

01962  
N:40  
2Ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**UN MODELO PARA EL APOYO DE LA SALUD  
MENTAL DE LOS REFUGIADOS GUATEMALTECOS  
EN EL SURESTE DE MEXICO, A TRAVES DE LA  
CAPACITACION DE LOS PROMOTORES DE LA  
COMUNIDAD**

**T E S I S**

Que para obtener el Grado de  
**MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA**  
**p r e s e n t a**

**INDA SAENZ ROMERO**

Director: **Dr. Juan José Sánchez Sosa**



*México, D. F.*

*Septiembre de 1994*

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Quiero expresar mi agradecimiento al Comité del D.F. de Ayuda a Refugiados Guatemaltecos, que me ha permitido trabajar creativamente en este y otros proyectos con la confianza, el espíritu solidario y el cariño indispensables; especialmente a Bárbara Harrington, Gilda Larios, Carol Johnston y Angeles López.

Agradezco a las Promotoras Guatemaltecas de Salud Mental, el ser mis conductoras de viaje hacia Guatemala, primero desde sus ojos, sus voces y sus historias, después caminando juntas.

También agradezco al Dr. Juan José Sánchez Sosa su dirección y apoyo. Y a la Dra. Rosa Korbman sus preguntas y atenta revisión del manuscrito.

---

El programa contó con financiamiento de Rädde Barnen, Suecia y con el apoyo de sus representantes en México: Ulf Ultberg y Hans Lind.

Participaron las siguientes organizaciones:

Comité del DF de Ayuda a Refugiados Guatemaltecos (CDF)

Promotoras Guatemaltecas de Salud Mental

Promoción de Servicios de Salud y Educación Popular (PRODUSSEP)

Promoción de Servicios Comunitarios (PROSECO)

Agrupación de Promotores Guatemaltecos de Salud (AGRUMS)

Västerbotten i Centralamerika (VECAM), Suecia.

---

*A la memoria de mi padre, Ing.  
Salvador Sáenz Nieves, amante de la  
historia y la cultura latinoamericana  
e incansable en su lucha por la  
justicia social.*

*A los refugiados guatemaltecos,  
"aristócratas del espíritu", como les  
dice Blanche Pietrich.*

*Cuando los pueblos comenzaron a dudar acerca de las huellas, se sentaron a consultar sobre esto y dijeron: ¿Qué querrá ser esto de las muertes del pueblo, que de uno en uno nos van matando?*

*Popol Vuh.*

*No hay nada más peligroso para un pueblo de América como el amor desinteresado que los Estados Unidos sienten por la libertad de sus hermanas. Su protección es un dogal de fuego.*

*Justo Sierra.*

**UN MODELO PARA EL APOYO DE LA SALUD MENTAL DE LOS REFUGIADOS  
GUATEMALTECOS EN EL SURESTE DE MEXICO, A TRAVES DE LA  
CAPACITACION DE LOS PROMOTORES DE LA COMUNIDAD.**

## INDICE:

INTRODUCCION.....	p.1
Justificación y posibles aportaciones del trabajo.....	p.3
PRIMERA PARTE	
1. UNA ARTICULACION TEORICO-CLINICA SOBRE EL TERROR, EL SILENCIO Y EL SINTOMA.....	p.9
2. LOS PSICOLOGOS Y LOS DERECHOS HUMANOS.....	p14
SEGUNDA PARTE	
3. ESTUDIOS SOBRE LOS EFECTOS DEL TRAUMA EN VICTIMAS DE LA VIOLENCIA POLITICA Y ALGUNOS MODELOS DE ATENCION.....	p.16
I. La investigación Clínico-Psiquiátrica.....	p.17
II. Estudios de caso con enfoque psicoanalítico y que utilizan el testimonio como herramienta terapéutica.....	p.25
III. Investigación y Modelos Psicosociales que incluyen a no-profesionales para la atención a víctimas de la violencia política.....	p. 29
TERCERA PARTE	
4. LOS REFUGIADOS GUATEMALTECOS EN MEXICO.....	p.46
Los testimonios.....	p.46
Las cifras.....	p.48
Los estudios.....	p.49
I. Estudios que priorizan el estado y vulnerabilidad de la población refugiada, en relación directa con las experiencias traumáticas.....	p.50
II. Estudios que priorizan la descripción del estado psicosocial de la población refugiada en el país de asilo.....	p.54
Los recursos y programas dirigidos a la atención de la salud mental de los refugiados guatemaltecos en México.....	p.68
Diferencias entre los refugiados de los campamentos y los que viven en la Cd. de México.....	p.70
Recursos organizativos propios de los refugiados en los campamentos..	p.73
Algunas consideraciones contextuales en relación con el Retorno de los refugiados.....	p.77

## CUARTA PARTE

5. METODO Y PROCEDIMIENTOS.....	p.82
Fase Exploratoria.....	p.82
1) Entrevistas a personas claves de grupos e instituciones de salud.....	p.82
2) Aplicación de un cuestionario.....	p.83
3) Un taller con carácter experimental.....	p.87
El modelo.....	p.91
Sujetos.....	p.91
Escenario.....	p.93
Estructura del modelo.....	p.93
Equipo técnico.....	p.95
Materiales de apoyo.....	p.95
Contenido de los talleres.....	p.96
Los talleres.....	p.97
Guías de trabajo.....	p.98
Descripción y algunos comentarios sobre la metodología de trabajo y ejemplos de su efecto en los talleres.....	p.109
6. REPORTE DE RESULTADOS.....	p.115
Relación de participantes en los 6 talleres.....	p.115
Multiplicación hacia los grupos de la comunidad.....	p.119
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	p.126
Análisis y algunas observaciones en relación a la metodología de los talleres.....	p.133
7. DISCUSION.....	p.136
SIGLAS.....	p.145
APENDICES.....	p.146
BIBLIOGRAFIA.....	p.I

---

## INTRODUCCION:

---

México tiene una larga tradición de asilo a perseguidos políticos. Mucho se ha escrito sobre los españoles republicanos que llegaron a nuestro país con la protección del Presidente Lázaro Cárdenas y sobre los perseguidos políticos del Cono Sur que se asilaron en la década de los setentas, para mencionar dos de los casos más importantes. Estos asilados llegaron a México en grupos pequeños o individualmente, lo cual, contrasta notablemente con la entrada masiva de la población centroamericana que huía de las ofensivas contrainsurgentes en El Salvador y Guatemala en la década de los ochentas.

Por otra parte, mientras en los dos primeros casos se trataba de grupos provenientes de las clases medias, intelectuales y profesionistas; la composición social de los centroamericanos era otra: en general los refugiados salvadoreños pertenecen a las clases medias bajas; los guatemaltecos son en su mayoría, campesinos indígenas pobres, muchos no hablan castellano y su nivel de educación es bajo.

En la actualidad, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados (ACNUR), y el gobierno mexicano, reconocen a 46 mil refugiados guatemaltecos que viven asentados en los campamentos de Chiapas, Campeche y Quintana Roo. Por otra parte, se estima en 150 mil el número de refugiados guatemaltecos no reconocidos y que viven dispersos en nuestro país, (Aguayo S., 1989).

El tratamiento del gobierno mexicano a los refugiados, ha sido reconocido a nivel mundial como ejemplar, ya que se les ha asignado, a través de la Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados (COMAR): tierras, cuotas alimentarias, apoyo a la infraestructura, a la salud y la educación, especialmente en los llamados "asentamientos seguros" de Campeche y Quintana Roo, (Didier B. 1985); sin

embargo, la vulnerabilidad psico-social de la población refugiada es muy evidente, (Aguayo S. y otros 1989).

Muchos de los refugiados sufrieron uno o más eventos traumáticos siendo víctimas de violaciones graves a los derechos humanos o bien testigos de ellas en familiares y conocidos, (Melville M. y Lykes B., 1992; Botinelli C. y otros, 1990; y Del Huerto A.M., 1986).

Como intentaremos mostrar a lo largo de este trabajo, tanto las características de la huída, como las condiciones en las cuales viven los refugiados, nos llevan a plantear el problema de la atención-prevención en salud mental de esta población, desde una dimensión psicosocial; sin embargo, una de las dificultades en este sentido, es que los estudios que aportan datos confiables sobre el estado de salud física y mental de la población refugiada son muy escasos; para mencionar los más relevantes, contamos con el reporte basado en censos y estudios de campo realizados en los campamentos de Campeche y Quintana Roo, (Aguayo S. y otros 1989); las investigaciones sobre centroamericanos en la Cd. de México de Botinelli C. y otros (1990) y, de O'Dogherty (1991); así como, el estudio de Farías P. y Billings D., (1993) acerca de la condición de las mujeres guatemaltecas refugiadas en Chiapas.

Considerando la antigüedad, la relevancia y la magnitud del fenómeno de los refugiados en México, encontramos muy pocas fuentes de información sobre el estado general de salud de la población, niveles de educación, estado funcional y necesidades de atención-prevención en relación con salud mental y el bienestar de la comunidad; sin embargo, podemos ubicar el contexto de necesidades de atención y prevención en salud mental desde dos vertientes: 1) los efectos psicosociales a largo plazo del trauma y la victimización sufridas en el país de origen y, 2) las condiciones mismas del refugio: extrema pobreza, marginación, carencia de acceso

a servicios de salud y educación, junto con las dificultades que implican las diferencias étnicas y culturales, en su interacción con el país huésped.

Este contexto nos lleva a plantear como objetivo del presente trabajo: **desarrollar un modelo de capacitación para la atención y prevención en salud mental de los refugiados guatemaltecos, dirigida a los promotores de los campamentos en los estados de Chiapas, Campeche y Quintana Roo como un intento de dar respuesta a las necesidades que en esta área carecen de atención y recursos.**

#### JUSTIFICACION Y POSIBLES APORTACIONES DEL TRABAJO:

- Los datos epidemiológicos confiables son muy escasos, como mencionamos anteriormente y, en el diagnóstico del estado de salud física y mental de la población, intervienen los conceptos de salud-enfermedad provenientes tanto de la cultura indígena maya, como de la marginación. La desnutrición o los problemas infecciosos pueden estar asociados a nociones mágicas, (ver Farfás P. y Billings D. 1993) y los problemas de salud mental tienden a ser identificados como conductas sociales inapropiadas, padecimientos somáticos o se asocian también a la brujería, (Farfás P. y Billings D., 1993 y Sáenz I. 1992/1993).
- Las necesidades de atención en salud física y mental son atendidas con muchas limitaciones: a) Existe una negación "oficial" de las necesidades en el campo de la salud mental por parte de la Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados (COMAR), (Sáenz E. 1991). b) Faltan recursos y programas por parte de las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) que atienden a los refugiados, (CONONGAR 1991). c) La detección de necesidades y los modelos de atención usuales (clínico-médico), son cuestionables por su escaso alcance e ineficacia, ya que no incluye al contexto

socio-político y cultural, al que pertenecen los indígenas guatemaltecos refugiados, (ver Farías P. 1992).

- Los efectos psicosociales a largo plazo del trauma y la victimización en otras poblaciones de refugiados y víctimas de violencia política han sido documentados por numerosas investigaciones, (por ej. Kir-zie D, y otros, 1986). En los Estados Unidos, sobre la población asiática refugiada, en Europa, en México y el Cono Sur abunda la literatura psicológica sobre los efectos de la tortura en perseguidos políticos, (ver: Apfel R. y Simon B. 1992). Los mismos efectos han sido detectados en la población refugiada en México 10 años después de la victimización (Farías 1992 y Sáenz I., 1992/1993). Por tanto, inferimos que las necesidades de atención en salud mental de la población refugiada en México, siguen presentes.

- Las características de la condición de refugio para la población guatemalteca, que implican: condiciones de marginación y extrema pobreza, junto a las dificultades de la adaptación cultural y las diferencias étnicas y lingüísticas, hacen necesaria una concepción psicosocial de la salud mental; es decir, más allá de la atención a individuos sintomáticos, se requiere de un enfoque que comprenda las características mencionadas y que apoye los recursos de la comunidad.

-Un modelo de atención-prevención en salud mental, que contemple las características culturales y sociales de la población refugiada y, al mismo tiempo apoye sus formas organizativas y recursos, tendría mayores oportunidades de ser efectiva en el alcance de sus objetivos.

- La incertidumbre frente al futuro, en la perspectiva de retornar o permanecer en México, es un aspecto álgido e ineludible en la vida social, política y psicológica de los refugiados. El proceso de retorno, interactúa con la ya de por sí inestable y compleja situación del refugio.

- Existe una red organizativa fuerte y propia de los refugiados, que les permite tanto

negociar con las instancias gubernamentales e internacionales como también resolver muchas de sus necesidades para la sobrevivencia. La comunidad refugiada en los campamentos del sureste en México se divide en sectores: de jóvenes y mujeres; hay promotores de salud, de educación y de derechos humanos, catequistas, parteras empíricas y grupos de mujeres organizadas, además de las Comisiones Permanentes (CCPP, organización representativa para negociar el Retorno).

Dichas formas organizativas existen en los tres estados: Chiapas, Campeche y Quintana Roo y en todos los campamentos. Los refugiados electos para los distintos cargos y grupos, que se reúnen periódicamente para compartir información, tomar decisiones, organizar cursos y talleres, etc.; alcanzan e influyen a toda la población refugiada y son por tanto, potencialmente la mejor vía para los proyectos en beneficio de ésta. Pensamos que la capacitación de los agentes comunitarios en estas organizaciones tendrían un impacto importante en el bienestar directo de la población y sería también el vehículo adecuado para la sensibilización de la población sobre los problemas de salud mental y su atención.

- Otras experiencias (ver Métraux J. C. y Avilés A. 1991), muestran la viabilidad, pertinencia y eficacia de modelos, que fundamentan la atención y prevención de la salud mental en la capacitación de no-profesionales, especialmente en contextos donde la vulnerabilidad de la población es elevada, una gran parte de está requiere atención, y no existen recursos humanos ni económicos para cubrir tales necesidades. Un programa con una estructura e intencionalidad semejante, podría ser probada por primera vez con la población refugiada en México.

- Un programa de capacitación-atención-prevención, como el que proponemos más adelante, podría abrir la puerta a nuevas investigaciones y aportes sobre las características psicológicas, sociales y culturales de una población compleja y muy

poco estudiada.

- En la medida de su éxito y alcance, podría alentar la participación multidisciplinaria, la coordinación entre organizaciones y grupos que atienden a los refugiados y también podría contribuir a aumentar el flujo de recursos técnicos y financieros a proyectos que apoyen la salud física y mental de esta población.

- La reactualización de los miedos, las pérdidas y nuevos ajustes que la situación del retorno plantea a todos los refugiados, así como la inestabilidad y la complejidad de su situación psicosocial en México, justifican también un trabajo de salud mental a nivel preventivo en la población refugiada.

- Un interés personal, nos lleva a tratar de vincular algo que, si bien no es nuevo, podemos decir que ha sido poco explorado en nuestro país: las articulaciones teóricas y metodológicas que el psicólogo puede proponer, en relación con efectos de la violencia política en los individuos y poblaciones afectadas, así como, la creación y organización de modelos de atención adecuados.

Finalmente, nos parecen importantes las contribuciones, que mediante investigación y experiencia, desde nuestra disciplina, puedan aportar algo para que tales violaciones a los derechos humanos no ocurran.

En el presente trabajo, intentamos dar cuenta del desarrollo de un modelo, dirigido a apoyar la atención-prevención de problemas en el campo de la salud mental de la población refugiada en el sureste de México.

Pretendemos que dicho modelo, se base en la capacitación de los promotores que ya ejercen una función en sus comunidades. El modelo supone que, si los promotores reciben una capacitación adecuada, podrán identificar y atender mejor los problemas de salud mental en sus comunidades, pero también, si logran multiplicar, y transmitir a otros grupos de promotores los nuevos conocimientos, no

sólo se alcanzaría a una población mayor, sino que también, la comunidad refugiada estaría más sensibilizada e informada acerca de la necesidad de dar un tratamiento específico a los trastornos psicológicos.

La primera parte del trabajo, intenta justificar, desde las experiencias de otros psicólogos en el tratamiento a víctimas de violencia política, la necesidad de desarrollar articulaciones, así como abordajes teórico-clínicos desde una posición que, por una parte, cuestiona la "neutralidad" terapéutica y por otra, asume un compromiso ético-político al lado de la víctima.

La segunda parte, aborda: I. algunas investigaciones clínico-psiquiátricas realizadas en los Estados Unidos con poblaciones asiáticas y centroamericanas refugiadas; II. algunos ejemplos de estudios de caso que, teniendo al psicoanálisis como orientación teórica, realizan un trabajo terapéutico con personas que han sufrido tortura y con familiares de desaparecidos y III. finalmente, tratamos con mayor amplitud algunas investigaciones y modelos de atención, que denominamos "psicosociales"; dichos modelos, se instauran en contextos de necesidades masivas, en los cuales, no existen suficientes profesionales de la salud mental ni recursos, para atender a poblaciones vulneradas por la guerra, el exilio o la violencia política; éstos contextos, determinan la opción de recurrir a no-profesionales capacitados, para la atención de necesidades.

Distinguir estos tres tipos de enfoques, es una preferencia personal que, pensamos útil para ubicar el terreno que nos interesa.

La tercera parte, comprende testimonios, cifras y estudios que describen el estado, contexto y características psicosociales de la población refugiada.

Encontramos, que los estudios sobre el tema, tienden a priorizar sobre: I. el estado de la población refugiada, en relación directa con las experiencias traumáticas que

sufrieron en el país de origen, o bien; II. priorizan aspectos de su estado psicosocial, dadas las características y contexto de la misma situación de refugio en México.

Esta parte se complementa con información que recopilamos sobre instituciones y programas que dan atención a problemas de salud mental de los refugiados. También describimos brevemente como se organizan los refugiados en los campamentos y, argumentamos, que dicha organización constituye una vía privilegiada para el desarrollo efectivo de programas hacia la comunidad.

Siendo la cuestión del retorno, un hecho de incuestionable importancia en la vida diaria y en las expectativas hacia el futuro de los refugiados, abordamos algunos de sus aspectos, que se relacionan con el estado de vulnerabilidad psicosocial de la población.

La cuarta parte, describe el método y procedimientos empleados para el desarrollo de este trabajo, así como el reporte de los resultados obtenidos, su análisis y una discusión final.

## PRIMERA PARTE

---

### 1 UNA ARTICULACION TEORICO-CLINICA SOBRE EL TERROR, EL SILENCIO Y EL SINTOMA.

---

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM III-R, 1988), define a los trastornos por estrés post-traumático (PTSD), como "aparición de síntomas característicos después de un acontecimiento psicológicamente desagradable, que se encuentra fuera del marco normal de la experiencia habitual". El agente estresante productor de este síndrome es marcadamente angustiante para casi todo el mundo y por lo general se experimenta con intenso terror, miedo y sensación de desesperanza. Los síntomas característicos suponen la posibilidad de reexperimentar el acontecimiento traumático, conductas de evitación a los estímulos asociados a él o falta de respuesta general.

El trastorno es aparentemente más grave y duradero cuando el agente estresante es producido por el hombre.

La mayoría de las investigaciones sobre el estado de salud mental de las poblaciones refugiadas y de las víctimas de la violencia política en todo el mundo, hacen referencia a este síndrome como el marco en el cual se desarrolla la patología, se establecen los diagnósticos y se intenta alguna forma de atención. El (PTSD, DSM-III-R), es casi una referencia obligada, especialmente en la investigación norteamericana; sin embargo, existen numerosas críticas a los supuestos de tal síndrome.

Martín-Baró (1990), señala que los marcos del síndrome, son rebasados por la experiencia y el contexto de las poblaciones que sufren los efectos de la Guerra de

Baja Intensidad (GBI). Ya que: 1) supone un solo hecho traumático en un tiempo y espacio de la experiencia del individuo; 2: No contempla los efectos de la exposición habitual al trauma como es el caso de las poblaciones expuestas a la guerra y 3: No considera las responsabilidades éticas y políticas, ya que en el caso de la GBI, los Estados involucrados son directamente responsables de los actos de terrorismo que vivencia la población y 4: No diferencia más que en grado, los efectos del trauma debidos a una catástrofe natural, de los efectuados por seres humanos.

Summerfield D. (1991), señala que a diferencia de las víctimas de catástrofes naturales, los sobrevivientes de Hiroshima sentían una enorme culpa y manifestaban síntomas que se asociaban a ésta. Otros autores han referido fuertes sentimientos de culpa en las víctimas de represión política (ver Kinzie y otros, 1986).

Encontramos en los refugiados guatemaltecos un intenso sentimiento de culpa asociado a otros síntomas, frecuentemente psicosomáticos. Tal es el caso de un refugiado guatemalteco que vive desde hace diez años en los campamentos del sureste en México. Este hombre contó que desde que salió de Guatemala sufre de un fuerte dolor en la espalda. Cuando le preguntamos cómo se inició el dolor, nos relató la huida de su aldea: Un día llegó el ejército, matando gente e incendiando las casas. Muchos corrieron hacia el río para cruzar la frontera, él llevaba a su hijo pequeño sobre los hombros. El ejército les disparó mientras huían. Ya del otro lado del río se dió cuenta que su hijo había sido alcanzado por una bala y estaba muerto. La sangre le cubría la espalda. Lleva aún el dolor en la espalda desde ese día. Pero no es todo, también se culpa, no se perdona el haber puesto al niño sobre su espalda y piensa que si lo hubiera llevado por delante, la bala no lo habría matado. La culpa aparece muy frecuentemente en los relatos de refugiados y exiliados políticos como parte de su sintomatología, pero también es fomentada intencionalmente como forma de control social por el Estado que promueve el terror,

(Kordon D. y otros, 1988).

Durante la "guerra sucia" en los países del Cono Sur y también en El Salvador y Guatemala durante los años de mayor represión, se utilizaron los medios masivos como la televisión y la radio, presentando información sobre supuestos "transgresores o comunistas" incitando a la población a denunciarlos, colocando a la población civil en una posición en la cual fácilmente podía ser manipulada por la culpa: Si no delataba a otros era culpable de complicidad con los subversivos y si lo hacía era cómplice de un Estado que patrocinaba el terror.

Podemos decir que, cuando hablamos de trastornos en poblaciones refugiadas o, de otras víctimas de violencia política, el terror, el silencio, la culpa y el síntoma están íntimamente ligados.

Una primera aproximación al estado de salud de los individuos y los grupos que han sufrido violencia política, nos revela de entrada, que sus síntomas en el cuerpo, están asociados a la experiencia traumática. Frecuentemente, después de que los síntomas físicos son atendidos, las víctimas pueden hablar sobre su experiencia de represión. Mencionamos a continuación algunas de las experiencias encontradas en la literatura sobre el tema, que nos ayudará posteriormente a ubicar nuestro enfoque de trabajo con los refugiados guatemaltecos en México.

Según Summerfield d. (1991), la somatización es un aspecto central de la experiencia subjetiva y la comunicación de la pena provocada por la violencia y la separación en los países víctimas de la guerra en América Latina, África, y el Sudeste de Asia. Dicha somatización definida por los clínicos occidentales, viene a ser la expresión de la alteración emocional en forma de síntomas corporales: dolores de cabeza recurrentes, dolores corporales generalizados, malestar inexplicable, mareos y palpitaciones. El autor encontró que los campesinos nicaragüenses con síntomas físicos, buscaban medicamentos para aliviar sus síntomas; sin embargo,

expresaban claramente que era la tensión de la guerra la que había generado sus molestias somáticas.

Métraux J. C.(1991), también en relación con su experiencia en Nicaragua, consigna la tendencia marcada a somatizar las tensiones en la población, durante y después de la guerra.

Otros trabajos a los que iremos haciendo referencia a lo largo del presente trabajo, relacionan la somatización con la expresión subjetiva del trauma, el dolor o la pérdida, (ver Fariás P. 1991, Kinzie D. y otros, 1986 y Mollica R. y otros, 1990).

El trabajo de caso que reportan Deutsch y otros, (1991), es un ejemplo del tipo de intervención terapéutica desde la clínica psicoanalítica, que muestra tanto su complejidad, como el compromiso de quien escucha a una víctima de la violencia política:

Se trata de un hombre que tiene en el momento de la consulta 50 años, pero representa muchos más. Solicita tratamiento dos años después de salir de una prisión de 13 años. Los autores mencionan:"Si bien queda claro para el terapeuta la magnitud del sufrimiento padecido, Martín nunca habla directamente de su experiencia de la tortura. Alusiones, soslayos, silencios, miradas, es el lenguaje de Martín para hablar de esto (...). Un día, ante la perplejidad del terapeuta, Martín comenzó a arremangarse parsimoniosamente la camisa, subió también sus pantalones, bajó sus medias y enseñó las marcas que en su cuerpo -muñecas y tobillos- habían dejado las esposas".

"Es desde su propio cuerpo horripilado que el terapeuta responde al horror de las cicatrices en "carne viva". Momento fecundo, fundante de la posibilidad de la palabra, a partir del cual, Martín puede empezar a nombrar su experiencia" (p.66).

El relato muestra las dificultades para hablar de la experiencia inefable y terrible que

es la tortura. Los autores reflexionan: "Una primera aproximación apunta a que la persona no recuerda estas experiencias, pero este no recordar, no es olvido, porque el olvido es memoria y ésta, esta unida a la palabra (...). Como hablar entonces de esto que no tiene palabras? Martín "habló" de la tortura mostrando las marcas que le había dejado en el cuerpo, para poder después hablar. Mostrar las marcas en el cuerpo como una forma de recoger a partir de las expresiones de horror del cuerpo del otro, algo de esta vivencia del horror" (p.65).

Los autores, psicoanalistas, articulan el caso con el contexto político de los regímenes de terror. Mencionan que la experiencia del horror de aquel que ha padecido tortura, es irrepresentable, no tiene palabras y es inherente al régimen de terror que emite un imperativo categórico paradójico: "al tiempo que afirma "acá no pasa nada", debe saberse lo que está pasando. El torturado debe ser el testimonio "mudo" de un horror del que no se puede hablar, pero que debe saberse" (p.66).

A diferencia de los métodos represivos utilizados en Chile, Argentina y Uruguay, en donde pueden encontrarse cientos de testimonios de sobrevivientes de la tortura, en Guatemala éstos prácticamente no existen; ya que, una forma privilegiada para ejercer el terror entre la población, ha sido abandonar los cadáveres mutilados en lugares públicos, o arrasar poblaciones dejando sin sepultura a los asesinados. Cuando Del Huerto A.M. (1986) refiere la historia y el tratamiento de un niño guatemalteco refugiado, testigo de la masacre en su aldea, concluye que hubo allí una "situación límite", donde se produjo algo para lo cual no hay nombres.

Desde la perspectiva del psicoanálisis, es posible remitir el síntoma, si ocurre una resignificación de la historia traumática. Es decir, la dimensión de la cura estaría enmarcada por el establecimiento de la confianza y el contexto de escucha analítica. Podemos sin embargo, apuntar que nombrar, relatar a otro, contar la propia historia, es mucho más difícil para quienes permanecen en un país bajo conflicto y donde el

terror impone el silencio. Melville M. y Lykes B., (1992), reportan que los niños mayas en las aldeas de Guatemala se ven obligados a guardar silencio, o bien niegan las experiencias de violencia que serían evidentes para un observador externo.

La negación o la distorsión de la realidad son mecanismos frecuentes en las personas cuyas vidas se encuentran permanentemente amenazadas. Summerfield D. (1991), señala que la mayor parte de la literatura publicada sobre tortura y efectos de la represión política, proviene de centros occidentales y refleja su involucramiento en los aspectos médico y psicológico de la atención a exiliados, pero existe un enorme vacío de documentación sobre los efectos a largo plazo para la mayoría de las víctimas que permanecen en su país de origen.

---

## 2 LOS PSICOLOGOS Y LOS DERECHOS HUMANOS

---

El involucramiento de los psicólogos en la investigación, tratamiento y alternativas de atención a las víctimas de violaciones graves de los derechos humanos, ha sido creciente en Latinoamérica, especialmente a partir de la década de los setenta, cuando los regímenes militares de Brasil, Chile, Argentina y Uruguay, se mantenían en el poder mediante el ejercicio del terror dirigido a la sociedad civil. En la década de los ochenta, las violaciones a los derechos humanos y la guerra en Nicaragua, El Salvador y Guatemala, nos replantea a los psicólogos nuevos cuestionamientos, sobre la efectividad y adecuación de los instrumentos teóricos y metodológicos de nuestra disciplina.

Lykes B. y Liem R.(1990), han señalado la importancia del trabajo desarrollado por los psicólogos argentinos y chilenos durante los regímenes militares, apoyando por ejemplo, al grupo de las Madres de la Plaza de Mayo. Durante el restablecimiento de la democracia en Chile, podemos mencionar el trabajo de Becker y Lira E. (1990). En El Salvador, Ignacio Martín-Baró desarrolló un trabajo pionero desde la psicología social, sobre los efectos del terrorismo de Estado en la población salvadoreña. Criticó las limitaciones del PTSD, para describir y tratar con los efectos individuales y sociales de la guerra en Centroamérica (Martín-Baró I. 1990) e impulsó el trabajo de los psicólogos salvadoreños en el desarrollo de modelos de atención adecuados al contexto de violencia política crónica generada desde el Estado y a la población víctima de ella.

Padilla A. y Comas D. (1987), en el reporte de su misión a Chile patrocinada por la Asociación Psicológica Americana (APA), para recoger información sobre las consecuencias psicológicas de la tortura y otras formas represivas usadas por el gobierno Chileno, mencionan el trabajo "extenuante y arriesgado de los psicólogos" y concluyen: "Los psicólogos tienen mucho que contribuir en la promoción de los derechos humanos al ayudar a las víctimas cuyos derechos básicos han sido violados" (p.145).

Estas referencias, marcan un territorio relativamente nuevo y poco explorado, donde los psicólogos nos vemos ante el reto de un fenómeno social de grandes proporciones que requiere de investigación, análisis y propuestas creativas.

## SEGUNDA PARTE

---

### 3 ESTUDIOS SOBRE LOS EFECTOS DEL TRAUMA EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA POLÍTICA Y ALGUNOS MODELOS DE ATENCIÓN.

---

La literatura sobre el estudio de personas y grupos víctimas de la violencia política, incluyendo a poblaciones refugiadas, es amplísima. Va del análisis sociopolítico y los derechos humanos, a la investigación médica, psiquiátrica y psicológica. Actualmente existen 20 millones de refugiados en el mundo según el ACNUR. Los conflictos bélicos y los desplazamientos masivos son fenómenos que lejos de desaparecer o disminuir se incrementan, constituyéndose en parte de una realidad sociopolítica que trasciende fronteras y países. En este contexto, cabe esperar en los próximos años, un aumento importante del interés en el tema, así como de la generación de investigación, modelos y propuestas en relación con las necesidades de atención masiva de la salud física y mental de dichas poblaciones.

A continuación, seleccionamos y reseñamos algunas aproximaciones que investigan e intentan algunas soluciones para atender la salud mental de víctimas de violencia política y refugiados. Discutiremos cada modelo, en la perspectiva de su utilidad en el contexto del problema que nos interesa: la atención y prevención de los problemas de salud mental en los campamentos de refugiados guatemaltecos en México.

Agrupamos los estudios conforme a las siguientes orientaciones:

a) La investigación clínico-psiquiátrica: Se pueden incluir en esta aproximación, una gran parte de los estudios realizados en los Estados Unidos sobre la población

refugiada del sudeste asiático. El marco de referencia que utilizan para describir y diagnosticar los padecimientos es el cuadro de Trastornos por estrés post-traumático (DSM III-R). En estas investigaciones generalmente se contempla un tratamiento basado en fármacos, en algunos casos acompañada de psicoterapia cuyo enfoque teórico no se describe en la literatura que consultamos.

b) Estudios de caso con enfoque psicoanalítico y que utilizan el testimonio como herramienta terapéutica. Una parte importante de la investigación, utiliza el testimonio como herramienta terapéutica con personas torturadas, familiares de desaparecidos y refugiados. Este tipo de investigación tiene generalmente el carácter de un reporte de caso, y contempla el tratamiento de individuos. El enfoque teórico es el psicoanálisis en la mayoría de los estudios. La teoría y clínica psicoanalítica, también está presente en diversas aproximaciones de trabajo con familias y grupos de personas que han sufrido violencia política.

c) La investigación y modelos de atención con carácter psico-social. Dichos estudios amplían la visión del problema al contexto socio-cultural y político de la población víctima de violencia y, la incluyen como agente y recurso de atención mediante promotores, facilitadores o multiplicadores de la propia comunidad.

Algunos estudios tienen un fin puramente diagnóstico, mientras otros también proponen modelos de atención a los problemas de salud mental. Por otra parte, la interacción de los modelos con las poblaciones que atienden, dan por resultado experiencias particulares que dependen de: las aproximaciones teóricas de los autores, las características y experiencia de la población y de los contextos complejos donde los modelos operan.

#### I. La investigación clínico-psiquiátrica:

Se realiza en todo el mundo, pero aquí sólo seleccionamos algunos ejemplos de la

investigación más relevante sobre la población refugiada del sudeste asiático en los Estados Unidos e incluimos una investigación psicológica con niños centroamericanos, ya que sigue los mismo lineamientos de la investigación norteamericana típica con refugiados. Podemos distinguir dos tipos: la investigación que incluye el diagnóstico-tratamiento y, la que tiene un carácter exclusivamente diagnóstico-descriptiva. El énfasis en todos los casos, se coloca en la sintomatología asociada al PTSD (DSM III-R).

Mollica R. y otros (1990), reportan la mejoría, después de 6 meses de tratamiento psiquiátrico en un grupo de refugiados del sudeste asiático: 21 camboyanos, 13 laosianos y 18 vietnamitas. Los síntomas depresivos asociados a PTSD, mejoraron con el tratamiento, pero prevalecieron los síntomas ansiosos y psicósomáticos.

Westermeyer J. y otros, (1989), encontraron en una población de 97 Hmong refugiados, que habían vivido varios años en los Estados Unidos, una fuerte tendencia a la somatización, asociada a PTSD y a factores de "aculturación" en el país huésped.

Kroll J. y otros, (1989), estudiaron a 404 refugiados del sudeste asiático que asistían a una clínica comunitaria. Diagnosticaron a las 3/4 partes de ellos con un episodio depresivo mayor (DSM III) y al 14% con sintomatología asociada al PTSD (DSM III-R). Según los autores, los problemas de somatización y "aculturación" estaban muy presentes.

Los cuatro estudios mencionados, aportan también datos en apoyo a la teoría de Kleinman A., (1985), en el sentido de que la somatización, en lugar de la verbalización de los estados subjetivos, es la expresión predominante de la depresión en las culturas asiáticas.

Incluimos aquí el artículo de Espino C. (1991), ya que comparte con los artículos

precedentes el esquema diagnóstico que se basa en el PTSD(DSMIII) y también muestra el carácter de algunas de las investigaciones psicológicas con poblaciones centroamericanas que se realiza en los Estados Unidos.

Espino C. describe las características del trauma y las condiciones de adaptación de 87 niños, salvadoreños en su mayoría, mientras recibían educación formal en el área metropolitana de Washington. La autora encontró una relación significativa entre la exposición a la violencia y la sintomatología asociada a PTSD. De los niños sujetos del estudio, el 35% estaba colocado 2 ó mas años por debajo del nivel escolar esperado de acuerdo a su edad. La autora señala que a pesar de que no existen datos demográficos ni epidemiológicos sobre esta población, es posible detectar áreas de dificultad severa en las familias migrantes provenientes de los países centroamericanos en guerra durante la década de los ochenta. Estas familias llegaron a los Estados Unidos trayendo consigo el trauma de la violencia y la pobreza, para continuar siendo de los más pobres en las ciudades norteamericanas, además de experimentar continuamente ansiedad debido a su estatus ilegal. La autora señala que los niños viven en hogares hacinados y llenos de conflictos, experimentando negligencia y abuso de parte de sus familiares. Por otra parte, su atraso escolar, inhibe su capacidad de adaptación, lo cual resulta en una pérdida de autoestima y depresión. En este contexto, un alto porcentaje de niños con problemas cognitivos y emocionales, padecen el síndrome por estrés post-traumático (PTSD, DSM IIIR). El artículo, esta centrado en las deficiencias en el rendimiento escolar de los niños centroamericanos, en relación con síndrome mencionado; sin embargo, no aporta datos sobre las familias de estos niños, ni sobre el contexto socio-político particular. El artículo sólo aporta información diagnóstica, y no menciona ninguna alternativa de tratamiento o modelo de atención viable para los niños que participaron en el estudio.

Reseñamos con mayor amplitud el estudio longitudinal en dos partes de Kinzie D. y otros (1986 y 1991), ya que se trata de un artículo muy citado en la literatura sobre refugiados. El artículo reporta la investigación realizada por un equipo de psiquiatras en Oregon, Estados Unidos, utilizando entrevistas psiquiátricas estandarizadas con un grupo de estudiantes refugiados de Camboya que habían sufrido traumas masivos entre 1975 y 1979.

Los jóvenes, separados de sus familias, vivieron en campos de concentración, siendo testigos de muchas muertes durante el regimen de Pol Pot. Emigraron a los Estados Unidos a la edad de 14 años, y cuatro años mas tarde, la mitad de ellos desarrollaba sintomas típicos de PTSD.

Los estudiantes que no tenían contacto con ningún familiar, presentaban los síntomas más severos. Muchos de los familiares de estos adolescentes también sufrían PTSD. Los síntomas más frecuentes eran: dolor de cabeza, pesadillas, recuerdos que irrumpen en la conciencia, dificultad para concentrarse, falta de energía, sentimientos de culpa, ataques de pánico, pensar mucho en la experiencia e ideas suicidas.

Uno de los aspectos más interesantes del artículo, es la importancia asignada a la escuela como contexto social en que estos adolescentes pudieron ser identificados como jóvenes con problemas, mientras sus familiares, que sufrían la misma sintomatología, no eran identificados ni recibían atención.

Para los adolescentes norteamericanos, la experiencia traumática o el estrés se vincula a actos antisociales o conductas adictivas, sucede lo opuesto con los estudiantes camboyanos, que consideran el problema como "interno". Muchas de sus conductas y pensamientos sirven para negar o evitar el significado de la experiencia pasada. Dentro de la tradición y cultura budista, tal tendencia tiene sentido, ya que para ésta, la preservación de los valores familiares en la educación y

las tradiciones tienen la mayor importancia, junto con la creencia de que los eventos presentes están influenciados por las acciones pasadas. De esta manera se entiende que los adolescentes reaccionaran negando sus síntomas y sus recuerdos, en el intento de evitar también sentirse culpables por ellos. De ahí la importancia de considerar las diferencias culturales en la investigación clínica.

Una de las conclusiones de esta primera fase del estudio, señala que si bien el régimen de Pol Pot atacó las raíces de la cultura y los valores camboyanos, la preservación de los mismos por las víctimas, es precisamente un soporte frente a la brutalidad de lo experimentado (Kinzie D. y otros, 1986).

El reporte de la segunda parte del estudio (Kinzie D. y otros, 1991), demuestra el efecto a largo plazo del trauma masivo sufrido por estos niños. El seguimiento de la evolución del grupo, se realizó tres años después, por el mismo personal involucrado en la primera fase. Se entrevistó a 27 de los 40 estudiantes originales, encontrándose que 4 de ellos habían recibido algún tipo de terapia; 13, (48%), presentaban aún síntomas asociados a PTSD y 11 padecían algún desorden depresivo también asociado a PTSD. Los desórdenes de pánico y ansiedad habían disminuido. Una persona había desarrollado abuso de alcohol. No se reportaron casos de esquizofrenia ni de conducta antisocial.

Desde la perspectiva de los autores, el trauma masivo sufrido por estos jóvenes, desemboca en trastornos en el individuo, que también tendrán que enfrentar individualmente. El artículo no propone, mas allá del diagnóstico y su seguimiento a largo plazo, estrategias de atención específicas. Sin embargo, podemos rescatar algunos puntos de interés para nuestro trabajo: 1) El artículo demuestra que los síntomas asociados al PTSD, se presentan con frecuencia años después de la ocurrencia del evento traumático. 2) Los refugiados con una experiencia traumática permanecen afectados radicalmente y durante largos periodos. 3) El desarrollo de

los niños y los adolescentes, se ve fuertemente determinado por la experiencia traumática. 4) La cultura del refugiado y la del país de asilo en su interrelación, tienen la mayor importancia para el tratamiento de las víctimas.

Los estudios citados comparten las siguientes características:

- Se trata de investigaciones realizadas por equipos profesionales de psiquiatras y psicólogos en los hospitales y clínicas comunitarias principalmente en las costas este y oeste de los Estados Unidos.
- Se les puede ubicar en un nivel de atención secundaria que emplea básicamente fármacos en el tratamiento. El uso de la psicoterapia tiene una importancia secundaria y con frecuencia no se menciona su tipo u orientación teórica.
- Los grupos estudiados son relativamente grandes, (40 a 400 sujetos).
- Dichos estudios son representativos del tipo de investigación y de la manera en que opera el modelo clínico-psiquiátrico en los Estados Unidos. Los artículos que reseñamos, se encuentran multicitados en otras publicaciones especializadas.
- Manejan el cuadro de los Trastornos por estrés post-traumático (PTSD, DSM III-R), como marco de referencia y, con excepción del artículo de Kinzie J. y otros, (1986), conceden una importancia marginal al contexto político y social que dió origen al trauma. Este aspecto no se considera en ningún caso en el curso del tratamiento, y se dá por supuesta la "neutralidad" política tanto de la institución como de los profesionales que atienden cada caso.
- Los aspectos culturales que interactúan en la situación de refugio y su relación con la sintomatología se mencionan como factores de "aculturación"; sin embargo, sólo el artículo de Kinzie J. y otros, (1986), abordan el problema con mayor amplitud.
- Las investigaciones, aportan datos importantes con relación a que:
  - 1) Las víctimas de tortura y otros eventos traumáticos en el contexto de conflictos

- armados y persecución política, presentan trastornos por estrés postraumático, que pueden comenzar a manifestarse, incluso años después de la ocurrencia del trauma.
- 2) La prevalencia de los trastornos, especialmente psicosomáticos, es de muy largo plazo y la remisión, aún bajo tratamiento psiquiátrico y psicológico, no es completa.
  - 3) El desarrollo de los niños y adolescentes refugiados, con experiencias traumáticas en sus países de origen, se ve fuertemente determinado por dichas experiencias.
  - 4) la cultura del refugiado y su preservación en el país de asilo, tienen la mayor importancia en la recuperación de las víctimas.

En relación con el contexto que intentamos abordar, la salud mental de los refugiados en el sureste de México, consideramos que, aunque la intervención clínico-psiquiátrica sería en algunos casos deseable, como modelo de atención resulta inaplicable; en primer lugar, porque no existe una infraestructura clínica similar a la de los Estados Unidos que atienda, los problemas psiquiátricos de la población refugiada.

Como mencionamos en otra parte del trabajo, (pag.72-73) el Hospital de Comitán es el centro de atención más importante para los 124 campamentos de Chiapas y, actualmente, sólo cuenta con personal médico y una psicóloga. Las clínicas de la S.S.A. en Campeche y Quintana Roo, tampoco cuentan con la infraestructura necesaria ni con los recursos humanos para dar atención psicológica o psiquiátrica a los refugiados.

Por otra parte, pensamos que, un enfoque centrado en los síntomas individuales, que no considere el complejo trasfondo sociopolítico y cultural de los guatemaltecos refugiados, resultaría muy poco eficaz para tratar con la diversidad cultural y lingüística de la población guatemalteca refugiada en México, (ver Tercera Parte pags: 46-81).

Compartimos la crítica que realiza Martín-Baró I. (1990) a la conceptualización del trauma dada en el marco del DSM III., ya que, el diagnóstico de los trastornos por estrés post-traumático, resulta limitado e inadecuado para dar cuenta de los trastornos que produce la violencia política generada por los Estados, contra las poblaciones civiles bajo un contexto de Guerra de Baja Intensidad (GBI).

Por otra parte, desde el modelo clínico-psiquiátrico y desde la perspectiva de la clasificación de trastornos por estrés post-traumático, la neutralidad del terapeuta y la institución que ofrece sus servicios, permite un tratamiento igual a víctimas y victimarios, de hecho, la inclusión del síndrome en el DSM III, es consecuencia de la necesidad de tratar a los soldados norteamericanos ex-combatientes de Vietnam. Desde nuestro punto de vista, por el contrario, el compromiso ético y político del terapeuta al lado de la víctima debe ser claro y explícito. La toma de partido cuando se trata de víctimas de violencia política, resulta una condición ineludible en el proceso de reestablecimiento de la víctima.

En el contexto del refugio guatemalteco en México, el establecimiento de la confianza que haga posible una relación de ayuda, resulta de la mayor importancia, especialmente porque muchos de los refugiados van a retornar y correrían un gran peligro, si su historia y actividades son conocidas por "el enemigo", es decir, por quienes propiciaron su huida.

En la descripción de los siguientes enfoques (estudios de caso con enfoque psicoanalítico y que utilizan el testimonio como herramienta terapéutica, así como en los enfoques psicosociales), los autores expresan una postura explícita y no neutral al lado de las víctimas, con excepción del artículo de Rosenberg, donde este punto no se menciona.

II. Estudios de caso con enfoque psicoanalítico y que utilizan el testimonio como herramienta terapéutica:

Anger I. y Jensen S. (1990), en el Copenhagen Institute of Cultural Sociology, muestran con la presentación de dos casos, que los refugiados por razones políticas que han sufrido tortura, pueden experimentar el testimonio de su experiencia tanto como un ritual de cura, como la forma de denunciar y condenar la injusticia. Cuando los refugiados políticos dan testimonio de su tortura, según los autores, la historia del trauma cobra un nuevo sentido: el dolor privado se transforma en dignidad política. En este contexto, la vergüenza y la culpa conectadas con el trauma, pueden ser resignificadas por la víctima. Los autores anotan que, en el encuentro transcultural entre el refugiado político y el terapeuta occidental, la meta conjunta de establecer una evidencia contra la injusticia, se convierte tanto en el lugar común, como en el punto de partida de la terapia.

Este artículo, así como los que mencionaremos a continuación, marcan, de manera más o menos explícita, la imposibilidad de un trabajo desde una supuesta "neutralidad terapeuta", por el contrario, señalan el compromiso político y/o humanitario que el terapeuta debe mantener, como prerrequisito de cualquier intervención con víctimas de violencia política.

En Chile, Lira E. y Weinstein E (1984), también han utilizado el testimonio como instrumento terapéutico. Su trabajo, relaciona el testimonio y sus efectos de cura con el concepto de catarsis en psicoanálisis. Para las autoras, el proceso terapéutico se enmarca en el contexto de la denuncia política. En relación con la catarsis, plantean que "el testimonio puede ser considerado como una repetición, como un viaje al pasado, viaje que conduce al individuo a cambiar la experiencia pasada y, a la vez, a modificarse a sí mismo creando un nuevo presente y un nuevo futuro". El trabajo clínico adquiere un sentido político desde esta perspectiva: "el testimonio no sólo es

un texto, sino también es un documento político, un instrumento de lucha y la primera instancia en muchos casos, desde donde el individuo recupera el hilo de su modalidad de existencia anterior. Ya sea porque restaura algunos vínculos, porque orienta y recoge la agresión, ya sea por la capacidad de objetivar a través del lenguaje, por la capacidad de integrar su historia, por cualquiera de estas vías permite frenar el ciclo de deterioro".

El trabajo clínico de las autoras con ex-torturados y familiares de desaparecidos en Chile, así como su postura clínica y política, les permite concluir que, en tanto el daño ha sido masivo y ha tenido un carácter público, la reparación debe tener ese mismo carácter; en este sentido, el testimonio como instrumento terapéutico: "cumple una tarea en la prevención de la salud mental del futuro, al no reprimir el trauma social, sino al posibilitar la catarsis individual y social" (p.36).

En Uruguay, Deutsch M. y otros (1992), (ver pag.10), con un enfoque psicoanalítico, utilizan el testimonio en el tratamiento de víctimas de tortura, reintegrando así la dimensión social y política al sufrimiento de estas personas.

En Argentina,<sup>4</sup> Kordon D. y otros, (1988), trabajan con grupos de familiares de personas desaparecidas. Los autores destacan los beneficios del trabajo en un espacio grupal, como son: 1. la posibilidad de elaboración que ayuda a disminuir la culpa y transferirla de la familia, a los verdaderos victimarios; 2. romper el silencio, para ayudar a reconstruir los lazos familiares; 3. disminuir los sentimientos de angustia e incrementar la tolerancia y, 4. generar un reforzamiento de la autoestima y el apoyo mutuo. Un ejemplo de cómo opera éste modelo, es el siguiente relato acerca de una experiencia de trabajo con las Madres de la Plaza de Mayo:

"En una reunión de grupo, Evelina una mujer de 48 años, manifiesta que tiene sentimientos de culpa muy penosos en relación con su hijo desaparecido, que se presentan continuamente, acompañados de la imagen suplicante del hijo en el

momento de ser secuestrado y del recuerdo de haber quedado ella misma paralizada por la angustia, sin efectuar ningún tipo de acción en este momento. Expresa que la actitud suplicante de su hijo le acompaña continuamente y le inunda de culpa. Florencia, otra integrante del grupo, dice que en realidad Evelina tiene que aceptar que no hubiera podido evitar la situación y, a título de ejemplo, dice que ella misma, cuando fueron a buscar a su hijo, ofreció una tenaz resistencia, y hasta consiguió que no lo sacaran esposado de la casa; sin embargo el hijo nunca volvió. En la reunión siguiente Evelina plantea muy conmovida, que desde la reunión anterior por primera vez se había sentido muy aliviada".

En resumen, los estudios de caso con enfoque psicoanalítico, que mencionamos en este apartado, comparten las siguientes características:

- Reportan generalmente el resultados de un trabajo clínico con individuos o pequeños grupos.
- El testimonio, adquiere una dimensión política e involucra un compromiso ético y político del terapeuta al lado de la víctima. Desde este enfoque es imposible la llamada "neutralidad" terapéutica.
- Cuando se trabaja con grupos, como es el caso de las Madres de la Plaza de Mayo (Kordon D. y otros, 1988), el testimonio de las víctimas, el proceso de elaboración grupal y las acciones a nivel social que se desprenden (denuncias, difusión del trabajo y lucha contra la impunidad de los perpetradores), implican políticamente tanto a los terapeutas como a las víctimas en un proceso social que vá más allá de la cura en el contexto de la clínica.
- Con un impacto menor, pero en el mismo sentido, el trabajo clínico con individuos víctimas de violencia política involucra a los terapeutas política y socialmente en la denuncia de las injusticias.

En los trabajos que reseñamos en este apartado, el compromiso "al lado de la víctima", y que descarta la posibilidad de la "neutralidad" política del terapeuta, hace una diferencia sustancial con el enfoque clínico-psiquiátrico. Por ejemplo, si pensamos que parte de la historia clínica de una víctima de violencia política, es también el testimonio de una violación a los derechos humanos, el sentido de la misma historia, tanto para el terapeuta como para la víctima, será muy distinta en cada enfoque. En el enfoque clínico-psiquiátrico, una historia de tortura puede ser el origen de un trastorno grave por estrés post-traumático, que se trata con fármacos y algún tipo de terapia individual. En cambio, en los estudios de caso que describimos en este apartado, el testimonio es el punto de partida para la reconstrucción subjetiva; implica la posibilidad de cura y también, en la medida en que tiene un efecto social, por ejemplo, al constituir una denuncia contra la injusticia, involucra a una realidad social más amplia sobre la cual tanto el terapeuta como la víctima tratan de incidir.

En relación con su aplicabilidad en la población refugiada, creemos que es posible rescatar el testimonio como herramienta terapéutica, en el sentido que le confieren los autores mencionados: como ritual de cura, que permite a la víctima resignificar lo vivido y recuperar de esta manera la dignidad humana y política, en una dimensión social de la terapia.

Pensamos que, la propuesta más adecuada para el trabajo con refugiados, sería la del equipo argentino que promueve los grupos de apoyo con familiares de desaparecidos, (Kordon D. y otros, 1988). Este enfoque se funda en el supuesto de que el grupo, permite que cada persona reelabore su historia y el sentido de su experiencia, al mismo tiempo que, abre posibilidades a los participantes de ampliar sus recursos y apoyarse mutuamente.

### III. Investigación y Modelos Psico-sociales que incluyen a no-profesionales para la atención a víctimas de violencia política:

Dedicamos mayor espacio a la reseña de los modelos propuestos por: McCallin M. (1991), Rosenberg J. (1991), Likes B. (1993) y Métraux J.C. (1991). La razón es que el modelo que presentamos en la parte metodológica, puede enmarcarse dentro de este tipo de enfoque psico-social. Los modelos que describimos a continuación, comparten las siguientes características: a) se ocupan de fenómenos masivos, en los cuales grandes poblaciones han sido vulneradas por la guerra; b) describen e incluyen el contexto psico-social de la población que pretenden atender; c) en dichos contextos, los profesionales de la salud mental son escasos; d) allí donde las necesidades son muy grandes, recurren a la propia población afectada (grupos de la comunidad, facilitadores, promotores y multiplicadores) para resolver el problema de falta de profesionales y los vacíos de atención.

McCallin M. (1991), reporta datos interesantes sobre los "estresores habituales" y su impacto en el bienestar de las comunidades refugiadas. Se basa en el estudio de un grupo de 109 mujeres de Mozambique refugiadas en Zambia, y otro de 111 salvadoreñas refugiadas en los Estados Unidos. Nuestro interés en este artículo, se debe a que, por un lado, hace una comparación entre grupos relativamente grandes en dos países diferentes, y por otro, la investigación se lleva a cabo, en vinculación estrecha, con un modelo de atención psico-social en salud mental.

La autora trabajó con dos supuestos:

1. Siendo el foco de interés los niños y su desarrollo, se incluiría a las madres y familiares, evitando implementar las actividades centradas sólo en los niños.
2. La consideración de que los programas a largo plazo son efectivos, si también incluyen estrategias preventivas y no sólo a los involucrados en un tratamiento.

El modelo empleado se basa en la colaboración estrecha entre la investigación, los programas de intervención y las estructuras comunitarias ya existentes.

El estudio se enfocó en tres factores y sus efectos en el bienestar de los refugiados:

a) La experiencia de eventos traumáticos como víctimas y/o testigos; b) Los estresores de la vida diaria en el país de asilo y c) Los factores de mediación (condiciones de vida, soporte social, estatus legal, etc.) que protege a la gente o la hace más vulnerable.

Algunos de los datos son los siguientes:

En las mujeres, la intrusión de recuerdos traumáticos con los sentimientos de horror y vulnerabilidad que los acompañan, ocurren al mismo tiempo que tienen que enfrentar: su situación legal en el país de asilo, la pobreza, las necesidades de los niños y las formas de ganarse la vida.

**Tabla1. Porcentajes de Mujeres Víctimas de Eventos Traumáticos:**

	Mozambicas (N=109)	Salvadoreñas (N=111)
Testigos de Asesinato	44.0	21.7
Heridas por la Violencia	11.0	4.5
Violación/Abuso Sexual	2.8	2.7
Interrogadas/Detenidas	12.8	16.2
Forzadas a participar en actividades militares	20.2	1.8

**Tabla 2. Porcentaje de mujeres que reportan estrés en relación con eventos de la vida diaria**

	Mozambicas n=109	Salvadoreñas n=111
Dificultades en la relación con el esposo/compañero	36.0	64.0
Dificultades en la relación con los niños	50.5	71.2
Preocupación por el futuro	56.8	89.2
Preocupación por la propia salud	65.0	93.7
Preocupación por la salud de los niños	69.7	99.1

Fuente: McCallin 1991

Se encontraron diferencias de género significativas: mientras en el grupo de mujeres haber sido víctima de eventos traumáticos, incrementaba directamente las dificultades para enfrentar los estresores de la vida diaria; en el grupo de hombres se encontró que éstos habían experimentado eventos traumáticos en mayor grado que las mujeres; sin embargo, en esta misma relación causa-efecto, los hombres no presentaban mayores dificultades que las mujeres frente a los estresores comunes. El grupo de hombres estaba preocupado por resolver cuestiones prácticas, tales como el acceso a la salud y la educación, además de contar con un soporte social más amplio, tanto dentro como fuera de la familia.

Las mujeres salvadoreñas contaban con un soporte social muy limitado, además de sufrir estrés por no tener legalizada su estancia en los Estados Unidos.

Los niños y los adolescentes de Mozambique, se encontraban significativamente afectados por la experiencia traumática. Los adolescentes presentaron el mayor grado de trauma. De 119 entrevistados, 82 adolescentes habían experimentado 362 eventos traumáticos.

Las conductas asociadas a la victimización en el grupo de niños y adolescentes fueron: miedo a estar solo; miedo por la seguridad personal; miedo por la seguridad de la familia; hablar repetidamente del evento traumático; expresiones de rabia y deseos de venganza contra los responsables de la huida de la familia; dificultad para confiar en la gente; nerviosismo y ansiedad ante situaciones nuevas; tristeza sin razones aparentes y mucha preocupación. La vulnerabilidad se presenta por un largo periodo e incide en el desarrollo social y emocional de los niños.

Los niños de las mujeres salvadoreñas de entre 2 y 4 años, es decir, demasiado pequeños para haber experimentado la violencia, presentaban síntomas de depresión, trastornos de sueño, problemas somáticos y agresividad atribuibles a la falta de bienestar de las madres.

Entre las mujeres de Mozambique también se encontró que necesitaban ellas mismas soporte y comprensión, antes de que pudieran asumir el cuidado de sus niños. Es decir, según la autora, no se trata de padres poco afectuosos o negligentes, sino que están incapacitados para cubrir las necesidades de los niños ya que ellos mismos han sido vulnerados por una violencia fuera de su control.

En las conclusiones, la autora apunta que es insuficiente diseñar modelos de intervención que consideren un solo aspecto, por ejemplo, actividades terapéuticas para los niños traumatizados; aunque estas pueden beneficiarlos, es necesario incluir a los niños y sus padres en el proceso conjunto de enfrentamiento.

McCallin propone estrategias de atención culturalmente adecuadas y basadas en el contexto comunitario y los recursos de los propios refugiados.

Rosenberg J. (1991), refiere la experiencia de intervención preventiva para la salud mental de la comunidad centroamericana en la Bahía de San Francisco. El proyecto se inició en 1988, y hasta 1991 había entrenado a 50 facilitadores para organizar 35 grupos de apoyo que han incluido a 400 refugiados de todas las edades.

La autora menciona, que el programa se justifica, ya que existen aproximadamente 85 mil refugiados centroamericanos en la Bahía de San Francisco, la mayoría salvadoreños. No existen proveedores suficientes de servicios de salud mental, menos aún bilingües y que cuenten con entrenamiento especial para tratar con los problemas de los refugiados. Por otra parte, según la autora, la psicoterapia tradicional, no es culturalmente aceptable por la mayoría de los refugiados.

En este grupo de refugiados, se repite lo observado en otras poblaciones de refugiados, es decir, una vez que la crisis inicial de sobrevivencia en el país de asilo ha terminado (Kinzie D. y otros, 1986), y el refugiado ha resuelto lo básico en cuanto a vivienda, comida y trabajo, comienzan a surgir signos severos de crisis

emocional, incluyendo perturbaciones asociadas a PTSD: depresión, suicidio, abuso de drogas y violencia familiar.

Dice la autora: "Nuestro proyecto demuestra que los "grupos de apoyo para la igualdad" son una manera extraordinariamente eficaz de dirigirse a muchas de las necesidades prácticas y emocionales de los refugiados, de restablecer la comunidad y de permitir que los refugiados se apoyen unos a otros, de ofrecer prevención básica de problemas mas serios, así como una identificación temprana de problemas que requieren asistencia profesional. Los grupos proporcionan consejos y apoyos prácticos para la sobrevivencia en una cultura ajena, salidas emocionales, un sentido de futuro, información y referencias sobre las fuentes de la comunidad: iglesias, cooperativas, programas de asistencia legal, centros para mujeres, etc..."

La autora finalmente señala como un logro de este programa, que gente no-profesional de la comunidad, ha sido capaz de conducir grupos cuyos miembros, enfrentan dificultades severas.

Likes B. (1993), describe un proyecto en marcha de capacitación a promotores en Guatemala como respuesta a la situación que viven los niños desplazados y víctimas de la violencia. El programa propuesto por la autora, es la consecuencia del estudio que abordamos más adelante, (Melville M. y Likes B. 1992), cuando describimos las características de la población refugiada guatemalteca en México.

El artículo en cuestión: "Terror, silencing and children: international multidisciplinary collaboration with Guatemalan Mayan communities", trata de una propuesta de talleres creativos para niños. El programa está organizado por un equipo de trabajadores de la salud mental de Guatemala, Argentina y los Estados Unidos.

El proyecto se basa en la reconceptualización del trauma como "psicosocial" en contraposición a los modelos médico-psicológicos que entienden el trauma como un

fenómeno intrapsíquico o conceptualizan los efectos de la guerra en el marco del estrés post-traumático (DSM IIIIR).

El modelo se basa en el trabajo grupal y en la movilización de los recursos comunitarios. Incorpora el dibujo, el collage, el relato de historias y la dramatización dentro de un proceso de grupo que busca crear un tiempo y un espacio en el cual los niños aprenden a comunicar experiencias a otros descargando la energía y la emoción conectada a la experiencia traumática. El trabajo se apoya en las tradiciones culturales existentes (tradiciones oral y dramatización) y recursos de la comunidad indígena (naturaleza, plantas)... "Mediante la participación en talleres creativos, los niños sobrevivientes acceden a medios de comunicación natural que pueden facilitar la expresión de tensiones físicas y mentales y desarrollar la capacidad de construir una identidad no sujeta exclusivamente a la realidad de la guerra, la deshumanización y el trauma" ( p.2).

Se eligió explícitamente trabajar con niños, bajo el entendido de que el trabajo con ellos conduce al trabajo con la comunidad y en consideración con la necesidad de incluir a maestros, padres y cuidadores. Por otra parte, señala la autora, el trabajo de salud mental en un contexto de guerra, implica riesgos y dado que los niños no son un objetivo para los militares, dirigir programas a los niños es también una manera de minimizar el peligro para las comunidades y los propios promotores.

Un pequeño equipo internacional de profesionales, capacita a un grupo de promotores que a su vez trabaja con otros no-profesionales. Se trabaja con personas que tienen contacto directo con los niños y con quienes pueden ser multiplicadores entrenando a líderes de la comunidad.

El entrenamiento introduce a los participantes en conceptos básicos sobre desarrollo del niño, teoría y la práctica de la dramatización, arte, música, movimiento corporal y juego; enfatizando la identidad étnica de los niños mayas. La capacitación incluye la

profundización en las propias experiencias de los promotores mediante técnicas creativas. De esta manera, pueden elaborar el duelo y la pérdida dentro de la situación de violencia crónica que viven.

La autora dice: "La dramatización y el juego llevan espontáneamente al niño al espacio del "como si", es decir, a lo simbólico, así como a la exploración de múltiples elementos de la vida individual y grupal. Por otra parte el trabajo grupal crea un espacio intermedio y alternativo entre la familia y el grupo más amplio. El grupo también crea un espacio de exploración o experimentación de las posibilidades para reconstruir lazos, ahí donde la guerra los ha destruido y de hablar donde el silencio ha sido impuesto"

Los resultados de este trabajo aún no se han publicado.

El Programa de Atención y Prevención Primaria en Salud Mental de Nicaragua, propuesto por Metraux J.C. y financiado casi en su totalidad por el organismo sueco Rädde Barnen, es un ejemplo del apoyo posible a una población vulnerada por la guerra mediante el entrenamiento de no-profesionales. Hacemos una descripción amplia de este proyecto, debido a su alcance e impacto y a la documentación existente en textos, artículos y evaluaciones publicadas que incluyen la descripción de las técnicas de entrenamiento para los integrantes del proyecto. Nos interesa también la estructura del programa por niveles: un equipo técnico, un grupo de multiplicadores en su mayoría profesionales locales de la salud mental y un grupo de promotores de la comunidad.

El Programa se inició en el contexto de las instituciones sandinistas, pero se ha mantenido durante el gobierno de presidenta Violeta Barrios Vda. de Chamorro.

El contexto que dio origen al programa era el siguiente: Según informes del Ministerio de la Presidencia en 1988, había en Nicaragua 15 mil niños huérfanos de

guerra; 180 mil niños desplazados y 3 mil niños asesinados. En 1987, en todo el país había un solo psiquiatra infantil nicaragüense y cerca de 50 psicólogos en el Ministerio de Salud (MINSAL), para atender a una población de un millón y medio de niños. Si bien el programa se inició teniendo como población objetivo a los niños víctimas de la guerra, pronto se extendió a sus familias y a la comunidad, (Métraux J.C. 1989).

Según Métraux J.C. (1989), el reto consistía en atender a la población infantil en alto riesgo, tomando en cuenta las limitaciones en recursos humanos y económicas del país. La solución entonces era la creación de una red de atención primaria basada en "la existencia de una red potencial de promotores en los organismos de masas, presencia de maestros y auxiliares de enfermería en todos los rincones del país", y "la voluntad de cambiar el destino del niño y de la mujer".

El programa se inició formalmente en 1988 y para 1991, se desarrollaba en 10 de los 17 departamentos y regiones autónomas de Nicaragua, contando con cincuenta psicólogos y trabajadores sociales nicaraguenses que participan en la formación de mil promotores no-profesionales (Métraux J.C., 1991).

El programa, es lo suficientemente flexible, como para adaptarse y actuar en zonas de enfrentamiento con la "contra" y atender a excombatientes y sus familias (Eiriz I. Y Luger A., 1991).

El campo de acción del programa se ha extendido a situaciones de riesgo no vinculadas directamente con la guerra, tales como conflictos familiares y situaciones de desastre. Por ejemplo, el programa se dirigió con éxito a las víctimas del huracán Joan en la Costa Atlántica de Nicaragua.

El programa se basa en una red de profesionales y no-profesionales preexistente, que trabajan en instituciones locales.

Para el grupo de no-profesionales, el entrenamiento dura dos años; sin embargo, la

existencia del programa implica un contacto constante y a largo plazo entre promotores y multiplicadores.

La selección de los no-profesionales es un punto importante, aunque no tiene solución definitiva. Al principio, los organismos comunales designaron a los promotores, mas tarde se hizo necesario definir criterios como: la edad, experiencias previas de vida, compromiso a finalizar la formación, aceptación y reconocimiento de sus comunidades.

Los límites de la actuación y responsabilidad de los no-profesionales, son definidos en función de su capacidad para establecer "empatía" y "alianza" con las familias atendidas. Estos parámetros son evaluados en las supervisiones con el equipo de multiplicadores. Se acepta que cada promotor tiene capacidad distinta de enfrentar situaciones de mayor o menor complejidad, en vez de definir su participación de acuerdo a un diagnóstico de personalidad o familiar, esto sin descartar que algunos casos sean referidos a los profesionales.

#### Técnicas de formación para no-profesionales:

##### a) Grupo terapéutico:

En Nicaragua casi toda la población sufrió la guerra. Los promotores vivieron pérdidas, separaciones, muertes de familiares, ataques y desplazamientos; por tanto, deben primero elaborar sus propias experiencias para luego ayudar a otros.

A fin de articular el trabajo terapéutico con el propósito didáctico, los contenidos se dividen por temas que corresponden a crisis específicas. Por ejemplo, para el trabajo con refugiados y desplazados: la separación, el duelo y los problemas de integración en la sociedad que les acogió. Para las crisis de familia: la constitución de la pareja, la familia de origen, el embarazo, el parto, la crianza de los niños, la adolescencia, la vejez y el duelo.

Cada participante cuenta sus vivencias relacionadas con el tema, enfatizando más las emociones y los afectos, que los hechos mismos. Los participantes tienen la libertad de elegir lo que desean narrar y compartir. El objetivo es volverse concientes en el grupo, de las similitudes y diferencias que una misma crisis puede provocar en los afectos y las emociones.

La técnica propicia la articulación de las crisis individuales y las crisis familiares, evitando el pensamiento lineal de causa-efecto y la búsqueda de culpables y víctimas.

El psicólogo o multiplicador, facilita los intercambios, modula los contenidos emocionales y propone un trabajo terapéutico al promotor si es necesario.

b) Guía teórica:

Los contenidos teóricos están directamente vinculados con el trabajo grupal. En cada tema los promotores intentan definir por sí mismos principios de atención y prevención primaria: ¿Que ayuda hubiera sido útil para ellos y sus familiares?. Se utilizan dos textos de apoyo escritos por Métraux J. C. (1989 y 1990) adecuados al contexto social y cultural de los promotores.

La metodología del "grupo terapéutico", ayuda a que los promotores mejoren su capacidad de "escuchar" y, a partir de las vivencias de otros, aprenden también una competencia transcultural, ya que quienes participan en los talleres, provienen de distintas regiones y étnias.

En las áreas rurales, donde los promotores son analfabetas o tienen un nivel escolar básico, se utilizan folletos de educación de popular, videos, títeres, juegos y dramatizaciones. Esta última técnica se utiliza de manera extensiva en todos los talleres y con todo los grupos.

c) Experiencia práctica:

La técnica más utilizada consiste en dramatizar algunas de las experiencias de crisis

relatadas por los participantes en el grupo, con un fin didáctico y terapéutico. Se cambian papeles, se reflexionan las interacciones, sentimientos y mensajes de cada representación.

Según Métraux J.C. (1991), la originalidad de la propuesta, no reside en el uso de estas técnicas, sino en su incorporación en la formación de no-profesionales.

#### La formación de los multiplicadores (profesionales locales):

Los multiplicadores, que son psiquiatras, trabajadores sociales y psicólogos, imparten los talleres y supervisan el trabajo de los promotores. El grupo de multiplicadores recibe el mismo tipo de formación que los promotores, incluyendo el "grupo terapéutico", pero profundizando en temas como técnicas de terapia familiar y grupal, mayor elaboración de sus experiencias y el entrenamiento como supervisores. "Los multiplicadores deben saber "escuchar" a los promotores, para "conocer" sus costumbres culturales, su manera de pensar, su estructura familiar y comunitaria, sus maneras de crianza y de relación entre los sexos y sus conocimientos empíricos y culturales. Es decir, deben ser concientes, de que el aprendizaje será recíproco". (Métraux J. C.1991).

El autor, señala que la evaluación "es fundamental para validar la metodología descrita y en razón también de la escasez de este tipo de experiencias y la prioridad que suele ser atribuida a otros modelos (centrados en la patología y el trabajo de consultorio) por numerosos ministerios de salud e instituciones de salud mental a través del mundo", (Métraux J.C., 1991).

Se planificaron tres fases de evaluación para el programa: de los promotores, de los multiplicadores y de las familias atendidas. Los resultados de los dos primeros grupos ya han sido publicados (Heredia, Aleman y Thomas 1990 y 1991). Entre los resultados están los siguientes:

El 48% de los multiplicadores y el 68% de los promotores, sufrieron una o varias pérdidas de familiares durante la guerra.

Los problemas que se atienden con más frecuencia son: maltrato o abandono 38%; problemas escolares 29% y duelo 16%.

A nivel de los multiplicadores, el resultado más relevante es que el grupo se benefició tanto en su vida personal como profesionalmente. Este grupo comparado con un grupo control, mostró tener mejores habilidades para manejar situaciones de crisis, que otros profesionales que no participaron en la formación. Tomaron en cuenta las emociones y sentimientos de los niños, y la mayoría reconoce la importancia del trabajo comunitario.

La evaluación de los promotores permitió conocer mejor su perfil. Se encuentran en este grupo, maestros de primaria y secundaria, campesinos, obreros y amas de casa, algunos de ellos son analfabetas.

La evaluación también evidenció dificultades, tales como la necesidad de mejorar la frecuencia y calidad de las supervisiones, tanto a nivel de los profesionales como de los promotores.

Al inicio de este apartado sobre modelos psicosociales señalamos los aspectos comunes: 1) atienden fenómenos masivos donde hay falta de recursos humanos y materiales y 2) recurren a los recursos de la propia comunidad mediante el apoyo y la capacitación a facilitadores, promotores y multiplicadores para la atención de las necesidades en el campo de la salud mental. Es decir, el contexto y condiciones de las poblaciones afectadas, son determinantes en la opción de modelos que incluyen a no-profesionales para la atención de problemas de salud mental. Sin embargo, es importante señalar sus diferencias, ya que si bien, la intención, los esquemas y principios con los cuales operan son semejantes, en la práctica actúan en contextos

tan diferentes, que su desarrollo exige consideraciones y adecuaciones tales, que podríamos decir que, cada modelo es "único", al responder a lo particular de cada situación y de cada población atendida.

A continuación, discutimos algunas de las particularidades de los modelos psicosociales que abordamos y sus contextos, siempre, desde la perspectiva y posibilidades que tienen de aplicación para la población refugiada guatemalteca en México:

- A diferencia de la población refugiada del sudeste asiático, atendida por el sistema clínico y hospitalario norteamericano, la población centroamericana refugiada en el mismo país, carece del estatus legal de "refugiado", y por tanto, aun cuando se trata de una población muy grande (Rosenberg J., 1991, refiere una cifra de 85 mil centroamericanos solo en la Bahía de San Francisco), la gran mayoría son "ilegales", y carecen de acceso a servicios institucionales.

- Los refugiados centroamericanos en California enfrentan el aprendizaje de otra lengua y deben asimilarse a los patrones culturales anglosajones, con las desventajas de la ilegalidad y la marginalidad. Los refugiados en California, viven en un contexto que les demanda una adaptación distinta a la que afrontan los refugiados dispersos y no reconocidos en la Cd. de México, donde los indígenas enfrentan también las dificultades en el aprendizaje del español y el riesgo de la ilegalidad, pero fácilmente pueden mezclarse con la población mexicana, cuya cultura no les es tan ajena; de hecho, es frecuente que oculten su origen diciéndose chiapanecos o oaxaqueños.

- En los Estados Unidos la población centroamericana, recibe ayuda bajo el esquema genérico de atención a los "latinos"; mientras que, en México sí existen programas específicos para las distintas poblaciones refugiadas, especialmente la salvadoreña

y la guatemalteca, lo que permite una atención más dirigida.

- Aunque las situaciones traumáticas que obligaron a huir a los refugiados, hayan sido las mismas, el contexto socio-cultural del país receptor, en interacción con la forma de refugio (legal, ilegal, acampados o dispersos), determinan la condición y necesidades específicas de los refugiados.

La situación de los refugiados en la Ciudad de México, o en cualquier otra de la República, es incomparable con la que viven los refugiados en el sureste de México, (en campamentos formando comunidades semejantes a las que tenían en Guatemala y en los cuales están reunidas 4 o 5 etnias distintas en un sólo campamento).

- El programa que refiere Rosenberg J. (1991), está dirigido a las necesidades de adaptación de los refugiados y a facilitar el acceso a los recursos de la comunidad en California. Se trata de una población centroamericana que sufrió la guerra y ha decidido migrar y establecerse buscando mejoría en su estatus social. A diferencia de los guatemaltecos en México, que en su mayoría optan por el retorno en cuanto haya mejores condiciones en su país de origen, (Bottinelli C. 1990 y Doná G. 1993), por lo tanto, los objetivos y metas de los programas difieren. Mientras en el primer caso el énfasis se encuentra en la adaptación, en el caso de los refugiados guatemaltecos y los programas que los atienden, el énfasis está en el "acompañamiento".

Es necesario señalar algunas diferencias importantes entre los centroamericanos en California, (la mayoría salvadoreños) y los refugiados guatemaltecos en México, que marcan aspectos específicos que deben ser tomados en cuenta por los modelos de atención-prevención y que hace difícil la comparación entre modelos:

1. Los refugiados salvadoreños son en su gran mayoría mestizos de clase media y tiene el español como primera lengua.

2. Según la investigación de Bottinelli C. y otros (1990) en la Cd. de México, los salvadoreños buscan mejoría de su estatus social y económico, optando por migrar a un tercer país, antes de considerar su retorno al país de origen.

3. Los refugiados guatemaltecos en el sureste de México, son en su mayoría de origen campesino, indígenas y tienen como segunda lengua el español.

4. Existen algunas evidencias (ver parte metodológica de este trabajo y Donná G. 1993) de que los refugiados guatemaltecos, optan por el retorno a Guatemala, en cuanto existan garantías para su seguridad y cuenten con tierras.

En un sentido, los refugiados salvadoreños, aún cuando viven en condiciones tan precarias como las de los pobres en los Estados Unidos, han optado ya por luchar en este medio y establecerse. En programa como el que presenta Rosenberg J. (1991), tiene como objetivo propiciar la adaptación de los refugiados al contexto norteamericano.

En el caso de los guatemaltecos en México, el que la mayoría opte por retornar, dá a todos los programas iniciados con ellos, (económicos, educativos, de salud y/o salud mental), un carácter distinto, ya que su objetivo no es propiciar su "adaptación" al medio mexicano, sino más bien, cumplir con la asistencia necesaria y apoyarles en la optimización de sus propios recursos.

-Aún cuando la situación de guerra y violencia ha sido la misma para la población guatemalteca, los refugiados en México y los desplazados al interior de Guatemala viven condiciones muy distintas que deben contemplar los programas que los atienden. Una de las más evidentes, es la cuestión de la seguridad, tanto para las poblaciones atendidas, como para los profesionales y no-profesionales en los programas. En Guatemala se vive bajo condiciones de guerra y cualquier programa social o comunitario, siempre está en riesgo de ser etiquetado de "subversivo" y sus participantes de ser perseguidos. Pero, lograr confianza y estabilidad, (ambas

condiciones necesarias para sea posible el apoyo a la salud mental), es muy difícil en un contexto en el cual impera la desconfianza y el miedo. Como lo expresa Likes B. (1993), su opción de trabajar con la población infantil, responde a que por esta vía se puede acceder más fácilmente a la familia y la comunidad, sin riesgos. El contexto de los talleres y su contenido debe ser cuidadosamente planeado, ya que incluso los niños se encuentran advertidos y viven con el temor de "no hablar de más , porque aquí al que se le va la lengua, le vuelan la cabeza", como dicen con frecuencia los guatemaltecos.

-Un contexto de conflicto armado que impone el riesgo constante por la seguridad personal y una población indígena muy vulnerada que además habla distintas lenguas y vive en la marginación y la pobreza, impone muchas limitaciones al alcance e impacto de cualquier modelo de atención psico-social.

- Realizar un trabajo en apoyo a la salud mental de una población de manera abierta y bajo el apoyo de las instituciones gubernamentales, no es lo mismo que realizarlas casi clandestinamente y bajo riesgo constante en un país que vive bajo un régimen que fomenta el terrorismo contra la población civil bajo cualquier argumento de seguridad nacional.

-A diferencia de Guatemala, en Nicaragua, el programa que reporta Métraux J.C.(1991), nace con el apoyo de los sandinistas en el poder. Es un programa con alcance e impacto muy extenso: cuenta con 50 multiplicadores y más de mil promotores en casi todo el país, y aún después de la derrota sandinista en las elecciones, se mantiene como una opción viable que actúa dentro y fuera de los contextos institucionales de Nicaragua. Por otra parte, es el único programa en su tipo, del cual encontramos información publicada que evalúa el perfil de sus participantes, los logros de la capacitación y los problemas encontrados (Heredia E., Alemán L., y Thomas N., (1990/1991).

- El trabajo con refugiados guatemaltecos en los campamentos en México, está marcado por limitaciones serias de recursos y de falta de personal capacitado; al mismo tiempo, es necesario considerar el analfabetismo, la pobreza y el que no toda la población indígena es bilingüe; sin embargo, existen algunas condiciones que favorecen el desarrollo de un modelo psico-social de atención en salud mental mediante la capacitación a promotores de la comunidad, tales como los recursos organizativos propios de las comunidades, la concentración de la población en campamentos y el apoyo e interés de los refugiados y de distintas organizaciones mexicanas e internacionales para el sostenimiento financiero y técnico de un esfuerzo en este sentido.

## TERCERA PARTE

---

### 4 LOS REFUGIADOS GUATEMALTECOS EN MEXICO.

---

#### **Los testimonios:**

El flujo más numeroso de refugiados guatemaltecos a nuestro país se dió en oleadas sucesivas entre 1980 y 1983, (Aguayo S. 1985). Dichas oleadas coinciden con las ofensivas del ejército guatemalteco contra la guerrilla. Debido a la violencia política en gran escala en el país vecino, la entrada de guatemaltecos a México no ha cesado desde entonces.

La mayoría son campesinos indígenas, de un bajo nivel educativo, que llegaron al país en forma masiva y en una situación muy precaria, trayendo consigo "profundas alteraciones psicológicas" y una apremiante necesidad de alimentos, protección y atención médica, (Aguayo S. y otros. 1989).

Testimonios como el siguiente, proporcionado por un promotor de salud en los campamentos de Quintana Roo, son elocuentes sobre las razones de la huida:

"Yo ví como hicieron una masacre en un pueblo en donde llegó el ejército y mataron a todos; primero a los hombres, luego a las mujeres. Tardaron más con ellas porque primero las violaban. Después de matar a todos, los apilaban y les metían fuego. A los niños los mataron amarrándolos de los pies y pegándoles en la cabeza contra los troncos hasta matarlos. Nosotros llegamos después de que pasó esto y vimos a la gente que no se había quemado por completo, que estaban quemados solo hasta el tronco y luego se veían los huesos. Yo llegué con otras personas y pensamos que hubiera periodistas para que eso se supiera en todas partes, que los demás supieran lo que pasó".

Desde la perspectiva jurídica, la definición más universal de refugiado, se establece en la Convención de 1951 y se aplica a aquella persona que: "debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas, se encuentra fuera del país de su nacionalidad y no pueda o, a causa de dichos temores, no quieran acogerse a la protección de tal país" (Aguayo S. y otros 1989).

El gobierno mexicano y el ACNUR, utilizan tanto esta definición "estrecha" (para evaluar las solicitudes de reconocimiento individuales), como la definición "ampliada" establecida en 1969 por la Organización para la Unidad Africana (aplicada a los guatemaltecos que llegaron en grandes grupos), esta última define como refugiado a aquella persona: "que ha huído de su país porque su vida, seguridad o libertad han sido amenazadas por la violencia generalizadas; la agresión, la ocupación o dominación extranjera; los conflictos internos; la violación masiva de los derechos humanos u otras circunstancias que hayan perturbado gravemente el orden público" (Aguayo S. y otros 1989).

Los primeros en dar alimentos y asistencia a los guatemaltecos refugiados, fueron los campesinos y la Iglesia. Esta última también tuvo un papel importante testimoniando su llegada. En el "Informe de un Genocidio"(1983), el obispo Don Samuel Ruiz narra la llegada de cerca de 800 campesinos guatemaltecos a la Selva del Marqués de Comillas en Chiapas: "Para salir del vecino país, ante el acoso de las fuerzas armadas, tenían que hacerlo con gran silencio para no ser detectados, y las madres de familia estrechaban contra su pecho a los niños para que no lloraran y no fueran descubiertos. Después de un rato de apretar fuertemente a sus hijos contra el pecho y de haberse alejado del pueblo natal, los niños de tres mujeres estaban muertos. Estas mujeres quedarán traumadas de por vida al haber matado

accidentalmente a sus hijos, aunque sabrán que con el silencio que ocasionaron, salvaron la vida de cerca de otros mil".

### **Las cifras:**

En 1991 el Movimiento para los 500 años de Resistencia, publicó los siguientes datos: Con una población de 9 millones de habitantes, en diez años de guerra contrainsurgente, en Guatemala se arrasó a 440 aldeas, hay 45 mil viudas, 150 mil niños huérfanos, 100 mil asesinados y un millón de desplazados internos.

El saldo de la guerra incluye miles de refugiados en otros países. Hasta la fecha, el ACNUR y el gobierno mexicano han reconocido a 46 mil refugiados asentados en los campamentos de Chiapas, Campeche y Quintana Roo. El número de refugiados no reconocidos se estima en 150 mil (Aguayo S., 1987).

El retorno a Guatemala de 2500 personas en enero de 1993 y de otras 800 en enero de 1994, tiene muy pequeño impacto en las cifras, debido al alto índice de natalidad y, a que la posibilidad de retornar, ha impulsado a cientos de refugiados dispersos y no reconocidos en la frontera sur, (se estima una población de 60 mil según Salvadó L. 1988), a agruparse en organizaciones como la Asociación de Refugiados Dispersos Guatemaltecos (ARDIGUA), intentando negociar también su retorno con garantías. Por otra parte, la cifra de los refugiados dispersos y no reconocidos en la Cd. de México y en el centro y norte del país, serán siempre discutidas en su veracidad, ya que su estatus ilegal dificulta cualquier censo, o estudio poblacional.

En relación con la relevancia, antigüedad y magnitud del problema que nos ocupa: La salud mental de los refugiados guatemaltecos en México; encontramos muy pocas fuentes de información sobre: el estado de salud en general de la población, niveles de educación, estado funcional y necesidades de atención psicológica.

---

**Tabla 3. Personas Refugiadas y Desplazadas de Centroamérica.**

Refugiados (1000s)	El Salvador	Guatemala	Nicaragua	Total
En EU	500-850	100-200	40-80	640-1130
México	120-250	45-150	N/C	165-400
Costa Rica	6.2	0.2	22-100	28-106
Honduras	24	1	43	68
Guatemala	10		2-20	12-30
Belice	3	6	NC	9
Nicaragua	7.6	0.5		8.1
Canadá	5.3	1.2	N/C	6.5
Panamá	0.9	N/C	0.3	1.2
El Salvador		N/C	0.4	0.4
TOTAL DE REFUGIADOS Y DESPLAZADOS	893-1373	154-359	112-244	1159-1976
% DEL TOTAL DE	25-29%	3.1-7%	11-15%	11.6-18%

**POBLACION**

N/C= Se desconoce

Fuente: Aguayo S. 1989

---

**Los estudios:**

Encontramos dos tipos de estudios sobre la población refugiada:

- I. El primer tipo, ha estudiado prioritariamente el estado y vulnerabilidad de la población refugiada en relación directa con las experiencias traumáticas vividas en el país de origen. Los estudios que reseñamos, abarcan una perspectiva más amplia que la contemplada por los Trastornos por Estrés Post-traumático (DSM IIIR).
- II. El segundo tipo, apunta prioritariamente a la descripción del estado psicosocial de la población refugiada en el país de asilo, su estado funcional, la marginación, pobreza, ilegalidad, falta de acceso a servicios de salud y educación, pérdida de identidad y diferencias étnicas y culturales que caracterizan la condición de refugio de los guatemaltecos en México.

I. Estudios que priorizan el estado y vulnerabilidad de la población refugiada en relación directa con las experiencias traumáticas:

Del Huerto (1986) realizó un trabajo clínico con niños centroamericanos, incluyendo a guatemaltecos refugiados en el D.F.. Su aporte, desde el punto de vista psicoanalítico, consiste en un discusión detallada de la dinámica del refugio y el retorno a partir de algunos casos clínicos de niños que sufren una sintomatología variada y persistente por largo tiempo, después de haber sido, junto con sus familias, víctimas de la violencia política en sus países.

La autora señala la necesidad de conocer la historia del exilio en cada caso, como prerequisite de un trabajo terapéutico: "Cuando entramos en contacto con un niño refugiado, con una familia refugiada que nos consulta, no podemos pensar que todo se inicia allí en el exilio sino que debemos indagar lo previo. ¿ Qué sucedió? ¿Qué determinó que Uds. tuvieran que abandonar el país? (Del Huerto A. M. 1986, p.21). Las consideraciones de esta autora, apuntan a la complejidad de las determinaciones en la sintomatología de los niños víctimas de la guerra, así como la necesidad de concebir la salud mental de estos niños, en estrecha relación con la de sus padres y familiares cercanos. Aunque parte de la experiencia clínica, la autora sugiere la investigación multidisciplinaria y la implementación de técnicas terapéuticas masivas en términos de atención primaria o secundaria de los efectos de la guerra en los niños centroamericanos.

Nos extenderemos en la reseña de la siguiente investigación, ya que Likes B. (1993), propone también un modelo de trabajo psico-social para niños mayas en Guatemala, (ver pag.33).

Melville M. y Likes B. (1992), estudiaron el efecto del terrorismo de estado en 32 niños mayas en Guatemala (21 viviendo en instituciones y 11 en aldeas) y 36 niños

exiliados en México (23 en los campamentos y 13 en la Cd. de México). Todos los niños tenían entre 8 y 16 años en el momento de la investigación, (verano de 1988). El estudio consistió en entrevistas estructuradas con los niños y entrevistas abiertas con los profesores y personas a cargo. Se incluyeron observaciones realizadas en la casa y la escuela. Se utilizó el HTP, el Test de dibujo de la familia, un instrumento adaptado de sentimientos/afectos y otro llamado Foto/Temas, construido específicamente para este proyecto.

Las investigadoras, encontraron que de igual manera que los adultos que describen experiencias de tortura (Lira E. y Weinstein, 1984), los niños hablaron de sus experiencias de trauma y pérdida mostrando poco afecto. El análisis de sus dibujos e historias alrededor de los Foto/Temas, así como sus respuestas a la medición de afecto y la existencia de perturbaciones en el sueño, sugieren que este grupo se encontraba profundamente afectado por sus experiencias y permanecía con miedo y ansiedad.

Los niños reportaron un total de 202 incidentes traumáticos que incluían la muerte o desaparición de parientes o amigos, la pérdida del hogar, la cosecha y las pertenencias familiares, amenazas a la familia o vecinos, así como la huida de sus casas.

Uno de los testimonios recopilados por las autoras es el siguiente, relatado por una niña de 10 años en un orfanatorio de Guatemala:

"Estábamos en una casa sin paredes, debajo de un árbol. Llovía y no podíamos dormir. Llegaron los soldados y mi hermano agarró un palo y le pegó a uno, y él, (el soldado), lo agarró y le amarró las manos por atrás. Los soldados agarraron a mi padre y a mi hermano. Ellos decían que mi padre tenía armas, pero era mentira.

Casi matan a mi madre, pero todos llorábamos y la dejaron. Se llevaron a mi padre

aunque estaba enfermo. Ellos dijeron que regresaría en cinco años, pero ahora son 8 años desde ese día. Los soldados quemaron todo. Lo vimos desde la montaña. Quemaron nuestra casa, el maíz, el frijol y nuestra ropa, también mis dos faldas nuevas. Fuimos a otro pueblo con gente que nos hospedó, pero todo el mundo tenía miedo. Dos de mis cuatro hermanos murieron por la violencia y uno por enfermedad. El es el que decía a mi madre: "Yo se dónde ponen huevos las gallinas" corría por ellos y mi madre los cocinaba. Tengo aquí un hermano que me ayuda". (p.540).

---

**Tabla 4. Experiencias de Violencia**

	Edad en el tiempo de la Violencia				Presenció la Violencia		
	2-5	6-8	9-11	NC	Sí	No	NC
Guatemala	12(37%)	11(35%)	2(6%)	7(22%)	20(63%)	7(22%)	5(15%)
México	9(25%)	17(47%)	6(17%)	4(11%)	30(83%)	3(8%)	3(8%)

	Pérdida de los padres				Pérdida de Casa y Bienes
	Padre	Madre	Ambos	Pérdida de otros familiares	
Guatemala	25(78%)	1(3%)	5(16%)	20(63%)	13(41%)
México	3(8%)	1(3%)	3(8%)	35(100%)	26(72%)

Guatemala n=32

México n= 36

NC=No conocido

Fuente: Melville M. y Lykes B. 1992

---

En México, los niños refugiados hablaron con mayor libertad que los niños de las aldeas y los orfanatorios en Guatemala, también tenían más conocimiento de las causas de la represión en su país y de los motivos del exilio. Las autoras mencionan la resistencia de las autoridades mexicanas hacia la investigación en los campamentos. En Guatemala, los niños de los orfanatorios, hablaron con mayor libertad que los niños de las aldeas, estos últimos tendieron a negar experiencias de

violencia, aunque en algunos lugares era evidente el control del Ejército y la presencia de las Patrullas de Autodefensa Civil (PAC), cuyos miembros en algunos casos, insistieron en estar presentes durante las entrevistas. Las autoras observan que, en Guatemala, los niños son obligados a guardar silencio sobre su experiencia, ya que podrían ser escuchados por "orejas", poniendo en riesgo a sus familias.

La identidad maya y sus indicadores más importantes: la lengua y el vestido, son parte de la investigación. Las autoras señalan que si podemos acordar que la identidad étnica y el conocimiento de las propias raíces, es un anclaje para la salud mental de estos niños afectados por la violencia, entonces los niños de las aldeas se encuentran en la posición más fuerte, mientras los niños en la Cd. de México están en la más débil; sin embargo, estos últimos tienen mayores oportunidades educativas. Los niños de los orfanatorios en Guatemala y los de los campamentos en México, tiene dificultades similares para mantener su identidad étnica maya y para encontrar alternativas al desarrollo de su identidad.

Según las autoras, aunque la muestra no se seleccionó de manera que fuera representativa de la población, las entrevistas y los datos obtenidos, muestran aspectos importantes de la experiencia de estos niños que pueden orientar, a quienes los acompañan en el proceso de desarrollarse y crecer.

El estudio señala, que los niños que experimentan más miedo, son los niños que habitan en las aldeas de Guatemala, mientras los niños de los campamentos en México experimentan menos miedo. Por otra parte, los que están perdiendo más rápidamente su identidad étnica son los que viven en la Cd. de México, seguida por el grupo de niños que vive en los campamentos.

Uno de los temas más vitales para los refugiados de los campamentos, es la posibilidad de retornar, pero la incertidumbre al respecto, crea un sentimiento de futuro incierto para los niños.

Las autoras señalan la pertinencia de trabajar con los promotores de salud de las comunidades, aprovechando su papel de liderazgo y conocimiento de la comunidad. Los promotores serían claves en el desarrollo de un proyecto que comprenda tres elementos: la libre expresión de los eventos traumáticos y el miedo; soporte para el mantenimiento de la identidad étnica y preparación para el trabajo futuro de los niños de acuerdo a sus capacidades reales. Estos serían algunos aspectos necesarios en la recuperación de la salud psíquica de estos niños víctimas del terrorismo patrocinado por el Estado.

## II. Estudios que priorizan la descripción del estado psicosocial de la población refugiada en el país de asilo.

### a) De los refugiados en el D.F.

En los dos estudios que referimos aquí, (O'Dogherty L. 1989 y Botinelli C. y otros 1990), los salvadoreños, están presentes en mayor número que los guatemaltecos. Hasta la fecha, el único estudio demográfico y sociológico sobre población centroamericana en la Cd. de México, es el publicado por O'Dogherty L. (1989). La muestra poblacional constó de 153 centroamericanos, la mayoría salvadoreños y guatemaltecos.

La primera conclusión del estudio es que, la presencia masiva de centroamericanos en el D.F. no tiene precedentes. Según la autora, en el pasado las migraciones hacia nuestro país estaban compuestas por grupos pequeños de estudiantes, profesionales y líderes políticos. Por el contrario, el perfil demográfico de la población estudiada, involucra el desplazamiento de poblaciones enteras, como resultado de los conflictos armados.

O'Dogherty señala que no se trata de un fenómeno a corto plazo, por el contrario, puede esperarse un incremento de dicha población en los próximos años.

Como se puede observar en la tabla de "motivos de salida" y en la de "mayores problemas en la Cd. de México", se trata de una población vulnerable social y psicológicamente.

**Tabla 5. Principales Motivos de Salida \***

	El Salvador n=110	Guatemala n=31	Honduras n=9	Nicaragua n=3
Guerra o Represión	47.0	77.4	44.0	-
Amenazas a la seguridad	69.0	67.7	55.0	100.0
Riesgo para la familia	9.0	6.4	--	-
Evadir el Reclutamiento	4.7	12.9	-	-
Problemas Económicos	12.0	16.1	11.1	-

n=153 Centroamericanos

\* Hubo más de una respuesta por individuo

Fuente: O'Dogherty, 1988

**Tabla 6. Principales Problemas en la Ciudad de México\***

Problemas	%
Falta de Empleo	46.8
Falta de Servicios	44.7
Pobreza	22.3
Inseguridad debido a su estatus ilegal	22.3
Dieta Reducida	14.6
Xenophobia	4.8

\*Hubo más de una respuesta por individuo

Fuente: O'Dogherty, 1988

El estudio, marca la importancia del factor legal y su incidencia en el bienestar de la población: "La tendencia de las autoridades mexicanas de ignorar el origen político del fenómeno migratorio y su rechazo a establecer mecanismos para una protección efectiva, ha colocado a estos migrantes, amenazados en sus vidas y libertad en sus

países de origen, en una situación altamente vulnerable, en la cual son sujetos de deportación", (p.65).

O'Dogherty concluye que no solo sería importante, sino deseable, que quienes juegan un rol en la vida de los inmigrantes, tales como autoridades, ONGs y agencias internacionales, "pudieran ver en la población centroamericana en la Cd. de México, no solo una fuente de problemas, sino la oportunidad de expandir sus horizontes y compartir con la gente de centroamerica, la historia, la cultura y el bienestar", (p.65).

Bottinelli C. y otros, (1990), realizaron un estudio con 70 familias salvadoreñas y 23 guatemaltecas en el D.F.. El estudio consistió en una encuesta temática aplicada a las 93 familias y una entrevista familiar semiestructurada con 20 familias del total. Utilizaron como referentes teóricos, la teoría general de los sistemas y la terapia familiar

Algunos de sus datos son los siguientes:

-71% de los guatemaltecos de la muestra, son indígenas que poseen como segunda lengua el español. De ellos, 42% aprendió el español durante la migración y 58% hablaba algo de español antes de migrar.

-Hubo dos periodos pico para la migración salvadoreña: 1981 y 1988. La migración guatemalteca fue constante y masiva en 1981, 1982 y 1983, con niveles menores los años posteriores.

-La investigación confirma que se trata de una población migrante por razones político-militares, y no una población que migra por razones económicas, como puede mostrar el siguiente cuadro:

Tabla 7. Número de eventos represivos\* sufridos por familia

	Frecuencia
1	32%
2	21%
3	12%
4	8%
5	9%
6	10%
0	8%

\*"Eventos represivos" fueron definidos como uno o más de los siguientes: desplazamiento debido a la guerra, despojo violento de tierras y pertenencias, tortura, asesinato o desaparición de parientes masculinos jóvenes, violación, asesinato y persecución de las mujeres.

El 8% de las familias que no experimentaron directamente eventos violentos, estuvieron en riesgo de ellos o fueron testigos de tales, en vecinos y conocidos.

En relación a las tendencias de la población estudiada hacia las alternativas de futuro se encontró que:

-En el caso de las familias guatemaltecas, todas optan en forma contundente por la repatriación, manifestada en el deseo de regresar a su país, en cuanto sea posible.

-En el caso de las familias salvadoreñas, la mayoría opta por la reubicación en un tercer país.

Los autores señalan que el deseo por retornar en las familias guatemaltecas, recae en el significado que asume su país como lugar y símbolo de arraigo, sentido de grupo y pertenencia. Mientras para las familias salvadoreñas, parece más importante la búsqueda del mejoramiento de sus condiciones de vida en un estilo típicamente urbano.

b) De los refugiados en los campamentos:

Aguayo s. y otros (1989), han documentado la vulnerabilidad de los refugiados en los campamentos de Campeche y Quintana Roo. Sus datos revelan por ejemplo que, en 1985, el 14.5% de las familias en Campeche, estaban encabezadas por una

viuda. En otras familias, el padre estaba incapacitado para trabajar debido a enfermedades crónicas o a estar mutilado. En Campeche se estima que el 11.9% de los adultos del sexo masculino entre 16 y 50 años están incapacitados. Por tanto, se estima en un quinto las familias que carecen de un jefe de familia con capacidad de proveer recursos monetarios y de participar en el proyecto económico de los asentamientos. En Quintana Roo, un censo realizado en 1986, reveló que el número de viudas, representa el 8% de las familias, y los hombres incapacitados para trabajar debido a tuberculosis o invalidez, es de 5.2%. Se calculó que del total de familias 13% de ellas eran muy vulnerables.

Nos parece importante citar una de las conclusiones de este estudio: "...los guatemaltecos, como cualquier población refugiada, a consecuencia de graves violaciones a sus derechos humanos, de la huida y de la necesidad de adaptarse a un medio distinto, manifiestan un grave deterioro de su salud mental. No se trata de un problema de carácter exclusivamente individual, sino de un problema colectivo, que se manifiesta en forma distinta en los individuos y en los grupos. Hasta el momento, la prioridad ha sido dada a las enfermedades físicas. En este aspecto, la etapa de emergencia ha sido superada por completo. Es notable el mejoramiento del nivel general de salud y de nutrición de la población. Sin embargo, una vez resuelto este problema, el de la salud mental aparece como nueva prioridad" (Aguayo S. y otros, 1989).

Farías P. (1992) en su artículo, "El modelo biomédico frente a la tradición indígena maya. El caso de los refugiados guatemaltecos en Chiapas", señala que: "El modelo médico plantea como base de la práctica clínica la confianza, y el acceso a la privacidad personal. Nada podría ser más lejano a la situación del médico occidental, empleado por una agencia del gobierno, que trabaja en un campamento

de refugiados guatemaltecos", (p.71).

Desde el punto de vista de la psiquiatría antropológica, el trabajo intenta mostrar, la aplicabilidad y relevancia del análisis socio-cultural en las expresiones de enfermedad emocional, en el contexto de la interrelación entre la población de refugiados guatemaltecos en Chiapas y el sistema médico que los asiste.

El Dr. Farfás retoma la metodología propuesta por Kleinman y Good (1985), consistente en: "la exploración de las redes semánticas de las expresiones sintomáticas, diferenciación de los conceptos de enfermedad y padecimiento, y análisis del proceso terapéutico como movilización basada en la conexión del problema personal con el sistema de simbolismo cultural", (p.63)

Resumimos a continuación uno de los tres casos presentados por el Dr. Farfás, que muestra el patrón de presentación clínica de la pérdida de función por problemas emocionales entre los refugiados:

Un hombre Kanjobal de 40 años, es referido a consulta psiquiátrica después de numerosas intervenciones médicas sin éxito. La presentación de dolor abdominal y torácico, habían llevado a una intervención quirúrgica y a numerosos tratamientos médicos para hernia gástrica y acidez crónica. Ningún tratamiento había mejorado las molestias, por lo cual, se le etiquetó como hipocondríaco y manipulador del sistema médico, con el fin de evitar el trabajo (una formulación frecuente entre los refugiados). El expediente documentaba múltiples análisis e intervenciones, pero no incluía ninguna información sobre sus antecedentes personales.

Su estado emocional estaba definido por la tristeza. Vivía solo en el campamento y en el último año evitaba el trabajo. Es hasta que se le pregunta por su esposa e hijos, que relata: Un día mientras él trabajaba en la milpa, el Ejército entró a su paraje en busca de guerrilleros. Al no encontrar la cooperación de los campesinos asesinaron a la población. Al regresar encontró los cadáveres mutilados de su

esposa y sus tres hijos. Huyó a las montañas buscando refugiarse en territorio mexicano, mientras los cadáveres de su familia quedaron abandonados sin sepultura. De la frontera se trasladó a otro campamento y, desde su salida no volvió a tener contacto con ningún familiar.

"La tragedia de una vida destruída por la violencia se convierte así en sufrimiento corporal. El malestar vago y generalizado refleja la intranquilidad de una vida sin marco de referencia; en un campamento cuya lengua, el español, no es propia, sin tierra para trabajar, sin familia, sin comunidad ni religión, nada que dé sentido al sufrimiento y permita pensar o encontrar explicación a la violencia frenética de un Ejército alienado".

"Este hombre se enfrenta a un sistema médico que plantea el dolor como consecuencia de la alteración orgánica y, al ver fracasar su intento, recurre a la negación de la realidad del paciente, convirtiéndolo en un farsante manipulador, impotente ante un expediente lleno de "realidades" médicas", (p.65).

En el artículo del Dr. Farías podemos ubicar que, el desencuentro entre el sistema médico y el refugiado, está atravesado por lo simbólico de la historia y cultura de este último. El autor refiere que por ejemplo, la tristeza se manifiesta en un estado social y no interno, como la psiquiatría y la psicología se refieren al concepto. Para estos refugiados se trata de una problemática interpersonal: "no platica", "Ya nada le alegra, no se interesa, se queda acostado, no quiere trabajar". En la cultura maya según el Dr. Farías, "...la intervención médica se interpreta en el marco orgánico de las esencias vitales, pero se separa de la noción interna de enfermedad (...). Son las nociones espirituales de los ancestros familiares, lugares sagrados, balance natural, tranquilidad, etc., las que el individuo invoca para interpretar su experiencia. El médico es simplemente un proveedor de sustancias potentes y representa la estructura de poder alterna al poder del indígena. Los medicamentos se consideran

fríos o calientes; esencias que afectan el balance corporal, la fuerza de la sangre, la integridad del sistema nervioso. Su incorporación por la boca o por vía sanguínea se asocian a transformaciones esenciales que se reflejan en la experiencia corporal" (p.70)

El Dr. Farfás, finalmente plantea la necesidad de incluir una dimensión sociocultural que permita al médico contextualizar su papel y enriquecer su noción profesional.

En el siguiente artículo, (Farfás P. y Billing D., 1993), se reportan datos importantes sobre el estado de salud y estado psicosocial de los refugiados en Chiapas. El borrador titulado "The Impact of Refugee Women's Social Status on Psychosocial Health, Child Mortality and Malnutrition", analiza algunos aspectos arrojados por la única encuesta en su tipo, realizada con una muestra representativa de los distintos grupos étnicos (Kanjolal, Mam, Chuj, Jacalteco y Castellano). Se encuestó a 867 mujeres, que viven en los campamentos de Chiapas. La muestra fue estratificada de acuerdo al tamaño del campamento y a grupos de edad.

El grupo de mujeres refugiadas Mama Maquin, llevó a cabo la encuesta, con apoyo del Centro de Investigación y Apoyo a la Mujer (CIAM) y el ACNUR. El análisis de datos que presenta este artículo se realizó en el Centro de Investigaciones en Salud de Comitán y el Centro de Investigaciones Ecológicas del Sureste, (CIES).

Referimos a continuación, solamente algunos de los datos que consideramos más importantes en relación con la salud física y mental de la población encuestada.

---

**Tabla 8. Condiciones de Vida de las Mujeres en los Campamentos de Refugiados en Chiapas**

**Distribución de la Muestra por Tamaño del Campamento**

Más de 100 familias	355
38 a 100 familias	243
1 a 37 familias	267
Total	867

**Muestra por edad:**

12-19	31%
20-34	38%
más de 35	31%

**Lengua:**

Bilingüe Español	66%
Monolingüe Maya	33%
Habla Español en casa	21%

**Situación Materno/Infantil**

Nacimientos en el exilio	60%
1	21.5%
2 a 4	74%
5 a 9	4.5%
<b>Promedio de Número de Niños</b>	<b>4%</b>
<b>Niños muertos por Madre</b>	<b>1.36%</b>
<b>Mortalidad Infantil Estimada</b>	<b>103%</b>
<b>Desnutrición Infantil</b>	<b>78%</b>
Alfabetismo de las madres:	
Leen y Escriben	34%
Sin Escolaridad	66%
<b>Problemas Maritales:</b>	
Abuso de alcohol por el esposo	38%
Violencia marital	12-23%
Pollgamia	7-18%
<b>Acceso a Servicios de Salud</b>	<b>36%</b>
<b>Acceso a Actividades Comunitarias</b>	<b>13.5%</b>
<b>Desean Retornar</b>	
Esposa	94%
Esposo	68%

Fuente: Mama Maquin, CIAM, ACNUR 1991.

---

Los autores destacan en su análisis la severa marginalidad y la carencia de acceso a servicios sociales y de salud de la población refugiada. Después de 10 años de

exilio, los guatemaltecos permanecen no-integrados socialmente y continúan siendo sujetos de explotación y abusos en la región donde se encuentran asentados. "Las condiciones de vida en la mayoría de los campamentos, es de extrema pobreza, y refleja un acceso insuficiente a oportunidades económicas y educativas, un desarrollo mínimo de infraestructura en servicios y un desarrollo limitado de capacidades comunitarias independientes. La vida es particularmente difícil para la mujer, considerando sus múltiples responsabilidades en el campo y, los niveles de educación y bilingüismo". (p.3).

La encuesta revela que las mujeres tienen mayor acceso en México a programas educativos, que los que tenían en sus comunidades en Guatemala; pero desafortunadamente, pocos se han enfocado a la alfabetización y la enseñanza del español, ambas, herramientas cruciales para mejorar del acceso de las mujeres a los servicios. Como reflejo de lo anterior, las mujeres rechazan la ayuda médica.

Por otra parte, lo más frecuente es que los profesionales de la salud que visitan los campamentos, sólo hablen español y los cursos para los promotores de salud, se imparten en este idioma. Por lo que, un número muy elevado de mujeres y niños tienen como única alternativa a sus problemas de salud, los recursos y conocimientos de los promotores de sus comunidades.

Para evaluar el estado funcional de la población, los autores, relacionaron la tasa de fertilidad y la tasa de mortalidad infantil, con los efectos de la educación, alfabetización y bilingüismo, encontrando que estos últimos, modifican las dos primeras. Los autores señalan que la menor tasa de fertilidad, se encuentra probablemente mediada por la capacidad de las mujeres bilingües y con mayor educación, para interactuar eficazmente con las instituciones de salud, y señalan que dichas capacidades, probablemente se extienden a otros rubros en la interacción de los refugiados con las instituciones que regulan las condiciones de los

campamentos. Esta capacidad es también una base importante para valorar el estado funcional de la población.

Otro indicador importante, son las tasas de mortalidad infantil (se consideró al grupo de niños menores de 5 años). Siendo la tasa de mortalidad infantil de 103 por 1000 nacimientos. Cifra que resulta significativamente mas alta que la estimada para el estado de Chiapas (54 por 1000, CIES-1992) y mas alta que la reportada para Guatemala (62 por 1000) y para México (43 por 1000, Population Reference Bureau, 1991).

La frecuencia de muertes infantiles, varía significativamente entre los grupos étnicos y con relación a los niveles de educación, alfabetismo y manejo del español, como se puede apreciar en las siguientes tablas:

**Tabla 9. % de Niños preescolares muertos por grupo étnico**

Grupo Etnico	Sin muertes	Una o más muertes
Chuj	43%	57%
Mam	59%	41%
Kanjolal	59%	41%
Jacalteco	62%	38%
Ladino	71%	29%

Fuente: Farfás P. y Billings D. 1993

**Tabla 10. % de Niños Preescolares Muertos/Nivel de Educación de las Madres**

# de Niños Muertos	Educación			Alfabetismo		Habla español	
	No	hasta 3er grado	más de 3er grado	Sí	No	Sí	No
Sin muertes	52%	83%	83%	83%	52%	63%	53%
Una o Más Muertes	48%	17%	17%	17%	48%	37%	47%

Fuente: Farfás P. y Billings D. 1993

Las mujeres que pueden leer, comunicarse en español y cuentan con mayor experiencia escolar, parecen más capaces de acceder a los escasos recursos de salud disponibles, y prevenir o resolver los episodios de enfermedad de los niños.

El análisis, relaciona la violencia contra las mujeres y el abuso de alcohol en los campamentos.

"La violencia contra la mujer, tanto estructural como física, es un factor importante en la configuración de la experiencia de vida en los campamentos de refugiados (...). La violencia marital es un determinante importante en el aislamiento de las mujeres y una barrera para su participación en las actividades comunitarias"

La tabla 11, presenta la tasa de violencia marital, la percepción de las mujeres del derecho del marido al abuso físico y su percepción del abuso de alcohol de este, en diferentes grupos étnicos. Se puede observar que el grupo Chuj se distingue por reportar una alta aceptación del abuso físico al mismo tiempo que es el grupo étnico que reporta tasas menores de alfabetización en las mujeres, la mayor tasa de mortalidad infantil y la menor tasa de abstinencia de alcohol.

**Tabla 11. Alcoholismo y Violencia Marital**

Grupo Etnico	Violencia Marital		Derecho al Abuso		Abuso de alcohol		
	Si	No	Si	No	Si	No	Abst.
Kanjobal	10.5%	89.5%	33%	67%	37%	56%	7%
Chuj	14%	86%	71%	29%	40%	59%	1%
Mam	17%	83%	28%	72%	49%	39%	12%
Jacalteco	17%	83%	28%	72%	27%	57%	16%
Ladino	13%	87%	33%	67%	33%	60%	7%

Fuente: Farfas P. y Billings D. 1993

La violencia marital se encuentra estrechamente asociada con el abuso de alcohol del marido. Esta relación aparece en todos los grupos étnicos y todos los grupos de edad. Las mujeres jóvenes reportan mayores problemas de alcoholismo y violencia marital. El tamaño de los campamentos parece influir en los problemas por abuso de alcohol, ya que su incidencia, es significativamente mayor en los campamentos grandes.

---

**Tabla 12. Violencia Marital y Abuso de Alcohol**

<b>Violencia Marital por Grupo de Edad</b>	<b>Abuso de alcohol</b>	<b>No Abuso de alcohol</b>
<b>12 a 19 años</b>		
Presencia de violencia	22%	10%
Sin Violencia Marital	78%	90%
<b>20 a 34 años</b>		
Presencia de Violencia	19%	6%
Sin Violencia Marital	81%	94%
<b>Más de 35 años</b>		
Presencia de Violencia	15%	6%
Sin Violencia Marital	85%	94%

Fuente: Farfás P. y Billings D. 1993

---

"La violencia marital y el alcoholismo son indicadores importantes de disfunción psicosocial en la familia. Su asociación con desórdenes afectivos y ansiedad, su vínculo con accidentes y violencia social y el deterioro físico y funcional que resulta del abuso crónico de alcohol, marca un importante parámetro para los programas de prevención e intervención. En la situación de vida de los refugiados, este problema se manifiesta en la fragmentación de las redes de soporte y recursos comunitarios para la asistencia familiar, que son críticos en el mantenimiento del estado funcional y la resolución de problemas de salud" (p.12).

En la última parte del trabajo, Farfás P. y Billings D., refieren los resultados de un estudio de caso en el campamento La Gloria, sobre desnutrición infantil y estado psicosocial. El estudio incluyó a 34 niños kanjobales desnutridos, menores de 5 años, y a un grupo de niños normales, viviendo en el mismo campamento. El estado nutricional se estableció con el criterio de peso por edad. La disfunción emocional materna y el alcoholismo paterno fueron usados como indicadores de la salud

mental y estado psicosocial de la familia en relación con la desnutrición infantil. (Datos de ACNUR-1990, revelan en los campamentos de Chiapas, la presencia de desnutrición en el 78% de los niños menores de 5 años; presentando 1.3% desnutrición en tercer grado y 0.6% desnutrición severa). El análisis de la desnutrición infantil y su comparación, con el grupo de niños normales en el mismo campamento, viviendo condiciones económicas similares, en este estudio, conduce a la exploración de factores psicosociales y socioculturales vinculados a la desnutrición infantil.

La sobrerrepresentación de niñas con desnutrición severa, indica aparentemente, una forma temprana de discriminación en la distribución de la comida dentro del hogar. También es evidente la desnutrición grave entre los 14 y 20 meses, justamente en el periodo crítico de desarrollo, cuando comienza la marcha, se da el destete y frecuentemente hay un nuevo embarazo de la madre.

Los niveles de sintomatología emocional, resultaron significativamente más altos en las madres con niños en segundo y tercer grado de desnutrición. La sintomatología asociada al estrés post-traumático (DSM III-R), estaba presente en las madres con niños con desnutrición severa: 71% reportaron más de 2 síntomas; comparadas con 38% en el grupo control. En la muestra, el alcoholismo paterno no se relacionó con el estado nutricional ni las características familiares de la muestra.

Al comparar la noción de enfermedad y malestar, así como los patrones de búsqueda de ayuda en ambos grupos; se encontró que la interpretación de los problemas de salud de los niños estuvo marcadamente determinada por nociones de fuerzas espirituales y naturales. La desnutrición no estaba presente como concepto dentro de la comunidad y su definición como problema de salud se determinó por la intervención del sistema de salud. Las nociones de enfermedad en los niños se limitaron a la fiebre (kaa) y diarrea (ekul). Las causas de enfermedad, se vincularon a

fuerzas espirituales y a la debilidad innata del alma perdida por contacto con una fuerza espiritual fuerte y la carencia de acceso a la comida tradicional. La causa de la diarrea se atribuyó al resultado de fuerzas espirituales que alteran el balance frío-calor del cuerpo y como resultado de fluidos excesivos. Ambos grupos, compartían estas nociones, pero hubo diferencias evidentes en los patrones de búsqueda de ayuda y en el uso de los servicios de salud. Las mujeres con niños normales, usaron tratamientos tradicionales y biomédicos, mientras que en los casos graves, las madres de los niños recurrieron exclusivamente a métodos tradicionales: limpias espirituales, oraciones y hierbas.

"En resumen, las condiciones de vida de los campamentos de refugiados y las limitaciones de las mujeres frente al acceso a recursos, hace de sus capacidades educacionales, la llave para la salud reproductiva y el bienestar de los niños. El estado social de las mujeres refugiadas se refleja en su limitado acceso a la educación, a recursos materiales y a la falta de reconocimiento de su contribución a la salud y bienestar de la familia. El alcoholismo y violencia marital, manifiestan la marginación social de la mujer, y afectan al desarrollo de sus capacidades e independencia. La relación entre la reproducción y la salud de los niños, con los niveles de sintomatología emocional materna, señalan la importancia de este ámbito de experiencia en relación a la autoimagen, el mantenimiento de la esperanza y el estado funcional en el escenario difícil de la vida en los campamentos de refugiados" (p.14).

Presentamos, como contrapunto a los estudios precedentes, el punto de vista del ex-Coordinador General de la COMAR, Dr. Erasmo Sáenz (1991), que en su ponencia "Los Refugiados Guatemaltecos en México y sus mecanismos de Salud Mental: Campeche y Quintana Roo" dice: "...puede afirmarse que son todavía muy pocas y

probablemente no exista desde el punto de vista psicológico o psiquiátrico, algún estudio que tenga que ver con la problemática de los refugiados en el Sureste de México. Esto se debe quizá a que no se han presentado cuadros de trastornos mentales graves tanto a nivel individual como grupal" ( p.1).

Resalta la reubicación de 18 500 refugiados en los estados de Campeche y Quintana Roo entre 1984 y 1985, así como su dinámica reinserción en el país de asilo: "El hecho de disponer de tierras en usufructo y de contar con una perspectiva de autosuficiencia en el mediano plazo aunado a una infraestructura sólida en sus nuevos poblados, sin contar que se organizaría su vida comunitaria con cauces de autogestión y de carácter participativo y democrático, sin duda alguna esto tendría consecuencias en su salud mental: la tasa de natalidad aumento considerablemente, y en algunos momentos fue más alta que la media nacional del país huésped, las familias desestructuradas se volvieron a conformar nuevamente; los niños huérfanos fueron adoptados por miembros de otras familias; las viudas encontraron nuevos maridos; los niños asistieron a la escuela y desde la temprana edad, mediante la educación informal que reactivó sus valores culturales, vieron otro futuro en sus vidas, sin el sobresalto y traumatismo que conocieron al momento de su partida abrupta de su país de origen" (p.6)

Según los datos que presenta el autor, los refugiados de Campeche y Quintana Roo presentan una "morbilidad en salud mental" extraordinariamente baja, ya que para Campeche sería de solo 0.07%, en tanto para Quintana Roo sería nula.

El autor tomó como indicador del estado de salud mental de los refugiados, el número de internamientos en instituciones de salud a causa de trastornos psicóticos entre 1987 y 1991. Entre estas fechas se reportaron en Campeche 11 casos de alteraciones más o menos graves de la conducta, cuyo diagnóstico fué de psicosis.

El autor también apunta: "Hay que señalar sin embargo, que las hospitalizaciones

cuando ello ocurrió, fueron de corto plazo y con rápida recuperación y pronta reinserción en sus comunidades de residencia" (p.7).

La visión de este artículo, pueden sugerir que no es necesario destinar recursos a la investigación ni a la atención de los problemas de salud mental, ya que:

1) Los refugiados en Campeche y Quintana Roo, mediante apoyo a la infraestructura y organización comunitaria han podido (a pesar de los traumas sufridos) mantener una "morbilidad en salud mental" extraordinariamente baja.

2) Sólo los trastornos psicóticos se consideran problemas de salud mental y no otros importantes como: depresión, trastornos por estrés post-traumático (PTSD, DSM III-R), alcoholismo, violencia familiar, somatizaciones y conducta psicopática.

Nos interesa señalar, que de acuerdo a esta perspectiva, se podría justificar la inexistencia de programas oficiales que atiendan la salud mental de los refugiados. Afortunadamente, el vacío ha sido reconocido por algunas ONGs y por los mismos refugiados; sin embargo, dichas instancias, con menores recursos financieros y humanos, enfrentan el desafío de llevar a cabo propuestas viables, creativas y efectivas en este campo.

### **Diferencias entre los refugiados de los campamentos y los que viven en la Cd. de México:**

Consideramos necesario en este punto, completar la información sobre los refugiados guatemaltecos en la Cd. de México y los campamentos, con algunas apreciaciones compartidas por las ONGs que los atienden.

Las experiencias traumáticas sufridas por los refugiados guatemaltecos de los campamentos y los que viven en la Cd. de México, son semejantes: ambos grupos sufrieron muertes de familiares y arrasamiento de sus aldeas, (Sáenz I., 1991). Huyeron porque sus vidas estaban seriamente amenazadas; sin embargo, hay

diferencias en las opciones que tuvieron en la huída y en la situación que enfrentan en el refugio. Los refugiados en el sureste, salieron precipitadamente y en grandes grupos cruzando la frontera, debido a los ataques del Ejército guatemalteco y, ya en México, posteriormente se les ubicó en campamentos. Muchos de los que llegaron al D.F., huyeron en primera instancia hacia la capital guatemalteca u otras ciudades del interior; lo hicieron individualmente, o con el núcleo familiar más cercano y, sólo posteriormente, con la ayuda de organizaciones humanitarias, conocidos o familiares, viajaron hasta la Cd. de México.

Es evidente que la situación de vida y el contexto para los refugiados en los campamentos y en la Cd. de México, son completamente diferentes, lo cual tiene efectos y opciones a nivel individual, familiar y grupal. Pensamos que aunque esta comparación no es el objeto de estudio del presente trabajo, vale la pena mencionar algunas de las diferencias:

1) Los refugiados de los campamentos tienen una movilidad restringida a cierta zona, fuera de la cual, pueden ser detenidos por las autoridades de migración.

Los refugiados en la Cd. de México y que viven dispersos en otras ciudades, reconocidos o no, por el gobierno mexicano y el ACNUR, tienen libre movilidad en el territorio mexicano.

2) Las opciones de trabajo para los refugiados de los campamentos son: el cultivo para la subsistencia en tierras asignadas por el gobierno mexicano, el trabajo en tierras rentadas a propietarios mexicanos o el trabajo como jornaleros, recibiendo un salario generalmente inferior al de los campesinos mexicanos. Otra opción es el comercio con la población mexicana. Muchos jóvenes refugiados en Campeche y Quintana Roo, trabajan temporalmente como albañiles en Cancún u otros centros turísticos.

Los refugiados en la Cd. de México, tienen otras opciones; el trabajo asalariado en

organizaciones de los propios guatemaltecos, el comercio ambulante, la producción y venta de artesanías y, en algunos casos el ejercicio de una profesión.

3) También hay diferencias en el acceso a la educación. En los campamentos, se imparte solamente la educación primaria. Para estudiar la secundaria, los niños deben salir de los campamentos y cursar el ciclo en escuelas mexicanas, lo que no siempre es posible.

Los jóvenes refugiados en la Cd. de México, generalmente acceden a niveles de educación más elevados, incluso profesionales.

4) La mayoría de los refugiados en los campamentos y la Cd. de México, manifiestan su deseo de retornar cuando existan las condiciones de seguridad y subsistencia mínimas; sin embargo, los primeros, están organizados por las Comisiones Permanentes de Refugiados (CCPP) para buscar acuerdos de logística, seguridad y tierras con el gobierno guatemalteco; mientras los refugiados dispersos, retornan con su núcleo familiar, dependiendo del apoyo de sus familiares y sus opciones de trabajo en Guatemala.

### **Programas para la atención de la salud mental de los refugiados guatemaltecos en México:**

Con el fin de tener un panorama de los recursos preexistentes al desarrollo del modelo que proponemos más adelante, hacemos mención de los servicios que comprenden algún aspecto de atención-prevención en salud mental:

En el Distrito Federal, sólo hay dos instituciones que han contemplado las necesidades de atención en salud mental de la población refugiada: Servicios Técnicos del ACNUR (SERTEC) y el Comité del D.F. de Ayuda a Refugiados Guatemaltecos (CDF). La primera, hasta diciembre de 1993 brindó un servicio de referencia a profesionales de la salud mental, cuando detectaba problemas

psicológicos en las personas que asistían a sus oficinas para solicitar su reconocimiento legal como refugiados; la segunda, desarrolla un programa específico de capacitación en salud mental a promotoras guatemaltecas en el D.F., desde 1988, (Sáenz I. 1991) y a grupos de mujeres refugiadas organizadas en el sureste.

En Chiapas, el Hospital de Comitán de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), cuenta con una psicóloga que atiende tanto a la población mexicana como a los refugiados que asisten a consulta. Mientras, en Campeche y Quintana Roo no existe ningún profesional ni institución que atienda directamente los problemas de salud mental de la población, por lo tanto, la atención de dichos problemas, recae en los mismos refugiados y sus organizaciones.

Además de la capacitación a promotores que realiza el CDF, podemos mencionar otros esfuerzos: la Consultoría Mesoamericana de Asistencia y Desarrollo (COMADEP), desarrolla un programa en el sureste para promotores de educación y grupos de niños que reciben capacitación en salud mental coordinados por una promotora capacitada por el CDF. (Alcón I. 1993). Farfás P., Miller K. y Billings D., han realizado en Chiapas talleres dirigidos a los promotores de educación, utilizando algunas de las técnicas de los talleres creativos implementados por Lykes B., (1993).

### **Recursos organizativos propios de los refugiados en los campamentos:**

Los refugiados cuentan con una organización sólida que suplente las funciones que tendrían las instituciones oficiales y resuelven problemas de una manera bastante efectiva y democrática, ahí donde falta todo o casi todo: alimentos, salud, educación y fuentes de trabajo.

Su alto nivel de organización, permite a los refugiados mantenerse informados y

coordinarse para tomar decisiones, al interior de los campamentos, entre-campamentos y estados y, hacia el exterior con las instancias gubernamentales mexicanas y guatemaltecas.

Racionalizar recursos, difundir información, tomar decisiones, recibir o dar capacitación, distribuir alimentos y jornadas de trabajo, la educación de los niños, la capacitación de las parteras empíricas, los cursos de salud, la alfabetización y el trabajo cooperativo, la organización para el retorno a Guatemala y, prácticamente toda la vida de los refugiados en los campamentos, esta regulada por sus propias organizaciones.

Dichas formas organizativas y su importancia para la sobrevivencia de los refugiados, ya por sí mismas, merecerían un estudio psico-sociológico.

La comunidad se divide en sectores con representantes elegidos por la propia comunidad; cada sector se reúne periódicamente para compartir información y tomar decisiones. Ningún representante está autorizado a tomar decisiones, ni a proponer, sin antes consultar a la comunidad que lo eligió.

Hay un sector de jóvenes, uno de mujeres, parteras, catequistas, promotores de salud, promotores de educación, promotores de derechos humanos y representantes de las Comisiones Permanentes CCPP (esta última instancia, formada en 1987 para negociar las condiciones de un retorno digno para los refugiados, ha adquirido un enorme peso político, tanto dentro de la vida de los campamentos, como hacia fuera, en las negociaciones con los gobiernos), (Aguilar A. 1991). A continuación, describimos brevemente a los sectores y grupos de promotores más importantes:

Jóvenes: Están organizados como sector con representantes. Se reúnen para organizar actividades principalmente culturales. Algunos de sus miembros son también promotores de salud o de educación.

Las mujeres organizadas: Para las mujeres, particularmente en Chiapas, es difícil

realizar tareas comunitarias fuera de sus propios campamentos, debido a las distancias entre ellos y, a la necesidad de tramitar permisos de salida ante la COMAR. Esto se suma a las restricciones culturales que limitan la participación de las mujeres en tareas fuera del hogar; sin embargo, cada vez es mayor su participación en grupos como Mama Maquin, La Nueva Unión y la Nueva Luna. Lo anterior ha sido posible, gracias al trabajo organizativo constante y al apoyo de las ONGs nacionales e internacionales, que entre otras cosas, han podido realizar talleres de capacitación laboral, cursos de alfabetización y organizar el retorno. Pero tal vez lo más importante, es que la posibilidad de organizarse, marca una diferencia con respecto a las alternativas limitadas al hogar que tienen las mujeres indígenas en Guatemala. Salir de la casa, reunirse para cuestiones prácticas como el trabajo cooperativo, la educación, el levantamiento de demandas sobre sus necesidades, el derecho de hablar y tener presencia frente a los otros sectores que forman a la comunidad refugiada, es un gran logro para las mujeres. Incluso, con la ayuda del Centro de Investigación y Acción para la Mujer (CIAM) y otros grupos, realizaron un censo sobre la condición de la mujer refugiada en Chiapas, cosa que, hasta donde sabemos, no ha ocurrido en ninguna otra población refugiada del mundo. (Ver: Farías P. y Billings D. 1993)

Parteras: Son un grupo numeroso, muchas de ellas, son analfabetas y no hablan español. Algunas de ellas pertenecen también a alguna otra organización de mujeres como Mama Maquin. Participan en talleres de salud que imparten médicos y ONGs como, el Centro de Ecología y Salud para Campesinos (CESC) y Promoción de Servicios Comunitarios (PROSECO) en Chiapas.

Catequistas: Los catequistas tienen un papel relevante en la cohesión del grupo, son muy respetados. En Guatemala, jugaban ya un papel importante en la organización de las comunidades y por lo mismo, se les persiguió en la década de los ochentas.

Son la base de la Iglesia católica entre los refugiados. Los catequistas son gente alfabetizada y, generalmente, tienen un grado de educación más elevado que el promedio de la población.

Los promotores de salud: Arana M. (1992), basándose en una encuesta realizada en los campamentos de Chiapas, destaca el papel de los promotores de salud en la atención y referencia de casos a las instituciones. De acuerdo a dicha encuesta, en un período considerado, la mitad de los pacientes del Hospital de Comitán habían sido referidos por promotores de salud. El mismo autor señala que la única atención con que cuenta la mayor parte de la población refugiada y una parte considerable de la población mexicana, es proporcionada por los promotores de salud guatemaltecos.

Podemos destacar la prevención de enfermedades gracias al trabajo de los promotores; por ejemplo, la incidencia de casos de cólera es muy baja, pese a la falta de agua potable, drenaje y servicios.

Los promotores reciben constantemente cursos, impartidos por ONGs mexicanas y, anteriormente por personal médico del Hospital de Comitán (SSA); sin embargo, antes de dar inicio al programa de salud mental, existía preocupación entre el equipo médico y las ONGs que impartían cursos de salud a los promotores por su tendencia a sobremedicar. El uso de fármacos y las pláticas de prevención, constituían las únicas herramientas para resolver problemas de salud de la población.

Los promotores de educación: Según datos de COMAR, la población infantil en los tres estados es como sigue: Campeche 55%; Quintana Roo 58% y Chiapas 50%. Hay 384 promotores de educación en total: 84 en Campeche, 61 en Quintana Roo y 244 en Chiapas. Cuentan con una pequeña compensación económica de la COMAR y la supervisión de profesores mexicanos titulados. La mayoría son muy jóvenes y muchos no han terminado la primaria.

En Chiapas la infraestructura es mínima y se trabaja en condiciones de extrema carencia, en aulas hechas de palos, igual que las casas. Las mesas y sillas son troncos de árboles sobre horquetas y los niños asisten a clases con cuadernos y lápices rotos. No hay pizarrón, colores, ni ningún tipo de material de apoyo; sin embargo, los promotores tienen mucha conciencia de la importancia de su labor y la mayoría de los niños asiste a clases.

Los promotores de derechos humanos: Es un grupo pequeño en comparación con los otros grupos de promotores. Sus tareas comprenden la difusión y educación entre la comunidad de la conciencia del derecho y el conocimiento de la Constitución política de Guatemala, tarea muy importante en la perspectiva del retorno.

Representantes de las Comisiones Permanentes (CCPP) constituye actualmente la organización más importante para los refugiados. La participación como representante de las CCPP, es voluntaria y quien la asume cuenta con el respaldo de su comunidad. Todas las decisiones se consultan en un proceso democrático.

Plantearemos en la parte metodológica, la importancia de capacitar a los promotores y representantes de las organizaciones que mencionamos, dada su presencia e influencia en la comunidad. Pensamos que de hecho, las organizaciones ya existentes y sus representantes, son la vía más efectiva para detectar, atender y sensibilizar a una parte importante de la población guatemalteca refugiada, sobre los problemas de salud mental.

### **Algunas consideraciones contextuales en relación con el retorno de los refugiados:**

Las palabras "retorno" y "repatriación", que se refieren al proceso de vuelta al país de origen, tienen connotaciones sociopolíticas distintas e importantes para los refugiados

guatemaltecos, por lo que vale la pena intentar una definición de acuerdo a sus propios términos:

La repatriación: regresar a la Patria, recuperar la Patria, es el término utilizado oficialmente por la coordinación establecida a niveles gubernamentales (ACNUR-CEAR-COMAR) para llevar a cabo este proceso. De las repatriaciones, nos enteramos cada tanto por la prensa escrita; se trata de grupos de familias que voluntariamente y de manera anticipada, manifiestan su deseo de repatriarse. La COMAR, integra una lista de personas y periódicamente dispone de camiones que llevan hasta la frontera a los grupos. Se les dá una pequeña suma de dinero y la Comisión Especial de Ayuda a Repatriados y Retornados (CEAR), los recibe en Guatemala. Cada familia tiene derecho a una despensa durante algunos meses en Guatemala.

Muchos refugiados rechazan este proyecto, por considerar que debilita a sus formas de organización y porque dicen: -nunca han perdido la Patria-.

El retorno, es un proceso de organización colectivo y con representación democrática de todos los sectores y grupos que componen la comunidad refugiada en los campamentos. Está coordinado por las Comisiones Permanentes, (CCPP).

El retorno tiene la mayor importancia para la población refugiada en la determinación de su futuro, ya que, sus consecuencias inciden tanto a nivel psicológico como social. Cualquier programa dirigido a la población refugiada en el sureste de México, necesariamente, está dentro de éste contexto complejo y caracterizado por la inestabilidad.

En el presente trabajo, nos referiremos casi exclusivamente al retorno, ya que es el proceso más importante e involucra a la mayor parte de la población refugiada.

Según Domínguez B., representante de las CCPP, el 70% de los refugiados

reconocidos en el sureste de México, han confirmado su decisión de retornar, el 15% adoptaría la nacionalidad mexicana y el resto, "esperaría mejores condiciones de seguridad en Guatemala para regresar", (La Jornada, 20 abril de 1994). (La COMAR ha proporcionado datos semejantes en diversas ocasiones).

Estos porcentajes hablan de un gran desplazamiento hacia Guatemala en los próximos dos o tres años, lo que traerá consigo cambios muy importantes en la vida de los refugiados, sea que, decidan retornar o permanecer en México.

En 1992 el retorno como proyecto, comienza a concretarse debido a las siguientes las condiciones: 1) condiciones políticas más favorables en Guatemala, 2) apoyo de la comunidad internacional, 3) madurez política y capacidad negociadora de las Comisiones Permanentes (CCPP), 4) respaldo en las negociaciones de paz entre la guerrilla y el gobierno guatemalteco, 5) compra de tierras destinadas a los retornados.

En enero de 1993, llegan a Guatemala, 2 500 refugiados al lugar bautizado con el nombre: "Victoria 20 de enero". Este hecho es un logro para la comunidad refugiada y sus organizaciones en México; sin embargo, el retorno como proceso es muy sensible a las condiciones políticas en Guatemala. Durante el autogolpe del presidente Serrano Elías, el proceso casi se paralizó, se pospusieron las fechas para la salida de un segundo grupo y las familias que estaban preparadas para retornar, dejaron de sembrar y vendieron sus pertenencias; ésto, creó una situación de emergencia que hizo necesaria la intervención de la solidaridad internacional para proveerles de alimentos.

El levantamiento del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) en Chiapas en enero de 1994, ha tenido como consecuencia para los refugiados de esta región, la prohibición por la COMAR para movilizarse fuera de una franja mucho más restringida que la habitual, además de que el desplazamiento de la población

mexicana vecina a los campamentos afectó gravemente el abasto de alimentos y recursos, pues parte de su sobrevivencia depende del trabajo como jornaleros en los cultivos de mexicanos y del comercio que se establece entre las dos poblaciones. Este nuevo aspecto, que interactúa con la ya de por sí situación difícil para los refugiados, probablemente acelere y catalice el proceso de decisión de muchos refugiados para retornar a Guatemala.

Desde la perspectiva psicológica, nos interesa destacar en este contexto de retorno algunos aspectos:

Aún bajo las constantes presiones bajo las cuales viven, quizá el aspecto más importante para los refugiados, desde lo psicológico, sea que pueden decidir en dónde quieren fincar su vida y ver crecer a sus hijos, mientras que hace diez o doce años la única opción, era huir para salvar la vida.

En la situación actual se juegan factores complejos tanto en el ámbito externo como en el interno (psíquico), que mantiene a los refugiados en una situación de conflicto. Enunciamos a continuación algunas fuentes del mismo y ejemplos de sus manifestaciones.

Por una parte, está el deseo de regresar y recuperar algo de lo perdido: tierra, familia, identidad; por el otro se enfrentan también nuevas pérdidas. Los niños y adolescentes que han nacido y crecido en México, muy probablemente se encontrarán en una situación de vulnerabilidad y en riesgo de no lograr reconocerse ni adaptarse en la tierra y cultura de los padres. Tampoco la comunidad refugiada, es la misma que salió de su país hace doce años, no sólo por su composición: muertes, nacimientos, nuevos vínculos etc, sino por la asimilación de la cultura mexicana, presente en el lenguaje, el vestido y los cambios en las costumbres, especialmente dentro de la población más joven. Por tanto, en su reinserción al

contexto de Guatemala, tendrán como grupo una identidad distinta de la población guatemalteca que no salió; serán "los que se refugiaron", "los retornados", "los que estuvieron en México"; con costumbres, lenguaje, niveles de educación y formas organizativas distintas a las de las aldeas guatemaltecas. Es decir, los cambios psicosociales complejos que se han operado en la población durante doce años de refugio en México, muy probablemente seguirán actuando, no sin conflicto en el retorno a Guatemala.

Las familias viven también un proceso de separación y ruptura. No es raro escuchar a hombres y mujeres de los campamentos decir que se quedarán en México porque sus hijos o hijas se han casado con mexicanos; pero también hay familias divididas porque algunos de sus miembros quieren retornar y otros quedarse en México. Los conflictos de lealtades aparecen tanto en las esferas políticas como en las familiares y comunitarias. Los refugiados manifiestan temor a que los niños no tengan acceso a la educación en Guatemala y a que los jóvenes sean forzados a realizar el servicio militar, pero sobre todo, les escuchamos con miedo a que los hechos de violencia que los obligaron a huir, se repitan.

Pensamos que propiciar la reflexión acerca de la decisión de retornar o no, y sus consecuencias en las familias y comunidades, es una parte importante del trabajo a realizar desde la salud mental, ya que, dicha decisión, implica más que la expresión de una filiación política o grupal, pues pone en juego el futuro de cada refugiado como individuo, así como una historia colectiva marcada por el refugio.

## CUARTA PARTE

---

### 5 METODO Y PROCEDIMIENTOS

---

#### **Fase exploratoria:**

Se realizó una exploración de campo con el objetivo de obtener directamente una apreciación del estado y necesidades de atención a problemas de salud mental en la población refugiada mediante: 1) entrevistas a personas claves de grupos e instituciones de salud; 2) un cuestionario para explorar actitudes, motivaciones y miedo ante el retorno y 3) un taller con carácter experimental dirigido a un grupo de promotores de salud en Chiapas.

Esta fase tuvo una duración de 6 meses (enero-junio de 1992).

#### 1) Entrevistas a personas claves de grupos e instituciones de salud.

Se obtuvo información de:

- a) médicos del Hospital de Comitán, Chiapas.
- b) personal médico y técnico del Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos (CESC) en Chiapas,
- c) representantes del grupo de mujeres organizadas Mama Maquin: Chiapas, Campeche y Quintana Roo.
- d) representantes de la agrupación de promotores de salud guatemaltecos de los tres estados, (AGRUMS).

Realizamos entrevistas informales y abiertas, teniendo como pregunta clave: ¿Qué necesidades de atención en salud y/o salud mental pueden observar en su trabajo cotidiano en la comunidad refugiada?

Las respuestas más frecuentes y consistentes abordaron los siguientes aspectos:

1. Los problemas relacionados con depresión, alcoholismo y violencia contra las mujeres y entre varones son muy frecuentes en los campamentos.
2. La posibilidad de retornar ha generado tensión y violencia en las comunidades y al interior de las familias. Hay divisiones entre grupos que representan distintas posiciones políticas.
3. Los promotores de salud tienden a sobremedicar a sus pacientes y carecen de elementos para diferenciar problemas físicos de problemas emocionales o mentales.
4. Las mujeres, sienten desconfianza hacia los promotores de salud varones. Cuando solicitan ayuda, prefieren consultar a las parteras u otras mujeres de la comunidad, y éstas generalmente están poco capacitadas.

## 2) Aplicación de un cuestionario:

Debido al énfasis y la importancia concedida por todos los entrevistados a la situación del retorno (como causa de muchos problemas, y también como contexto ineludible para la población refugiada), decidimos elaborar un cuestionario cuyas preguntas trataban de explorar algunas de las consecuencias de dicho proceso.

Las preguntas estaban dirigidas a obtener información sobre el miedo, motivaciones y expectativas hacia el retorno. Hicimos dos versiones de dicho cuestionario, la primera constaba de 38 preguntas elaboradas con ayuda de algunas mujeres refugiadas en la Cd. de México. Se agrupaban por temas: el retorno, la familia, la comunidad y "empezar de nuevo". Las preguntas eran como: ¿Qué le dá miedo de vivir en Guatemala?; ¿Piensa que si sus hijos conocen más de Guatemala sea más fácil que se adapten?; ¿Qué piensa su familia sobre el retorno?. Este cuestionario se aplicó a 15 refugiados en el D.F. y los campamentos (ver apéndice 1).

El cuestionario resultaba muy extenso y no encontramos mucha disposición por

parte de los refugiados para responder. Algunas preguntas generaban respuestas muy similares: Por ejemplo: ¿Qué siente la familia de regresar? y ¿Qué dicen sus hijos de regresar? en los 15 cuestionarios las respuestas se refirieron a los hijos sin hacer referencia a la pareja. Optamos por no realizar un análisis fino de este primer cuestionario, sino únicamente, servirnos de su resultado, en función del tipo de preguntas que a juicio nuestro, nos daban mayor información. Esto nos permitió reformular las preguntas para elaborara un nuevo cuestionario.

El segundo cuestionario, incluyó sólo 7 preguntas, dirigidas a explorar los miedos y motivaciones alrededor del Retorno, (ver apéndices 2 y 3). Se aplicó a 39 promotores de los tres estados, 31 eran hombres y 8 mujeres, con edades entre 16 y 55 años.

Obtuvimos la siguiente información, que consideramos útil para orientar nuestra propuesta de trabajo:

Entre las personas que contestaron el cuestionario, (N=39):

---

58% manifiesta deseo de retornar (n=23)

42% no desea retornar (n=16)

---

Entre las personas que desean retornar, (n=23), 5 esperan a que haya mejores condiciones en Guatemala y 18, retornaría en los próximos movimientos de retorno aún cuando no existan condiciones de seguridad en su país.

Del total de 39 encuestados:

---

17% dice no tener miedo de retornar, (n=7)

82% dice tener miedo de retornar, (n=32)

---

Las motivaciones más importantes para el retorno son: La tierra, la familia, razones de identidad y pertenencia; inseguridad y problemas para la sobrevivencia en México.

Un ejemplo de respuesta a la pregunta: ¿Qué te dan ganas de regresar?, de un promotor de salud: "Porque en realidad allá nací y soy guatemalteco. Allá tengo mis tierras, animales y familiares. Quisiera regresar para ver si regresando recuperamos lo que dejamos"

Los motivos de miedo de retornar son a: que se repita la experiencia de represión, miedo al Ejército y al reclutamiento forzoso de los jóvenes, a las Patrullas Civiles (PAC), a los secuestros y desapariciones, a la falta de respeto a los derechos humanos.

Una promotora de salud contestó a la pregunta: ¿Qué te dá miedo de regresar?; "Pues lo que me dá miedo regresar, al acordarme por todo lo que nos hicieron. Mataron a mis hijos y si nosotros no nos hubiéramos venido, ya fuéramos muertos. Pero sí pensamos regresar cuando el gobierno acepte nuestras condiciones".

Un promotor de salud contestó: "Nos dá miedo porque ya hemos visto la situación en Guatemala, sigue el secuestro, la violencia, la patrulla civil, el reclutamiento".

Nos parece importante señalar que, entre los refugiados que contestaron los cuestionarios en Chiapas, 8 de ellos, mencionaron el temor a que en México

también hubiera guerra, (el cuestionario se aplicó en 1992).

Como ejemplo de respuestas a la pregunta: ¿Qué te dá miedo de quedarte?: Una mujer partera contestó: "Tal vez al quedarnos nos pasa algo por quedarnos solos. Aquí yo creo que va haber guerra como en Guatemala. Los maestros están en huelga porque no les quieren pagar. Así comenzó, en Guatemala. Tantos muertos que ha habido. Ahí por donde vivimos aparecen muertos en el río"

Un promotor de educación respondió: "Me dá miedo porque según la gente mexicana, nos dicen que también aquí va haber guerra, por problemas de la tierra y de salario. Ya no tarda, según nos cuentan".

El cuestionario plantea también preguntas acerca del refugio y sus implicaciones en cuanto a pérdidas y logros: ¿Qué has perdido en el refugio? y ¿Qué nuevos logros has tenido en el refugio que te ayuden a tí y a otros refugiados?. Una mujer partera contestó a la primera pregunta: "Que mis hijos no han aprendido a hablar en mi lengua. Aquí ya no se puede andar caminando. (En Guatemala) conocía uno su tierra, sus lugares, sus linderos. Siempre andamos con cuidado con los mexicanos que nos dicen que queremos robar. Los mexicanos roban y nos echan la culpa. Se han perdido costumbres, no hay altares, no hay bodas. Los hijos nomás se juntan en unión libre".

Un promotor respondió a la segunda pregunta: "Pues para mí los logros que hemos tenido es que hemos aprendido a vivir organizados, cómo hacer trabajos colectivos, nombrar comisiones, representantes, promotores, catequistas y muchos sectores más"

En la construcción de las preguntas como: ¿Qué le dan ganas de regresar?, quisimos respetar la forma de expresión de los refugiados indígenas que hablan

español, ya que el cuestionario sería aplicado en los campamentos; sin embargo, dicha construcción sugería ambigüedades y recibimos críticas en este sentido, sobretodo de algunos guatemaltecos mestizos en la Cd. de México que conocieron el cuestionario.

Presentamos en el apéndice 3, un análisis preliminar que agrupa el tipo de respuestas a cada pregunta. Para el propósito de este trabajo, rescatamos únicamente los aspectos cuantitativos expresados en porcentajes que mencionamos anteriormente, así como una clasificación tentativa del contenido y tipo de respuesta de los refugiados; sin embargo, es necesario señalar que, para obtener un análisis más fino de la información, se requeriría de la elaboración de: 1. una definición más precisa de los aspectos en relación al retorno y la salud mental que se quieran explorar; 2. uno o más cuestionarios a partir del análisis de los datos obtenidos; 3. la consideración de aspectos como tamaño y estratificación de la muestra y, 4. la aplicación a un grupo mayor y representativo de refugiados.

### 3) Un taller con carácter experimental

El taller tuvo una duración de tres días con 8 horas diarias de trabajo. Se impartió en Comalapa, Chiapas.

El taller tenía tres objetivos: 1. Obtener información de los promotores acerca del estado de salud y salud mental de la población en los campamentos, así como su situación ante el retorno; 2. Probar una metodología eficaz y adecuada a las capacidades y realidad que viven los promotores; 3. Dotarles de algunos elementos que les ayudaran a identificar y atender problemas de salud mental, (la importancia de hablar y escuchar en la relación de ayuda, elementos de una entrevista, el rol del promotor).

Asistió un grupo de 17 promotores de salud: 11 hombres y 6 mujeres.

Los promotores identificaron como síntomas "mentales" frecuentes en la población que atienden: "pensar mucho", dolores físicos vagos, dolor de cabeza, pesadillas, insomnio, nervios, tristeza y problemas sexuales.

Mencionaron también como problemas de salud mental en los campamentos: el suicidio de jóvenes, alcoholismo, violencia física contra las mujeres y muchas peleas entre los varones.

En el taller exploratorio, realizamos actividades semejantes a las que describimos detalladamente en las "Guías de trabajo" de los tres talleres que comprenden el proyecto (ver pags. 98-109). Incluimos: Trabajo con casos-ejemplo, dramatizaciones, dibujos de los promotores y dibujos del folleto De Niño a Niño y, usamos textos de apoyo ("El Manual del Promotor", ed. por Prodessep y el "Manual de Sudáfrica" ed. por OASSSA).

Entre los aspectos más sobresalientes de dicho taller, para ser tomados en cuenta en el desarrollo del modelo encontramos:

Que los promotores de salud no contaban con un marco metodológico ni conceptual para realizar su trabajo; tendían a dar consejos y emitir juicios antes de escuchar a quienes los consultan.

Que las formas de tratamiento más usuales son los medicamentos de patente y las limpias, hierbas, y otros tratamientos tradicionales que incluyen la visita al brujo o curandero de la comunidad. Es decir, las prácticas tradicionales coexisten con la medicina occidental y si una no soluciona el problema, se recurre a la otra.

Los padecimientos psicosomáticos en la población son muy frecuentes, y se manifiestan generalmente como dolores físicos vagos y generalizados que persisten después de diversos tratamientos médicos o tradicionales y que se asocian generalmente a hechos traumáticos.

El dolor por las pérdidas al huir de Guatemala y el recuerdo mismo de la experiencia

estaban vivos y presentes en este grupo, al mismo tiempo que la incertidumbre y el conflicto dado por el planteamiento reciente de la posibilidad de retornar. Esto último, según los promotores, ha causado divisiones en las comunidades y dentro de las familias.

Como resultados del taller podemos mencionar que:

- 1) Obtuvimos información valiosa, proporcionada por los promotores en relación al estado de salud de la población, las formas usuales de atención, así como el conocimiento sobre las bases en las cuales fundamentan su trabajo, (la atención individual y el uso extensivo de medicamentos).
- 2) Lo anterior, nos confirmó nuestra suposición de que la falta de conceptos y metodologías de trabajo, dificultaban tanto la detección como la atención de problemas de salud mental en la comunidad.
- 3) También nos confirmó la suposición de que los promotores, debido a que cuentan con el respaldo de la población y son a la vez parte importante del tejido organizativo y social de la comunidad en los campamentos, podrían ser el vehículo ideal para la sensibilización y atención en relación a los problemas de salud mental.

En resumen, la fase exploratoria nos permitió obtener información útil para plantear los objetivos de un modelo de capacitación a promotores, contemplando las siguientes necesidades:

- considerar el retorno, como contexto ineludible que viven los refugiados, y como tema de los talleres.
- considerar la necesidad de un trabajo que implique la elaboración del duelo y la situación de refugio del grupo de promotores.
- dotar a los promotores y otros agentes de la comunidad, de conceptos y elementos metodológicos que les permitan nombrar, diferenciar y atender los problemas de

salud mental de la comunidad.

- atender problemas asociados al síndrome por estrés post-traumático, (entre los cuales la somatización es muy frecuente), dando alternativas para su atención, ya que, encontramos que este tipo de problemática es usualmente atendida sólo con tratamiento farmacológico.

La información obtenida mediante las entrevistas, los cuestionarios y el taller, nos permitió avanzar en la propuesta de un modelo de capacitación en salud mental a promotores por medio de una serie de talleres con contenidos y metodología apropiados para abordar las necesidades de atención y prevención en salud mental de los refugiados. Con tal fin, y considerando las limitaciones de un proyecto de esta naturaleza, establecimos los siguientes objetivos generales:

**1. Capacitar en formas de atención-prevención de la salud mental a un grupo no mayor de 60 promotores de las comunidades guatemaltecas refugiadas en los campamentos de Chiapas, Campeche y Quintana Roo. Esto implica propiciar que incorporen a su trabajo: conceptos y herramientas metodológicas que les permitan atender y prevenir problemas de salud mental, contribuyendo de esta manera al bienestar de la comunidad.**

**2. Impulsar la multiplicación de los talleres a través de este grupo a otros grupos de promotores y sectores de la comunidad.**

**Esto quiere decir, apoyar las actividades que cada promotor pueda desarrollar en su comunidad tales como: talleres que reproduzcan el contenido completo del programa hacia otros promotores y grupos, o la multiplicación de una actividad, tema o contenido específico de interés para la comunidad.**

**3. Indirectamente, mediante los objetivos 1 y 2, sensibilizar a la comunidad refugiada sobre los problemas relacionados con la salud mental que afectan al bienestar de los refugiados.**

**El Modelo:**

El desarrollo del modelo, transcurrió entre julio de 1992 y junio de 1993. Se impartieron tres talleres secuenciados con la misma metodología y temática en dos sedes: Chiapas y alternadamente: Campeche y Quintana Roo. Es decir, en total hubo 6 talleres, tres para cada sede. En cada taller se trabajó durante 4 días con 8 horas de trabajo cada uno, (32 horas x taller=96 horas totales en cada sede).

**Sujetos:** Consideramos dos grupos de sujetos:

El grupo de promotores que recibió los talleres: un total de 56 promotores seleccionados por sus grupos y organizaciones: Promotores de salud, promotores de educación, parteras empíricas, mujeres organizadas, promotores de derechos humanos, catequistas y representantes de las Comisiones Permanentes (CCPP).

La población atendida por el grupo de promotores comprende: 1) grupos de promotores y sectores organizados de la población refugiada que recibieron talleres de multiplicación en los campamentos de Chiapas, Campeche y Quintana Roo y 2) refugiados atendidos directamente por los promotores (sobre las características de los grupos, ver pags.73-76).

Para reportar los resultados del modelo, en relación con la multiplicación y la atención a la población, contamos únicamente con los reportes parciales del grupo que recibió los talleres (56 promotores), por lo tanto, los datos sobre los efectos en la población atendida en los campamentos, son indirectos y aproximados.

### El grupo de promotores:

La elección de los participantes a los talleres se realizó mediante una convocatoria a través de dos organizaciones: la Agrupación de Promotores de Salud Guatemaltecos (AGRUMS) y Promoción de Servicios Comunitarios (PROSECO). Mediante dicha convocatoria se pedía que los candidatos se eligieran entre aquellos que ya desempeñaban alguna actividad de promoción de la salud, educación o social y, que cumplieran con las siguientes características:

- a) Contar con el apoyo de sus comunidades.
- b) Comprometerse a integrar en su trabajo cotidiano los nuevos aprendizajes.
- c) Comprometerse a completar una etapa de capacitación que constaría de tres talleres.
- d) Ser mayores de edad y haber mostrado responsabilidad en su trabajo a juicio del grupo de promotores que los elegiría como candidatos para recibir los talleres.
- e) Comprometerse a multiplicar lo aprendido a su grupo de promotores.
- f) Tener el español como primera o segunda lengua (los talleres serían impartidos en español)
- g) El número de promotores por curso por sede, no excedería de 25, siendo el número máximo en total de promotores por los tres estados (Chiapas, Campeche Quintana Roo, no mayor de 60)

Las justificaciones para hacer dicha convocatoria son las siguientes:

-Pensamos que la asistencia de diversos sectores y grupos de promotores, permitiría compartir visiones, problemáticas y experiencias, así como también favorecería el apoyo mutuo en el trabajo comunitario.

-Se hizo énfasis (mediante los grupos convocantes: AGRUMS y PROSECO), en la importancia de que participaran mujeres ya que, en muchas ocasiones, como

mencionamos anteriormente, las parteras tienen mayor contacto e influencia sobre otras mujeres, que los promotores de salud, pero también enfrentan mayores obstáculos para participar en la comunidad.

-Consideramos importante que los participantes supieran leer y escribir, ya que parte de la transmisión en los talleres se basaría en material escrito, que después apoyaría la multiplicación. También era importante considerar que los talleres se impartieran en español y, que los promotores elegidos deberían hablar dicha lengua; en el entendido de que transmitirían el contenido de los talleres posteriormente a otros promotores y a sus comunidades en sus distintas lenguas.

-El compromiso de asistencia a todos los talleres obedece a la necesidad de establecer la confianza necesaria en el grupo, para hacer posible la elaboración de las experiencias traumáticas personales, así como para dar continuidad a la secuencia de aprendizajes.

Pensamos que con estas condiciones, los promotores podrían asumir responsablemente el trabajo frente a la comunidad.

### **Escenario:**

En la sede Campeche-Quintana-Roo, los talleres de capacitación se llevaron a cabo en un local de la Iglesia católica en la ciudad de Campeche y, en los campamentos de Cuchumatán y Maya Balam en Quintana Roo.

En Chiapas, se impartieron en La Kastalia en Comitán, en un centro de capacitación en el campamento El Porvenir (ambos locales pertenecen a la Iglesia católica) y, en un local del DIF llamado La Albarrada, en San Cristóbal de las Casas.

### **Estructura del modelo:**

Retomamos la estructura planteada por Métraux J.C. y Avilés (1991):

1. Un grupo de "técnicos" planifica y coordina el desarrollo de los talleres.
2. Un grupo de promotores recibe talleres de capacitación y posteriormente, "multiplica" los talleres o contenidos específicos a otros grupos de promotores y sectores de la comunidad.
3. Consideramos a la comunidad refugiada en los campamentos, como beneficiaria del Modelo, en tanto sus promotores cuenten con conceptos y métodos que les permitan reconocer, atender y prevenir problemas de salud mental.

Los aspectos metodológicos y pedagógicos que retomamos de otros enfoques y experiencias son:

- a) La elaboración en grupo de los eventos traumáticos, considerando la experiencia terapéutica de Kordon y otros,(1988) con parientes de personas desaparecidas en Argentina y las técnicas de trabajo didáctico-terapéuticas en Nicaragua de Métraux J. C. y Avilés A. (1991).
- b) El uso de la expresión plástica y dramática como recursos para la elaboración psicológica y para la transmisión de conceptos y técnicas de trabajo comunitario considerando los resultados de Likes B., (1993); Métraux J.C. y Avilés, 1991); López A. y Sáenz I. (1991) y López A. (1992).
- c) La utilización de textos, manuales y folletos como materiales de consulta, apoyo y aprendizaje para los promotores, con una intención y abordaje semejante a la del programa nicaragüense (Métraux J.C. y Avilés 1991).
- d) El énfasis en la importancia de hablar-escuchar, como la principal herramienta de los promotores en su trabajo de apoyo a la comunidad y como forma privilegiada para la elaboración traumática, proviene principalmente de las experiencias de trabajo de casos, desde la perspectiva psicoanalítica, de Kordon D. y otros, (1988); Deutsh y otros, (1991) y Lira E., y Weinstein E., (1984).

### **El equipo Técnico:**

Se conformó un equipo con miembros de los siguientes grupos: Promotoras Guatemaltecas de Salud Mental, Promoción de Servicios de Salud y Educación Popular (PRODUSSEP), Västerbotten i Centralamerika (VECAM) y el Comité del DF de Ayuda a Refugiados Guatemaltecos (CDF), todas, personas con experiencia en trabajo comunitario relacionado con la salud mental. Participaron: 3 psicólogas, 2 médicos y 4 promotoras guatemaltecas capacitadas por el CDF.

El equipo técnico llevó a cabo las siguientes actividades:

- a) Una reunión para conocer el contenido y guía de cada taller.
- b) Una reunión de ensayo del taller, en el cual se simulaban las actividades con el fin de: 1. evitar sobreentendidos y llevar a cabo los talleres con la menor cantidad posible de variaciones. 2. Prever dificultades con los contenidos y métodos de trabajo y 3. Establecer la coordinación y división de tareas al interior del equipo para: la recopilación de memoria, coordinación y responsabilidad de las diferentes actividades dentro de los talleres, finanzas y compra de materiales.
- c) La impartición de los talleres.
- d) Una reunión de evaluación del equipo posterior a cada taller.

### **Materiales de Apoyo:**

Se utilizaron los siguientes:

- I. "Counseling Manual" (editado por Appropriate Social Services in South Africa, OASSSA, y traducido por el CDF, al cual, en lo sucesivo, llamaremos "Manual de Sudáfrica"). Dada la importancia como texto de apoyo que tiene este material y debido a que, por su extensión no podemos reproducirlo en su totalidad, mencionamos a continuación su capitulario, (ver apéndice 4):

Parte uno: Diferentes tensiones en la vida de la gente.

Parte dos: Guía para aconsejar

Parte tres: Respuestas comunes a la tensión

Parte cuatro: Como manejar las respuestas comunes a la tensión

Parte cinco: Respuestas no comunes a la tensión

Parte seis: Como manejar las respuestas no comunes a la tensión

2. "De Niño a Niño" (Folleto editado por el CDF). Es una selección de dibujos y textos de niños centroamericanos refugiados en México. Comprende las siguientes partes: Presentación, Por qué dejamos nuestro país, Lo que recordamos, Deseamos y esperamos para nuestro país..., y una página para dibujar. Se acompaña de un manual con sugerencias de trabajo.

3. "Del Refugio al Retorno" (Folleto editado por el CDF). Es un material realizado con textos y dibujos de adultos refugiados guatemaltecos en México. Comprende las siguientes partes: Presentación, Guatemala, Por qué tuvimos que salir, Nuestro Refugio, El Retorno y una página para dibujar. El folleto se acompaña de un manual con sugerencias de trabajo.

(Los folletos de "Niño a Niño" y del "Refugio al Retorno" se reproducen al final del texto)

Papel, cartulinas (papelógrafos), mapas de México y Guatemala, plumones y colores.

### **Contenidos de los talleres:**

Establecimos para los tres talleres con duración de 4 días cada uno, en cada sede, los siguientes contenidos temáticos:

- Diferenciación del campo de la salud mental de otros tales como: problemas de salud física, culturales y políticos.
- Reconocimiento de problemas asociados a la salud mental identificando signos, síntomas y formas usuales de ayuda.
- Recuperación y reconocimiento de los conocimientos y habilidades de los promotores en relación a formas de identificación y atención de problemas en la comunidad.
- Introducir la importancia de hablar y escuchar como forma específica de ayuda en el campo de la salud mental.
- Habilidades, conocimientos y actitudes deseables en el promotor: Empatía, escucha, técnicas de entrevista, identificación de problemas, formas de trabajo grupal; y reconocimiento de límites, posibilidades y trabajo en equipo.
- Trabajo de elaboración en grupo sobre los efectos psicológicos, familiares y sociales del refugio: la huida, pérdidas, duelo, trauma y problemas de adaptación en México.
- Reflexión grupal sobre la incertidumbre, expectativas y miedos frente al Retorno a Guatemala y las consecuencias personales, psicológicas, familiares y sociales de la decisión de retornar o permanecer en México.

### **Los talleres:**

Dentro de cada taller, se cumplen tres fases:

El aprendizaje de nuevos contenidos, metodologías de trabajo y elaboración grupal.

La organización y compromiso de los promotores para el trabajo de multiplicación a realizar entre un taller y el siguiente.

El reporte o "seguimiento" de las actividades de multiplicación dirigidas a otros promotores y el trabajo realizado con sectores de la población, así como también,

los aprendizajes, dificultades y limitaciones en el trabajo realizado en la comunidad.

Cada taller tuvo una duración de 4 días con 8 horas diarias de trabajo.

El desarrollo de cada taller siguió el esquema de ejecución que describen las guías de trabajo que presentamos a continuación. La serie de tres talleres para las dos sedes (Chiapas y Campeche-Quintana Roo), siguieron el mismo programa, metodología y contenidos, solo hubo en ocasiones algunos cambios de orden en la secuencia de actividades, debido a ajustes en los horarios de trabajo.

## **GUIAS DE TRABAJO:**

### **PRIMERTALLER**

1. Presentación de los participantes, dando lugar a la palabra y expectativas de los participantes.

#### **Procedimiento:**

- Se forman grupos pequeños mediante un juego. (En cada pequeño grupo y en todas las actividades, hay un coordinador-facilitador del equipo técnico)
- Dentro de cada grupo los integrantes se presentan: dando su nombre, lugar de procedencia y sector o grupo al que pertenecen.
- Cada participante dice sus expectativas hacia el taller.
- Presentación en plenaria de cada grupo.

2. Presentación del programa introduciendo a los participantes en el contenido e importancia de los talleres.

#### **Procedimiento:**

- Se presentan los objetivos y la estructura de los talleres: 3 talleres coordinados por un equipo técnico, secuencia y duración de los mismos.
- Presentación de los objetivos y temática del primer taller y horarios de trabajo.

3. Delimitar el "campo de la salud mental", mediante el reconocimiento de problemas de salud mental, su diferenciación de otros y tratamiento.

3.1 Nombrar y diferenciar problemas de salud mental que se presentan en las comunidades y mencionar la forma en que son atendidos.

3.2 Introducir el concepto de síntoma.

3.3 Reflexionar sobre alternativas de tratamiento a problemas de salud mental.

#### **Procedimiento:**

- Se organizan pequeños grupos. Cada grupo trabaja sobre un caso (Ver apéndice 6).
- El caso se lee y el grupo discute y contesta las siguientes preguntas:

-¿Qué le pasó a la persona del ejemplo?

- ¿Cómo se le puede ayudar para que cure?
- c) Se trabaja el significado de la palabra "síntoma"
- d) Los promotores comentan casos semejantes en sus comunidades y anotan en un papelógrafo: los casos, los síntomas y las formas usuales de ayuda.
- e) Se presenta en plenaria un resúmen de la discusión de cada grupo.

4. Destacar la importancia de hablar-escuchar en la relación de ayuda promotor-paciente.

4.1 Señalar las diferencias entre una plática común y la relación de ayuda promotor-paciente

4.2 Formular preguntas adecuadas para ayudar a las personas con problemas (lo que le pasa, como se siente, con qué relaciona su padecimiento, etc)

4.3 Señalar características de una buena entrevista.

Procedimiento:

- a) En pequeños grupos se lee una historia incompleta (ver apéndice 6).
- b) Se pide al grupo que comente cómo se podría ayudar a la persona del ejemplo, enfatizando la necesidad de conocer la historia del padecimiento para poder ayudar.
- c) Se dramatiza el caso en una relación de ayuda: promotor-paciente
- d) Se discute la dramatización en plenaria con una guía de preguntas:
  - ¿Cómo se sintieron el "promotor" y el "paciente"?
  - ¿Qué observó el grupo?
  - ¿Cuáles fueron los aciertos y desaciertos del promotor al conducir la entrevista?
  - ¿Qué preguntas hubieran sido útiles en la entrevista?
  - ¿Cómo se habría podido ayudar a la persona?

5. Utilizar el "Manual de Sudáfrica" como texto de apoyo para identificar problemas y como guía de trabajo para ayudar a las personas con problemas.

Procedimiento:

a) Introducción al "Manual de Sudáfrica", describiendo el contenido de sus capítulos; el contexto de violencia política en Sudáfrica y sus semejanzas con Guatemala; los efectos de la violencia en las personas y formas de ayuda que propone el manual.

b) En pequeños grupos se dan las siguientes indicaciones para la lectura del manual:

- Leer en voz alta
- Comentar la lectura
- Subrayar las palabras que no se entienden para buscar posteriormente su significado
- Subrayar las partes que les parezcan más importantes

c) Se comentan en el grupo las siguientes preguntas:

- ¿Qué situaciones parecidas a las que presenta el Manual, han visto en su comunidad?

- ¿Cómo se tratan éste tipo de problemas?

d) En plenaria, se organiza una dramatización de una relación de ayuda: promotor-paciente.

e) Al finalizar la representación se dirige la discusión grupal con las siguientes preguntas:

-¿Cuál era el problema?

- ¿Cómo se sintió la persona que solicitaba ayuda?

- ¿Cómo actuó el promotor?

- ¿Cómo se sintió el promotor?

- ¿Según el Manual, que nos puede ayudar?

**6. Nombrar sentimientos, miedos y expectativas frente al retorno, en el contexto de la violencia política actual en Guatemala.**

Procedimiento:

Dinámica llamada: "Desde el ojo del quetzal":

a) Se dibuja un mapa de Guatemala lleno pequeños círculos que representan personas que habitan el país.

b) Se pide a los participantes que nombren a los distintos sectores y grupos que componen la sociedad guatemalteca y se van escribiendo dentro del mapa.

c) Se escriben cruces dentro de algunos círculos para representar a las personas muertas por la violencia política y se señalan los vacíos dejados por los refugiados en su huida.

d) El grupo discute:

- ¿Qué piensan que sentirán las personas que se quedaron en Guatemala?.

- ¿Qué sienten quienes salieron del país dejando vacíos?.

**7. Abrir un espacio de reflexión para los participantes sobre: deseos, miedos, expectativas, fantasías en relación con el retorno-no retorno.**

Procedimiento:

a) En pequeños grupos se discuten las siguientes preguntas:

- Qué te hace sentir que mucha gente se está regresando?

- ¿Qué te dan ganas de regresar?

- ¿Qué te dá miedo de regresar?

- ¿Qué te dan ganas de quedarte?

- ¿Qué te dá miedo de quedarte?

- ¿Qué has perdido en el refugio?

- ¿Qué nuevos logros has tenido en el refugio que te ayuden a tí y a otros guatemaltecos?

b) Presentación en plenaria de la discusión en cada grupo

**8. Entender y enfrentar los cambios en la familia y la comunidad, que se presentan ante la posibilidad de quedarse o retornar.**

**8.1 Reflexionar sobre el papel del promotor en su comunidad frente a los problemas en las familias provocados por la posibilidad de retornar.**

Procedimiento:

a) Se pide a varios voluntarios que escenificaran la situación de una familia en la cual algunos de sus miembros quieren regresar a Guatemala y otros no.

b) Después de la dramatización, en plenaria se trabaja con las siguientes preguntas:

- ¿Qué observó y qué sintió el "promotor" frente a la "familia"?
- ¿Cómo se sintió cada miembro de la "familia"?
- ¿Qué observó el grupo?
- ¿Qué preguntas podría haber hecho el promotor?
- ¿Cómo se podría ayudar a la "familia"?

9. Que los promotores reflexionen su decisión de retornar o no a Guatemala utilizando el dibujo como medio de expresión.

Procedimiento:

a) En pequeños grupos los promotores discuten, teniendo como guía las siguientes preguntas:

- ¿Qué ganaría Guatemala con nuestro regreso?
- ¿Cómo nos recibirían?
- ¿Qué hemos ganado con el Refugio?
- ¿En qué hemos cambiado?
- ¿Cómo vivirán el Retorno los niños que han crecido aquí?

b) Después de la discusión, se proporciona material a cada uno para realice un dibujo que exprese alguno de los aspectos de la discusión en los grupos.

c) Exposición de los dibujos. Cada participante puede hablar sobre su dibujo y responder preguntas del grupo acerca de éste.

10. Reflexionar sobre los efectos del exilio y la importancia de que la gente hable sobre sus experiencias, especialmente los niños.

10.1 Aprender a utilizar el folleto "De Niño a Niño" como un material de ayuda para la reflexión en sus comunidades.

Procedimiento:

a) Se proporciona un ejemplar a cada participante.

b) Lectura del manual en pequeños grupos:

1. Haciendo un recorrido introductorio al libro y mostrando las tres partes en que se divide: I. Porqué dejamos nuestro país; II. Lo que recordamos; III. Deseamos y esperamos para nuestro país...
2. Trabajo con la siguiente guía de preguntas:

- ¿Qué ven en el dibujo?
- ¿Porqué piensan que "X" dibujó éso?
- ¿El dibujo "Y" representa algo semejante a lo que ustedes han vivido?
- ¿Porqué "Z" diría que...?

c) En la última página, que tiene por título: ¿Y tú que recuerdas de su país?, se pide a cada participante, (después de haber trabajado siguiendo los pasos anteriores) dibujar o escribir respondiendo la pregunta.

d) En plenaria se trabaja con las preguntas:

- ¿Cómo se sintieron?

- ¿Cómo lo utilizarían en sus comunidades?
- ¿Piensan que sería útil en el trabajo con los niños?
- e) Se escriben las conclusiones en papelógrafo.

**11. Planeación y organización de las actividades de multiplicación que llevarán a cabo los promotores en sus comunidades.**

Procedimiento:

- a) Se realiza un resumen, con la participación del grupo de las actividades y los contenidos del taller.
- b) Los participantes determinan en pequeños grupos, reunidos por sector y/o lugar de residencia:
  - Qué actividades van a multiplicar en sus comunidades.
  - A qué grupos o sectores van a dirigir las actividades.
  - Cómo van a organizarse para llevar a cabo la actividad
  - Qué materiales de apoyo y recursos económicos u otros, necesitan para llevar a cabo la multiplicación.
- c) Los coordinadores de cada grupo anotan los compromisos y necesidades para facilitar la operativización de la multiplicación.

**12. Evaluación del taller por los promotores para conocer su opinión sobre: los contenidos, metodología y utilidad del taller.**

Procedimiento:

- a) En pequeños grupos, con un coordinador contestan las siguientes preguntas:
  - ¿Qué me gustó de este taller?
  - ¿Qué no me gustó de este taller?
  - ¿Qué, de lo aprendido en éste taller, me sirve en mi trabajo de promotor(a)
  - ¿Qué nuevas cosas aprendí? ¿Qué nuevas cosas pensé?
  - Quiero aprender más sobre.....
  - Sugiero que para el próximo taller....

SEGUNDO TALLER:

**1. Seguimiento de la multiplicación:**

1.1 Contar con el informe de actividades de multiplicación realizadas por los promotores entre el primer taller y el segundo, a fin de evaluar el proceso del modelo en su alcance y efectos en la comunidad.

1.2 Que los promotores puedan compartir su experiencia socializando: conocimientos, experiencias de su práctica, problemas y dudas.

Procedimiento:

- a) En pequeños grupos se contestan las siguientes preguntas:
  - ¿Qué actividades en apoyo a la salud mental de tu comunidad has podido realizar?
  - ¿Cómo realizaste la actividad?

- ¿Con quienes?
- ¿Cuándo?
- ¿Qué logros has tenido?
- ¿Cómo te has sentido con el trabajo?
- ¿Qué dificultades has tenido y cómo las resolviste?
- ¿Cómo se sintieron al realizar la actividad?
- Sugerencias para mejorar el trabajo.

2. Propiciar que los promotores reconozcan la importancia de su papel en la comunidad y que, desde la función que ya desempeñan, identifiquen distintas maneras de introducir e integrar conceptos y formas de ayuda para los problemas de salud mental.

Procedimiento:

- a) Se forman pequeños grupos (4 a 6 participantes), cuidando que estén representados todos los sectores y grupos de promotores.
- b) Cada participante en los grupos, menciona qué funciones tiene en su comunidad, se enlistan y se escriben en un papelógrafo.
- c) Cada grupo discute cómo puede apoyar la salud mental de la comunidad, desde la función que ya desempeña.
- d) En plenaria se presenta el trabajo de cada grupo.

3. Ampliar y reforzar los conocimientos y actitudes que, desde la salud mental, debe desarrollar el promotor en una relación de ayuda.

Procedimiento:

- a) En pequeños grupos se lee y discute el texto "Manual de Sudáfrica" (PARTE DOS: GUÍAS PARA ACONSEJAR), con la ayuda de un coordinador.
- b) Cada grupo prepara un sociodrama de una relación de ayuda, en la cual, el promotor intentará seguir las indicaciones y pasos que señala el Manual de Sudáfrica.
- c) Después de los sociodramas, en plenaria se discuten las siguientes preguntas:
  - ¿Qué observó el grupo?
  - ¿Cómo se sintió la persona que buscaba ayuda?
  - ¿Qué aciertos y desaciertos tuvo el promotor?
  - ¿Cómo se sintió el promotor?
  - ¿Qué de lo leído en el Manual les ayudó?

4. Que los promotores reconozcan las formas de organización que han desarrollado, así como las fuerza y seguridad que dichas organizaciones dan a los individuos y a la comunidad.

Procedimiento:

- a) Se divide al grupo en dos y se les pide realizar un dibujo colectivo, uno de ellos, representando la vida en México, y el otro, la vida en Guatemala, destacando todas las formas de organización.
- b) En plenaria se comparan los dibujos y se discute:

- Las formas de organización que ya existían en Guatemala y que se conservaron en el refugio.
  - Las formas de organización que se perdieron en el refugio
  - Las nuevas formas de organización que aprendieron y crearon en México.
- c) En plenaria se discute: ¿Qué logros y qué pérdidas han tenido por estar refugiados?

5. Nombrar los miedos ante el retorno y reflexionar sobre ellos identificando sus causas.

5.1 Reconocer los miedos comunes y reflexionar sobre formas de ayuda a otros refugiados en sus comunidades

Procedimiento:

- a) Una parte del grupo, con una máscara sobre la cara, pasa frente al resto del grupo mencionando sus miedos.
- b) En pequeños grupos, cada uno con una máscara sobre la cara, continúan mencionando sus miedos.
- c) En plenaria se discuten y reflexionan las siguientes preguntas:
  - ¿Qué ayudaría a disminuir los miedos mencionados?
  - ¿Cómo pueden ayudar los promotores en sus comunidades a entender y manejar los miedos que son comunes ante el retorno?

6. Que los participantes reconozcan elementos de las situaciones que provocan inseguridad, incertidumbre y miedo, en contraste con los elementos que dan confianza y seguridad.

6.1 Reconocer recursos individuales y grupales para enfrentar situaciones de riesgo.

Procedimiento:

Utilizamos el juego "Camino de ciegos" que consiste en:

- a) Se organizan tres grupos. A dos de ellos, se le pide que nombre un guía-representante. El tercer grupo será de observadores.
- b) El coordinador indica a los representantes que deben conducir a su grupo hasta un lugar determinado, cuidando que nadie se lastime, ya que el resto del grupo, llevarán los ojos vendados. Al llegar a la meta, todos se quitan la vendas y regresan al salón. (El juego se realiza de preferencia en exteriores).
- c) En plenaria se discuten las siguientes preguntas:
  - ¿Como se sintió y qué pensó cada participante?
  - ¿Cómo se sintió el grupo?
  - ¿Cómo se sintieron con su guía-representante?
  - ¿Cómo se sintió el guía-representante?
  - ¿Cómo se sintieron y que observó el grupo de "testigos".
  - ¿Qué les hizo recordar o pensar el juego?
  - ¿Cómo se sintieron al quitarse la venda y regresar al salón?
- d) Conclusiones en plenaria.

7. Que los participantes puedan ubicar su experiencia personal dentro del

contexto social del retorno.

7.1 Que cada persona pueda hablar y ser escuchado en su experiencia de duelo y refugio.

7.2 Que los participantes reconozcan sus temores, inseguridades, así como también sus fuerzas y recursos ante el retorno.

7.3 Aprender a utilizar el folleto "Del Refugio al Retorno" como un material de apoyo para la reflexión en grupos de sus comunidades.

Procedimiento:

Nota: El libro es semejante en intención y estructura al libro "De Niño a Niño". Su forma de trabajo en grupo, sigue la misma secuencia.

a) En pequeños grupos con un coordinador, se introduce el contenido del libro en sus partes: Guatemala, Porqué tuvimos que salir, Nuestro refugio, El Retorno.

b) Lectura del manual, preguntas y comentarios

c) Trabajo con los dibujos y textos siguiendo una guía de preguntas:

-¿Qué ven en el dibujo?

-¿Porqué piensan que "X" dibujó éso?

- ¿El dibujo "Y" representa algo semejante a lo que ustedes han vivido?

- ¿Porqué "Z" diría que...?

d) En la última página, que tiene por título: ¿Y a usted, qué le hace sentir el retorno?, se pide a cada participante dibujar o escribir como respuesta a la pregunta.

e)En plenaria se trabaja con las preguntas:

-¿Cómo se sintieron?

- ¿Piensan que sería útil en el trabajo con la comunidad?

- ¿Cómo lo utilizarían en sus comunidades?

- Se escriben las conclusiones en papelógrafo.

8. Planeación y organización de las actividades de multiplicación que llevarán a cabo los promotores en sus comunidades.

Procedimiento:

a) Se realiza un resumen con la participación del grupo, de las actividades realizadas y los contenidos del taller. El grupo recupera las actividades del taller, enlistandolas y mencionando de qué manera les parecieron útiles.

b) Los participantes determinan en pequeños grupos, reunidos por sector y/o lugar de residencia:

- Qué actividades van a multiplicar en sus comunidades.

- A qué grupos o sectores van a dirigir las actividades.

- Cómo van a organizarse para llevar a cabo la actividad

- Qué materiales de apoyo y recursos económicos u otros, necesitan para llevar a cabo la multiplicación.

-Los coordinadores de cada grupo anotan los compromisos y necesidades para hacer operativa la multiplicación.

9. Evaluación del taller por los promotores para conocer su opinión sobre: los contenidos, metodología y utilidad del taller.

Procedimiento:

- a) En pequeños grupos, con un coordinador contestan las siguientes preguntas:
- ¿Qué me gustó de este taller?
  - ¿Qué no me gustó de este taller?
  - ¿Qué, de lo aprendido en éste taller, me sirve en mi trabajo de promotor(a)
  - ¿Qué nuevas cosas aprendí? ¿Qué nuevas cosas pensé?
  - Quiero aprender más sobre.....
  - Sugiero que para el próximo taller....
- b) Se presenta en plenaria la evaluación de cada grupo.

TERCER TALLER:

1. Seguimiento de la multiplicación:

1.1 Contar con el informe de actividades de multiplicación realizadas por los promotores después del segundo taller, a fin de evaluar el proceso del modelo en su alcance y efectos en la comunidad.

1.2 Que los promotores puedan compartir su experiencia socializando: conocimientos, experiencias de su práctica, problemas y dudas.

Procedimiento:

Se forman pequeños grupos para responder las siguientes preguntas:

- ¿Qué actividades en apoyo a la salud mental de tu comunidad has podido realizar en tu comunidad?
- ¿Cómo realizaste la actividad?
- ¿Con quienes?
- ¿Cuándo?
- ¿Qué logros has tenido?
- ¿Cómo te has sentido con el trabajo?
- ¿Qué dificultades has tenido y cómo las resolviste?
- ¿Cómo se sintieron al realizar la actividad?
- ¿Sugerencias tendrías para mejorar el trabajo?

b) La información vertida por todos los grupos se escribe en un cuadro para presentarla en plenaria.

2. Sensibilizar y motivar a los promotores sobre la importancia de que se hable y se reflexione sobre los problemas que plantea el retorno, dentro de las familias incluyendo a los niños.

Procedimiento:

a) Se forman grupos pequeños (4-6 participantes).

b) A cada grupo se le proporcionan papelitos doblados que tienen escritas las siguientes preguntas:

- ¿Cómo decide una familia si retorna o se queda?
- ¿Tendrán algo que decir los hijos y las hijas frente al retorno?
- ¿Qué sentimos si la decisión de quedarse o retornar la toma un sólo miembro

de la familia?

- ¿Qué pasa con la familia cuando algunos miembros quieren irse y otros se quieren quedar?

- ¿Cuando una familia va a retornar, ¿cómo puede decidir lo que se lleva?

- ¿Cómo quisieras que retornara tu familia?

c) Cada participante toma uno o dos papelitos respondiendo las preguntas. El resto del grupo puede también responder u opinar.

d) Después de terminada la ronda de preguntas, el coordinador plantea la siguiente pregunta:

-¿Qué podría hacer usted como promotor de salud mental para ayudar a una familia que tiene problemas frente al retorno?

e) Las respuestas a las preguntas se anotan en un papelógrafo y se socializan en la plenaria.

3. Identificar sentimientos hacia el grupo que retornó a Guatemala.

3.1 Reconocer cómo los sentimientos de unos influyen en los de otros y cómo las emociones se sienten en el cuerpo produciendo en ocasiones síntomas.

Procedimiento:

a) En pequeños grupos cada uno con un coordinador se discuten las siguientes preguntas:

- ¿Conoce a alguien que se haya ido en el primer retorno?

- ¿Qué sentimientos tuvo hacia los que se fueron?

- Creo que los que se fueron sentían....

b) El coordinador escribe las respuestas para socializarlas posteriormente en plenaria.

c) Se pide a una persona de cada grupo, que se recueste sobre un papel grande, mientras otro dibuja su silueta.

d) El dibujo se divide a lo largo por una línea. En el lado izquierdo de la silueta se escribe la palabra YO y se pide al grupo que escriba, usando un color, los sentimientos que les produjo ver la partida del primer grupo que retornó.

e) Cuando terminan, se escribe la palabra OTRO en el lado derecho de la silueta y se les pide que con otro color escriban los sentimientos que creen que tuvieron quienes retornaron.

f) Se les pide que marquen flechas de un lado hacia el otro, conectando sentimientos. Por ejemplo: Al ver tristes a los que se fueron ¿qué sintieron ustedes?. Al terminar de trabajar sobre un lado, y usando otro color, se continúan conectando los sentimientos desde el otro lado, preguntando por ejemplo: Mi miedo ¿qué habrá hecho sentir a los que se fueron?

g) Al terminar, el coordinador señala: ¿Han notado que, lo que uno siente, influye en el otro y, lo que éste siente también le hace sentir a uno?

h) El coordinador hace énfasis en cómo los sentimientos toman lugar en el cuerpo, a veces como dolor o como síntoma.

4. Reflexionar sobre como los sentimientos pueden modificarse si se cuenta con información que reduzca la incertidumbre.

Procedimiento:

a) Se escribe en cartulinas el nombre de los distintos lugares a donde llegaron las personas que salieron en el primer retorno. De preferencia en un exterior, marcando una ruta.

b) El grupo dramatiza el recorrido mientras una persona lee las distintas noticias que aparecieron en la prensa durante los días del retorno (enero de 1993).

c) Cuando termina el recorrido, en plenaria se discuten las siguientes preguntas:

- ¿Qué sentimientos estaban presentes?
- ¿Qué observaron?
- ¿Cómo influía la información en los sentimientos?

5. Continuar con el trabajo de elaboración de duelo iniciado en los talleres anteriores, así como apoyar la recuperación, el reconocimiento del poder propio y los recursos individuales y colectivos.

5.1 Dar elementos que apoyen a los promotores en este mismo trabajo, en la comunidad, a través de la multiplicación.

Procedimiento:

Utilizando el folleto "Del Refugio al Retorno":

a) Se trabaja con la siguiente guía de preguntas:

- ¿Qué ven en el dibujo?
- ¿Porqué piensan que "X" dibujó éso?
- ¿El dibujo "Y" representa algo semejante a lo que ustedes han vivido?
- ¿Porqué "Z" diría que...?

6. Motivar a los promotores a reconocer la fuerza y logros que han alcanzado durante el refugio. Reconocer lo que han aprendido y aportado a sus comunidades, para optimizar sus recursos en el contexto del retorno.

Procedimiento:

a) Formar pequeños grupos (4-8 personas). Se discute en los grupos con ayuda de los coordinadores:

- Qué logros personales han tenido durante el refugio
- Qué pueden enseñar o aportar a su comunidad.

b) Se dan dos hojas de papel a cada participante y se les pide que dibujen su mano izquierda en un papel, y luego, que escriban dentro del dibujo los logros que mencionaron.

c) En la otra hoja dibujan la mano derecha y escriben lo que pueden enseñar o aportar a la comunidad.

d) Se les pide conserven el dibujo de la mano izquierda y que el dibujo de la mano derecha lo peguen sobre un papelógrafo para que todos puedan leer y comentar lo que se escribió en cada grupo.

7. Organizar y planear las actividades de multiplicación que los promotores llevarán a cabo en sus comunidades.

Procedimiento:

a) Se realiza un resumen con la participación del grupo de las actividades del

taller, enlistándolas y mencionando de qué manera los contenidos y formas de trabajo, les parecieron útiles. Es también el espacio para plantear dudas y preguntas.

b) Los participantes determinan en pequeños grupos, reunidos por sector y/o lugar de residencia:

- Qué actividades van a multiplicar en sus comunidades.
- A qué grupos o sectores van a dirigir las actividades.
- Cómo van a organizarse para llevar a cabo la actividad
- Qué materiales de apoyo y recursos económicos u otros, necesitan para llevar a cabo la multiplicación.
- Los coordinadores de cada grupo anotan los compromisos y necesidades para facilitar la operativización de la multiplicación.

8. Evaluación del taller por los promotores para conocer su opinión sobre: los contenidos, metodología y utilidad del taller.

Procedimiento:

a) En pequeños grupos, con un coordinador contestan las siguientes preguntas:

- ¿Qué me gustó de este taller?
- ¿Qué no me gustó de este taller?
- ¿Qué, de lo aprendido en éste taller, me sirve en mi trabajo de promotor(a)
- ¿Qué nuevas cosas aprendí? ¿Qué nuevas cosas pensé?
- Quiero aprender más sobre.....
- Sugiero que para el próximo taller....

### **Descripción y algunos comentarios sobre la metodología de trabajo y ejemplos de su efecto en los talleres:**

Elaboración grupal de las experiencias traumáticas: Partimos de que hablar y ser escuchado dentro de un grupo, en un contexto de confianza, empatía y respeto, ayuda a disminuir la angustia y también a recuperar la historia, el hilo que había sido roto por el exilio y la violencia. Reconstruir la propia historia ayuda a restablecer la continuidad de una vida rota y fragmentada, separada de sus orígenes. Nos basamos en la experiencia de la clínica psicoanalítica que han referido otros autores en su experiencia con personas víctimas de la violencia política, como Lira E. y Weinstein E. (1984) y Becker D. y otros. (1991).

En los talleres, el énfasis estuvo en marcar la importancia de hablar sobre la propia experiencia, así como de escuchar a los otros, con el fin de reconocer, reconstruir y elaborar el hecho traumático y sus efectos. Siempre consideramos importante señalar que cada participante debe sentirse con libertad sobre las experiencias que desea compartir o reservarse.

Como ejemplo del trabajo de elaboración en los talleres, retomamos el del promotor (ver pag.10) que tenía un "fuerte dolor de espalda" desde que, al huir de Guatemala con su hijo pequeño sobre la espalda, éste es alcanzado por una bala.

Cuando este hombre relató su historia en el grupo, mencionando la culpa que sentía por no haber protegido al niño llevándolo por delante, otros promotores relataron experiencias traumáticas frente a las cuales también se sentían culpables. Al preguntar la coordinadora al grupo, qué podrían haber hecho para evitar los hechos, para este hombre y para los otros, se hizo evidente que no podían haber hecho más que lo que hicieron, huir para salvar sus vidas, y que eso era muy valioso.

De esta manera, hablar y escuchar permite a cada participante de los talleres, experimentar el "deshago", el alivio que se produce al compartir el dolor y al "resignificar" lo vivido: el dolor en la espalda es el recuerdo imborrable del hijo asesinado, pero también, después del relato, después de saber que otros experimentaron traumas semejantes y de reconocer la propia fuerza y valor aún cuando la vida del hijo sea irrecuperable, ayudó a este hombre a sentir alivio. De ahí que hablar y elaborar la experiencia propia en el grupo, constituye una parte importante de la formación del promotor.

El ejemplo nos permite señalar lo siguiente:

1. Los promotores, como parte de la población refugiada, han sufrido hechos traumáticos derivados de la guerra.
2. En este caso, la somatización que se manifiesta en un "fuerte dolor de espalda", representa la muerte del niño, cuyo

recuerdo se inscribe en el cuerpo del padre como dolor. 3. La culpa acompaña a la pérdida aún sabiendo que "el ejército les disparó cuando huían" 4. Los efectos del trauma persisten muchos años después del suceso. 5. Cuando el dolor físico se vincula tan directamente con el trauma y la culpa, es evidente que una intervención clínico-médica, que no tomara en cuenta estos aspectos sería ineficaz, como ocurre con frecuencia en el tratamiento médico a refugiados (ver pags. 58-60 y Farías P. 1992).

Discusión de casos en pequeños grupos: El intercambio en pequeños grupos es un recurso que utilizamos frecuentemente. En el primer taller, se trabajó sobre casos reales o ficticios en pequeños grupos, a partir de los cuales, los participantes podían reconocer un problema, discutir las formas usuales de atención, y al final proponer una intervención alternativa, desde el papel que cada promotor juega en su comunidad.

Al trabajar con casos reales o ficticios que ejemplificaban problemas de salud mental, éstos traían el recuerdo a los promotores, de casos semejantes en sus comunidades, o se referían a sus propios síntomas. Con frecuencia los promotores mostraron sorpresa al descubrir que los padecimientos ante experiencias dolorosas, son muy semejantes para muchas personas. Por ejemplo, una promotora identificándose con los síntomas de un "caso" puesto a discusión en el grupo, dijo: "Cuando me pasaba éso, yo creí que me estaba volviendo loca, ahora que he visto que lo mismo les pasó a otros, veo que es normal". El descubrimiento, le permitió sentirse mejor y disminuir la angustia acrecentada por creerse "loca". En otras palabras, sus síntomas adquirieron otro sentido, se resignificaron y se tradujeron en alivio.

El trabajo sobre casos, se complementa con aprendizajes acerca de los síntomas

comunes a la tensión (Manual de Sudáfrica), es decir, la experiencia de los participantes en grupo, se apoya con conceptos básicos y formas de atención en salud mental puestas en práctica en contextos semejantes de violencia política, lo cual, también ayuda a los participantes a comparar su experiencia y reflexionar sobre ella, en un plano más general y universal.

Después del trabajo en pequeños grupos cada grupo comparte con los demás las preguntas y las conclusiones de su experiencia.

Dramatización: La dramatización, resulta ser una manera muy apropiada para transmitir conceptos y actitudes, marcar sentimientos, equivocarse, probar alternativas y de probarse como promotor. La dramatización como técnica didáctica es muy útil en varios sentidos: permite al "promotor" escuchar y observar, al mismo tiempo que ensaya la conducción de una entrevista, aprende actitudes apropiadas, formula preguntas y ayuda a la "familia" o "paciente", a encontrar alternativas a los problemas, sin que esto implique un riesgo.

Cuando utilizamos la dramatización, al finalizar, siempre incluimos un espacio de reflexión en el grupo para abordar: lo que observó el "público", preguntas sobre cómo se sintieron tanto el promotor como la "familia" o el "paciente", y una discusión final sobre formas posibles de ayuda para el caso.

Utilizamos la dramatización para representar situaciones de conflicto para las familias refugiadas, por ejemplo, "una familia dividida frente a la decisión del retorno y las posibilidades de intervención de un promotor".

La dramatización ha resultado una técnica particularmente útil en modelos como el nicaragüense, donde los promotores tienen poca escolaridad. En el caso de los refugiados guatemaltecos, encontramos que, el teatro, es parte de la cultura oral indígena, de manera que pensamos que sería una forma de transmisión de

conceptos, actitudes y métodos de trabajo muy bien aceptada.

El dibujo: Utilizamos el dibujo que producen los promotores ante una instrucción como: "Dibuja lo que recuerdas de Guatemala" y también, el dibujo realizado por otros refugiados. Cuando producen un dibujo, los promotores expresan y comunican ideas y sentimientos; pero también, el dibujo de otros refugiados como los que aparecen en los folletos "De Niño a Niño" y "Del Refugio al Retorno" son un material evocador, un pre-texto para invocar y elaborar la experiencia propia.

Para algunos asistentes a los talleres, que no saben leer y escribir, ha sido muy valioso descubrir que pueden dibujar y de esta manera comunicar ideas. Como ocurrió con una mujer partera que, al recibir la instrucción de dibujar "lo que recordaba de Guatemala" (después de trabajar el tema en pequeños grupos); frente a los colores y el papel no se atrevía a dibujar, hasta que hizo un bello dibujo abstracto que representaba el tejido del huipil que usaba en su aldea.

Después de hablar en grupo sobre sus experiencias en el refugio, se pide a los participantes que dibujen lo que recuerden de Guatemala. Cada uno realiza un dibujo que después se comenta; esto implica cierto trabajo de interpretación: suponer en aquel que dibujó, algo que pertenece a lo propio, implica una identificación, y posteriormente un análisis que incluye a las experiencias propias. Por ejemplo, un joven refugiado dibujó una cancha de fútbol, una escuela y una llave de agua. Cuando contó al grupo el sentido de su dibujo, dijo que así era su aldea antes de que llegara el Ejército arrasando con todo; expresó con tristeza, que el pueblo después de muchos años de solicitudes, había conseguido que se les llevara agua entubada, pero todo se había perdido, dijo: "Porque estábamos organizados, por eso el ejército llegó a matarnos, porque creían que eramos subversivos". El dibujo y el relato de esta experiencia, llevó a varios del grupo a relatar con tristeza

experiencias similares, pero también a reconocer su fuerza como refugiados, ya que en México han conseguido mucho, precisamente gracias a su organización.

El dibujo de otros, al igual que una historia, evoca recuerdos, imágenes y experiencias vividas. El dibujo, por tanto puede también propiciar la elaboración y la reflexión. Con este principio, con dibujos y textos de los propios refugiados, elaboramos dos materiales que sirven de apoyo a la capacitación, y que también han sido un instrumento para la sensibilización y la discusión en la comunidad refugiada: "De Niño a Niño" y "Del "Refugio al Retorno".

En ambos materiales el texto es mínimo. Se acompañan de un manual con sugerencias para su uso con grupos. Estos materiales cumplen una doble función en la capacitación: constituyen un vehículo para la labor de los promotores, que pueden utilizarlos con facilidad en distintas lenguas mayas y, son en sí mismos, un material que induce a la reflexión y resignificación de la propia experiencia. Por su contenido y secuencia, también ayudan a los refugiados a reconocer y valorar sus recursos, lo que han aprendido y construido durante el refugio.

---

## 6 RESULTADOS

---

Presentamos a continuación los resultados en el desarrollo del modelo, al cabo de los tres talleres para cada sede que se impartieron por espacio de un año, para un grupo de 56 promotores refugiados de los campamentos de Chiapas, Campeche y Quintana Roo.

A nivel cuantitativo: el número de personas y grupos de la comunidad que participaron en talleres de multiplicación.

A nivel cualitativo: incorporación de conceptos y métodos de trabajo, así como los reportes de éxito en la identificación de problemas de salud mental y mejor desempeño en su trabajo comunitario.

Nos basamos en el reporte de los promotores durante la parte de "seguimiento" dentro de los talleres; consideramos también, las observaciones y registro del equipo técnico consignados en la memoria de cada taller sobre los avances de los promotores.

---

### Relación de participantes en los 6 talleres:

#### CHIAPAS:

Participantes en el primer taller :

34 promotores: 15 mujeres y 19 hombres

-15 promotores de salud, (2 mujeres).

-12 parteras

- 4 catequistas

- 1 promotor de derechos humanos

-1 enfermera

Segundo taller:

14 promotores: 9 hombres y 5 mujeres

- 7 promotores de salud
- 4 parteras
- 2 catequistas
- 1 enfermera

Tercer taller:

19 promotores: 5 mujeres y 14 hombres

- 12 promotores de salud
- 4 parteras
- 2 catequistas
- 2 promotores de educación
- 1 enfermera

CAMPECHE Y QUINTANA ROO:

Primer taller:

17 promotores: 5 mujeres y 12 hombres

- 8 promotores de salud
- 3 parteras
- 2 mujeres organizadas
- 1 participante del comité de nutrición
- 1 representante de las CCPP.
- 2 participantes del sector de jóvenes

Segundo taller:

22 promotores: 9 mujeres y 13 hombres.

- 8 promotores de salud
- 4 mujeres organizadas
- 4 parteras
- 2 jóvenes (un hombre y una mujer)
- 2 catequistas
- 1 persona del comité de nutrición
- 1 representante de las CCPP.

Tercer taller:

19 promotores: 12 hombres y 7 mujeres

- 10 promotores de salud
- 5 parteras
- 2 mujeres organizadas
- 1 representante del comité de nutrición
- 1 representante de las CCPP

EL total de promotores que recibió por lo menos 1 taller, fué de 56. Entre éstos participantes, 25 de ellos recibieron los tres talleres, 13 de Campeche y Quintana Roo y 12 de Chiapas.

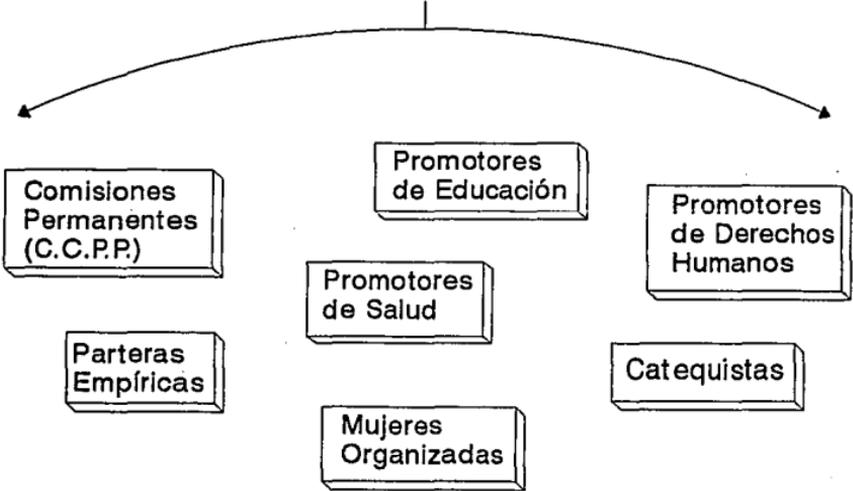
---

Equipo Técnico

capacita a:

Grupo seleccionado de 56 promotores de Chiapas, Campeche y Quintana Roo

que provienen de los siguientes grupos organizadores de la comunidad guatemalteca refugiada

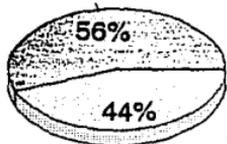


Asistencia de los promotores a los Talleres de Capacitación en Salud Mental  
Chiapas

---

Hombres

19



Mujeres

15

Total de Asistentes = 34

Hombres

19



Mujeres

15

1er. Taller

Mujeres

5



Hombres

9

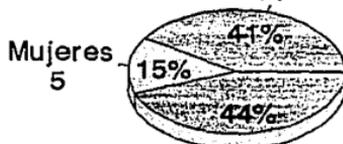
Ausencias

20

2ª Taller

Hombres

14



Mujeres

5

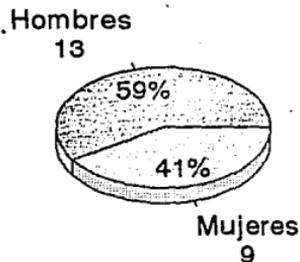
Ausencias

15

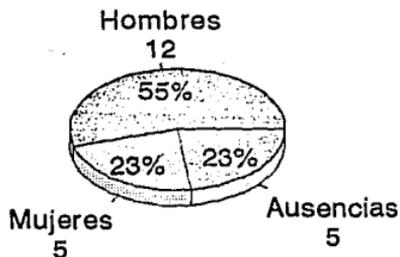
3er. Taller

Asistencia de los promotores a los Talleres de Capacitación en Salud Mental  
Campeche - Quintana Roo

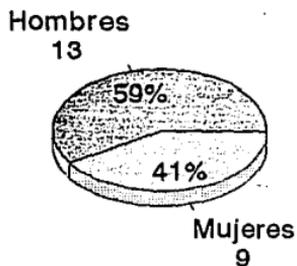
---



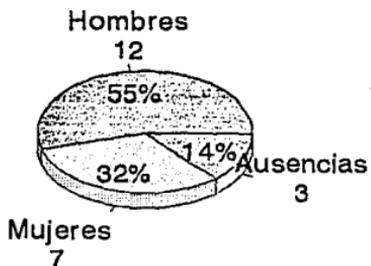
Total de Asistentes = 22



1er. Taller



2ª Taller



3er. Taller

### **Multiplicación hacia grupos de la comunidad:**

En Chiapas los promotores realizaron un total de 11 actividades de multiplicación con otros promotores y con grupos de la comunidad y 14 en Campeche y Quintana Roo.

En Chiapas, los promotores alcanzaron mediante distintas actividades de multiplicación, a 261 personas, mientras que, en Quintana Roo y Campeche, a 380, es decir, un total de 641 personas de la comunidad, se beneficiaron participando en alguna actividad de multiplicación.

El número de participantes por actividad o taller, dirigidos por los promotores en sus comunidades, varió entre 8 y 50 personas.

A continuación describimos el reporte de las actividades de multiplicación: (S=a número de asistentes por actividad).

#### En CHIAPAS, después del primer taller:

De los 34 promotores que asistieron al primer taller, 6 de ellos llevaron a cabo actividades de multiplicación, alcanzando a, por lo menos 93 personas de sus comunidades:

-Un promotor de salud reunió a promotores y personas de su comunidad para leer y discutir dos partes del "Manual de Sudáfrica": "Las respuestas comunes a la tensión" y "Cómo manejar las respuestas comunes a la tensión". Con las mismas personas, discutió y aplicó el cuestionario sobre "La familia y el retorno". S=18

-En Poza Rica, un promotor de salud multiplicó el taller a un grupo de promotores de salud de la región. El taller duró dos días. Utilizó como materiales de apoyo: la guía del taller, el "Manual de Sudáfrica" y el libro "De Niño a Niño". S=35

-En San José Zapotal, un promotor de educación y dos de salud, se coordinaron para llevar a cabo un trabajo grupal de elaboración de pérdidas y duelo. Utilizaron como material de apoyo el libro "De Niño a Niño". S=40

-En Pujilic un promotor de salud convocó una reunión de información a la comunidad sobre los talleres de salud mental. En esta oportunidad, también exploró la disposición de la comunidad para otras reuniones donde se trabajarán temas de salud mental. La comunidad sólo aceptó que se trabajara con los grupos de niños, para apoyarles en el reconocimiento de su identidad y para que se les enseñara historia de Guatemala.

#### Logros:

Además de las actividades de multiplicación ya mencionadas, los promotores mencionaron:

- Que se sienten orgullosos de que la comunidad les tiene más confianza y busca su ayuda.
- Son ahora más conscientes del respeto que deben tener a la gente que les consulta.
- Están muy motivados para continuar la capacitación en salud mental, ya que les ayuda a entender mejor los problemas que deben atender en sus comunidades.

#### Dificultades:

- En Cuernavaca 3 promotores convocaron a la comunidad para informarles sobre el desarrollo del taller y para consultarles sobre su disposición para realizar trabajo grupal con los distintos sectores. La comunidad no dió importancia a la propuesta.
- En la región de Trinitaria algunas personas de la comunidad impidieron a un joven promotor de salud realizar un taller con los niños, quemando además, los ejemplares del libro "De Niño a Niño" que dicho promotor había llevado a la comunidad.
- Dificultades en algunos campamentos para reunir a la gente.
- Tener poco tiempo para realizar actividades específicas relacionadas con la salud mental fuera del trabajo que ya realizan.
- Dificultades para ganar la confianza de la gente, y como en el caso del promotor de Trinitaria mencionado arriba, algunos promotores sienten frustración cuando sus

propuestas de trabajo son rechazadas por la comunidad.

- La variedad de lenguas en los campamentos dificultan la comunicación y la multiplicación de los talleres.
- El apoyo económico dado para las actividades de multiplicación es insuficiente.

#### Después del segundo taller:

Realizaron actividades de multiplicación 5, de 14 promotores que asistieron al taller, alcanzando a por lo menos 52 personas de sus comunidades:

- Un promotor de salud trabajó en el campamento la Gloria con un grupo de promotores de salud. Utilizó como material de apoyo el folleto “El papel del promotor”. S=8
- En Tziscoa una partera trabajó con niños los sentimientos sobre el refugio utilizando libro “De Niño a Niño”. S=15
- También en Tziscoa un catequista trabajó con otros catequistas y un grupo de mujeres. Utilizó el libro “Del Refugio al Retorno” y la dinámica “Desde el ojo del Quetzal”. S=20
- En Poza Rica una partera y un promotor de salud multiplicaron el taller a un grupo de parteras. S=9

#### Logros:

- Se sienten bien cuando han trabajado con grupos y las personas pueden expresar con confianza sus sentimientos.
- Las mujeres pudieron expresar sus problemas en los grupos
- Con algunos grupos, se logró despertar interés por la reflexión y elaboración del sentido y experiencia del refugio.
- Recordaron cómo salieron de Guatemala y discutieron sobre la difícil situación que les plantea el retorno. Les ayudó contar con el libro “Del Refugio al Retorno” para el trabajo en los grupos.

- Se logró que los niños “conocieran algo de Guatemala”.

#### **Dificultades:**

-Hay problemas para convocar y trabajar con la gente en algunas comunidades.

(Trinitaria y Margaritas).

- El apoyo económico es insuficiente.
- Es difícil trabajar con los niños porque no ponen atención.
- Las parteras tiene muchas dificultades para realizar actividades de multiplicación fuera de sus propios campamentos, ya que están muy dispersas y es difícil ir de un campamento a otro.
- Los promotores de salud tienen aún dificultades para identificar, diferenciar y tratar problemas de salud mental.
- Algunos promotores de salud en los campamentos, que no han recibido talleres de salud mental, dan muchos medicamentos a la gente, y no aceptan participar en los talleres de multiplicación con temas de salud mental.

#### Después del tercer taller:

De los 19 promotores que asistieron al taller, 10 de ellos reportaron haber realizado actividades de multiplicación, alcanzando a por lo menos 116 personas en sus comunidades:

- Cuatro promotores de salud en Comalapa trabajaron con un grupo sobre los sentimientos ante el retorno. Utilizaron el libro “Del Refugio al Retorno”. S=26
- En Cuernavaca, dos promotores de salud en coordinación con el párroco trabajaron con un grupo de mujeres: “Las respuestas comunes a la tensión” y las pérdidas sufridas al salir de Guatemala. Se apoyaron con “EL Manual de Sudáfrica” y el libro “De Niño a Niño”. S=22
- En Poza Rica se coordinaron el catequista y dos promotores de educación para trabajar con un grupo de niños. Trabajaron con el libro “De Niño a Niño”. S=38

-También en Poza Rica, un catequista trabajó con otros catequistas: Las pérdidas en el refugio y los sentimientos de la gente ante el retorno. S=30

#### Logros:

-Los promotores de salud discriminan mejor, los padecimientos físicos de los problemas de salud mental y dan un tratamiento más adecuado, evitando abusar de los medicamentos de patente.

-Los conocimientos en los talleres han ayudado a los promotores de salud en su trabajo con las familias.

-Han mejorado la atención a la gente que consulta, escuchando, mostrando empatía, haciendo preguntas útiles de manera respetuosa y comprendiendo mejor los problemas.

-Los promotores han ayudado a algunas familias a “equilibrar su estado emocional”.

-A nivel personal, los promotores se sienten más seguros en su trabajo con la comunidad.

#### Dificultades:

-Problemas para motivar a la gente para que participe en los grupos.

-La gente exige medicamentos a los promotores de salud.

-Los hombres de la comunidad no aceptan participar en las reuniones de salud mental porque tienen mucho trabajo en el campo y no tienen interés en el tema.

-Los promotores sienten mucha frustración cuando la comunidad “no los toma en serio”.

-En la comunidad la gente piensa que los promotores reciben un salario y les exige mucho.

- Hay problemas y divisiones políticas en la comunidad acerca del Retorno y ésto dificulta el trabajo de salud mental.

### En Campeche y Quintana Roo.

#### Después del primer taller:

De 17 promotores que asistieron al primer taller, 9 de ellos realizaron actividades de multiplicación, alcanzando a por lo menos 73 personas de sus comunidades:

-En Campeche, cuatro promotores de salud y dos parteras trabajaron en sus campamentos con el libro: "De Niño a Niño". S= 40

-Una promotora trabajó con un grupo de niños utilizando el libro "De Niño a Niño".

S= 24

-En Quetzal-Edzná, dos promotores multiplicaron el taller con promotores de salud y educación. S=9

#### Después del segundo taller:

De los 22 promotores que asistieron al segundo taller, 8 de ellos realizaron actividades de multiplicación, alcanzando a por lo menos 138 personas de sus comunidades:

-En Quetzal-Edzná dos promotores de salud trabajaron con un grupo de mujeres sobre sentimientos ante el retorno. Utilizaron el libro "Del Refugio al Retorno". S=24

-En Cuchumatán 4 promotores trabajaron durante 4 reuniones con mujeres enlistadas el Retorno. Utilizaron el libro "Del Refugio al Retorno". Durante los talleres, tradujeron el libro a varias lenguas. S= 105

-En Maya-Balam, se reunieron promotores de salud y de educación para trabajar con el libro "Del Refugio al Retorno". S= 9

#### Actividades de multiplicación después del tercer taller:

Después del tercer taller, 16 de 19 promotores realizaron actividades de multiplicación alcanzando a por lo menos 169 personas de las comunidades:

-En Maya-Balam dos promotores de salud multiplicaron el taller a representantes del grupo Unión de Mujeres, al grupo del segundo retorno, catequistas, mujeres del grupo Mama Maquín, jóvenes y promotores de salud. El taller duró tres días. S=18

- También en Maya-Balam, se impartió un taller sobre la familia y la salud mental para el sector de Mujeres. Se habló sobre los efectos del golpe de Estado en Guatemala en la comunidad. S= 15
- Dos promotores impartieron un taller de introducción a la salud mental a un grupo nuevo de promotores de salud. Trabajaron el programa del primer taller durante tres días. S= 8
- Dos promotores de salud trabajaron el tema de la familia y la salud mental en Maya-Balam con el grupo Xalbal. S=36
- Dos promotores de salud multiplicaron el primer taller de salud mental a un grupo del sector de jóvenes de la Laguna. S=10
- Tres promotores de salud multiplicaron el programa del primer taller a mujeres del grupo Mama Maquin. El taller se impartió con traducción al cakchiquel. S=32
- Dos promotores, multiplicaron el primer y segundo taller a un grupo de promotores de salud de La Laguna. S=13
- Tres promotores impartieron un taller an Maya-Balam al grupo inscrito para el segundo retorno. Trabajaron el tema de la familia y la salud mental y los sentimientos hacia el retorno. S=37

#### Logros y dificultades en Campeche y Quintana Roo:

A diferencia del grupo de Chiapas, aquí ha resultado más fácil la multiplicación de talleres debido a que la población se encuentra más concentrada. También ha habido mayor aceptación de la comunidad al trabajo sobre salud mental.

Los promotores en Campeche y Quintana Roo, han referido mucho interés y disponibilidad en la comunidad para recibir los talleres de multiplicación, especialmente, por parte de las personas inscritas para el Retorno.

Existe también la queja sobre la insuficiencia del apoyo económico que reciben los promotores para la multiplicación, pero ésta se ha presentado en menor medida que en Chiapas.

Han encontrado algunas dificultades con el trabajo con el sector de jóvenes, ya que éstos no presta mucha atención en los talleres, a pesar del esfuerzo de quienes los imparten.

Están muy orgullosos de haber logrado impartir talleres a grupos grandes de mujeres, que generalmente no participan en éste tipo de actividades y de haber superado dificultades con las diferencias lingüísticas.

Los promotores de los tres estados han reportado una reducción de un 50% en el uso de medicamentos y una mejor comprensión de los problemas que atienden.

## **ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.**

### **I. En relación con los Objetivos Generales del Modelo:**

#### **1. Capacitar en formas de atención-prevención a un grupo no mayor de 60 promotores en los campamentos de Chiapas, Campeche y Quintana Roo:**

Un total de 56 promotores de Chiapas Campeche y Quintana Roo, recibieron entre uno y tres talleres de capacitación en salud mental; sólo 25 de ellos asistieron a los tres talleres.

De acuerdo al reporte de los mismos promotores en la parte de "seguimiento" en los talleres y del equipo técnico, los logros son los siguientes:

- Los promotores incorporaron a su trabajo habitual, de manera muy inmediata algunos de los aprendizajes de los talleres tales como: la utilización de conceptos que les permitieron identificar y tratar mejor los problemas de salud mental y la aplicación de métodos psicológicos de elaboración grupal en las comunidades. Además, transmitieron estos aprendizajes a otros promotores y a la población

mediante distintas actividades de multiplicación. En dichas actividades, resultó muy adecuado y valioso para los promotores contar con material de apoyo: El Manual de Sudáfrica y los folletos "De Niño a Niño" y "Del Refugio al Retorno".

- El equipo técnico observó, durante el desarrollo del segundo y tercer taller, avances progresivos del grupo, manifiestos en: una actitud de respeto y escucha; mayor seguridad al dirigir una entrevista simulada; intervenciones más adecuadas durante las dramatizaciones. Los promotores evitan emitir juicios, dar consejos y están más concientes de que su papel no es resolver ellos mismos los problemas, sino ayudar a la gente en la búsqueda de sus propias soluciones.

- Los promotores de salud, que han sido la mayoría de los asistentes a los talleres, alcanzaron una comprensión importante de conceptos que implican una mejor discriminación de los padecimientos físicos y psicológicos que tratan en la población, diferenciando situaciones en las cuales, es necesario utilizar medicamentos y cuando deben utilizar otros recursos, esto se refleja en una disminución de casi el 50% del uso habitual de medicamentos (según información de los coordinadores de AGRUMS y PROSECO y de los mismos promotores en los talleres). Realizaron también en este sentido, una labor importante para detener el abuso en el uso de medicamentos por medio de su labor de sensibilización en los talleres de multiplicación hacia otros promotores de salud en los campamentos.

- Todos los promotores del grupo, valoraron muy positivamente, los espacios de elaboración grupal de sus experiencias traumáticas, ya que les ayudó a sentirse mejor y también a entender los problemas de la comunidad.

- El grupo que terminó esta etapa de tres talleres, se encuentra motivado a continuar la capacitación y comprometido para compartir los aprendizajes con otros promotores y grupos de refugiados mediante talleres de multiplicación.

Podemos mencionar las siguientes dificultades:

-Más de la mitad del total de promotores del grupo, no cumplió con el compromiso de asistir a los tres talleres debido a varias razones:

- Las dificultades para comunicarse y en ocasiones, cambios en la fecha de realización de los talleres, afectaron negativamente la asistencia de los promotores.

- Las condiciones climatológicas en Campeche y Quintana Roo (Inundaciones y desbordamiento de ríos), impidieron la llegada de varios promotores al tercer taller.

- Algunos promotores regresaron a Guatemala en el primer Retorno organizado (enero de 1993).

- En Chiapas, una de las organizaciones que ayudó en la difusión de la convocatoria y la selección de participantes, llevó a un grupo de parteras, que no hablaba español ni sabía leer y escribir, lo que tuvo dos consecuencias: primero, se dificultó el desarrollo de los talleres (aún cuando una de las promotoras bilingüe, fungió como traductora), y segundo, dicho grupo realizó muy pocas actividades de multiplicación.

-Trabajar temas como el duelo y las pérdidas no resultó fácil para los promotores que vivieron experiencias traumáticas y muchas veces, también sufren síntomas como consecuencia de tales hechos.

-La angustia que padece quien tiene un problema y la angustia del promotor, a quien se le demanda ayuda, es un punto poco resuelto, que debimos trabajar con mayor consistencia, mediante apoyo del equipo técnico y seguimiento entre talleres.

- No se utilizaron instrumentos para evaluar los cambios, logros y dificultades del proyecto. Por lo que basamos los resultados del proyecto en los informes verbales de cada promotor en la parte estructurada como "seguimiento" de los talleres y de acuerdo a las observaciones del equipo técnico.

## **2. Impulsar la multiplicación de los talleres a través de los promotores capacitados hacia otros grupos de promotores y sectores organizados de la comunidad:**

-Obtuvimos los resultados de la multiplicación a través de lo que reportaron los promotores en la parte de "seguimiento" en cada taller, sin embargo, el número de actividades y la población alcanzada, es muy posible que haya sido mayor a la reportada, si consideramos que algunos promotores que realizaron actividades de multiplicación, no asistieron al taller subsecuente por distintas causas, y no fué posible para el equipo técnico recopilar toda la información.

De acuerdo a lo que reportaron los promotores, en los campamentos de Chiapas, Campeche y Quintana Roo, se realizaron por lo menos, 25 talleres y actividades grupales con una participación de 641 personas de la comunidad, incluyendo a otros grupos de promotores y a grupos de niños. Por tanto, podemos decir que se logró un alcance importante en la comunidad refugiada, que rebasó, con mucho nuestras expectativas.

-Es importante mencionar, que el alcance a la población, mediante la multiplicación de talleres y actividades específicas, resultó efectiva porque los promotores se sintieron parte y co-responsables del proyecto.

- La multiplicación se dió en dos niveles:

1) Talleres o cursos cortos dirigidos a otros grupos de promotores: de salud, educación, derechos humanos, catequistas y parteras.

2) A sectores específicos de la población, tales como grupos de: mujeres organizadas, niños, jóvenes, ancianos y de personas inscritas al segundo movimiento de Retorno.

Cada promotor que realizó alguna actividad de multiplicación, eligió: a) el tema; b) los materiales de trabajo; c) los métodos y d) los grupos hacia los cuales trabajó. Lo

anterior, de acuerdo a su propia evaluación de necesidades en su comunidad, a la demanda por parte de los grupos mismos, a sus capacidades y tiempo.

Pensamos que, haber dejado esta libertad a los promotores, resultó muy favorable para que se hicieran responsables del trabajo y se sintieran dueños de él.

- Un aspecto que nos parece interesante señalar, son las estrategias que los promotores han utilizado para multiplicar los talleres y sensibilizar a grupos. Dichas estrategias, responden a sus formas organizativas y a la iniciativa y creatividad de los promotores; también son un indicador del grado de apropiación del trabajo por ellos, ya que éstas, no formaban parte del diseño del modelo. Para dar algunos ejemplos: algunos promotores comenzaron abriendo el espacio a temas de salud mental en sus comunidades, haciendo pequeñas presentaciones de lo que habían aprendido en los talleres de Salud Mental, en las reuniones de sectores o grupos de representantes (reuniones de las CCPP, de mujeres, promotores de educación, etc.). Otros, propusieron temas de trabajo a grupos determinados, como el grupo de personas inscritas al segundo retorno en Quintana Roo y Campeche, que se reunieron específicamente, para trabajar con el libro "Del Refugio al Retorno".

Otra modalidad de convocatoria, ha sido el recurrir a instancias con autoridad dentro de la comunidad para convocar a grupos de trabajo, como, el párroco; de manera que realizan un trabajo conjunto por ejemplo, el párroco y los promotores con un grupo de mujeres.

-Los promotores de educación, las parteras y los catequistas, realizaron actividades principalmente dirigidas a otras mujeres, a grupos de catequistas y a grupos de niños.

El interés fundamental en el caso de los catequistas, ha sido transmitir las experiencias de los talleres a otros catequistas. En el trabajo con mujeres, la elaboración grupal respecto a sentimientos frente al refugio y el retorno, y con los

niños el apoyo a su identidad étnica y cultural, cuestiones de gran importancia, sobretodo si consideramos que muchos niños que nacieron en México, van a retornar a Guatemala con sus padres, sin conocer el contexto cultural y social de este país.

El trabajo con las mujeres refugiadas, es importante, ya que como mencionamos antes, su participación comunitaria está limitada por el analfabetismo, el monolingüismo y también por los imperativos culturales vigentes que las mantienen dentro del hogar. Los talleres y grupos de elaboración impartidos con traducción a distintas lenguas, permitieron a un número importante de mujeres, acceder a la difusión y conocimiento de aspectos de salud mental que pueden incidir en su bienestar como grupo y en el de sus familias.

- En los tres estados, para realizar la mayor parte de los talleres de multiplicación, se coordinaron dos o más promotores. Pensamos que el apoyo mutuo y el compartir dificultades y soluciones, enriqueció la experiencia del grupo.

La multiplicación no careció de dificultades, para mencionar algunas:

-Por parte de los promotores, había dificultades para realizar talleres de multiplicación como una tarea extra además de atender su trabajo en el campo y sus responsabilidades familiares.

-También en el grupo había muchas diferencias en cuanto a recursos individuales, capacidades y posibilidad de trabajo en sus comunidades.

-Los recursos económicos destinados a las actividades de multiplicación para los promotores, resultó insuficiente y difícil de presupuestar con antelación, debido a la diferencia de costos en los campamentos de los tres estados y a nuestra inexperiencia en el manejo de este aspecto.

- La falta de apoyo y reconocimiento de la comunidad a sus promotores, en algunos

sitios, se reflejó en su escaso interés y participación.

-Algunos promotores estuvieron expuestos a críticas severas y sobreexigencias por parte de sus comunidades.

-Hubo obstáculos para ellos en algunos lugares donde el tema del retorno era un tema tan político que no podía ser cuestionado y, las decisiones familiares o personales no podían tocarse fuera del ámbito colectivo y de las organizaciones políticas muy a favor del retorno.

-La presencia de distintas lenguas hizo difícil el trabajo de multiplicación, aún cuando se trabajó con traducción o en la lengua de los propios promotores bilingües, ya que en algunos campamentos se hablan tres o más lenguas además del castellano.

- La distancia y los costos de viaje, dificultaron que el equipo técnico realizara un seguimiento en campo de las actividades de multiplicación que realizaron los promotores. Por esta razón sólo contamos con el reporte de los mismo promotores dentro de los talleres.

### **3. Mediante los objetivos 1 y 2, sensibilizar a la comunidad refugiada sobre los problemas relacionados con la salud mental, que afectan a su bienestar.**

- Tanto los talleres de multiplicación dirigidos hacia otros promotores, como las actividades con sectores específicos en los campamentos, han cumplido la función de sensibilizar a la población con respecto a las necesidades de atención de los problemas de salud mental. Los promotores que realizaron algún taller o actividad, como mencionamos en el inciso anterior, recurrieron a diversas instancias de las organizaciones en los campamentos para informar, invitar y reunir a las personas interesadas en el tema de la salud mental.

- Pensamos que los materiales utilizados: El Manual de Sudáfrica, De Niño a Niño y Del Refugio al Retorno, constituyeron un apoyo muy importante para el trabajo de los promotores, contribuyendo a abrir el campo de la salud mental y sensibilizando a la comunidad.

Durante los talleres de multiplicación en las comunidades, algunos promotores tradujeron a distintas lenguas los materiales. De esta manera, se alcanzó a grupos que no hablan castellano y también a personas analfabetas.

El Manual de Sudáfrica, resultó un vehículo muy importante para la transmisión de conceptos claves en una relación de ayuda; en tanto los folletos De Niño a Niño y Del Refugio al Retorno facilitaron el trabajo de elaboración de pérdidas, así como la movilización de recursos y la ayuda mutua en los grupos.

## **II. Análisis y algunas observaciones en relación a la metodología de los talleres:**

Consideramos que el resultado del desarrollo del modelo es alentador, si tomamos en cuenta, la opinión de los mismos promotores, el número de talleres de multiplicación que realizaron en sus comunidades, así como la referencia positiva sobre los avances y cambios en el trabajo de los promotores dada por representantes de sus organizaciones (AGRUMS, PROSECO, Mama Maquin y Promotores de Educación); sin embargo, pensamos que la metodología de los talleres de capacitación, no es un asunto resuelto, por el contrario, discutimos y replanteamos, constantemente, dentro del equipo técnico nuestras formas de trabajo. Por ejemplo, de acuerdo a la convocatoria que hicimos, esperábamos un grupo de promotores bilingüe y con lecto-escritura, además de experiencia en el trabajo comunitario; sin embargo, especialmente en Chiapas, el grupo incluyó a mujeres

que no hablaban español y tampoco sabían leer y escribir. Salvo algunas excepciones en los tres estados, aún cuando los promotores cumplían los requisitos señalados, en general tenían problemas para trabajar con material escrito, por lo que, en los talleres, tuvimos que recurrir principalmente a la dramatización, el juego, el dibujo y la transmisión oral como medios didácticos.

El peso de la temática de trabajo, en el segundo y tercer taller, estuvo determinado en gran medida, por el contexto del retorno a Guatemala y la urgencia que imprimía la necesidad de elaborar duelos no resueltos, expectativas y miedos. Dicha temática, aunque estaba contemplada en el planteamiento inicial, predominó en el segundo y tercer taller, en tanto, tuvimos que aplazar algunos contenidos sobre las formas de atención para la comunidad.

El local de la Iglesia donde se impartió el primer taller en Campeche, así como la Albarrada, en San Cristóbal de las Casas, presentaban condiciones adecuadas para los talleres, no así el resto, cuyas condiciones pudieron influir en el rendimiento de los asistentes a los talleres, así como en el equipo de capacitadores. Para dar algunos ejemplos: los tres lugares mencionados en Chiapas, son de clima frío y los promotores que venían de zonas más cálidas, no llegaron con suficiente abrigo.

En la Kastalia (Comitán), en los mismo dormitorios donde los promotores se acomodaron, había varias familias indígenas mexicanas con enfermos de cólera y el local no tenía agua potable.

Cuando se impartieron los talleres en los campamentos de Campeche y Quintana Roo, siempre fué en condiciones precarias, con falta de agua potable y en lugares poco adecuados; además algunas de las mujeres asistieron con sus niños pequeños, lo que en ocasiones distraía al grupo.

El trabajo de elaboración en pequeños grupos, que contó con material de apoyo: "El Manual de Sudáfrica", y los folletos "De Niño a Niño" y "Del Refugio al Retorno",

también tuvo la mayor multiplicación en las comunidades. Especialmente, los dos últimos materiales, probaron ser un instrumento eficaz para facilitar la transmisión de algunos conceptos y formas de trabajo, tales como: hablar-escuchar en pequeños grupos y la elaboración de eventos traumáticos. El material, facilitó el apoyo mutuo, el crecimiento de la confianza y el mejor uso de los recursos grupales.

El grupo de mujeres parteras, participó poco, especialmente durante el primer taller, debido a que, algunas de ellas no hablaban castellano y no sabían leer y escribir. Esto se sumaba a la desconfianza y vergüenza inicial frente a un grupo que no conocían; sin embargo, su participación aumentó progresivamente en los talleres sucesivos.

Los promotores, leyeron y tradujeron a distintas lenguas los materiales escritos que se llevaron a sus comunidades (Manual de Sudáfrica, De Niño a Niño y Del Refugio al Retorno). Cuando tenían dificultades con los materiales, los promotores se hicieron ayudar por otros, con mayores habilidades en la lecto-escritura.

Algunos de los talleres de multiplicación que realizaron los promotores capacitados y bilingües se llevaron a cabo utilizando traducción y/o en sus propias lenguas. Esto confirma lo acertado del esquema de multiplicación, ya que posibilita un trabajo extensivo que abarca a un número importante de refugiados, tarea que sería imposible para los pocos profesionales que trabajamos con refugiados y que no hablamos lenguas mayas.

Queremos señalar que, sin perder de vista los objetivos que nos planteamos, dependiendo del resultado de un taller, elaboramos o adaptamos la metodología y actividades del siguiente. Este es, tal vez uno de los aspectos más difíciles y que plantean los mayores retos al modelo en sus aspectos técnicos, ya que, no solo el modelo que aquí presentamos, sino cualquier programa dirigido a la atención de las necesidades de los guatemaltecos refugiados en los campamentos en México,

inevitablemente enfrenta las condiciones de inestabilidad y precariedad que caracterizan a su condición.

Otros aspectos que influyen en el constante replanteamiento de los aspectos técnicos del modelo, es la necesidad de adaptar métodos de trabajo más o menos experimentados con otras poblaciones de refugiados y víctimas de la violencia política, a una población con muy escasa escolaridad y con una diversidad étnica y lingüística, difícil de conocer y menos aún de manejar por un equipo técnico reducido y con recursos limitados.

Estamos concientes de que este trabajo no puede dar cuenta de numerosos aspectos de la riqueza que caracteriza al contexto étnico, cultural, histórico y político de la población guatemalteca refugiada en México, ni de muchas de las manifestaciones de su interacción con el modelo que presentamos.

---

## 7 DISCUSION

---

### **I. Contribuciones de la experiencia y algunos puntos de comparación con los modelos de atención-prevención a víctimas de la violencia política que presentamos en la parte teórica del trabajo:**

1. El modelo de Atención-Prevención en Salud Mental a través de la capacitación de los promotores de la comunidad, es el primer programa que alcanza, en este campo, la participación y apoyo amplio de las organizaciones de refugiados guatemaltecos en México, así como de la comunidad refugiada en los campamentos del sureste mexicano.

2. El programa plantea una alternativa a la insuficiencia en recursos institucionales de salud y a la carencia de atención específica en salud mental.
3. Los tres talleres han tenido un impacto importante entre los grupos de promotores y la comunidad refugiada en: Campeche, Chiapas y Quintana Roo. Pensamos que los efectos del modelo, validan su continuidad. La experiencia puede alentar también, otros esfuerzos en el mismo sentido, apoyando la salud mental de la población refugiada.
4. El modelo ha tomado en cuenta, la especificidad, la complejidad del contexto y los problemas del refugio guatemalteco, así como también, las particulares de sus estructuras organizativas. Estas características, hicieron posible alcanzar una aceptación inmediata y amplia, que se reflejan en la apropiación del trabajo por los promotores, la multiplicación en la comunidad y la incorporación de conceptos, perspectivas y métodos de trabajo de los talleres, a su práctica cotidiana en beneficio de la comunidad. Por tanto, podemos hacer un balance positivo de su impacto, alcance y beneficios al grupo de promotores y a la comunidad; sin embargo, reconocemos la importancia de llevar a cabo una evaluación más fina.
5. La metodología de trabajo y los materiales utilizados como apoyo, facilitaron a los promotores el trabajo en una comunidad con índices elevados de analfabetismo, y en una variedad de lenguas que ningún equipo de profesionales sería capaz de manejar, aún suponiendo que existiera una infraestructura en salud apropiada y suficiente para atender a los refugiados.
6. Es un modelo adecuado al contexto y características de la población, que como mencionamos en la discusión sobre distintos modelos de atención, es también único debido a la consideración de determinantes también muy particulares: población de distintas étnias, analfabetismo, extrema pobreza, falta de acceso a servicios de salud, etc. Los modelos psicoterapéuticos clásicos y que han sido aplicados con

otras poblaciones de refugiados en los Estados Unidos, Europa y Sudamérica, aquí resultan inaplicables.

En el programa, cuando rescatamos principios provenientes de la teoría y la clínica psicoanalítica, tales como: la escucha, elaboración y resignificación de la experiencia traumática, los conceptos se adecuaron al trabajo grupal y a las características culturales de los refugiados en México.

7. Los modelos de atención psiquiátricos y clínicos a los cuales hicimos referencia en la parte teórica del trabajo, implican la atención individual y una infraestructura institucional y cultural que permite el apoyo.

Una alternativa viable, mostrada por el modelo que presentamos es, en la población refugiada guatemalteca, casi lo opuesto: a) un trabajo no institucional que incluye a las estructuras organizativas propias de los refugiados; b) la capacitación a promotores se basa en el aprendizaje de conceptos y métodos de trabajo adaptados a sus características socio-culturales; c) se propicia la elaboración de las experiencias individuales traumáticas dentro del grupo y d) los promotores traducen, adaptan e incorporan a sus propias formas culturales y organizativas, el aprendizaje y métodos de trabajo que recibieron en los talleres.

8. El modelo nicaragüense en su estructura, propuesta pedagógica y formas de trabajo comunitario, es el más cercano al que hemos desarrollado; sin embargo, hay dos diferencias importantes: el modelo nicaragüense cuenta con la infraestructura institucional de los Ministerios de Salud y Educación y trabaja con una población mayoritariamente mestiza, que habla castellano; mientras nuestro modelo tiene su soporte sólo en las estructuras organizativas de los refugiados y, trabajamos con una población perteneciente a diversas étnias mayas, lo que hace difícil comparar ambos modelos en alcance y efectividad, ya que se adaptan a contextos y condiciones muy distintas.

9. Finalmente, podemos mencionar no solo los aprendizajes de los promotores, sino también los del equipo técnico, que podrían ser el tema de otra investigación, en relación a las características psicológicas y culturales de los refugiados que nos sorprendieron, nos enseñaron formas distintas de entender la vida, de dar explicaciones a los hechos, formas de regulación social, celebraciones, costumbres y restricciones sociales propias de la cultura maya que desconocíamos y debimos tomar en cuenta en la planeación y desarrollo del trabajo.

## **II. Limitaciones del modelo y recomendaciones para otros estudios:**

1. Limitaciones de tiempo y recursos del equipo técnico, hicieron difícil llevar a cabo un diagnóstico más preciso sobre las necesidades y problemas en el campo de la salud mental de la población refugiada en los campamentos, previo al desarrollo del modelo. Las entrevistas a personas claves de la comunidad, deberían complementarse con cuestionarios estructurados que, exploraran las necesidades de atención en salud mental de una manera más sistemática.

2. El taller exploratorio que realizamos con un grupo de promotores de salud en Chiapas, nos aportó datos en relación con las necesidades de la población y los conocimientos y recursos de dicho grupo; sin embargo, hubiese sido importante evaluar habilidades y conocimientos del grupo de promotores seleccionados, antes de dar inicio a los talleres y al final de esta etapa de capacitación.

Pensamos que, el no contar con mayores datos, así como las dificultades para llevar a cabo una evaluación más controlada, como parte del desarrollo del modelo es, tal vez, la limitación más seria del trabajo.

3. La comunicación con las distintas organizaciones de promotores involucradas en el proyecto resultó difícil, debido a las distancias, ya que los integrantes del equipo técnico vivimos en el centro del país y no todas las organizaciones de refugiados en

el sureste cuentan con teléfono y fax; por otra parte, la comunicación entre las organizaciones y sus promotores en los campamentos tampoco es fácil, especialmente en Chiapas, debido a la dispersión y el difícil acceso a los 124 campamentos. Las soluciones en este caso son relativas, sin embargo, la comunicación frecuente y reiterada con las organizaciones involucradas es un aspecto que se debe considerar.

4. No fué posible realizar una supervisión directa del trabajo de los promotores ni evaluar en campo, sus aprendizajes, capacidades, dificultades y recursos. Consideramos que, para el desarrollo del modelo, será importante contemplar tanto una evaluación sistemática, como estrategias de apoyo a los promotores en la comunidad; por ejemplo, creando espacios de supervisión entre el equipo técnico y los promotores por zonas de trabajo. Sería también conveniente, implementar reuniones entre promotores con cierta periodicidad, para promover el apoyo mutuo, la planeación de actividades y solución de problemas.

5. El programa depende, en buena medida, del apoyo de las estructuras organizativas de los refugiados, lo cual, resulta en ventajas, pero también en limitaciones.

Por una parte, las organizaciones de los refugiados son la manera más efectiva de acceder al resto de la población, son el canal para sensibilizar informar y educar, pero también cualquier problema de comunicación o mala interpretación, entre el equipo técnico y éstas, se refleja en un efecto disminuído del trabajo hacia la comunidad. Las alternativas serían la previsión de tales situaciones y el mantener una comunicación abierta y constante con los grupos.

6. La calidad del trabajo de multiplicación depende por una parte, de la capacidad del promotor y su experiencia en el trabajo con grupos, y por otra del apoyo, conocimientos precisos y materiales adecuados que el promotor recibe en en los

talleres, sin embargo es difícil garantizar que la multiplicación sea llevada a cabo sin pérdida de calidad. Pensamos que algunas alternativas para solucionar este problema serían: a) Una planeación realista de las actividades de multiplicación posibles; b) Producción de materiales de apoyo adecuados, tales como guías de trabajo, manuales, folletos y audiovisuales; c) La detección de problemas y la propuesta de alternativas, con ayuda de los coordinadores en la parte de "seguimiento" en los talleres y/o en grupos de supervisión.

7. El grupo de mujeres tuvo una participación limitada durante los tres talleres y muy pocas realizaron actividades de multiplicación. Creemos que esto se debió a:

a) Las limitaciones culturales que impiden a las mujeres realizar un trabajo fuera de sus hogares. En este sentido, pensamos que la sensibilización de la comunidad, sobre la necesidad de participación de las mujeres en los talleres y la importancia de la atención a los problemas de salud mental, tomando en cuenta su perspectiva, incidirían en el aumento de su participación lo que, derivaría en beneficios hacia los niños, las familias y la comunidad.

b) Los niveles de analfabetismo y monolingüismo de las mujeres refugiadas también inciden en su escasa participación en los talleres, que se imparten en español y donde es necesaria la lecto-escritura. Por tanto, pensamos que, promover la alfabetización y el aprendizaje del español como segunda lengua, contribuiría a una mayor participación de este grupo.

8. Mientras en Campeche y Quintana Roo la cantidad de asentamientos es mucho menor y la población está más concentrada, en Chiapas, la dispersión de los campamentos, hace difícil la comunicación y el desplazamiento entre una comunidad y otra, a lo que se suman, para los refugiados, las dificultades de obtener la autorización de la COMAR, (lo que implica un trámite y paciencia en las oficinas de Migración). Una posible solución, sería la de informar y sensibilizar a las autoridades

de la COMAR, el ACNUR y Migración, dándoles a conocer el programa, sus objetivos, fechas y datos que ubiquen con anticipación las necesidades de desplazamiento de los promotores, en especial si se trata de mujeres.

9. El contexto complejo e inestable de la situación política que impera en Guatemala, y ahora también en México, afecta a los refugiados y a cualquier programa en su beneficio.

Como mencionamos antes, el retorno como proceso, concierne e involucra a toda la comunidad, lo que implica, para cada familia e individuo, consideraciones personales, políticas, sociales y psicológicas importantes.

En este sentido, pensamos que la solidez de los conocimientos adquiridos por los promotores, y de nuevo, el apoyo de sus organizaciones, serán fundamentales para el desarrollo del modelo en beneficio de la comunidad.

10. El éxito de un apoyo efectivo a la salud mental de la población refugiada, como el que pretende el modelo que presentamos, está limitado y depende de la continuidad de dicho esfuerzo a un mediano plazo, tanto desde el aspecto técnico, como desde el financiero. Aquí es importante el papel de las instancias que apoyan este tipo de esfuerzos, sus políticas de financiamiento y prioridades en la región. Por tanto, promover la investigación y realizar evaluaciones periódicas del avance del programa contribuiría a sostener el proyecto desde su necesidad, importancia y viabilidad.

### **III. Implicaciones y recomendaciones para grupos e instituciones que atienden a los refugiados y para las instancias que vigilan el cumplimiento del respeto a los derechos humanos de los mismos:**

1. Es importante aumentar los recursos institucionales y partidas presupuestales de las instancias gubernamentales que atienden a los refugiados hacia los renglones

de salud.

2. Sería deseable la coordinación de políticas y programas que apoyen la atención-prevenición de los problemas de salud mental, desde las instancias gubernamentales, el ACNUR, ONGs y las propias organizaciones de refugiados.

3. Para apoyar el trabajo de prevención-atención en salud mental que ya se realiza, sería deseable una mayor comunicación entre el ACNUR y las distintas ONGs que actúan en los campamentos, a fin de facilitar la labor de educación, información, y sensibilización en este campo.

4. Es importante promover la capacitación en elementos de prevención y atención básica en salud mental a todos los promotores y profesionales de ONGs que atienden a los refugiados.

5. Es necesaria una reglamentación legal clara y que proteja de manera efectiva a los refugiados dispersos y no reconocidos por el ACNUR y el gobierno mexicano.

6. El ACNUR, ONGs y las organizaciones de refugiados deberían colaborar en la protección de las mujeres refugiadas víctimas de abuso físico por sus maridos.

7. Es necesario impulsar programas específicos para prevenir el alcoholismo y violencia entre los varones en los campamentos.

8. Los programas destinados a mejorar el estado nutricional de los niños, deberían contemplar el entrenamiento de su personal en aspectos que incluyan el bienestar emocional de las madres.

9. La promoción e impulso a la alfabetización y la enseñanza del español como segundo idioma, son cruciales para mejorar el acceso a servicios de salud de las mujeres y la comunidad refugiada.

10. Es necesario, impulsar programas que apoyen la cultura y la identidad de los niños refugiados.

11. Destinar recursos técnicos y financieros para la producción de materiales que

apoyen la capacitación, adecuados para la población refugiada: folletos, videos y programas de radio.

12. Garantizar la decisión voluntaria de retornar y apoyar los espacios de reflexión y expresión de sentimientos, miedos y expectativas de la población, al respecto del retorno con independencia de los ámbitos de decisión política.

13. Incluir en la organización para los próximos movimientos de retorno, el entrenamiento de equipos de promotores capaces de enfrentar situaciones de emergencia durante la movilización de la población y preparados para ayudarla en el proceso de reinserción y adaptación en Guatemala.

14. Garantizar la seguridad y protección para la población retornada.

15. Apoyar los esfuerzos por la paz y el respeto a los derechos humanos en Guatemala y México.

**SIGLAS:**

ACNUR: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados  
AGRUMS: Agrupación de Promotores Guatemaltecos de Salud  
APA: Asociación Psicológica Americana  
CADECO: Capacitación Desarrollo y Comunicación  
CCPP: Comisiones Permanentes de refugiados en México  
CDF: Comité del Distrito Federal de Ayuda a Refugiados Guatemaltecos  
CEAR: Comisión Especial de Ayuda a Repatriados y Retornados  
CESC: Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos.  
CIAM: Centro de Investigación y Acción para la Mujer  
CIES: Centro de Investigaciones Ecológicas del Sureste  
COMADEP: Consultoría Mesoamericana de Asistencia y Desarrollo  
COMAR: Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados  
CONONGAR: Coordinadora de Organismos No Gubernamentales de Apoyo a Refugiados  
DIF: Desarrollo Integral de la Familia.  
DSM IIIR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.  
EZLN: Ejército Zapatista de Liberación Nacional  
Mama Maquin: Organización de Mujeres Guatemaltecas.  
GBI: Guerra de Baja Intensidad  
OASSSA: Appropriate Social Services in South Africa  
ONG: Organismo No Gubernamental  
PAC: Patrullas de Autodefensa Civil  
PRODUSSEP: Promoción de Servicios de Salud y Educación Popular  
PROSECO: Promoción de Servicios Comunitarios  
PTSD: Post-traumatic Stress Disorders (Desórdenes por estrés post- traumático)  
SSA: Secretaría de Salubridad y Asistencia  
SERTEC: Servicios Técnicos del ACNUR  
UCA: Universidad Centroamericana José Simeón Cañas  
VECAM: Västerbotten i Centralamerika

## Apéndice 1

### Primera versión del cuestionario sobre el Retorno.

1. ¿Qué le hace sentir que mucha gente se está regresando?
2. ¿Qué le dan ganas de regresar?
3. ¿Qué le dá miedo de vivir en Guatemala?
4. ¿Encontrará su casa o terreno?
5. ¿A dónde regresaría?
6. ¿A qué casa o a casa de quién regresaría?
7. ¿Conoce a alguien que vive en el lugar a donde usted regresaría?
8. ¿De qué viviría el primer año?
9. ¿En qué trabajaría allá?
10. ¿Qué de las cosas que tiene aquí se llevaría?
11. ¿Se iría por su propia cuenta o en grupo?
12. ¿Qué piensa que será lo que más le cueste allá?
13. ¿Qué seguridad habrá para regresar?
14. ¿Cuándo considera usted que será bueno regresar?

### La familia:

15. ¿Quién de su familia vive acá?
16. ¿Qué siente la familia de regresar?
17. ¿Qué dicen sus hijos de regresar?
18. ¿Qué oportunidad de estudios tendrán allá sus hijos?
19. ¿Cómo lo acepta su familia que vive allá?
20. ¿Se adaptará usted a vivir en una población pequeña?
21. ¿Se adaptarán sus hijos a vivir en una población o aldea pequeña?
22. ¿Sus hijos saben costumbres y modos de vivir de Guatemala?
23. ¿Piensa que si sus hijos conocen más de Guatemala sea más fácil que se adapten?
24. ¿Si allá usaba traje tradicional, lo volvería a usar en el retorno?
25. ¿Piensa que sus hijos usarían el traje tradicional?

### La comunidad:

26. ¿Seguirá igual su aldea o pueblo que cuando usted salió?
27. ¿Habrá cambios en la gente y en sus amigos?
28. ¿Cómo piensa que la gente lo aceptará allá?
29. ¿Qué piensa decir cuando la gente le pregunte dónde estuvo estos años?
30. ¿Cómo piensa que se adaptará usted a vivir allá?
31. ¿Qué hará con las costumbres y modos mexicanos que aprendió?
32. ¿Le preocupa que los que se quedaron allá lo rechacen?

### Empezar de nuevo:

33. ¿Qué le daría alegría de dejar México?
34. ¿Qué extrañaría de México?
35. ¿Qué le daría tristeza de dejar México?
36. ¿Qué le daría alegría de volver a su país?
37. ¿Qué le preocupa de regresar?
38. ¿Qué nuevos elementos ha logrado, que le ayuden a usted y a otros guatemaltecos para el retorno?

## Apendice 2

### Segunda versión del cuestionario sobre el Retorno.

Contesta lo primero que se te ocurra a las siguientes preguntas:

1. ¿Qué te hace sentir que mucha gente se está regresando?
2. ¿Qué te dan ganas de regresar?
3. ¿Qué te dá miedo de regresar?
4. ¿Qué te dan ganas de quedarte?
5. ¿Qué te dá miedo de quedarte?
6. ¿Qué has perdido en el refugio?
7. ¿Qué nuevos logros has tenido en el refugio que te ayuden a tí y a otros guatemaltecos?

### Apéndice 3

#### **Análisis preliminar del tipo de respuesta que generaron las preguntas del segundo cuestionario:**

**Nota:** En la agrupación de respuestas que hacemos, en ocasiones retomamos el sentido esencial de éstas y las parafraseamos; creemos que, sin traicionar lo que los refugiados expresaron y con el fin de conservar la idea principal aunque no en la sintaxis original.

#### **1. ¿Qué te hace sentir que mucha se está regresando?**

-Las respuestas hicieron referencia a la Repatriación voluntaria de refugiados dentro del programa de ACNUR-COMAR-CEAR. En el momento de la aplicación (enero-junio de 1992), no se daba todavía ninguno de los Retornos organizados por las CCPP.

-Las respuestas apuntaron a los siguientes aspectos: a) contexto político; b) opiniones sobre la gente que opta por la repatriación; c) -por los que se repatrian, siento...-; y d) -Yo siento...-

#### **a). Contexto político:**

-No hay acuerdo entre el gobierno y las CCPP.

-Falta claridad sobre las condiciones de seguridad tanto para quienes se Repatrian como para quienes quieren Retornar organizados.

-En Guatemala no hay aún condiciones que garanticen la seguridad.

#### **b) Opiniones sobre la gente que opta por la Repatriación:**

-Desconocen que en Guatemala sigue la guerra, la violencia y la falta de respeto a los derechos humanos.

- Se van porque no quieren olvidarse de lo que dejaron.

-Tienen tristeza por la familia que dejaron en Guatemala.

-No vieron la violencia en Guatemala.

-No quieren organizarse ni trabajar en colectivo.

-Están mal aconsejados y mal informados.

#### **c) -Por los que se repatrian siento...-**

-Preocupación y tristeza porque no van a respetar sus derechos humanos en Guatemala.

-Tristeza porque se van solos, no organizados.

-Preocupación porque muchas mujeres se van obligadas por los hombres.

-Temor, porque van a la esclavitud.

-Temor, porque van al servicio del gobierno y el ejército.

d) -Yo siento..-

-Si nos quedamos solos me quedo triste.

- Miedo a que me maten

- Si otros se van, yo me voy.

-Tristeza por la familia en Guatemala

-Incertidumbre ante la decisión de irse o quedarse.

-Si no regreso, siempre seré refugiado.

-Miedo a ser mal recibido en Guatemala

-Miedo a no tener trabajo en Guatemala.

-Recordar el sufrimiento durante la represión.

-Siento alegría.

2. ¿Qué te dan ganas de regresar?

Las respuestas apuntaron los siguientes aspectos: a) lo que se dejó; b) recuperación o reencuentro con la identidad; c) situación y dificultades en México.

a) Lo que se dejó:

La tierra. La familia.

b) Recuperación o reencuentro con la identidad:

- Guatemala es mi tierra.

-Guatemala es mi país.

-Soy guatemalteco.

c) Situación y dificultades en México:

-En México se está bien.

- En México hay problemas para la sobrevivencia

-Hay maltrato de los señores mexicanos.

Otras respuestas hicieron referencia a la temor a la guerra en Guatemala.

3. ¿Qué te dá miedo de regresar?

a) Hay miedo de:

-Regresar individualmente.

-En Guatemala no hay respeto a los derechos humanos.

-La guerra. El reclutamiento forzoso en Guatemala. Las patrullas civiles (PAC). Las masacres. La falta de libertad. Los secuestros. Tortura. Violación. Quema de casas.

-Volver a ser víctima de la violencia

b) No hay miedo porque:

-Hay esperanza en las negociaciones.

-Hay confianza en el acompañamiento internacional.

4. ¿Qué te dan ganas de quedarte?

a) Ventajas en México

-En México hay paz.

- En México hay seguridad.
- Hay libertad.
- Hay alimentos.
- No hay explotación como en Guatemala.

b) Desventajas en México:

- México no es nuestra tierra.
- Ocupamos los lugares de los mexicanos.
- Hay incertidumbre por el futuro aquí.
- No tenemos tierra.
- Hay miedo a que en México también haya guerra.

Otras respuestas:

- Espera de mejores condiciones en Guatemala.

5. ¿Qué te dá miedo de quedarte?

a) Miedo a:

- Miedo a que en México también haya guerra.
- Miedo a los cambios de campamento, a no tener lugar.
- A que nos retiren el apoyo.
- A quedarnos solos si otros regresan.
- A no tener tierra.
- A no tener derechos.
- Al maltrato de la autoridades mexicanas.

b) Situación en México

- No se vive bien México.
- Incertidumbre por el futuro en México.
- En México no matan.

6. ¿Qué has perdido en el refugio?

Las respuestas pueden agruparse en: a) Pérdida de cultura e identidad étnica; b) Pérdidas personales y materiales; c) Pérdida de derechos; d) Pérdida de sentimientos negativos producto de la represión en Guatemala; e) Otras respuestas.

a) Pérdida de cultura e identidad étnica:

-Traje tradicional. Costumbres. Uso del dinero. Forma de hablar. Cultura. Idioma. Bailes tradicionales. Celebraciones. Formas de trabajo. La cocina.

b) Pérdidas personales y materiales:

- La familia
- La tierra. Los animales. Pertenencias. Casa.

c) Pérdida de derechos:

- La libertad para caminar.

d) Pérdida de sentimientos negativos, producto de la represión en Guatemala:  
- Miedo, Angustia y depresión.

e) Otras respuestas:

-Nada, en Guatemala tampoco tenía nada.

-Aquí aprendimos a organizarnos para vivir mejor.

7. ¿Qué nuevos logros has tenido en el refugio que te ayuden a tí y a otros guatemaltecos?

Las respuestas apuntan a los siguientes aspectos: a) Logros en la organización; b) Logros en la educación; c) Logros materiales; d) Otros.

a) Logros en la organización:

-Organización de mujeres. Apoyo a las viudas. Organización en sectores: catequistas, promotores de salud, promotores de educación, parteras.

b) Logros en educación:

-Capacitación en salud. Oportunidad de estudio. Alfabetización. Talleres. Higiene comunitaria. Los hijos pueden estudiar. El español. capacitación a parteras. Salud dental. Hervir el agua. Compartir conocimientos.

c) Logros materiales:

Alimentación. Ropa. Crianza de animales.

d) Otros logros:

Experiencia. Estar tranquilos.

#### Apéndice 4

Capitulario del “Manual de Sudáfrica” o Counseling Manual (editado por Appropriate Social Services in South Africa, OASSSA, y traducido por el Comité del DF de Ayuda a Refugiados Guatemaltecos).

**PARTE UNO: DIFERENTES TENSIONES EN LA VIDA DE LA GENTE.** En esta sección, vemos los muchos problemas con los que la gente tiene que vivir en Sudáfrica. Las diferentes comunidades pueden tener problemas diferentes, aunque algunos de ellos serán los mismos. Es importante saber que los problemas con los que la gente tiene que vivir cada día, pueden cambiar la forma en que ellos sienten por dentro, y cambiar la forma en que piensan y se comportan.

**PARTE DOS: GUIA PARA ACONSEJAR.** En esta sección discutimos ideas que le ayudarán a usted a aconsejar a la gente. Todos en la vida han ayudado y consolado a alguien, y usted debe confiar en que puede ayudar a una persona con problemas. Recuerde que nadie tiene el mismo problema, por lo que no hay una forma correcta o equivocada de aconsejar. Aún podemos aprender las cosas más importantes, como escuchar adecuadamente a alguien, y hacer saber a la persona que se le comprende.

**PARTE TRES: RESPUESTAS COMUNES A LA TENSION.** En esta sección vemos lo que sucede a las personas que encuentran difícil manejar los problemas grandes y grandes cantidades de presión. Llamamos a estas presiones y problemas tensión. Con el Estado de Emergencia, todas las tensiones en las vidas de las personas empeoraron. La gente tiene sentimientos fuertes cuando está bajo tensión. Se vuelven diferentes a como eran. Las respuestas comunes a la tensión son:

1. Pensar todo el tiempo en la mala experiencia.
2. Sentir enfermedad y dolores en el cuerpo
3. Problemas para dormir y soñar
4. Problemas para comer
5. Ningún interés en la vida
6. Ninguna energía y sentirse cansado todo el tiempo
7. Problemas con el sexo
8. Mala concentración y mala memoria
9. Sentirse culpable o mal de estar vivo
10. Cambiar rápidamente de un estado de ánimo a otro
11. Enojarse por cosas sin importancia
12. No darle importancia a uno mismo ni a los demás
13. Sentir miedo
14. Sentirse nervioso y preocupado
15. Sentir dolor y tener sentimientos de pérdida
16. Sentirse deprimido

Es importante saber que mostrar respuestas a la tensión, tras una mala experiencia, es algo normal, natural. Por eso las llamamos respuestas comunes a la tensión.

**PARTE CUATRO: COMO MANEJAR LAS RESPUESTAS COMUNES A LA TENSION.** En esta sección discutimos sobre como usted puede ayudar a alguien con una respuesta común a la tensión. Veremos cada problema uno por uno. Pero recuerde que los problemas por la tensión no vienen solos. La gente frecuentemente tiene más de una respuesta a la tensión. Por ejemplo, alguien puede sentirse preocupado y también no estar comiendo ni durmiendo. Recuerde ver las guías para aconsejar antes de leer esta sección.

**PARTE CINCO: RESPUESTAS NO COMUNES A LA TENSION.** En ocasiones las respuestas de la gente a las tensiones son tan malas, que es necesario enviarlas a un doctor o a un psiquiatra. Llamamos a estos problemas, problemas no comunes a la tensión. Discutiremos las siguientes respuestas no comunes a la tensión:

1. Ver cosas
2. Escuchar voces
3. Sentirse muy triste durante largo tiempo
4. Sentir miedo a cosas irreales
5. Estar muy hiperactivo y exitado
6. Ataques epilépticos
7. Heridas
8. Violación
9. Beber demasiado (alcoholismo)

**PARTE SEIS: COMO MANEJAR LAS RESPUESTAS NO COMUNES A LA TENSION.** Un consejero necesita saber qué hacer cuando alguien tiene respuestas no comunes a la tensión y muy malas. Lo más importante es enviar a la persona a un doctor o a un psiquiatra. También hay cosas que hacer entre tanto, antes de que usted pueda conseguir a un doctor. En esta sección, discutimos algunas cosas que hacer cuando alguien tiene una respuesta no común a la tensión.

## Apéndice 6

### Casos para discusión en los talleres

#### Caso 1

Una mujer joven que vivía en un campamento para refugiados fué abandonada por su esposo. Poco después se enfermó, parecía dormida todo el tiempo, no hablaba, no comía, no se movía. La llevaron al hospital y se recuperó un poco. De regreso al campamento volvió a estar igual de enferma. El promotor de salud no sabía que hacer y llamó a sus compañeros promotores para que le ayudaran, a ver si entre todos podían encontrar lo que tenía. Estaban todos en la casa de la señora y uno de ellos observó que cuando hablan de ella, la señora movía un poco los ojos. Ya la habían revisado y parecía que todo estaba bien. Se seguían preguntando ¿qué tendrá?

#### Caso 2

Desde que mataron a su mamá, un niño se había quedado sordo-mudo. Su abuela lo llevó con los promotores de salud para que lo revisaran. Ella les platicó que nunca le había dicho nada al niño (sobre la muerte de su mamá), y que cuando la dejó de ver, al poco tiempo dejó de oír y de hablar.

#### Caso 3.

Una mujer se queja de que le duelen mucho los brazos y las piernas. Mientras trabaja, no le duelen, pero apenas está en su casa, le vuelve el dolor. Cuando le preguntaron desde cuando le dolían, respondió que desde que vió un programa en la televisión que se trataba de guerra.

#### Caso 4

Desde que se empezó a hablar del Retorno, un señor casi no puede dormir, le duele la cabeza y anda de muy mal humor.

#### Caso 5

Cuando apenas había salido de Guatemala, un señor se la pasaba sin hacer nada, acostado, sin ganas de nada. Casi no hablaba, no quería salir, no buscaba trabajo, no quería estar con su mujer, ni ver a sus hijos, ni a sus compañeros. se la pasaba dormido casi todo el tiempo. Ahora sale un poco, pero sigue sin ganas.

### Casos incompletos

#### Caso 1

Un señor se la pasa en el trago. Su familia se encuentra muy desesperada...

#### Caso 2

Una viuda acuda al promotor para que le ayude...

#### Caso 3

Llega una señora y apenas ve al promotor se pone a llorar y llorar...

#### Caso 4

Una señora embarazada dice que está muy preocupada...

#### Caso 5

Un señor tiene miedo de dormir, porque le vienen sueños horribles...

Nuestro origen  
Nuestro exilio



de Niño a  
Niño

---

  
**P**

ara festejar el día del niño se organizó una convivencia centroamericana. Allí se encontraron niños refugiados que jugaron, platicaron, se divertieron... y también recordaron su su país.

Lo que han vivido, lo que han escuchado de sus mayores cobró vida. Sus recuerdos se hicieron colores, se volvieron palabras. Su país, su familia y su historia se hizo presente. No todo se ha perdido, porque cada niño trae en sí mismo estos recuerdos.

Así se hizo este libro, con esa parte de ellos mismos que quisieron compartir contigo, y que ahora te ofrecen para que tú también recuerdes.

**¡Ojalá que disfrutes tu lectura!**



## Por qué dejamos nuestro país

Juan Carlos, 7 años.  
Caballo, burro, soldado, una casa  
y una balsa

*"Allá matan  
a las personas y queman  
las casas"*

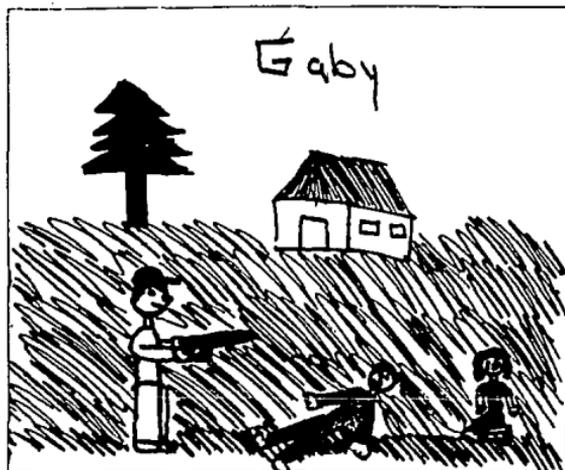
*Viola, 8 años*

*"A mi papá lo querían  
matar y por eso  
nos venimos"*

*Flavia, 11 años*

*"Allá mataban  
mucho gente  
y mi papá dijo  
que mejor  
nos viniéramos"*

*Ana, 7 años*



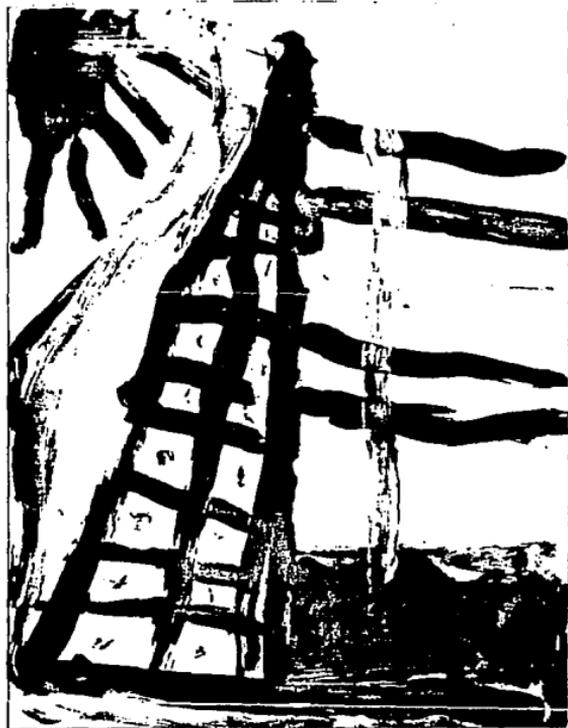
*Gaby, 10 años*

*"Una casa  
se está quemando,  
los soldados la quemaron  
y la gente se murió"*

*Gabriela Ana*



*Gabriela Ana*



Teresa, 6 años. "La cueva, la cruz, la tumba".

*"La gente pobre se pelea  
para que no haya  
tantos pobres"*

*Manuel, 10 años*

*"Hay muchas manzanas  
en los pueblos"*

*Victor, 13 años*



Rodrigo, 6 años  
Una casita

## Lo que recordamos

*"Está bonito allá,  
hay águilas, pájaros,  
fieras, muchos árboles.  
También hay chuchitos  
chiquitos,  
chiquitos".*

*Iris, 8 años*



Rember, 8 años. Mi casa

*"Los trajes,  
la naturaleza,  
es bonito allá".*

*Jessica, 9 años*



Carla, 8 años. Una muñeca

*"Yo desde que era  
chiquita  
me pusieron un hupil,  
tengo fotos".*

*Bell, 7 años*

*"Me gusta de Guatemala  
los árboles, las casas  
y como se viste  
la gente".*

*Ingrid Rosario*



*Ingrid Rosario*

*"Yo me acuerdo  
que de chiquita  
veía unas cabritas  
afuera de mi casa  
y gritaba:  
las cabritas,  
las cabritas".*

*Neca, 11 años*

*"Allá cargábamos leña"*

*Marcelina, 9 años*



*Alexander, 5 años. Una estatua*



Mario, 9 años

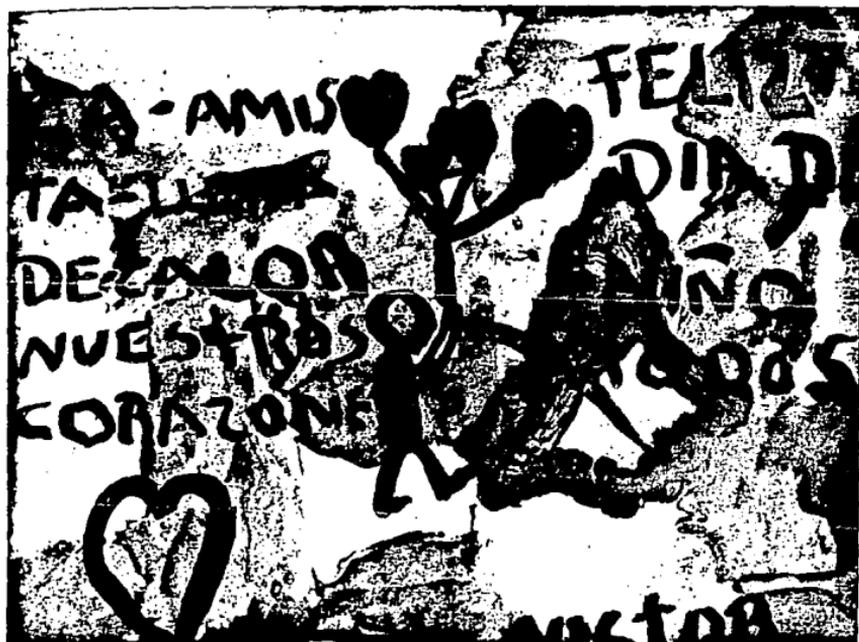
Deseamos y esperamos  
para nuestro país...

*"La paz,  
que no haya guerra"*

Mario, 9 años

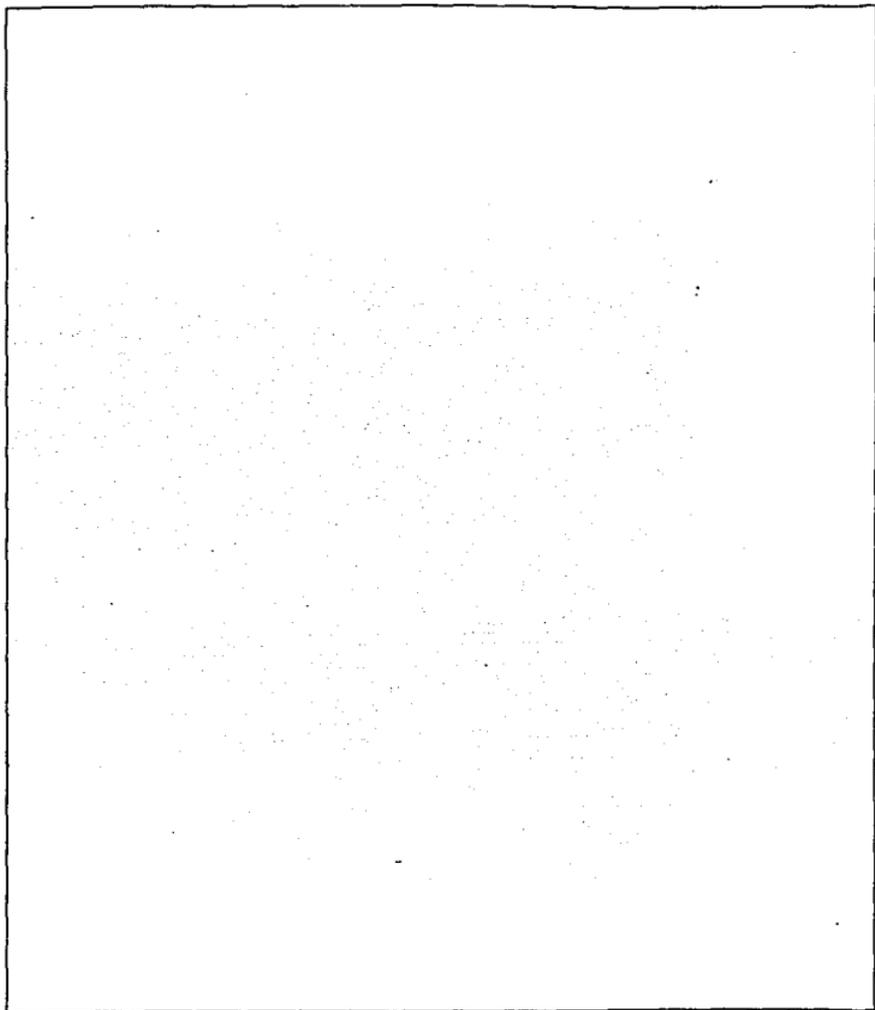
*"¡Que se termine  
la guerra!"*

Heidi, 11 años



de Niño a  
Niño

**Y tu, ¿Qué recuerdas de tu país?**



Si quieres, puedes dibujarlo en esta hoja

**Agradecemos la colaboración de todos los niños que hicieron posible este trabajo.**

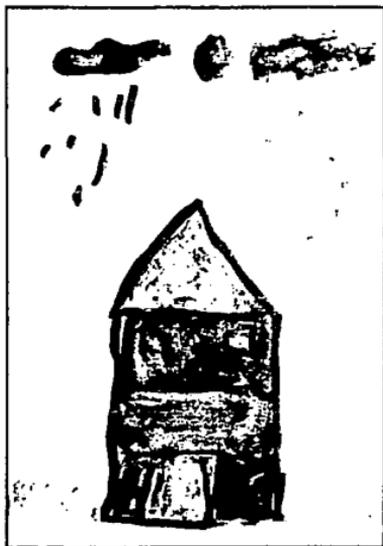
Este libro fue elaborado por el **Comité del Distrito Federal para ayuda a Refugiados Guatemaltecos**, participando los **Programas de Niños y Salud Mental**. Su publicación fue posible gracias al apoyo económico de **Rádda Bamen Suecia, Consejería en Proyectos para Refugiados Latinoamericanos, Costa Rica y Christian Aid, Inglaterra.**

Participaron en la organización y/o financiamiento de la fiesta del Día del niño: **Calyolothli, Casa de los Amigos, CEASAS, Comité Cristiano, Comité del D.F. para ayuda a Refugiados Guatemaltecos, Grupo de los Miércoles, Guardería de Estimulación Temprana, Rádda Bamen SEDEPAC, SERTEC, V. CAM y VLUCHELING.**

**Coordinaron la producción:**  
Angeles López e Inés Sáenz

**Dibujo de la Portada:**  
Michelle, 12 años

**Diseño Gráfico:**  
Luis Carlos Salcido



Nuestro origen  
Nuestro exilio

MANUAL PARA EL MANEJO DEL LIBRO

de Niño a  
Niño

*De la niñez todos sabemos algo  
porque hemos sido niños  
o porque nos reencontramos  
al trabajar con ellos.*

**Comité del Distrito Federal de ayuda a  
Refugiados Guatemaltecos**

Angeles López  
Coordinación de la producción.

Toda correspondencia deberá dirigirse a:

**CDF**  
Apdo Postal 80-021  
México, D.F. 06000

**PORTADA: "Una Casita de Guatemala",  
dibujo de Varinia Acosta**

**E**ste pequeño manual está dirigido al adulto que trabaja con niños. Tiene como propósito dar algunas ideas de la forma en que se puede trabajar el librito con ellos, para ayudarles a superar el exilio y las pérdidas que han sufrido.

Está compuesto por dos partes:

. La primera, llamada **¿por qué recordar?**, muestra algunos efectos del exilio, y la importancia de que los niños hablen de su experiencia.

. La segunda, llamada **Ideas para el trabajo**, propone algunas formas de llevar la actividad con los niños.

## ¿Por qué recordar?

**L**a gente que vive el exilio ha perdido mucho. Su país, su familia, su casa, sus amigos, y muchas veces hasta su forma de hablar y de vestirse.

Tanta pérdida hace que la gente se sienta triste, sin ganas, y hasta se le dificulta saber quién es. Cómo decir, por ejemplo, soy *quiché*, si ha tenido que dejar su traje, sus costumbres, su lengua,.... vivir de una manera diferente. Decir **soy...** se hace difícil.

Si decir **soy...** es difícil para los adultos, ¿qué pasará con los niños en el exilio?

Como los padres han vivido cosas muy dolorosas, prefieren no recordar; lo perdido se hace vacío. Y ese vacío lo reciben los hijos.

Las historias personales se pierden. Los orígenes se van borrando, y los niños se encuentran entonces sin historia, con orígenes casi desconocidos, sin arraigo a la línea familiar, sin vínculo al lugar donde nacieron sus padres o ellos mismos. Los abuelos, los tíos, la familia, la patria, la historia se borran, sus raíces se debilitan. ¿Cómo crecer fuerte y sano si sus raíces se vuelven tan débiles?

Por eso es importante que los niños **hablen**. Que hablen de sus recuerdos, de lo que han oído de los mayores, de lo que se imaginan. Por medio de las palabras algo de lo perdido se recupera, vuelve a tener vida.

*Recordar es volver a vivir* esto dice una canción, y es cierto. Al hablar, ahí donde estaba vacío se pone algo: las palabras. Los recuerdos, lo que otros dicen, llaman a los propios recuerdos. Los niños al platicar de lo que recuerdan, de lo que les han contado, del lugar donde nacieron, de sus orígenes, de su vida. Al escucharse a sí mismos y a otros, van teniendo algo más para cada quien. Les ayuda a encontrar un lugar en su familia, en su historia.

**Los niños tienen muchas formas de hablar.** Lo hacen con dibujos, con juegos, con lo que se imaginan, así hablan, se comunican a sí mismos y a otros lo que sienten y piensan.

**E**ste librito, que hemos llamado **Nuestro origen, nuestro exilio. De niño a niño** tiene como propósito ayudar a los niños a re-encontrar una parte de su vida, de su existencia, de eso que les da forma y los conforma, a superar esas cargas que la vida les ha impuesto. Encuentran en lo dicho por otros niños algo que les es propio. Ver en otros algo de lo suyo el, **yo soy...** tiene nuevos significados.

¿Cómo ayudar a los niños a sacar el mejor provecho de esta experiencia con el librito?.

Proponemos algunas ideas para facilitar el encuentro de los niños con lo que otros les comunican a través del libro.

Son sólo sugerencias, porque sabemos que el adulto que les está ayudando puede tener otras ideas y enriquecer el trabajo.

### **Cómo organizar la actividad**

- Formar grupitos de cinco a diez niños.
- Platicarles que hay otros niños, también refugiados, que viven en la Ciudad de México.
- Preguntarles si saben dónde habrá otros niños refugiados.
- Platicarles que unos niños refugiados hicieron unos dibujos y platicaron de su país para ellos. Que eso está en un librito que les mandaron.

El adulto toma un librito y les enseña la portada, les dice:

- *Miren, este librito es el que mandaron, se llama **Nuestro origen, nuestro exilio**:*

Puede preguntarles:

- *¿Que creen que traiga este librito?*

Después de que los niños han platicado un poquito de lo que se imaginan que viene, les dice que ahora les va a dar un librito a cada uno para que lo vean. Entrega a cada niño un librito y permite que lo vean. Cada quien puede verlo como quiera. después de un ratito les dice:

- *¿Quién quiere platicar por qué esos niños dejaron su país?*

Cuando los niños han platicado de lo que vieron y leyeron, el adulto les pregunta:

- *¿Algo de eso se parece a lo que les pasó a ustedes o a su familia cuando vivían en su país?*

Es muy importante que los niños platicuen, para ayudarles a hablar puede preguntarles:

- *¿De qué se acuerdan?*

- *¿Qué les han contado?*

- *¿Qué se imaginan?*

Para que mientras un niño habla los otros le pongan atención, puede decirles:

- *¿Qué dijo Lencho?*

- *¿Quién puede contar algo que se parezca a lo que dijo María?*

Puede ser que algún niño no quiera platicar. **No hay que forzarlo**, de todas maneras le sirve escuchar a sus compañeros.

Quando han platicado el adulto les dice:

- *Ahora vamos a dibujar algo de lo que platicamos.*

Para dibujar los niños pueden utilizar papel y lápices, pero también pueden dibujar en el suelo, pintando con un palito en la tierra o usar ramitas, hojas de plantas, piedritas, semillas, flores, lo que quieran.

Mientras hacen el dibujo, el adulto se acerca a un niño, y le pide que le diga qué está dibujando. Pasa con cada uno de los niños.

Quando han terminado, invita a los niños a ver los dibujos que hicieron sus compañeros. Pueden comentar sobre lo que piensan que quiso decir cada niño con su dibujo.

Quando han terminado de platicar, les dice que otro día van a trabajar de nuevo con su librito. Que si quieren lo pueden enseñar a otras personas, y platicarles lo que hicieron en el grupo.

Dos o tres días después vuelven a trabajar con el librito.

El adulto les dice:

- *¿Se acuerdan del librito del otro día? Ahora vamos a trabajar de nuevo con él.*

- *El adulto abre el librito donde dice: **Lo que recordamos.** Pide a los niños que abran su librito en la misma página, enseñándola.*

- *Pide a los niños que vean los dibujos de esas páginas.*

- *El adulto o uno de los niños lee lo que está escrito, mientras los demás escuchan.*

El adulto puede preguntar:

- *¿De dónde creen que será Iris, la niña que dijo eso?*

- *El lugar donde ustedes vivían ¿se parecería?*

Quando han platicado pasan a la siguiente hoja

El adulto les dice:

- *Aquí hablan de los trajes que usan allá ¿quién conoce cómo se visten allá?*

Quando han platicado de los diferentes trajes que viste la gente, les pregunta:

- *¿Quién de ustedes tiene traje, o lo usaba?*

Quando los niños han platicado, les pide que cambien a la siguiente hoja. El adulto o alguno de los niños lee algo de lo escrito en esas páginas. Después les pregunta:

- *Los niños que dijeron eso ¿vivirían en el campo o en la ciudad?*

- *¿Ustedes donde vivían cuando eran chiquitos?*

- *¿Cómo era el lugar donde sus papás vivían cuando eran niños?*

- ¿En que trabaja la gente allí?

Cuando han platicado les pide que cambien de hoja, les dice:

- Aquí Alexander, que tiene 5 años, dibujó una estatua.

¿Quién conoce estatuas allá?

- ¿Y ruinas, quién sabe algo de las ruinas?

Cuando han platicado el adulto les dice:

- En esta hoja los niños pusieron lo que quieren y esperan para su país. Y ustedes ¿qué quieren para su país?

Para hacer que más niños hablen puede decirles

¿y que más?.

Después de que los niños han dicho lo que quieren para su país, les pide que cambien la hoja. Les dice que vean el dibujo, y que uno de los niños diga de qué se trata.

Para terminar la actividad, les explica que la última hoja está en blanco para que ellos dibujen. Así, lo que ellos hagan va a formar parte del librito.

Cada niño puede platicar lo que dibujó.

Se pueden volver a hacer algunas de las actividades, o todas, según piensen el adulto o lo pidan los niños.

Pueden usar el librito muchas veces más, por ejemplo haciendo una o dos preguntas como las siguientes:

- ¿Qué les gustó más de lo que vieran en el librito?

- ¿Qué será lo más feo de lo que vivieron esos niños?

- De lo que pasó allá ¿qué será muy triste?

- ¿Qué será bien bonito de lo que hacían allá los niños?

- A ver quién encuentra algo que tenga su país y que no tengamos acá.

- ¿Cuál de los niños del librito estaría enojado?

- ¿Cuál estaría contento?

Los niños pueden ir explicando el porqué de sus respuestas.

**Estas son las ideas que les ofrecemos, pero seguramente al adulto o a los niños se les ocurrirán nuevas actividades a realizar con su librito.**

**Esperamos que disfruten y les sea útil esta experiencia.**

Del refugio  
al retorno



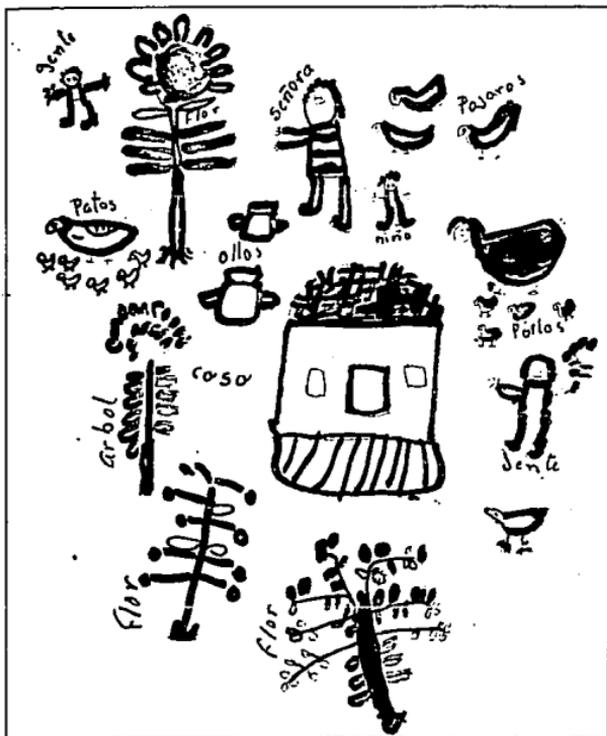
Lo que vivimos  
lo que sentimos

Del refugio  
al retorno



Lo que vivimos  
lo que sentimos

# Guatemala



Teresa

Antes de que viniera  
la represión,  
todo estaba muy alegre.  
Con la represión  
se acabó todo.

Francisco

## Por qué tuvimos que salir

Es por la guerra  
que estamos aquí,  
si no hubiera guerra  
o estuviéramos aquí.

*María*



*Jorge*

fue la patrulla civil  
la que mató a mi hijo,  
mi misma gente.

*Dolores*

Estábamos escondidos,  
volvimos a poner la casa y la volvieron a quemar.

*Rosendo*



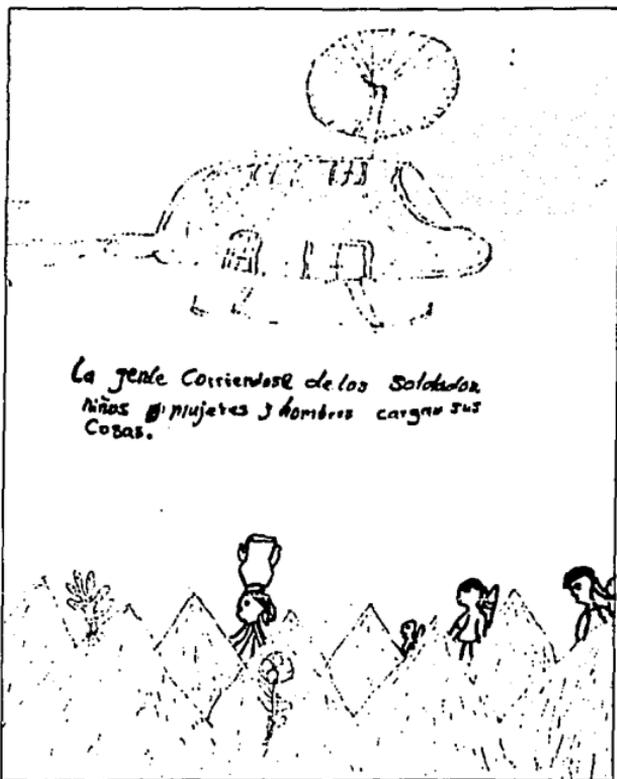
Jorge

No podía salir  
 el grupo entero,  
 yo me quedé sola  
 en la aldea,  
 sola con un mi vecino,  
 luego lo mataron.  
 Hasta mayo (cuatro meses  
 después)  
 vinieron un mi hijo  
 y un mi nieto por mí.  
*Inés*

Fui a una fiesta con mi papá, estaba todo el pueblo, llegó el ejército y los mató a todos, yo me escondí entre las matas; como era chico (tenía doce años) no me vieron. Mi mamá no había ido porque estaba enferma. Ful y le dije: nos salimos con el puro suéter.

Estábamos organizados, nosotros construimos una escuela  
llevando las tablas; también la iglesia, el campo de fútbol y un  
camino. Y como estábamos organizados  
decían que éramos subversivos.  
El helicóptero lo bombardeó, y todo se acabó.

*David*



*La gente corriendo de los Soldados.  
Niños y mujeres y hombres cargando sus  
Cosas.*

Llegó el ejército,  
tuvimos que huir.  
*Antonio*

Salimos por miedo,  
por puro miedo.  
*José*

*Tomás*

## Nuestro refugio



Enrique

Acá tenemos que alquilar, nos cuesta conseguir dónde para nuestras cosechas, son muy caras las tierras. Estamos viajando de un lugar a otro. Allá tenía mis tierras y animales.

**Diego**

Aquí luego no tenemos qué comer, pero aunque rascando la tierra, estamos tranquilos porque nalden nos matan.

**Jacinta**

Acá no tenemos las tradiciones culturales que acostumbra nuestra gente.

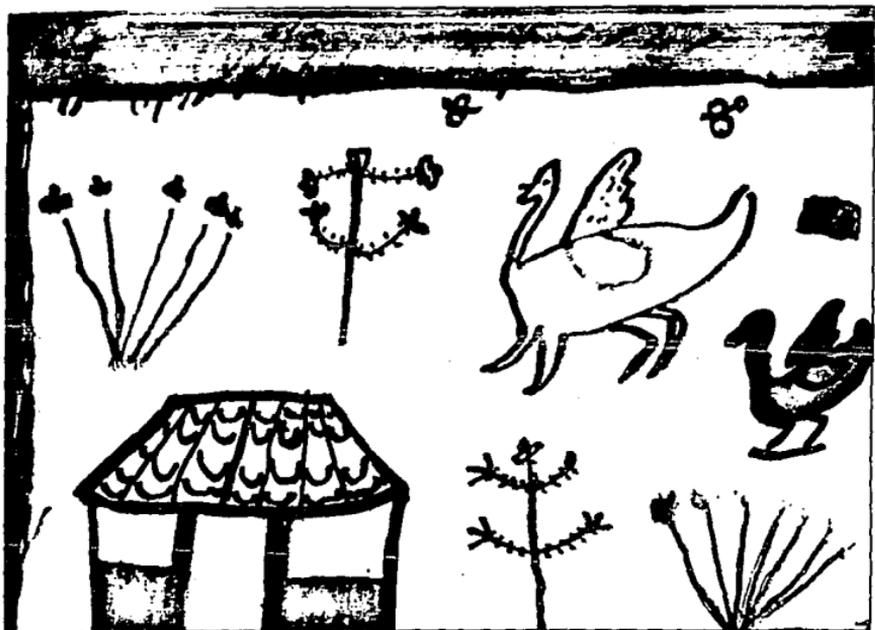
Tuve que dejar mi traje, me siento otra.

**Juana**

Allá es lluvioso, se puede vivir trabajando.

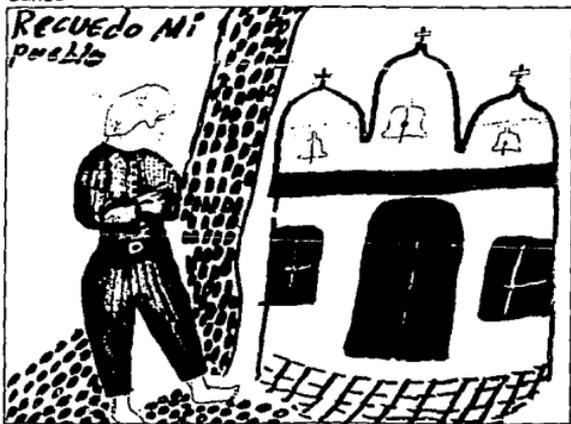
Aquí está seco, no como allá que todo crece con la lluvia; pero ahorita no podemos estar allá, si vamos nuestros hijos se quedan huérfanos y qué va a pasar con ellos.

**Pablo**



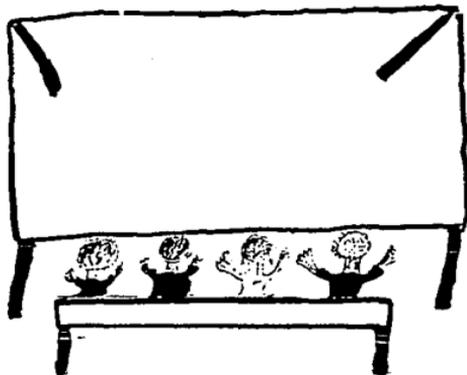
Elena

Carlos



Siempre con la tristeza  
de la familia en Guatemala.  
Felipe

No dejar a los hijos en la  
sombra, hay que contarles lo  
bonito de Guatemala, no sólo  
lo feo.  
Emilio



# Reunión de Sectores hemos ganado en el refugio

Hemos aprendido a organizarnos para vivir mejor: tenemos sectores, promotores de salud, de educación, parteras, grupos de mujeres, catequistas.

*Rosario*

*Juan*

En el refugio hemos tenido tiempo de capacitarnos.

*Mateo*

He aprendido mucho y me gusta compartir mis conocimientos con otras mujeres, y contribuir con mi trabajo, aún con el reproche de mi familia, de los peligros que tengo para caminar por la selva.

*Martha*

Aquí aprendí las letras, el español, aprendimos a organizarnos, a trabajar en colectivo, a organizarnos con la comunidad.

*Domingo*

Aquí en México he aprendido a querer más a Guatemala.

*Inés*

## El retorno



Ramón

Quiero regresar a Guatemala  
porque allá nacieron mis papás,  
nuestros abuelos.

*Victor*

Guatemala es mi tierra, mi patria,  
allá quiero vivir y trabajar.

*Luis*



Alejandro

Me da miedo regresar al acordame de todo lo que nos hicieron: mataron a mis hijos, y si nosotros no nos hubiéramos huido seríamos muertos y pensamos regresar cuando el gobierno acepte nuestras condiciones.

Javier

Por el miedo porque tenemos miedo, por eso no nos hemos ido.

Emma

Hay mucho sufrimiento con las patrullas civiles y el reclutamiento forzoso. Pienso regresar a Guatemala cuando haya una seguridad de que respeten los derechos, tener seguridad de mi vida y la de los demás.

Natalia



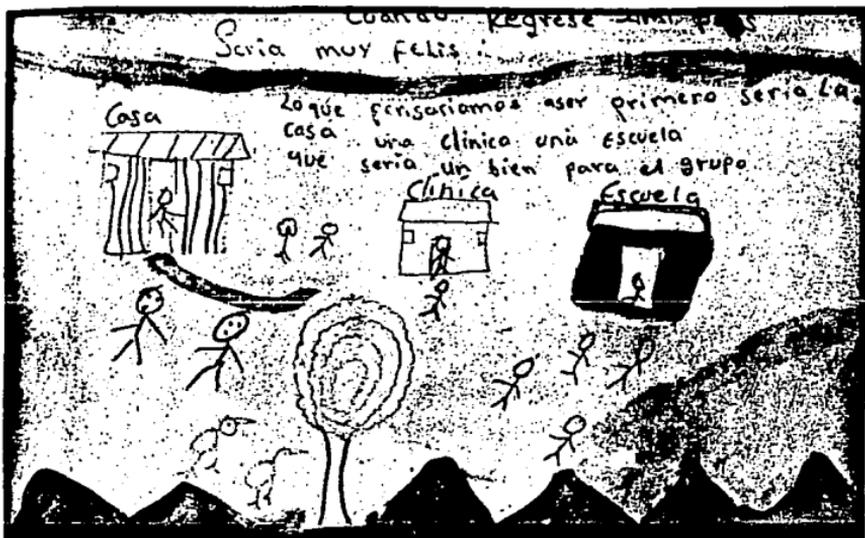
*Candelaria*

A unos que se están regresando los matan y dejan  
a su familia con tristeza, con sufrimiento.  
Todavía aparecen muertos en los palos;  
si no son los ejércitos son las patrullas los que lo hacen.  
Los matan sin deber delito.

*Jesusa*

Regresar organizada en colectivo, así hay una gran fuerza;  
individualmente me pueden matar.

*Sergio*



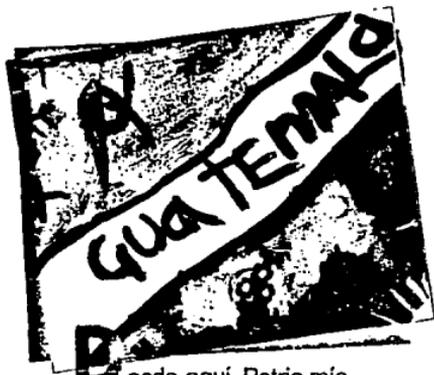
Mariano

Soy guatemalteco, tengo derecho a regresar a mi pueblo.

Juan

Quiero compartir con mi gente lo que aquí he aprendido,  
para que entre todos hagamos  
una nueva Guatemala.

Isabel



Desde aquí, Patria mía,  
veo tus montañas verdes  
escucho el ruido de tus ríos  
siento el aroma de tus flores  
oigo el canto de los pájaros  
pero también  
el grito de dolor de mi pueblo.

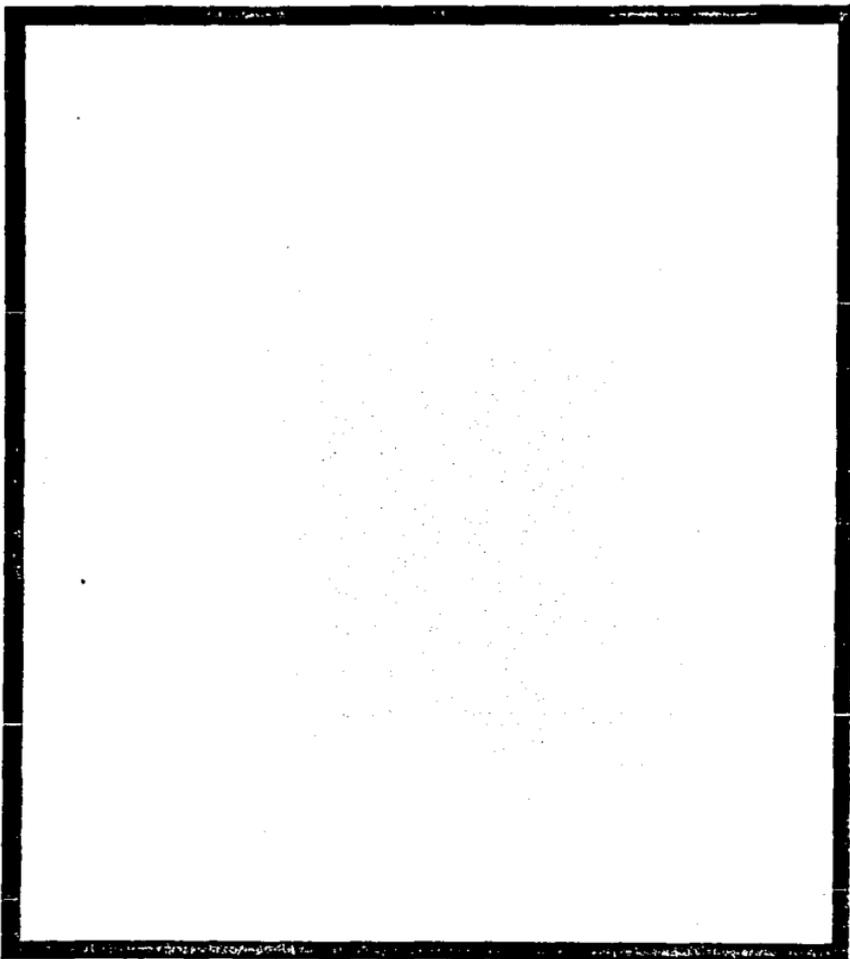
Desde aquí, Patria mía,  
desde esta querida patria adoptiva  
te recuerdo cada día...

Espero regresar  
cargado de experiencias,  
de nuevas semillas  
de nuevas esperanzas  
para sembrar tu suelo  
y abonar la libertad y la paz  
que tanto anhelamos.

*-Gerardo Selva*

**Y a usted**

**¿Qué le hace sentir el retorno?**



**Si quiere, puede dibujarlo en esta hoja**

Agradecemos la colaboración de todos los grupos de refugiados y organismos no gubernamentales que han hecho posible la realización de este trabajo, y especialmente a *Inda, Bárbara, Claudia, Giorgia, Gilda, Esperanza y Carol*.

Este libro fue elaborado por el *Comité del Distrito Federal para ayuda a refugiados guatemaltecos*.

Su publicación fue posible gracias al apoyo económico de *Ridda Barnen, Suecia, Consejería de Proyectos para Refugiados Latinoamericanos, Costa Rica y Christian Aid, Inglaterra*.

**Angeles López**  
coordinación de la producción

**Luis Carlos Salcido**  
Diseño gráfico

# Del refugio al retorno



**Lo que vivimos  
lo que sentimos**

**manual  
para el  
trabajo**

***...Porque ha convertido la  
muerte de los suyos, en  
demanda de vida para los  
otros.***

**Honra para el Nóbel, La  
Jornada, editorial. 17 de  
octubre de 1992.**

**Comité del Distrito Federal de  
Ayuda a Refugiados  
Guatemaltecos**

**Angeles López Luna  
coordinadora de la producción**

**Luis Carlos Salcido  
Diseño gráfico**

---

  
**E**

ste pequeño manual tiene como propósito dar algunas ideas para trabajar el libro, que está compuesto de dos partes.

La primera, llamada *Del exilio al retorno*, muestra la relación entre exilio y retorno, y la importancia de hablar sobre cómo se viven estas situaciones.

La segunda parte, *Ideas para el trabajo*, propone algunas formas de llevar la actividad.

# ⌘ ¿Por qué hablar del refugio y del retorno?



Por qué hablar del refugio cuando lo que está en las bocas es el retorno?

Se habla del retorno para aquellos que salieron de su país, para aquellos que tuvieron que huir de la muerte y buscar refugio. Desde el refugio se plantea el retorno, el regreso.

El retorno y el refugio tienen mucho parecido:

- Se deja la casa donde se vive.
- Se quedan amigos y familia.
- Se llega como nuevo a un lugar.
- Se vuelve a empezar.

Lo que se deja de tener, lo que se pierde, hace hoyos, provoca en las personas vacío y tristeza.

Los refugiados han vivido experiencias tristes, dolorosas, y por el dolor a veces la gente prefiere no hablar. No hablar de sus recuerdos, no hablar de sus miedos, de lo que pueda suceder, miedo por el futuro.

Y este silencio hace daño, duele. A veces este dolor se pasa al cuerpo, en la cabeza, la espalda, el estómago.

Es muy importante que la gente hable, para que el dolor sea menos.

Cuando hablan de lo perdido, las palabras se van poniendo en los hoyos. El vacío y la tristeza se hacen menos.

Para los refugiados el futuro es incierto. Lo que no se sabe qué es da miedo. Tienen miedo de quedarse y de retornar. Al hablar de sus miedos, al escuchar los miedos de los otros, algo de lo que sienten se va aclarando. Los miedos van tomando forma. Se va encontrando que hay distintos miedos, unos tienen que ver con los recuerdos de cada quien, con lo que han vivido. Otros miedos tienen sus raíces en la realidad, en lo que está pasando actualmente.

Reconocer los miedos a cosas reales, encontrar qué los provoca, ayuda a prevenirse, a buscar formas de enfrentar las situaciones, a buscarles soluciones.

Cuando el miedo es muy grande paraliza a la gente, no la deja moverse. Compartir los miedos ayuda a partirlos, a tenerlos en pedazos para poderlos manejar.

Hablar de los miedos, compartirlos, entenderlos, permite a las personas sentirse más seguras y con más fuerza.

El trabajo con el libro del refugio al retorno ayuda a la gente a hablar, a recuperar con las palabras algo de lo perdido, a compartir y partir los miedos por lo que viene.

Es importante ayudar a la gente a compartir lo que siente y piensa de lo vivido, lo que imagina de lo que va a pasar.

La base para poder hablar, es la confianza. Confianza en la gente con quien habla, confianza en el respeto a lo que dice.

Hablar, escucharse a sí mismo, escuchar a otros, reconocer en otros lo que el mismo siente y piensa, los ayuda a reconocer lo normal de sus respuestas ante las situaciones vividas, les da fuerza.

**P**roponemos algunas ideas para trabajar el libro, son sólo sugerencias para el que promueve la actividad, a quien llamaremos Promotor. El Promotor puede tomarlas, ampliarlas, cambiarlas, hacer lo que considere pertinente para enriquecer el trabajo.



## Ideas para el trabajo

Cómo organizar la actividad:

- Formar grupos de 4 a 6 personas.
- Mostrarles el libro y decirles: *Miren, este libro se llama del refugio al retorno; ¿por qué será que se habla también del refugio y no sólo del retorno?*
- Cuando los que quieran comentar lo han hecho, el Promotor abre el libro y ve la página 1.
- Entrega a cada persona un libro.
- Les pide que lo hojeen y vean como quieren.
- Después de un ratito les pide que lo abran en la página 2. Lee el texto y les comenta que los nombres que van a encontrar no son los verdaderos.
- Les enseña la página 3 y les dice: *Aquí dice Guatemala* y les pide que comenten lo que ven en el dibujo.
- Lee lo que dijo Francisco, y les pregunta: *¿De qué se acuerdan ustedes antes de la represión?*
- Cuando los que quieran hablar lo han hecho, el Promotor les pide que pasen a la hoja 4.
- Les dice *Aquí dice por qué tuvimos que salir*. Les pide que observen el dibujo de Antonio.
- Cuando algunos han dicho qué ven en el dibujo, el Promotor o algún otro lee los textos. Les pregunta *¿a ustedes qué les hace recordar esto que leímos?*
- Cuando los que quisieran platicar lo han hecho, el Promotor les pregunta *¿alguien más quiere platicar?*
- Es muy importante que si alguno o algunos no quieren hablar de su experiencia no los presionen, cada quien lo hará cuando sienta que puede hacerlo.
- El Promotor les pide que ahora vean la página 5. Les dice que vean el dibujo. Les pregunta *¿y ustedes qué dejaron?*
- Cuando han hablado algunos, alguien del grupo o el Promotor lee lo de Inés y lo de Daniel. Les pregunta *¿qué habrá sentido Inés? ¿y Daniel?*

—Cuando han mencionado algunos sentimientos, les pide que digan de que, por ejemplo, *¿miedo de qué habrá sentido Inés? ¿tristeza de qué habrá sentido Daniel?*

—Puede ayudarles a hablar más de los sentimientos, preguntando *¿y coraje habrá tenido? ¿de qué? ¿tristeza habrán sentido? ¿qué más habrán sentido?*

—Cuando algunos han hablado, les pide que vean la siguiente página, y que lean el texto de David. Les pregunta *¿qué opinan de lo que dice David?*

—Después de que algunos han comentado, les pide que digan qué ven en las ilustraciones. Les pregunta *¿a ustedes qué les recuerda estos dibujos?*

—Después de que han comentado su experiencia, leen el texto de Antonio y de José. Les pregunta *¿alguien quiere comentar de cuando salió?*

Cuando han terminado de platicar, el Promotor puede parar aquí el trabajo con el libro, y pedirles que dibujen lo que quieran sobre lo que han hablado, y otro día continuar con el resto del libro.

Si lo considera conveniente, puede seguir el trabajo después de los comentarios.

Página 7. El Promotor lee el título: *Aquí dice nuestro refugio*. Puede preguntarles: *¿qué ven en el dibujo? ¿cómo se vestían en su comunidad? ¿han conservado su traje en el refugio?*

El Promotor o alguien del grupo lee los textos. Puede preguntarles *¿se parece lo que leímos a lo que han sentido ustedes? ¿qué más han vivido en el refugio?*

Después de que los que quieran han comentado, el Promotor les pide que vean la página 7.

Puede preguntarles *¿qué ven en el dibujo? ¿que pensará el señor del dibujo?*

El promotor lee los textos de Felipe y de Emilio. Les pregunta *¿qué opinan de lo que dicen Felipe y Emilio? ¿por qué será que los niños tienen que conocer lo bonito de Guatemala? ¿será que pueden querer a Guatemala si sólo conocen lo malo?*

Después de que han comentado, les pide que observen el dibujo de Elena. Les pregunta *¿qué más tiene de bonito Guatemala?*

Pasan a la página 9. Les indica que vean el dibujo, y les pregunta *¿por qué será que Ramón dice hemos ganado en el refugio? ¿será que no sólo hemos perdido sino que también hemos ganado? ¿qué hemos logrado que allá no teníamos?* Cuando han comentado algunos logros, leen los textos. Puede preguntar *¿qué más hemos ganado? ¿qué gana Guatemala con esos logros?*

Después de que algunos han opinado, les dice que ahora van a ver sobre el retorno. Les pide que observen el dibujo. Les hace notar que el muñeco de amarillo está inclinado y les pregunta *¿por qué será?*

Enseguida de que han comentado, les pide que lean lo de Víctor y lo de Luis, y les pregunta: *¿y a ustedes, les gustaría regresar? ¿por qué?*

Pasan a la siguiente hoja. Les pide que digan qué ven en el dibujo; que platicquen por qué creen que Alejandro haya dibujado eso.

Después de que han dicho sus puntos de vista, el Promotor o alguien del grupo lee los textos. Puede preguntarles: *¿de qué tienen miedo Emma, Javier y Natalia? ¿y a ustedes qué les da miedo?*

Cuando han comentado algunas cosas, les pregunta *¿qué más da miedo? Puede ayudarles a hablar, preguntando ¿no dará miedo no encontrar tierra? ¿cómo piensan que nos recibirían? Deja que comenten los que quieran, motivándolos con preguntas, como ¿alguien quiere decir algo más?*

Les menciona que Javier habla que el gobierno acepte nuestras condiciones, y Natalia de que se respeten los derechos. Les pregunta si *¿será lo mismo? ¿cómo se puede tener segurí-*

dad? ¿qué podemos hacer para tener seguridad?

Después de que han participado sus ideas, les pide que vean el dibujo de la hoja 12.

Les pregunta por qué creen que Samuel escribió, esta es la historia de Guatemala, qué ven en el dibujo de esa historia.

Después de que lo han comentado, leen el texto de Jesusa. Les pregunta si piensan que Jesusa se regresará pronto y les pide que expliquen el por qué de su respuesta.

Enseguida de que han dicho su opinión. leen el texto de Manuel, y les pregunta ¿piensan que Manuel va a regresar? ¿qué creen que pase si se queda? ¿Sergio regresa? ¿y ustedes que han pensado del retorno?

El Promotor deja que opinen, ayudando a que se respeten los diferentes puntos de vista. Puede decir *fulanito piensa eso, manganito otra cosa, no todos pensamos ni sentimos siempre igual.*

Si algunos tratan de convencer a los otros les explica que lo importante es conocer diferentes puntos de vista, no de vencer o convencer unos a otros.

Pasan a la siguiente hoja. Observan el dibujo y leen lo que dice. El Promotor les pregunta si creen que será posible hacer lo que dice Mariano.

Cuando han comentado, leen el texto de Juan. Les pregunta ¿será lo mismo tener derecho que obligación? ¿qué es tener derecho?

Después leen el texto de Isabel. Les pregunta ¿cómo será una nueva Guatemala?

Pasan a la siguiente página. Observan el dibujo. Les pide que se fijen en que Guatemala está escrito dividiendo el dibujo. Les pregunta qué hay arriba y luego qué hay abajo.

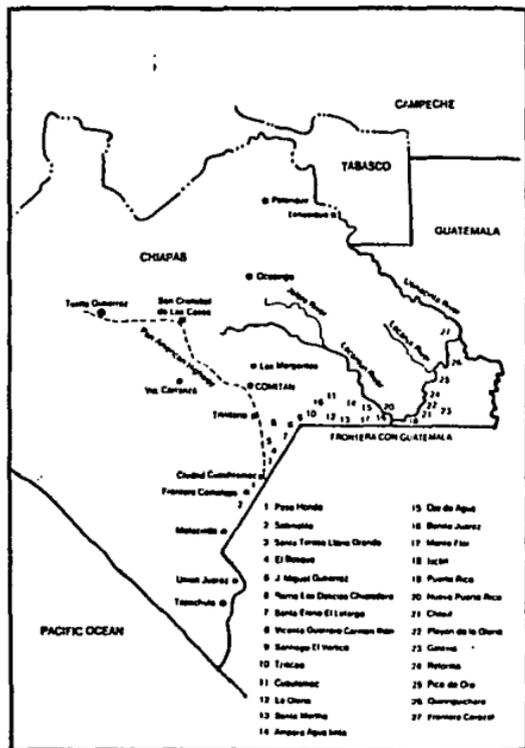
¿Será que una de estas partes tiene que ver con la nueva Guatemala?

El Promotor lee el poema. Les dice que la hoja que sigue está en blanco para que dibujen lo que quieran de lo que han platicado.

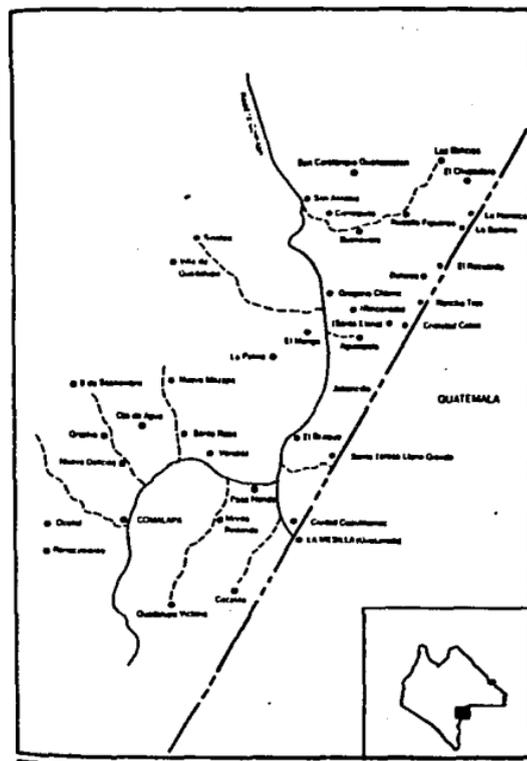
Mientras están dibujando, el Promotor se acerca a cada uno, y por separado le pide que le cuente qué está dibujando. Cuando han terminado de dibujar, si quieren, pueden mostrarse entre ellos sus dibujos, y platicar lo que hicieron.

Como el trabajo con el libro despierta muchos recuerdos, sentimientos e ideas, puede trabajarse de nuevo en otras ocasiones, dando otras hojas para hacer el dibujo.



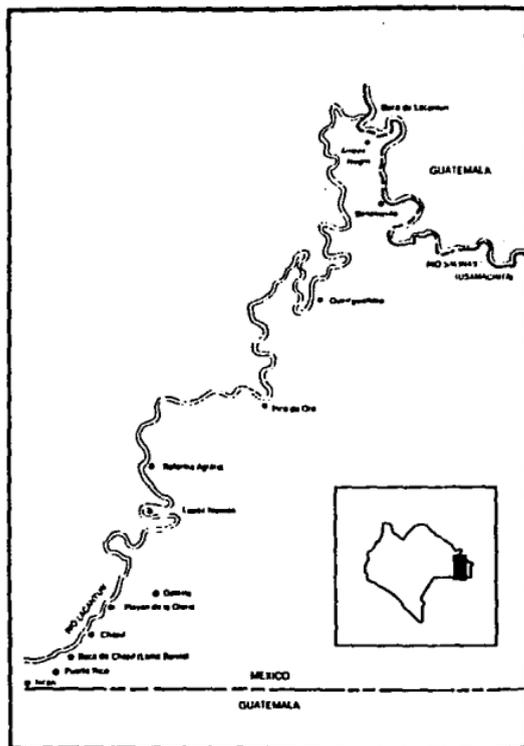


1 Principales campamentos de refugiados en Chiapas.

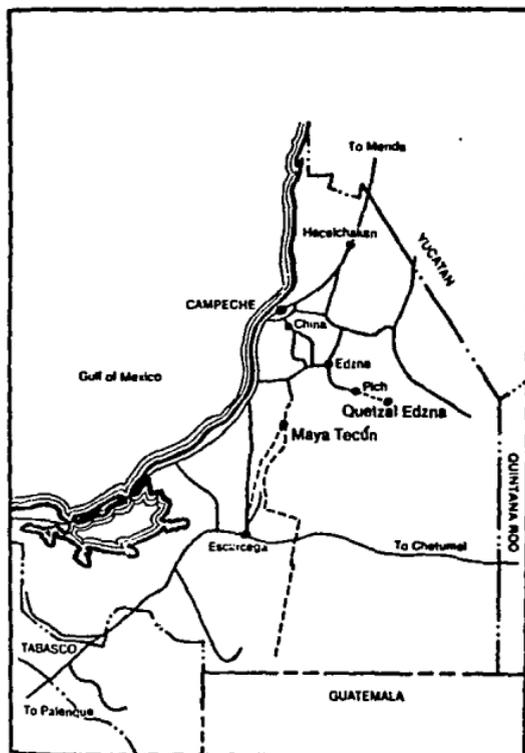


2 Zona de Paso Hondo, Chiapas.

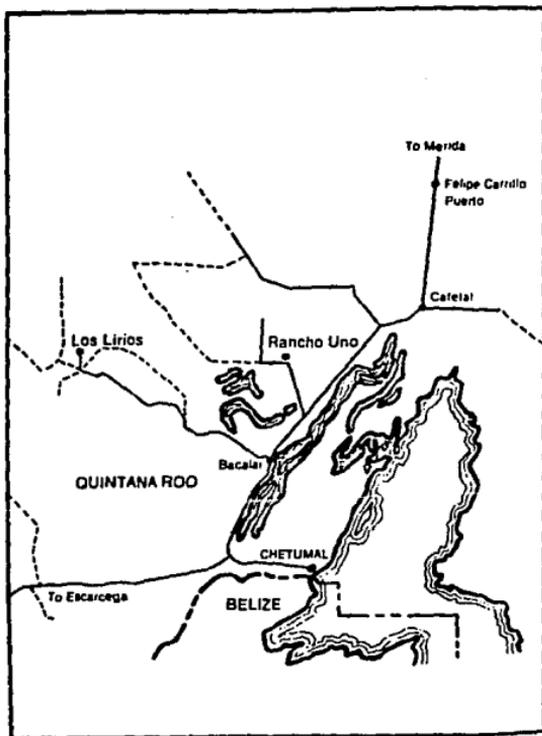




5 Zona del Marqués de Comillas, Chiapas.



6 Campamentos en Campeche.



7 Campamentos en Quintana Roo.

## BIBLIOGRAFIA

A Selected Bibliography on Refugee Health. (1991). Centre for Documentation on Refugees (CDR) UNHCR. Refugee Policy Group (RPG).

Aguayo S. (1985), El Exodo Centroamericano. ed. SEP, México.

Aguayo S. (1987), Social and cultural conditions and prospects of guatemalan refugees in Mexico. Geneva, United Nations Research. Institute for Social Development,

Aguayo S.; Christensen H.; O'Dogherty L.; Varesse S.; (1989), Los Refugiados Guatemaltecos en Campeche y Quintana Roo: condiciones sociales y culturales en Mexico. Centro de Estudios Internacionales, El Colegio de México.

Alcón I. (1993), Proyecto de Salud Mental para Promotores Infantiles. Nite-Lob. Organó Informativo de la Red Regional de Salud Mental. México y Centroamérica. San Salvador, El Salvador, V.2 julio-diciembre, p.29-32.

Aguilar A. (1991), Repatriation of Guatemalan Refugees in Mexico: Conditions and Prospects, en Repatriation under Conflict in Central America, ed. por M. Larquin, Washington Hemispheric Migration Project, Georgetown University,

Anger I y Jensen J. (1990), Testimony as ritual and evidence in psychotherapy for political refugees, Journal of Traumatic-Stress, Jan. V.3(1) p.115-130

Apfel R. y Simon B., (1992), Psychological and Psychosocial Aspects of Children in War and Situations of Violence : Bibliography. Psychiatry Harvard Medical School, Cambridge Hospital, Boston.

Arana M., (1992), Atención y Gestión de la Salud entre los Refugiados Guatemaltecos en Chiapas", en E.Freyermuth (Comp.) Una Década de Refugio en Mexico: Los Refugiados Guatemaltecos y los Derechos Humanos. Centro de Investigación y Estudios Superiores de Antropología, SEP, México.

Becker D., Castillo M. I., Gómez E., Salamovich S., Weinstein E., Domínguez., Lira E., y Rojas E., (1991), Muerte y Duelo: los familiares de ejecutados y su psicoterapia, en Psicología Social de la Guerra. I. Martín-Baró (comp), UCA, San Salvador.

Bottinelli C., Maldonado I., Troya E., Herrera P., y Rodríguez C.,(1990) Psychological Impacts of Exile. Salvadoran and Guatemalan Families in Mexico. Center for Immigration Policy and Refugee Assistance, Georgetown University.

CONONGAR (Coordinación Nacional de ONGs de Ayuda a Refugiados), (1991), Ponencia: La Salud Mental de los Refugiados en México; Federación Mundial de la Salud Mental, Congreso de Refugiados y Desplazados, México, Manual de Sudáfrica (1990); traducción realizada por el Comité del D.F. de Ayuda a Refugiados Guatemaltecos del Counseling Manual, ed. por OASSSA, Sudáfrica.

Del Huerto A. M., (1986), Problemática del Niño Centroamericano Refugiado en México, Tesis, Licenciatura, Fac. Psicología. UNAM, México.

Deutsch M., Hoffnung M., Speyer D., Varela C., Viñar M., (1991), El Silencio y el Secreto en el Régimen del Terror. Ponencia en la III Conferencia Internacional: Salud, Represión Política y Derechos Humanos, Santiago de Chile, p.61-65

Didier B., (1985) Refugiados Guatemaltecos COMAR, Ed. Praxis México, 1985.

Doná G.,(1993) Guatemalan refugee women: Cultural Issues in repatriation and settlement, Ponencia en la conferencia: Gender Issues and Refugees: Development Implications.

DSM III-R Diagnostic and Statistical Manual. (1987), Third Ed. Revised, Washington, American Psychiatric Association.

Espino C., (1991), Trauma and Adaptation: The Case of Central American Children en Refugee Children: Theory, Research and Services, ed by F. Ahearn and J. Athey, The Johns Hopkins University Press. Baltimore and London.

Eiriz I., y Luger A., (1991), Estrategias de Educación Popular en Salud Mental en Zonas de Guerra: una Experiencia en el Norte de Nicaragua, Ponencia, Congreso de Refugiados y Desplazados, Federación Mundial de la Salud Mental, México.

Farfás P., (1992), El modelo biomédico frente a la tradición indígena maya. El caso de los refugiados guatemaltecos en Chiapas. VI Coloquio: Magia y Medicina. México.

Farfás P., y Billings D., (1993), The Impact of Refugee Women's Social Status on Psychosocial Health, Child Mortality and Malnutrition, Ponencia en el Congreso Internacional de Antropología y Ciencias Etnológicas: Desplazamiento, La Mujer y la Crisis Global, México.

Heredia E., Alemán L., y Thomas N., (1990/1991), Evaluación del Proyecto de Atención Prevención en salud Mental a los Niños en Situación de Riesgo, en especial, Víctimas de la Guerra en Nicaragua. Primera fase: Los Multiplicadores. : Segunda Fase: Los Promotores, Managua, Nicaragua.

Informe de un Genocidio: Los Refugiados Guatemaltecos, (1983), ed. de La Paz, México.

Kinzie D., Sack W., Angell R., Rath B., Manson S., (1986), The Psychiatric Effects of Massive Trauma on Cambodian Children: I The Children; II The Family, the Home and the School. Journal of the American Academy of Children, V.25(3) p.370-383

Kinzie D. and Sack W., (1991), Severely Traumatized Cambodian Children: Research Findings and Clinical Implications en Refugees Children: Theory, Research, and Services. Ed. by F. Ahearn and J. Athely. The Johns Hopkins University Press. Baltimore and London.

Kleinman A., Good B.J. (Eds.) (1985), Culture and Depression: Studies in the Antropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affects and Disorder. Berkeley University of California Press.

Kordon D., Edelman L., Lagos D., Nicoletti E., Bozzolo R.C., (1988), Psychological effects of political repression, ed. Planeta, Buenos Aires, Argentina.

Kroll J., Habenicht M., Mackenzie T., (1989), Depression and posttraumatic stress disorder in Southeast Asia refugees, American Journal of Psychiatry, v.146(12), p.1592-1597

Lira E., y Weinstein E., (1984), Psicoterapia y Represión Política, ed. Siglo XXI, México.

López A. y Sáenz I., (1991), De Niño a Niño, ed. Comité del D.F. de Ayuda a Refugiados Guatemaltecos.

López A., (1992), Del Refugio al Retorno, ed. Comité del D.F. de Ayuda a Refugiados Guatemaltecos.

Lykes B. y Liem R., (1990), Human Rights and Mental Health in United States: Lessons from Latin America, Journal of Social Issues, V.46(3), p.151-165

Lykes B., (1993), (in press). Terror, silencing and children: International multidisciplinary collaboration with Guatemalan Maya communities, Social Science and Medicine

Manz B., (1987), Refugees of a Hidden War. Aftermath of Counterinsurgency in Guatemala. ed. State University of New York.

Martín-Baró I., (1990) La violencia política y la guerra como causas del trauma psicosocial en El Salvador, en I. Martín-Baró (comp.), Psicología Social de la Guerra, UCA Editores, San Salvador.

McCallin M., (1991), The Impact of Current and Traumatic Stressors on the Psychological Well-Being of Refugee Communities en The Psychological Well-Being of Refugee Children: Research, Practice and Policy Issues, ed. by M. McCallin, International Child Bureau, Geneva, Suiza.

Mellville M., y Lykes B., (1992), Guatemalan Indian Children and the sociocultural effects of government-sponsored terrorism, Social Science and Medicine, V.34(5), p.533-548

Métraux J., C., (1989), Los niños víctimas de la guerra: Manual de atención sicosocial para promotores, ed. Ciencias Sociales, Managua, Nicaragua.

Métraux J.C., (1990), El niño, la familia y la comunidad: Manual de atención sicosocial para promotores, ed. Ciencias Sociales, Managua, Nicaragua.

Métraux J.C.,(1991), Técnicas de formación para no profesionales. Un Proyecto Nicarquense de prevención y atención primaria en salud mental (versión en español inédita)

Métraux J.C. y Avilés A., (1991), Training Techniques of Non-Professionals: A Nicaraguan Preventive and Primary Care Programme in Mental Health, en The Psychological Well-Being of Refugee Children: Research, Practice, and Policy Issues, ed. by M. McCallin, International Catholic Child Bureau, Geneva.

Movimiento para los 500 años de Resistencia, 1991 (Reporte)

Mollica R., Wyshak G., Lavelle J., Truong T., (1990), Assessing Symptom Change in South Asian Refugees Survivors of Mass Violence and Torture, American Journal of Psychiatry, V.147(1) p.83-88

O'Dogherty L., (1991), Central American in Mexico City. Uprooted and Silenced, Washington Hemispheric Migration Project. Georgetown University.

Padilla A. y Comas-Díaz L., (1987), Miedo y Represión Política en Chile, Revista Latinoamericana de Psicología V.19(2), p.135-146

Psicoterapias, Trabajo Comunitario y Talleres. Dossiers Bibliográficos en Salud Mental y Derechos Humanos, (1992), ed. por Centro de Documentación e Investigación en Salud Mental y Derechos Humanos. Buenos Aires Argentina.

Ramírez G., (1992), Pluridentidades y derechos del niño en: Una Década de Refugio en México, G. Freyermuth (comp), ed. Casa Chata, México.

Rosenberg J., (1991), Grupos de apoyo para la Igualdad con Refugiados de America Central en la Bahía de San Francisco, Ponencia en el Congreso de Refugiados y Desplazados. Federación Mundial de la Salud Mental, México.

Sáenz E., (1991), Los Refugiados Guatemaltecos en Campeche y Quintana Roo: sus mecanismos de salud mental, Ponencia en el Congreso de Refugiados y Desplazados. Federación Mundial de la Salud Mental, México.

Sáenz I., (1991), Formación de Promotoras Guatemaltecas de Salud Mental Refugiadas en México, Ponencia en, III Conferencia Internacional: Salud, Represión Política y Derechos Humanos. Santiago de Chile, p.155-159

Sáenz I., (1992/1993), Listening to the Refugees: Guatemalans in Mexico, Links, V.9(5), p.24-25.

Salvadó L., (1988), The other refugees: a study of nonrecognized Guatemalan Refugees in Chiapas, Mexico, Hemispheric Migration Projetc, Gergetown University, Washington.

Santiago M. E., (1992), en Una Década de Refugio en México, G. Freyermuth, (comp). ed, Casa Chata, México.

Sierra T., (1993), Condiciones para la Repatriación Voluntaria de los Refugiados Guatemaltecos Asentados en el Sureste de México, Tesis de Licenciatura, Relaciones Internacionales, UNAM, México.

Summerfield D., (1991), Psychosocial effects of conflict in the Third World, Development in Practice, an OXFAM Journal, V.1(3) p.159-173

Westermeyer J., (1989), Paranoid symptoms and disorders among 100 Hmong refugees: A longitudinal study, Acta Psychiatrica Scandinavica, V.80(1), p.47-59

Westermeyer J., Bouafuely M., Neider J., Callies A., (1989), Somatization among refugees: An epidemiologic study, Psychosomatics; V.30(1) p.34-35

Working With Refugee Women: A Practical Guide, (1989), International Consultation on Refugee Women, Génova, Suiza.