fue abordada de manera similar, y se relacionaba al hecho de que el proyecto se desarrolla dentro de la estructura de la Iglesia Católica, fue el encontrarse con grupos que tenían una visión de la religiosidad limitada a lo litúrgico y celebrativo, sin tomar en cuenta los espacios políticos y sociales. Con estos grupos se trabajaron otros temas antes de entrar directamente a la temática de Salud Mental. En este punto es importante también hacer mención de las divisiones que al interior de las comunidades se generaban a partir del fenómeno de las sectas, que promovían ideologías muy alejadas de la liberación humana. También es de mencionar, que en varios casos, independientemente de los aspectos políticos, sociales y religiosos, fueron los factores culturales y económicos (el cortoplacismo, la crisis económica caracterizada por la exclusión el desempleo y alto costo de vida, las prioridades familiares, etc.) los que generaron la inestabilidad, paulatina inasistencia y consecuente cierre de algunos grupos.

En la mayoría de los grupos se experimentó procesos de empoderamiento que favorecía la organización comunitaria, que entre otras cosas, implicó la búsqueda real de alternativas pacíficas de solución de conflictos y el fortalecimiento de las capacidades de gestión. Las reuniones de los grupos eran percibidas como espacios que elevaban la confianza y la integración social y que de alguna manera iban traduciéndose en mejores relaciones, con su consecuente multiplicación a los espacios familiares, laborales y comunitarios. Quizá merezca una especial atención el proceso vivido por muchas de las mujeres que, ya fuera como Promotoras o bien como participantes en los grupos, experimentaron cambios significativos en sus vidas. “Una mujer en Petén indicó que antes no tenía valor de decir nada; sin embargo, después de participar en los grupos decía que a pesar de ser mujer sus opiniones y sus ideas eran buenas”²¹

En muchos casos, el participar en estos grupos constituía una de las pocas oportunidades de las mujeres de tener alguna formación y de gozar de algunos espacios sociales que facilitaban el desarrollo de las mismas y el alivio de muchos de sus sufrimientos. El fortalecimiento de la autoestima y las estrategias de comunicación, aunado a una serie de acciones preventivas de violencia intrafamiliar, alcoholismo y otros, fueron conjugándose y dando pie a cambios en las estructuras familiares y en las mismas relaciones de género. El tema del alcoholismo es tan importante en Guatemala, que algunos Equipos Profesionales lo tomaron como eje de trabajo prioritario, logrando resultados significativos.

²¹ Anécdota relatada por los EPLs

Otra dificultad que fue coartando los beneficios que este proyecto podría haber llegado a generar, fue la atomización que vivieron y viven las comunidades o grupos (y que era, hasta cierto punto, causada por las mismas organizaciones de cooperación), manifestada en una inmensa cantidad de procesos de desarrollo paralelos y en la mayoría de los casos desintegrados, que le exigían a los líderes muchas horas de participación en reuniones o capacitaciones. En el peor de los casos, les exigían tener que decidir entre asistir a una reunión o a otra, pues por la mencionada descoordinación, quedaban planificadas en los mismos espacios de tiempo y muchas veces, en el mismo espacio físico. Esta atomización no solo se veía en los líderes, sino que también en los mismos grupos, ya que en varios de ellos, la frecuencia con que se realizarían las reuniones de salud mental estuvo determinada por el tiempo libre que tenían luego de atender a todas las otras reuniones en que estaban comprometidos.

B. Negociando con la Cultura:

“...al migrar los maridos, las mujeres se veían sobrecargadas de responsabilidades con sus hijos y con las tareas del hogar...”

Si bien es cierto que en la cultura de las comunidades en las que se insertó el proyecto había toda una serie de factores de afrontamiento y/o factores que facilitaban los procesos de salud mental, también es cierto que había una serie de patrones de comportamiento que lo dificultaron. Uno de ellos está relacionado con la inestabilidad en el compromiso de asistir a las reuniones, o la misma impuntualidad característica de la idiosincrasia guatemalteca. Estos factores dificultaron el surgimiento de la confianza entre los grupos y la incapacidad para generar procesos propiamente dichos.

Otro de los factores fue la dificultad de las personas para hablar abiertamente de sus problemáticas, lo cual se observó claramente en el poco éxito que tuvieron los grupos de autoayuda en la mayoría de diócesis. En cierto sentido, pareciera que al principio las personas preferían hablar de problemáticas sociales (Grupos de Reflexión) para hablar indirectamente de lo que les afectaba emocionalmente. De hecho, la modalidad de Grupos de Autoayuda, caracterizada por un fuerte componente de catarsis y compartir de las experiencias dolorosas en común, no fue de las favoritas. En el caso de Zacapa, la “Autoayuda” hacía referencia al “asistencialismo” a algún tipo de apoyo material o económico para las personas; al nunca darse tal aporte, las personas no quisieron seguir participando. Sin embargo, conforme el proyecto fue avanzando, la facilidad o naturalidad para hablar de problemáticas individuales y/o familiares fue creciendo

hasta el punto de que también la atención individual (consejería o psicoterapia) fue teniendo una demanda mayor.

Un factor que ya se mencionó, es el vinculado con la poca confianza que las personas tenían en un principio hacia los promotores de sus propias comunidades. Este fenómeno provocó que durante un período, el apoyo de los miembros de los EPLs tuviera que ser mayor y fortalecer la capacitación a los PVCs. Pareciera ser que el famoso dicho “Nadie es profeta en su tierra” encontraría eco en las comunidades afectadas por el conflicto armado. Las razones de este prejuicio podrían ser entre otras, y aparte de las que se esbozan en el enunciado “Plantando la Semilla”, la tendencia de muchos líderes guatemaltecos a convertir su liderazgo en una herramienta de someter o dominar a los demás miembros de las comunidades. No son pocos los ejemplos de personas que se han enriquecido (económica o políticamente) a partir de poseer o ser capacitados en ciertas habilidades para dirigir grupos o facilitar procesos. Una muestra de esto fue precisamente el conflicto armado interno en Guatemala, en el que el Estado capacitó y empoderó como Patrulleros Civiles o Comisionados Militares, precisamente a personas que tenían algún grado de liderazgo o que ocupaban algún cargo de autoridad moral en la comunidad (catequistas, maestros, formadores, etc.) En este sentido, se tuvo que luchar no solamente contra algunos patrones culturales, sino frente a los referentes vivenciales tan crudos durante el conflicto armado. Nuevamente, el cambio se logró a partir de la constancia, el esfuerzo y la reflexión de estos fenómenos en distintos espacios de intervención del proyecto. Asimismo, la heterogeneidad, apertura y carencia de reglas claras en los Grupos de Reflexión, hizo difícil que las personas desarrollaran un sentido de pertenencia, identidad y compromiso con los procesos.

Finalmente, otros factores socioculturales y económicos que dificultaron un poco la instalación del proyecto en algunas comunidades fueron el alto índice de analfabetismo en el área rural, lo que planteó (y aún plantea) retos significativos para la capacitación de promotores desde el punto de vista de que las posibilidades de formación se reducen con estas circunstancias. En algunas regiones en las que se desarrollaba el proyecto, las comunidades se ven obligadas a migrar para conseguir mejores opciones de trabajo, lo que a veces significaba mucha inestabilidad en los grupos y procesos. En este sentido, las mujeres de algunas regiones (Petén) fueron las más afectadas al no poderse integrar a los procesos de capacitación para promotoras, pues al migrar los maridos, las mujeres se veían sobrecargadas de responsabilidades con sus hijos y con las tareas del hogar, lo que aunado a las grandes distancias que tenían que recorrer para asistir a las reuniones (a veces implicaba desplazarse por más de un día), hacían prácticamente imposible su involucramiento en dichos procesos.

C. Más allá de los Límites:

“...impulsar procesos sanadores y liberadores que respetaran las prácticas culturales, le brindó a muchos proyectos de Pastoral Social una fuerza que antes no habían manifestado”.

Los cambios comunitarios se evidencian a través del fortalecimiento del liderazgo y la formación de nuevos líderes. Las actividades desarrolladas durante el proceso han favorecido a la autoconfianza y la integración social, y a su vez han generado procesos de empoderamiento y organización comunitaria trayendo consigo una búsqueda real de alternativas pacíficas de solución a sus problemáticas y un desarrollo de la capacidad de gestión.

Uno de los factores que más ha potenciado este cambio en las comunidades tiene que ver con la integración y coordinación que la mayoría de los EPLs ha logrado entablar con otras instancias de Pastoral o incluso fuera de la Iglesia Católica. El simple hecho que, desde la iglesia, impulsar procesos sanadores y liberadores que respetaran las prácticas culturales, le brindó a muchos proyectos de Pastoral Social una fuerza que antes no habían manifestado. Muestra de esto, es que en varias de las Diócesis, el trabajo de Salud Mental se vea ahora como un eje de trabajo importante.

En muchos casos, tanto miembros de los Equipos como Promotores se han participado activamente en espacios intersectoriales de atención comunitaria, en la que se coordinan con trabajos e iniciativas que ahondan temáticas como los Derechos Humanos, la gestión de proyectos, el desarrollo, la salud integral, la educación, las temáticas de género, etc. Probablemente el factor más innovador en este sentido, haya sido la coordinación de actividades de capacitación y atención desde prácticas alternativas de la salud, como lo son el uso de la medicina natural (Ixcán), la rehabilitación fisioterapéutica basada en la comunidad (Ixcán) y la integración de técnicas de relajación y bioenergética al trabajo de Salud Mental Comunitaria (San Marcos). Estas innovaciones o espacios de coordinación, lograron que el proyecto fuera tanto urbano como rural, eclesial y secular, de educación formal y no-formal, y tocando igualmente a adultos, jóvenes, ancianos y niños.

Otra reflexión interesante, merece la gran cantidad de demanda que se tuvo por parte de los EPLs de involucrarse en procesos de sensibilización y/o capacitación con otros grupos comunitarios o grupos pastorales ya conformados. Estas actividades, que a veces consistían en episodios únicos y a veces en reuniones esporádicas con ciertas características de proceso, no se pueden enmarcar claramente en ninguno de los tres objetivos del proyecto (Ver

Introducción), ya que de alguna manera servían un poco a todos ellos a la vez. En algunos de los casos, estas actividades se realizaban para fortalecer las relaciones con los grupos que las solicitaban (grupos de pastoral u de otra índole), mientras que en otros la intención clara era sensibilizar o capacitar sobre un tema especial a determinado grupo, ya fuera por la incidencia de la problemática en el mismo o por su capacidad de multiplicación. Sin embargo, ya fuera por una o por otra razón, de alguna manera siempre se lograban los dos objetivos (fortalecer redes y generar capacidad), a la vez que indirectamente se daba solución o inicio de solución a problemáticas que las personas que atendían a las reuniones estuvieran viviendo en carne propia (atención directa). Muestra de la demanda y alcances de estas actividades (denominadas Acciones Alternativas) es la generación del programa “Restaurando la Alegría de Vivir”, realizado por el Equipo Profesional de la Diócesis de Los Altos y que tuvo gran incidencia en diversos grupos comunitarios. El resumen de este programa se adjunta en el Anexo 4.

D. Desafíos en abordaje de la salud mental:

*“No es el caerte al agua lo que hace que te ahogues;
te ahogas solo si permaneces adentro...”*
A. de Mello

Evidentemente, también al hacer la recuperación de este trabajo nos sentimos impotentes ante la realidad que no pudimos abordar. La más evidente es la necesidad más prioritaria de la población: La supervivencia. En medio de la necesidad de alimento, vivienda, trabajo, salud y educación, la salud mental es percibida como un elemento secundario en la escala de necesidades. En muchas ocasiones las expectativas de las personas eran sobre todo, relacionadas con obtener beneficios materiales o económicos. Esto significó que muchas personas abandonaran los procesos o incluso que se sintieran engañadas por el proyecto. Sin embargo, otras muchas personas han logrado comprender que a través de los procesos de Salud Mental, se puede también lograr el empoderamiento y la gestión para la subsistencia.

Otra gran realidad evidenciada durante el proceso, fue la inmensa demanda y necesidad de trabajo en este tema, contrastada con la escasa capacidad de cobertura que se tiene. La reflexión sobre el significativo aporte de los PVCs y su capacidad de multiplicación encuentra en este apartado su lado oscuro: si bien es cierto que los procesos de capacitación para los Promotores y Promotoras pasan por procesos de Sanación, es evidente que hizo falta un programa de seguimiento y acompañamiento psicoespiritual para muchos de estos promotores. Para un gran número de ellos, el trabajar el tema

de la Salud Mental en sus comunidades les hizo acercarse a realidades bastante duras, a testimonios desgarradores, a problemas sin pronta solución, a verdades incompletas, y a otras situaciones difíciles que supusieron significativos niveles de frustración y desesperanza, que merecían espacios especiales para ser ventilados y resueltos. A pesar de no existir un proceso sistemático de atención “Quién Ayuda a los que Ayudan” los Promotores nunca fueron abandonados por los EPLs, siempre se mantuvo un canal abierto para que ventilaran sus preocupaciones, inquietudes, así como para recibir apoyo emocional.

ATENCIÓN INDIVIDUAL Y NO “INDIVIDUALIZANTE”

El proyecto inicialmente describía la atención individual desde el punto de vista psiquiátrico y psicoterapéutico clínico, como el tercer modelo de abordaje. En los resultados cuantitativos de esa primera fase²² del proyecto se puede comprobar la inmensa diferencia del impacto que tuvieron los abordajes grupales sobre los individuales. Sin embargo, algunas reflexiones valen la pena realizar en torno a las segundas.

Quizá la primera sea a la vez, una aclaración para el lector, y una reflexión para los participantes en el proceso: los abordajes individuales a lo largo del proyecto siempre estuvieron lejos de los abordajes clínicos clásicos. Esto se debió a varias razones, pero la más importante es el intento de lograr una coherencia entre el enfoque comunitario del proceso y las modalidades de abordaje. Desde la Psicología Social Latinoamericana, son numerosas, amplias y bien fundamentadas las críticas a las escuelas de psicoterapia patologizantes y estigmatizantes, deterministas o reduccionistas de la compleja situación humana. Varias de las escuelas clásicas, sobre todo las de fuerte arraigo en Norte América, se caracterizan por estar de alguna manera al servicio del sistema, de mantener el status quo, sin provocar cambios radicales en las injustas estructuras del poder. Tales escuelas no tendrían lugar dentro de un proyecto que precisamente plantea un modelo de sanación para lograr el empoderamiento y catapultar así la transformación social desde los pobres y excluidos de nuestra sociedad. En este sentido, solamente se practicaron aquellas técnicas terapéuticas que surgieran a partir de escuelas psicológicas que orientaran procesos de liberación personal, sin desvincularse de los procesos históricos y sociales en los que estaban inmersos los sujetos de la atención. La logoterapia, enfoques humanistas adlerianos fueron algunos de los más utilizados.

Además, otra de las limitaciones del proyecto inicial era que solamente concebía la atención individual desde profesionales de la conducta.

²² En el Anexo 2 se podrán encontrar los resultados cuantitativos del proyecto.

Sin embargo, con el pasar del tiempo, se han ido generando dinámicas de consejería que rompen con el esquema tradicional, no solo porque salen de la "clínica" o consultorio para ser atendidas en las comunidades, sino porque salen del monopolio de los profesionales de la conducta para ser abordados por otras profesiones, como técnicos y promotores.

En este sentido se debe mencionar que el proyecto como tal, no contenía pautas específicas que condicionaran las intervenciones en el plano de la atención clínica, por lo que todo lo que se hizo en atención clínica dentro del proyecto tiene un sentido innovador. Cada EPL desarrolló su propio estilo, echando mano de las capacidades y orientaciones que los profesionales dentro de los equipos tuvieran. Conforme fueron evolucionando las metodologías y prácticas, cada EPL fue afianzando un(os) estilos propios de dar la atención individual, hecho que muchas veces fue descrito como "eclecticismo". Sin embargo, esta diversidad de enfoques sin responder a una lógica determinada, dificultó más adelante, los procesos de sistematización y monitoreo.

Esta diversidad de intervenciones queda plasmada en que actualmente, el proyecto contempla 3 tipos de atención individual: la consejería, la psicoterapia, y la atención individual alternativa (bioenergética, fisioterapia, de pareja). En este sentido, todas las innovaciones o alternativas, la psiquiatría y la fisioterapia, respondieron a "casualidades" debidas a la contratación de profesionales con esos conocimientos específicos. De igual manera es interesante resaltar, que si bien es cierto que estas situaciones han sido fortuitas, han venido a demostrar la necesidad latente en la población de este tipo de opciones en el campo de la atención individual y que no habían sido tomadas en cuenta en el inicio del proyecto.

Otro elemento interesante, es el hecho de que fue en los procesos grupales, donde se evidenció la necesidad de atención individual. La demanda de atención individual fue aumentando a medida que las personas conocieron más el proceso de salud mental. Al principio ocurrió como situaciones espontáneas, en las que una o varias personas se acercaban a hacer una consulta personal al facilitador del grupo, al terminar la reunión. Pero el suceso fue dejando de ser fortuito y se convirtió en una constante: era casi predecible, que al terminar las sesiones grupales, varias personas buscaran "un apoyo extra", "una solución puntual", "una atención individual", "una consulta particular", etc. Fue constante, que aquel primer acercamiento con el facilitador (ya fuera miembro de un Equipo o bien PVC) se convirtiera en un conjunto de consultas particulares, al terminar cada sesión (procesos). Se entiende que en los espacios grupales, las personas se fueron dando cuenta de la necesidad individual, ayudados por el

proceso de irse reconociendo como sujetos de atención y paulatina la caída de los prejuicios en torno a la atención individual.

Sin embargo, siguen habiendo personas que piensan en la atención individual como un proceso de resultados inmediatos, e inscrito dentro de la lógica de la atención médica, donde se necesita o requiere un tratamiento farmacológico: "... ¿para que voy a volver con este licenciado, si ni siquiera da medicinas?" (Promotor de las Verapaces). En este sentido tuvieron mucho peso las expectativas de las personas, que en un porcentaje considerable buscaban soluciones inmediatas a sus problemas.

REFLEXIONES FINALES



A Modo de Conclusiones

1. Sobre las modalidades de abordaje:

- ▶ Se puede concluir que los modelos de abordaje grupales (especialmente los Grupos de Reflexión) ofrecen algunas ventajas sobre los de trabajo individual:
 - Se genera opinión sobre temas comunes o experiencias similares.
 - Se rompe el silencio.
 - Se llega a más personas.
 - Los cambios son más duraderos.
 - La dinámica grupal suele reconfigurar el sentido de vida.
 - Se abre espacios de catarsis.
 - A través de la participación grupal se generan acciones de solidaridad y organización comunitaria.
 - El uso de la Educación Popular como metodología básica, permite el desarrollo de un mejor trabajo con las personas que participan en los grupos de reflexión.
 - El facilitador cumple una serie de funciones desde facilitar los espacios, atender emergencias y crisis, hasta participar en procesos de gestión comunitaria.
 - A través del uso de esta metodología, muchas personas toman conciencia (a distintos niveles y ritmos) de su capacidad para aportar reflexionar y generar cambios en su vida y dentro de la comunidad.
 - Es efectivo el uso de estímulos a través de anécdotas, como códigos generadores; esto abre la posibilidad de reflexión e identificación con la problemática.
- ▶ Algunas de las dificultades de los abordajes grupales tienen que ver con que la metodología de los grupos abiertos permite la falta de constancia en los asistentes.
- ▶ La utilización de elementos culturales propios de las comunidades, abre la posibilidad de la confianza y la expresión. En este sentido, el uso de la traducción en las acciones de Salud Mental, no solamente debe verse desde una postura "instrumental", sino como un verdadero diálogo cultural, en el que se intercambian y adaptan los símbolos y los significados propios de las culturas en cuestión.
- ▶ Los grupos de autoayuda requieren contactos mucho más frecuente del que los EPLs pueden ofrecer, por el volumen de trabajo.
- ▶ Si bien es cierto que al inicio del proyecto, la atención individual no era tan común, ha sido a partir de las modalidades grupales que las personas se han ido

reconociendo como sujetos de atención, y se ha ido abriendo la puerta y aumentando la demanda de atención individual.

- En la práctica se da un híbrido entre Grupo de Reflexión y Grupo de Autoayuda, ya que hay espacio para hablar de las afecciones personales (con su consecuente catarsis) y relacionarlas con aspectos comunitarios para plantearse opciones de solución. A pesar de no ser grupos terapéuticos en sí, su devenir resulta terapéutico por la dinámica que se genera en ellos.
 - La dinámica de las relaciones entre los participantes de los Grupos de Reflexión suele movilizarse hacia la acción y el cambio, ya que se asumen las problemáticas y se reconoce la capacidad transformadora de los individuos y los grupos.
 - El papel del facilitador no es exclusivo para profesionales de la conducta, sino para todas aquellas personas (con formación profesional o sin ella) que puedan promover la reflexión de los individuos o comunidades desde la sanación, hasta el empoderamiento y la transformación social.
 - La elaboración de Autodiagnósticos participativos es importante para que exista una línea de base a través de la cual los miembros de los grupos puedan establecer (a veces indirectamente) sus objetivos y los criterios para monitorear o evaluar lo logrado.
 - Las Acciones Alternativas en grupos ya conformados son necesarias y útiles para sensibilizar a otras poblaciones y visibilizar la dimensión psicosocial de la realidad.
- 2. Sobre la Capacitación de Promotores Voluntarios Comunitarios en Salud Mental**
- El proceso de capacitación de los promotores permitió que estos sanaran sus heridas personales y mejoraran en su vida personal.
 - A pesar de que el término PVCs fue utilizado como elemento para facilitar la denominación, se reconoce que no ha ayudado a fortalecer su identidad y que por tanto, debe sustituirse por otro.
 - El ámbito familiar de los promotores se vio mejorado a través del proceso de capacitación de estos.

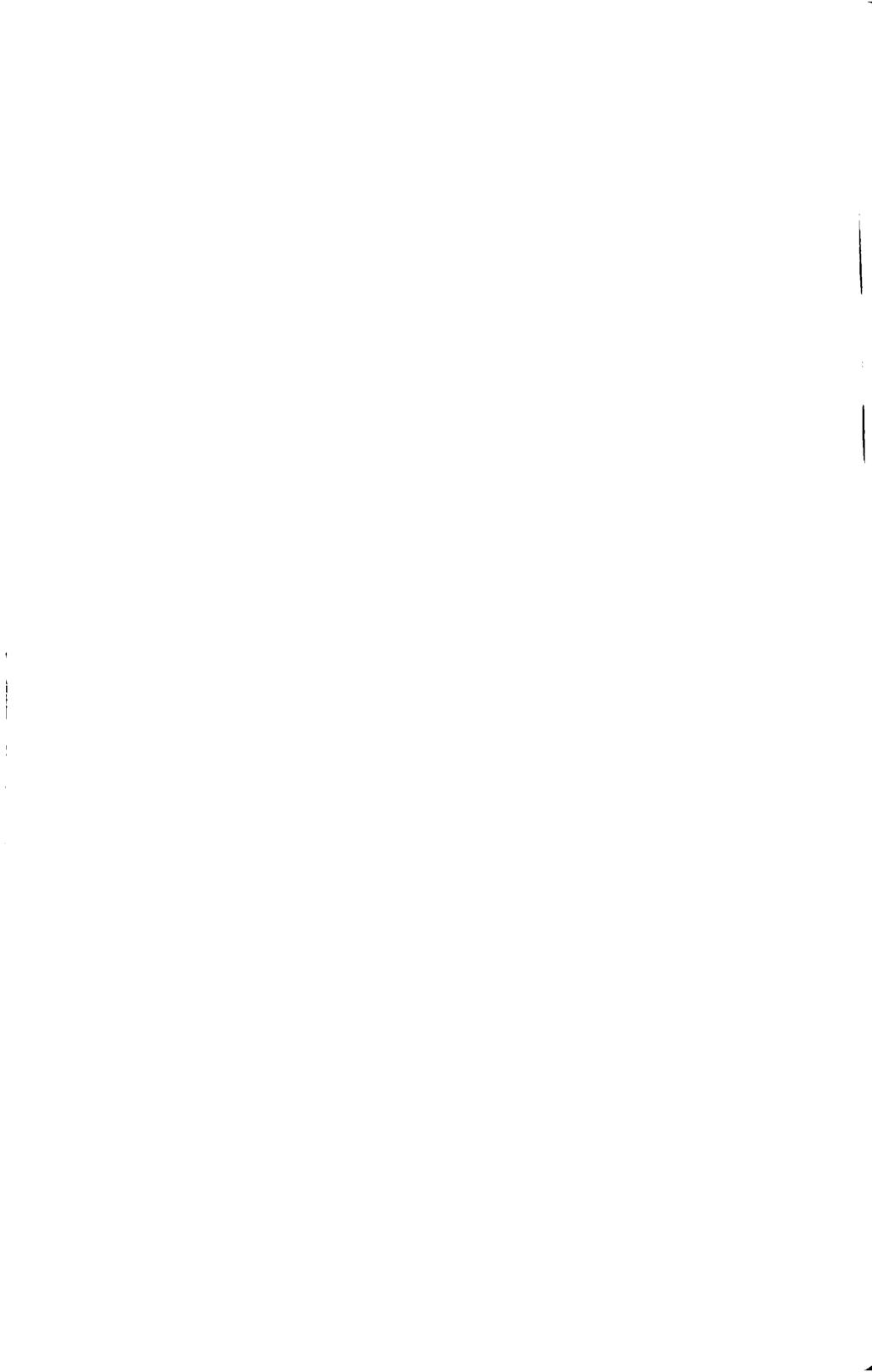
- ⇒ Muchas de las mujeres que participaron en el proceso de formación de lograron equilibrar su condición de género y evolucionar su liderazgo en la comunidad y en su hogar.
- ⇒ Una gran cantidad de promotores no saben leer y escribir, sin embargo con la metodología utilizada esto no fue un impedimento para el desarrollo del trabajo.
- ⇒ Del total de personas que se apuntan a procesos de capacitación para ser Promotores, solamente un 15 o 20% de ellos realmente terminan ejerciendo su papel. Del porcentaje restante, algunos integran los conocimientos adquiridos a su desempeño como líderes en otros temas o grupos.
- ⇒ El perfil idóneo del Promotor en Salud Mental no se puede definir por rasgos como el género, la edad o la religión, ya que su buen desempeño está más asociado con capacidades o habilidades como: liderazgo, introspección, capacidad de analizar y establecer relaciones entre los hechos, etc.
- ⇒ El trabajar con materiales sencillos facilita no solo la comprensión de los promotores, sino el hecho de que ellos también puedan trabajar con materiales sencillos en las comunidades.

3. Sobre las Temáticas más abordadas y útiles:

- ⇒ Los temas que más fueron utilizados y que mejores resultados dieron son los siguientes:
 - Salud Mental
 - Efectos del Conflicto Armado Interno en la Salud Mental
 - El Duelo
 - Género y Salud Mental
 - Los roles adecuados.
 - Resiliencia y el desarrollo del potencial humano.
 - Comunicación y Salud Mental:
 - La importancia de la comunicación para el fortalecimiento de la Salud Mental
 - La escucha responsable
 - Las relaciones interpersonales
 - La autoestima y los factores que la fortalecen.
 - Memoria histórica.

Recomendaciones para un nuevo

**MODELO DE
REPARACION PSICOSOCIAL**



Recomendaciones:

- Implementar programas de apoyo y crecimiento personal para todos aquellos involucrados en el proceso de atender a sobrevivientes del conflicto armado interno.
- Darle mayor profundidad y dedicarle más tiempo a los procesos, aunque cuantitativamente se atiendan menos comunidades o grupos.
- Sistematizar el trabajo que se realiza para ir generando conocimiento a través de la práctica.
- Conocer las condiciones, características de los grupos, necesidades, para poder adaptar los temas a su realidad.
- Los autodiagnósticos comunitarios deben incluir reflexión y análisis desde lo psicosocial y no solamente desde lo socioeconómico.
- Los miembros de los equipos locales deben comprometerse y dedicarle tiempo a los procesos internos de su equipo.
- Investigar a profundidad qué hacen los promotores en sus comunidades después de haber recibido la formación y capacitación.
- Promover programas detallados de capacitación a Promotores, con material de apoyo básico (Guías metodológicas, Guía de Salud Mental 2, etc.), actividades y elementos que fortalezcan su identidad, y mecanismos para monitorear y dar seguimiento a las personas que van siendo capacitadas.
- Generar procesos de apoyo específico a los promotores que no saben leer y escribir
- Fortalecer a los Promotores que ya han sido formados para que vayan asumiendo su rol dentro de la estructura del proyecto
- Socializar los materiales que cada uno de los Equipos ha utilizado para que los otros Equipos se puedan enriquecer con las experiencias exitosas o los aprendizajes en general.
- Sistematizar los procesos locales.
- Valorar e intencionar la participación en redes estratégicas a nivel local para facilitar el trabajo de los promotores, y para darle una atención integral a la problemática de las comunidades.
- Incidir en la generación de políticas a nivel pastoral, para promover no solo el trabajo en Salud Mental sino también la Sostenibilidad del mismo.
- Fortalecer la integración entre los ejes metodológicos de capacitación, monitoreo y sistematización.

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

ANEXOS

ANEXO 1

Cuadros y resultados Cuantitativos del Proyecto de
Reparación Psicosocial ODHAG-RCT 1999-2002CUADRO 1: COBERTURA DE ATENCIÓN DEL PROYECTO
POR MODALIDAD DE INTERVENCIÓN

MODALIDAD DE INTERVENCIÓN	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
ATENCIÓN INDIVIDUAL	417	257	674
ATENCIÓN EN CONSEJERIA	151	111	262
GRUPOS DE AUTOAYUDA	497	280	777
GRUPOS DE REFLEXIÓN	6,588	4,835	11,423
GRUPOS DE FORMACIÓN COMUNITARIA	844	724	1,568
PORCENTAJE POR SEXO Y GRAN TOTAL	57.8%	42.2%	14,704

**CUADRO 2:
COBERTURA DE ATENCIÓN DEL PROYECTO
CANTIDAD DE COMUNIDADES ATENDIDAS**

DIÓCESIS	NÚMERO DE COMUNIDADES
ARQUIDIÓCESIS DE GUATEMALA (Departamentos de Guatemala y Sacatepequez)	401
ARQUIDIÓCESIS DE LOS ALTOS (Departamentos de Quetzaltenango y Totonicapán)	72
DIÓCESIS DE SAN MARCOS (Departamento de San Marcos)	99
DIÓCESIS DE LA VERAPAZ (Departamentos de Alta y Baja Verapaz)	124
ÁREA Ixcán DIÓCESIS DE SANTA CRUZ DE EL QUICHÉ (Departamento de El Quiché)	44
DIÓCESIS DE ZACAPA (Departamentos de Zacapa y Chiquimula)	50
VICARIATO DE EL PETÉN	56
TOTAL DE COMUNIDADES ATENDIDAS	846

**CUADRO 3:
Personal Voluntario Comunitario Capacitado**

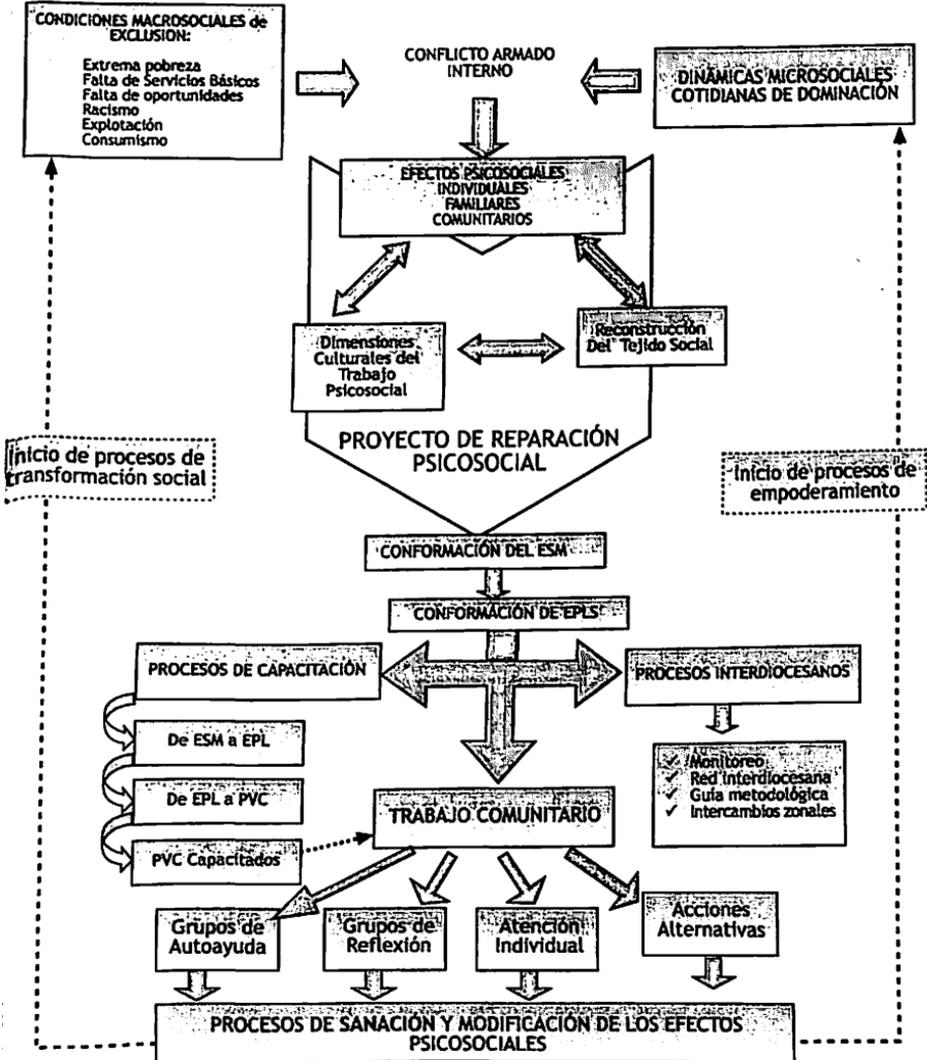
DIÓCESIS	# DE GRUPOS	MUJERES	VARONES
ARQUIDIÓCESIS DE GUATEMALA (Departamentos de Guatemala y Sacatepequez)	3	40	11
		78%	22%
		TOTAL: 51	
ARQUIDIÓCESIS DE LOS ALTOS (Departamentos de Quetzaltenango y Totonicapán)	2	28	36
		43.75%	56.25%
		TOTAL: 64	
DIÓCESIS DE SAN MARCOS (Departamento de San Marcos)	3	20	46
		30%	70%
		TOTAL: 66	
DIÓCESIS DE LA VERAPAZ (Departamentos de Alta y Baja Verapaz)	7	25	63
		28%	72%
		TOTAL: 88	
AREA Ixcán DIÓCESIS DE SANTA CRUZ DE EL QUICHÉ (Departamento de El Quiché)	6	38	32
		54%	46%
		TOTAL: 70	
DIÓCESIS DE ZACAPA (Departamentos de Zacapa y Chiquimula)	1	11	25
		30.5%	69.5%
		TOTAL: 36	
VICARIATO DE EL PETÉN	3	20	30
		40%	60%
		TOTAL: 50	
TOTAL DE PVCS	GRUPOS 25	PERSONAS	
		MUJERES 182	VARONES 243
		TOTAL: 425	
		42.8%	57.2%

**CUADRO 4:
Actividades globales de los EPLs**

ACTIVIDADES		LOS ALTOS	SAN MARCOS	LA VERAP.	PAST. SOCIAL IXCAN.	ZACAPA	PETÉN	TOTAL
Comunidades visitadas	401	72	99	124	44	50	56	846
Visitas por EPL a comunidades.	1324	435	342	176	643	301	250	3471
Talleres de capacitación del EPL al PVC	53	26	12	75	170	8	38	382
Visitas de supervisión del EPL a los PVC	25	152	255	115	92	119	X	758
Talleres impartidos por el EPL a los grupos de reflexión	471	232	106	124	333	197	217	1680
Talleres impartidos por el EPL a los grupos de autoayuda o de apoyo emocional	41	40	20	25	5	21	X	152
Talleres impartidos por el EPL a los grupos de formación comunitaria	21	63	X	X	X	19	110	213
Talleres facilitados por los PVCs	63	130	366	159	26	51	X	795
Procesos de exhumación acompañados durante el proceso.	13	1	2	5	12	X	X	33

ANEXO 2

Modelo Gráfico de la Implementación del Proyecto de Reparación Psicosocial



ANEXO 3

Programa “Restaurando la Alegría de Vivir” Arquidiócesis de los Altos.

“RESTAURANDO LA ALEGRÍA DE VIVIR”
*Un Enfoque Ecológico de la Salud Mental Comunitaria en
la Etapa de Post-guerra
En los Grupos de Formación*

INTRODUCCIÓN

El presente programa busca reparar los efectos psicosociales del conflicto armado interno, en el marco de la ampliación del mundo de la conciencia comunitaria, y también desea responder a las necesidades básicas en Salud Mental Comunitaria, según el dinamismo de la prevención, y recuperar la alegría en todos los niveles de funcionamiento de la persona y de la comunidad. El programa es una propuesta inicial de abordaje de los efectos psico-sociales de la guerra en Guatemala, y es un esfuerzo para enlazar dimensiones primordiales de la Salud Mental Comunitaria en los siguientes aspectos: prevención a nivel comunitario, formación de la conciencia social y ecológica en una etapa de postguerra.

El Programa se dirige a las comunidades parroquiales, miembros de la Iglesia Católica y de la Sociedad Civil de los departamentos de Quetzaltenango y Totonicapán, facilitada por el Equipo Profesional Local de la Arquidiócesis de Los Altos y por el Personal Voluntario Comunitario que inicia el proceso de multiplicación de los beneficios del Proyecto de Reparación Psico-social en la región del Sur Occidente de Guatemala.

GRUPOS DE FORMACIÓN

Grupo de 30 a 50 personas, que se reúnen una o dos veces al mes, para abordar diversos temas de estudio programados por las parroquias. El EPL Los Altos, implementa en estos grupos una forma de psico-educación, a nivel de in-formación y prevención en salud mental comunitaria, con énfasis en las dimensiones ecológicas del bienestar y desarrollo humano integral, para despertar en los participantes las habilidades y capacidades, ligadas a la cultura maya, sabiduría de los ancianos y conciencia histórica sobre el pasado reciente y el futuro abierto por los Acuerdos de Paz (1996), la Doctrina Social de la Iglesia y otras propuestas provenientes de la psicología social, psicología comunitaria, antropología social y cultural, y espiritualidad liberadora.

En los grupos de formación comunitaria participan personas de diferentes edades (niños, jóvenes, adultos y adultos mayores), con roles múltiples (líderes populares, catequistas, coordinadores de grupos) y proyecciones a corto y largo plazo en la vida de la comunidad (organización política, religiosa y social).

Los grupos de formación, según la percepción del EPL Los Altos, pueden convertirse en constructores de una comunidad abierta y responsable, con conciencia histórica y compromiso de cambio hacia nuevas dimensiones de crecimiento integral, atención a las necesidades sociales y ampliación del campo de la conciencia individual a la conciencia social y solidaria.

OBJETIVOS

1. Promover la formación de la conciencia social y ecológica en Salud Mental Comunitaria.
2. Atender las necesidades básicas en Salud Mental de la comunidad.
3. Difundir la necesidad y urgencia de la prevención para minimizar la violencia en todas sus manifestaciones en el medio ecológico inmediato de los participantes.
4. Recuperar la alegría comunitaria en la etapa de posguerra.

CONTENIDO

1. Diagnóstico Psicosocial: “Nuestros problemas psico-sociales más frecuentes en el día de hoy”.
2. La Alegría de Vivir Consigo Mismo: “Empezar por Uno Mismo”.
3. La Alegría de Vivir en Familia: “Vean cómo se aman”.
4. La Alegría de Vivir en Comunidad: “Todo ser humano es mi hermano”.
5. La Alegría de Vivir con la Naturaleza: “Respiremos aire puro”.
6. La Alegría de Vivir en Dios: “Sin mí no pueden hacer nada”.
7. Cierre del Proceso. Evaluación. Continuidad.

Primera Sesión: DIAGNOSTICO PSICOSOCIAL COMUNITARIO ***“Nuestro Problemas Psico-sociales más frecuentes en el día de hoy”***

Objetivo

1. Explicar qué es un diagnóstico psico-social y su importancia en la prevención a nivel comunitario.
2. Elaborar un diagnóstico psico-social con los participantes en el Grupo de Formación.

Ideas Centrales

1. ¿En qué consiste un diagnóstico psicosocial?
2. Elementos del diagnóstico psicosocial: Personal, Familiar, Comunitario, Histórico.

Actividades y compromiso

1. Hacer el diagnóstico psico-social de nuestra comunidad.
2. Preguntas de análisis:

- ¿Qué les preocupa?
- ¿Qué les hace felices?
- ¿Qué les entristece?
- ¿Qué les enoja?
- ¿Qué les da esperanza?

Segunda Sesión: LA ALEGRÍA DE VIVIR CONSIGO MISMO *“Empezar por uno mismo”*

Objetivo

1. Descubrir las habilidades individuales para afrontar los problemas y buscar las soluciones adecuadas en perspectiva comunitaria.

Ideas Centrales

1. Valorarse a sí mismo: Autoestima-Autoimagen.
2. Conocer sus capacidades y habilidades: Autoconocimiento.
3. Autocontrol, actitud de crecimiento y aceptación de sí mismo.

Actividades y compromiso

1. Descubrir las capacidades y habilidades que puede poner al servicio de la comunidad.
2. Aplicación de la Técnica del Espejo: Conocerme para valorarme.
3. Gráfica Generadora. Diversos Rostros.
4. Para mejorar la autoestima:
 - i. Transmitiendo mensajes positivos de confianza, seguridad y amor.
 - ii. Dar a conocer nuestras opiniones y tomar en cuenta la de los otros.
 - iii. Ser nosotros mismos.
 - iv. Respeto a los otros.
 - v. Auto-evaluación permanente.

- vi. Hacer buen uso de nuestra libertad.
- vii. Compartir nuestras experiencias agradables y desagradables.

Tercera Sesión: LA ALEGRÍA DE VIVIR EN FAMILIA
“Vean cómo se aman”

Objetivo

1. Analizar y discutir el impacto que experimenta la familia ante los problemas no resueltos que desencadena la violencia en nuestro medio.
2. Comprender los roles y las relaciones en la familia.
3. Fortalecer la unidad, integración y apoyo entre los miembros de la familia.

Ideas Centrales

1. La Familia, Lugar de Encuentro y de Apoyo.
2. Eventos que dificultan el bienestar en la familia.
3. Fortalezas de los miembros de la familia ante situaciones de violencia.
4. Relaciones y Roles en la familia.

Actividades y Compromisos

1. Aumentar el diálogo y la comprensión al interior de la familia.
2. Detectar y prevenir los eventos que generan violencia en la familia.
3. Apoyo mutuo ante situaciones de violencia que vienen fuera de la familia.

Cuarta Sesión: LA ALEGRÍA DE VIVIR EN COMUNIDAD
“Todo ser humano es mi hermano”

Objetivos

1. Mostrar las características, importancia y función de la comunidad en la vida de las personas.

Ideas Centrales

1. Ser Persona en Comunidad.
2. El Rostro del Otro.
3. La Comunidad espacio de encuentro y de cambio.

Actividades y Compromisos

1. ¿Cómo construimos la alegría de vivir con el otro?
 - i. El amor
 - ii. Comprensión
 - iii. Tolerancia
 - iv. Comunicación
 - v. Perdón
 - vi. Reconciliación
 - vii. Aceptación

Quinta Sesión: LA ALEGRÍA DE VIVIR CON LA NATURALEZA *“Guardianes de la Naturaleza”. “Respiremos aire puro”.*

Objetivos

1. Conocer el estado actual de la naturaleza de nuestra región.
2. Generar actitudes de respeto y promoción de la naturaleza que rodea a los participantes.

Ideas Centrales

1. ¿El ser humano puede causar daños a la naturaleza?
2. Reparemos la naturaleza.

Actividades y Compromisos

1. Defender nuestro medio ambiente.
2. Cuidar los árboles, bosques, ríos, lagos y montañas.
3. Reforestar. Sembrar árboles.

Sexta Sesión: LA ALEGRÍA DE VIVIR EN DIOS *“Sin Mí no pueden hacer nada”*

Objetivos

1. Fortalecer la espiritualidad de los participantes.
2. Reflexionar sobre la fe y la vida cristiana.
3. Dirigir la acción humana a favor del prójimo.

Ideas Centrales

1. La experiencia de Dios en un mundo de violencia e injusticia social.

2. La fe que libera del mal.
3. Servir a Dios, Servir al prójimo.

Actividades y Compromisos

1. “Análisis en comunidad de nuestra experiencia de Dios”.
2. Exigencias actuales de nuestra experiencia comunitaria de Dios.

Séptima Sesión CIERRE DEL PROCESO, EVALUACIÓN Y CONTINUIDAD

1. Reflexión Inicial. Cantos. Oración.
2. Retroalimentación del Proceso.
3. Se forman grupos para realizar la evaluación.
4. Instrucciones para la evaluación, aclaración de dudas.
5. Ejercicios de relajación.
6. Juegos.
7. Agradecimiento y Oración Final

METODOLOGÍA DE LAS SESIONES

- Sesiones de Formación Participativa.
- Sesiones lúdicas y activas.
- Sesiones con una duración mínima de dos horas y una máxima de cuatro horas, preferencialmente dos veces al mes.
- Coordinadas y facilitadas por el Equipo Profesional Local .
- Con protagonismo gradual del Personal Voluntario Comunitario.

MATERIALES

- o Papelógrafos
- o Marcadores
- o Pizarrón
- o Hojas de asistencia
- o Papel bond
- o Agenda
- o Lapiceros
- o Cuadernos
- o Salón amplio

LOGROS

1. Mejoró autoestima de los participantes.
2. Se reestructuró relaciones globales en la comunidad en los siguientes aspectos: Consigo mismo, familia, comunidad, naturaleza y espiritualidad.

3. Aumentó actitudes de respeto, solidaridad y apoyo en acciones comunitarias.
4. Aumentó calidad de relaciones interpersonales en la comunidad.
5. Mayor participación en acciones comunitarias de beneficio común, especialmente relacionados con el medio ambiente.
6. Se amplió el mundo de la conciencia en favor la salud mental de la comunidad.
7. Se introdujeron reflexiones y acciones ante situaciones de violencia, efectos del conflicto armado y violaciones de los derechos humanos en un marco de análisis y estrategias de cambio.
8. Los participantes descubrieron y aplicaron soluciones alternativas a sus problemas.

DIFICULTADES

1. Temor, evitación y silencio ante las situaciones, efectos y pérdidas sufridas a raíz del conflicto armado.
2. Los procesos de análisis, interpretación y crítica de los eventos ocurridos durante la guerra en Guatemala no se abordaron totalmente por desconocimiento de las causas históricas, sociales, económicas y políticas.
3. Se percibe la vida de la comunidad en forma aislada de los acontecimientos nacionales, situación que no facilitó en diversas ocasiones sugerencias de prevención y visión ecológica de la salud mental comunitaria.

CONCLUSIONES

Los Grupos de Formación en Salud Mental Comunitaria

1. Constituyen una alternativa inicial de abordaje de los efectos psico-sociales del conflicto armado interno ocurrido en Guatemala, y de otras formas de manifestación de la violencia actual en los departamentos de Quetzaltenango y Totonicapán.
2. Favorecen la ampliación de la conciencia comunitaria y social hacia nuevas formas de convivencia basadas en la autoestima, relaciones interpersonales fraternas, respeto mutuo, promoción de la igualdad entre hombres y mujeres.
3. Proporcionan un clima psico-educativo que permite el análisis, la discusión y la búsqueda de estrategias de prevención de la violencia en poblaciones que sufrieron indirectamente el conflicto armado interno en Guatemala.
4. El enfoque ecológico de la Salud Mental Comunitaria a partir del programa “Restaurando la alegría de Vivir” en todos los niveles de la existencia humana posee un dinamismo de reestructuración

del tejido social comunitario y permite abordar distintas áreas vulnerables a eventos marcados por la violencia organizada y no organizada.

RECOMENDACIONES

1. Complementar el Programa “Restaurando la Alegría de Vivir” con nuevos temas específicos y explícitos sobre Prevención y Salud Mental Comunitaria.
2. Organizar nuevos grupos de formación que analicen y aborden eventos relacionados con las consecuencias psico-sociales de la violencia en la familia, grupo y comunidad de manera permanente.
3. Que los grupos de formación en Salud Mental Comunitaria descubran nuevas formas de mejorar el tejido social en las comunidades atendiendo a las características de la población infantil, juvenil y adulta, en ambos géneros.
4. Ampliar la cobertura de los grupos de formación de tal forma que incluyan elementos propios de un grupo de reflexión y faciliten el paso del análisis al compromiso socio-político a favor de una sociedad justa y libre.

(Sistematización por Dr. Juan Francisco González Z.
Coordinador Proyecto Reparación Psico-social Arquidiócesis de Los Altos)

ANEXO 4

Instrumentos de la Sistematización

INSTRUMENTO # 1: GUIA PARA LA PROFUNDIZACIÓN EN EL PROCESO HISTÓRICO DEL PROGRAMA

1. Incidencia del REMHI en la gestación de los procesos:

- 2.1 ¿Cómo Incidió el REMHI en la gestación del proceso de Salud Mental en su diócesis?
- 2.2 ¿Qué relación existe entre el trabajo de REMHI y el trabajo de Salud Mental?
- 2.3 ¿Cuáles fueron los aportes del REMHI al trabajo de salud mental?
- 2.4 ¿Cuáles son los aportes de Salud Mental al REMHI?
- 2.5 ¿De los que participaron en el proceso del REMHI quienes participan ahora en el trabajo de Salud Mental?

2. Negociación e implementación de los procesos diocesanos, estructura eclesial integrados a la pastoral social:

- 2.1 ¿Quiénes participaron en el proceso de negociación del proyecto de reparación psicosocial?
- 2.2 ¿Cómo se realizó el proceso de negociación?
- 2.3 ¿Cuáles fueron los puntos relevantes de la negociación? (condiciones, temáticas, criterios, mecanismos)
- 2.4 Mencione alguna anécdota del proceso de negociación.

3. Conformación y reconfirmación de los equipos (Dimensión Humana de los procesos.)

- 3.1 ¿Qué criterios se tomaron en cuenta para la selección del personal?
- 3.2 ¿Quiénes lo conformaron y cual era su especialidad?
- 3.3 ¿Qué cambios de personal ocurrieron en el EPL?
- 3.4 ¿Cuál es la estructura organizativa y funcional del EPL?
- 3.5 Anécdota

4. Procesos iniciales: capacitaciones, acción de arranque o de entrada a las comunidades.

- 4.1. ¿Cómo se desarrollo el proceso de capacitación del 1999-2002?
- 4.2. ¿En qué consistió la formación que recibió el EPL? (Desde la ODHAG al interno del ESM, Diócesis, etc.)

- 4.3. ¿Cuáles fueron las primeras acciones de implementación del EPL?
- 4.4. Anécdota

5. Criterios para la selección de comunidades: inclusión y exclusión. La comunidad como criterio de intervención.

- 5.1. ¿Qué criterios se utilizaron para la selección de las comunidades?
- 5.2. ¿Cuáles fueron las características reales de las comunidades encontradas al aplicar los criterios de selección?
- 5.3. ¿De qué manera se estableció el contacto con las comunidades?
- 5.4. ¿Que dificultades y logros se encontraron al momento de contactar con las comunidades?
- 5.5. Anexo: listado de comunidades y promotores con las que se trabaja.

6. Identificación problemáticas comunitarias.

- 6.1 ¿Qué formas se utilizaron para identificar la problemática psicosocial?
- 6.2 Que avances se han logrado en las formas de identificar la problemática psicosocial?
- 6.3 Narre alguna anécdota
- 6.4 ¿Identifique las problemáticas significativas encontradas a través de las formas de diagnóstico utilizadas en el proceso?

INSTRUMENTO # 2

SOBRE LA RECUPERACIÓN METODOLOGICA DE TRABAJO DE LOS EPLs (ELABORACIÓN GRAFICA DEL PROCESO)

1. Describir el proceso metodológico general del trabajo de Reparación Psicosocial que realizan en el ámbito local en sus comunidades a través de la ELABORACIÓN DE UNA GRÁFICA DE PROCESO, CON SU RESPECTIVO ANÁLISIS EXPLICATIVO.
2. Descripción de cada una de las modalidades de abordaje comunitario que han implementado en el marco del proyecto (Grupos de Reflexión, de Autoayuda, Consejería, Atención Individual y otros que el equipo ha implementado.)

INSTRUMENTO # 3

EJE I: EFECTOS PSICOSOCIALES DE LA VIOLENCIA Y FORMAS DE AFRONTAMIENTO COMUNITARIO

EFECTOS PSICOSOCIALES DE LA VIOLENCIA

1. ¿Qué es para ustedes lo psicosocial?.
2. ¿Qué significan para ustedes los efectos psicosociales de la violencia?.
3. Desde su experiencia en las comunidades analice en que ámbitos sociales se identifican los efectos psicosociales de la violencia y como se manifiestan en cada uno de ellos.
4. ¿Cuál es la explicación que los sujetos directamente afectados por la violencia dan al por qué se desarrollan los procesos de violencia en sus comunidades?.
5. De acuerdo a la explicación del por qué se desarrolla la violencia, cómo se entiende sus efectos psicosociales.
6. ¿De qué forma las modalidades metodológicas de su proceso de trabajo de reparación psicosocial abordan los efectos psicosociales que se identifican?.

FORMAS DE AFRONTAMIENTO.

7. Identificar y describir las formas de afrontamiento que los diferentes sujetos desarrollaron frente a los procesos de violencia vividos en sus comunidades.
8. Desde su experiencia en el trabajo de reparación psicosocial que significan las formas de afrontamiento frente a procesos de violencia para las comunidades afectadas.
9. ¿Cuáles son los recursos comunitarios (culturales, económicos, políticos, etc.) que posibilitan el desarrollo de las formas de afrontamiento frente a los procesos de violencia?.
10. ¿Cuáles son los indicadores psicosociales que nos permiten establecer el impacto de las formas de afrontamiento que las comunidades han desarrollado frente a los efectos de los procesos de violencia?.

11. ¿Qué relación identifican ustedes entre las formas de afrontamientos comunitarios y las modalidades metodológica de abordaje que desarrollan en sus comunidades?.
12. Las modalidades metodológicas de abordaje han considerado o incluido las formas de afrontamiento comunitario, explique como se han considerado.

INSTRUMENTO # 4

**EJE II: RECONSTRUCCIÓN DEL TEJIDO SOCIAL COMUNITARIO
(la persona en la comunidad,
el cambio psicosocial y la vida de las comunidades y
la organización y empoderamiento)**

1. ¿Qué entendemos por enfoque comunitario?
2. ¿Cuáles son las características del enfoque comunitario que ustedes implementan en sus comunidades?
3. ¿Qué se entiende por tejido social?
4. ¿Qué relación tiene el enfoque comunitario de reparación psicosocial y el cambio en el tejido social?
5. Desde su experiencia de trabajo comunitario se debe hablar de construcción, reconstrucción o reparación del tejido social.
6. ¿Cómo afecta los efectos de la violencia en el tejido social comunitario?
7. ¿Qué relación tiene los procesos de afrontamiento comunitario y el cambio en el tejido social?
8. ¿Cuál es la visión en torno a la PERSONA (hombre y mujer) que tienen las comunidades en su cotidianidad?
9. ¿Cuál es el espacio de la persona en la vida comunitaria?
10. ¿Cómo se entiende a la persona desde el enfoque comunitario?
11. ¿De qué forma la persona entendida desde la cotidianidad comunitaria contribuye a la transformación del tejido social?
12. ¿Que se entiende por cotidianidad comunitaria?
13. ¿Cómo se considera la cotidianidad en las modalidades metodológicas de abordaje?

14. ¿Qué importancia tiene la cotidianidad comunitaria para el cambio psicosocial?
15. ¿Qué otras estrategias metodológicas podrían implementarse para profundizar y aprovechar la vida cotidiana en los procesos de reparación psicosocial?
16. ¿Que se entiende por cambio psicosocial comunitario?
17. ¿Cómo las modalidades metodológicas de abordaje contribuyen al cambio psicosocial comunitario?
18. ¿Qué se entiende por organización comunitaria?
19. ¿Qué se entiende por empoderamiento individual y comunitario?
20. Que relación tiene los procesos de organización y el empoderamiento comunitario?
21. ¿Cómo las formas de afrontamiento comunitario frente a la violencia contribuyen a la organización y empoderamiento comunitario?
22. ¿Cómo se aborda dentro del enfoque comunitario en reparación psicosocial la organización y empoderamiento comunitario?
23. ¿De qué forma la organización y empoderamiento comunitario contribuye a la transformación del tejido social?
24. ¿Cuál es la relación de la historia y la cultura de las comunidades en la transformación del tejido social?

INSTRUMENTO # 5
EJE III: DIMENSIONES CULTURALES EN EL TRABAJO
DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

1. ¿Cómo definirían ustedes la cultura?
2. ¿Qué es la salud mental comunitaria?
3. ¿Qué relación tiene la cultura y la salud mental?
4. Desde la experiencia que se tiene en cuanto al abordaje comunitario como se trabaja el tema de cultura en el ámbito de la salud mental?
5. ¿Cuáles son las prácticas culturales que se pueden identificar en las comunidades relacionadas con la salud mental?

6. ¿Cuál es la importancia de considerar los procesos históricos culturales en el trabajo de reparación psicosocial?
7. ¿Cómo se aborda la dimensión histórica de las comunidades en el trabajo de reparación psicosocial?
8. Identifiquen a los sujetos, sus prácticas culturales y aportes en los procesos de afrontamiento. A través de la siguiente matriz

SUJETOS	PRÁCTICAS CULTURALES	APORTES PARA EL AFRONTAMIENTO DE LA VIOLENCIA

9. ¿Cómo han abordado el aspecto lingüístico (los idiomas indígenas que hablan las comunidades) en el abordaje metodológico?
10. ¿Cómo entienden ustedes LO SIMBOLICO de la cultura y su importancia en los trabajos de reparación psicosocial?
11. ¿Qué relación tiene la cultura con lo político y lo económico?
12. ¿Cómo las comunidades entienden la SALUD?
13. ¿Cómo explican las comunidades LA SALUD MENTAL?.
14. ¿Cómo afectan los efectos de la violencia a los procesos culturales comunitarios?.
15. ¿Qué entienden ustedes por ORALIDAD en las comunidades?.
16. ¿Cómo se ha considerado la ORALIDAD de las comunidades en el abordaje metodológico comunitario?
17. ¿Qué relación tiene la cotidianidad con la cultura y la salud mental?
18. ¿Cuáles son los aportes y vacíos de la Psicología tradicional frente a los procesos históricos culturales?





ODHAG

ODHAG Group of Institutions
25, PAKISTAN ROAD, KARACHI-74200
WWW.ODHAG.ORG