

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

LA SITUACION DE SALUD MENTAL DE LOS
EXCOMBATIENTES DE URNG EN LOS MOMENTOS
PREVIOS A SU INCORPORACION A LA VIDA
CIUDADANA



MARIA LUISA ROSAL PAZ

MEDICA Y CIRUJANA

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

LA SITUACION DE SALUD MENTAL DE LOS
EXCOMBATIENTES DE URNG EN LOS MOMENTOS
PREVIOS A SU INCORPORACION A LA VIDA
CIUDADANA

Sistematización de 1,041 Encuestas realizadas en Marzo y Abril de 1997.

TESIS

*Presentada a la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala.*

POR

MARIA LUISA ROSAL PAZ

En el acto de investidura de:

MEDICA Y CIRUJANA

Guatemala, junio de 1998

INDICE

	Página
1. Introducción	1
2. Planteamiento del problema	3
3. Justificación	7
4. Propósito	10
5. Objetivos	11
6. Marco teórico	12
7. Revisión de literatura	20
8. Metodología	31
9. Presentación de resultados	39
10. Cuadros y gráficas	41
11. Análisis	46
12. Conclusiones	49
13. Recomendaciones	50
14. Resumen	51
15. Bibliografía	53
16. Instrumento de encuesta	57

INTRODUCCION

Los Acuerdos de Paz tuvieron en cuenta una multiplicidad de aspectos que tocan la vida política, social, económica, cultural y militar del país. También muchos aspectos que tenían que ver con facilitar la incorporación de los excombatientes a la vida nacional.

Este proceso completamente nuevo y diferente en la vida nacional no se logró visualizar en su justa dimensión con todos los efectos humanos y psicológicos que el mismo proceso conllevaba.

El trabajo que se presenta se realizó con la participación voluntaria de excombatientes de URNG que se encontraban en campamentos durante la Fase de Desmovilización en los meses de marzo y abril de 1997.

Esta tesis pretende conocer un poco más de la situación humana y psicológica de los excombatientes de la URNG al momento de la desmovilización. Para tal propósito, las encuestas realizadas pretendían detectar las afecciones emocionales, depresivas, paranoides y afecciones para atención especial que podían estar viviendo en ese momento.

Del estudio realizado se deduce que las afecciones para atención especial que son las generadas por las situaciones límite y muy extremas que producen mucha tensión, representan el mayor porcentaje de casos y a las que hay que tomar más en cuenta.

Se recomienda dar seguimiento a la atención de los aspectos de salud mental detectados en los excombatientes al momento de la Fase de Desmovilización. Para esto se requiere de la elaboración e implementación de programas que aborden la problemática de salud mental en las esferas individual, familiar y comunitaria.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Este estudio se enmarcó en el comienzo de una época histórica para Guatemala. Después de treinta y cinco años de guerra revolucionaria, la Firma de la Paz puso fin a uno de los enfrentamientos más prolongados y enconados en la historia del país. La Firma de la Paz abrió las puertas a una nueva etapa histórica en la que la lucha por la democracia y la justicia se plantea ya no en el campo de las armas, sino en el terreno de la lucha política y social.

Abrió las puertas a una convivencia que busca la igualdad de participación de todos los guatemaltecos en todos los campos de la vida de la nación, igualdad de derechos en la construcción de un nuevo país.

Una larga etapa de negociación de nueve años de duración y de arduas sesiones de discusión y acercamientos precedieron al memorable día del 29 de Diciembre de 1996 en que la URNG por un lado y el Gobierno y Ejército por otro, firmaron la paz en el Palacio Nacional.

A lo largo de todo ese prolongado período las partes asumieron compromisos sustantivos:

Acuerdo de México (26 de abril 1991).

Acuerdo de Querétaro (25 de julio 1991).

Acuerdo Marco para la Reanudación del Proceso de Negociación entre el Gobierno de Guatemala y la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (10 de enero 1994).

Acuerdo Global sobre Derechos Humanos (29 de marzo de 1994).

Acuerdo para el Reasentamiento de las Poblaciones Desarraigadas por el Enfrentamiento Armado (17 de junio de 1994).

Acuerdo sobre el establecimiento de la Comisión para el Esclarecimiento Histórico de las Violaciones a los Derechos Humanos y los hechos de Violencia que han causado sufrimientos a la Población Guatemalteca (21 de junio 1994).

Acuerdo sobre Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas (31 de marzo de 1995).

Declaración de Contadora (22 de agosto de 1995).

Acuerdo sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria (6 de mayo 1996).

Acuerdo sobre el Fortalecimiento del Poder Civil y Función del Ejército en una Sociedad Democrática (19 de septiembre 1996).

Estos Acuerdos dieron un contenido y profundidad a la negociación y buscaron resolver las causas que motivaron el conflicto armado. Constituyen una de las originalidades de la negociación guatemalteca.

A la profundidad de los temas, hay que añadir la seriedad y responsabilidad de las partes que, rompiendo lógicas posiciones de fuerza y de desconfianza, lograron acercamientos en la visión de la solución de los problemas que afectan a Guatemala.

Logrados estos acuerdos sustantivos, tiene lugar otro tipo de acuerdos de carácter técnico, los que se denominan Acuerdos Operativos. Tales son:

Acuerdo sobre el Definitivo Cese al Fuego, (4 diciembre 1996 en Oslo).

Reformas Constitucionales y Régimen Electoral, (7 diciembre 1996 en Estocolmo).

Bases para la Incorporación de la URNG a la Legalidad, (12 diciembre 1996 Madrid).

Cronograma para el Cumplimiento y Verificación de los Acuerdos de Paz (29 diciembre 1996 en la Ciudad de Guatemala).

Enmarcada en el Acuerdo de "Cese Definitivo al Fuego" y en el de "Bases para la incorporación de la URNG a la legalidad", se dió la etapa de incorporación a la vida ciudadana de los excombatientes y estructuras clandestinas.

Este estudio se relacionó directamente con el trabajo implementado para la atención médica integral brindada a los excombatientes de URNG durante la Fase de Desmovilización, el cual fue coordinado y articulado por el Equipo de Salud de URNG con la colaboración del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) e instancias nacionales e internacionales de cooperación, y la asesoría técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Las encuestas se llevaron a cabo entre el 3 de marzo y el 3 de mayo de 1997.

El fin de esta investigación fue hacer un análisis sobre la situación de salud mental y adaptación social que presentaron los excombatientes al momento de la desmovilización. Basándonos en la ficha de salud mental contestada en forma voluntaria por los miembros de URNG concentrados en los campamentos, se trató de sistematizar la información sobre afecciones emocionales,

depresión, ideas paranoides, y posibles casos que requieran atención especial que se hayan podido detectar por medio del instrumento utilizado.

JUSTIFICACION

Es de suma importancia, aparte de un privilegio excepcional, el hecho de contribuir a hacer más fácil o menos dura, la incorporación de los excombatientes de la URNG a su nueva vida, a la integración en la vida familiar y en la vida comunitaria y de la sociedad.

Los que hemos podido trabajar y contribuir en este proceso desde el campo de la atención médica integral, nos sentimos comprometidos a analizar los elementos que se presentan para que la incorporación de los excombatientes sea mejor y poder proponer programas que fortalezcan la incorporación integral del individuo.

El Gobierno y la sociedad en general deberían hacer un gran esfuerzo en orden de facilitar esta incorporación. Cuanto menos traumática y menos difícil sea, no sólo hará que se beneficien los excombatientes, sus familias y comunidades, sino en general toda la sociedad.

Hay que tener en cuenta la particular situación de estos excombatientes. Ellos hace años que se separaron de sus comunidades y familias y tomaron la decisión de vivir en una vida de grandes riesgos y rigores al mismo tiempo, pero en la que la camaradería y la vida compartida era uno de los valores. Dar la vida por unos ideales o por sus compañeros era algo normal. En la vida legal estos valores o están ausentes o no se viven con la intensidad con que se vivieron en la montaña.

Por otro lado, la vida de disciplina, el tiempo organizado, las tareas, el quehacer diario o en condiciones de confrontación era algo incorporado a la vida personal.

Un buen número de excombatientes al regresar a su pueblo se encontró con que en la familia había cambios, separaciones, muertes de los padres o hermanos. En no pocos casos, el recinto familiar, que les hubiera podido proporcionar una acogida hogareña, había sido destruido o trasmutado.

Las excombatientes regresaron nuevamente a un medio tradicional en donde la mujer tiene bien delimitados sus roles, mientras que durante la guerra pudo tener funciones y responsabilidades muy diferentes, y en algunos casos superiores a las que su hábitat de origen le hubiera permitido.

Estas son unas breves consideraciones sobre lo particularmente difícil que puede ser la incorporación y los grandes desafíos y esfuerzos que cada individuo tiene que hacer para poder adaptarse a una realidad de la que ha estado distante. Pero, repetimos, es de suma importancia que la incorporación sea lo menos dura posible.

A la par que difícil para el excombatiente, puede ser muy beneficiosa su incorporación a las comunidades: la mística de trabajo, el aporte hacia el bien común, la entrega, el esfuerzo y disposición de lucha por objetivos humanos y nobles en la vida colectiva hacia la búsqueda de mejores condiciones de vida, son algunos de los valores que se inculcaron y desarrollaron durante los años de conflicto armado interno. Estos valores forman un legado de enorme cuantía para aportar y enriquecer en la vida colectiva de las comunidades receptoras de la nueva ubicación de los excombatientes.

La población de excombatientes que participó en la Fase de Desmovilización fue de 2,959 personas entre mujeres y hombres, población que se integró a la vida social y productiva del país. De este total, a 1,351 personas se les planteó la posibilidad de su participación en la realización de una encuesta sobre salud mental y adaptación social y 1,041 participaron de manera voluntaria.

PROPOSITO

Conocer las diferentes situaciones de tipo emocional por las que atravesaron los excombatientes, para poder planificar programas específicos que redunden en bienestar personal y en efectos positivos en las diferentes comunidades a las que se incorporaron.

De esta investigación se podrán sugerir programas de salud mental comunitaria en los lugares a donde se incorporen los excombatientes. Esto redundará en una actitud social nueva hacia la construcción de la democracia participativa en su región.

A nivel nacional aún no se cuentan con programas que planteen la atención de salud mental para el grupo de población de excombatientes incorporados a la vida ciudadana.

OBJETIVOS

GENERAL

Describir cuál era la situación de Salud Mental de los excombatientes de URNG en los momentos previos a su incorporación a la vida ciudadana.

ESPECIFICOS

Conocer los porcentajes y datos relacionados con la conveniencia y/o necesidad de probable atención a afecciones emocionales, depresión, ideas paranoides y problemas de atención especial.

Proponer vías de abordaje y atención de la situación de salud mental en las esferas individual, familiar y comunitaria.

MARCO TEORICO

Las actividades diarias de los excombatientes en los puntos de concentración usualmente incluían entrenamiento militar, tareas propias de mantenimiento de infraestructura de los campamentos, programación de actividades de capacitación política, educativas, en salud, comunicaciones y en diferentes áreas técnicas. Se planificaba tiempo para actividades recreativo-culturales.

En cuanto a la salud general de los excombatientes en los puntos de concentración, se realizaron acciones preventivas buscando incorporarlas a los hábitos de vida, se organizaron acciones de promoción de la salud, charlas sobre educación sexual, sobre hábitos higiénicos personales y preparación de alimentos, y se dieron elementos sobre saneamiento ambiental.

La población de los campamentos de la Fase de Desmovilización provenía de diferentes grupos étnicos y culturales. Así también, estaba integrada por grupos de distinta procedencia geográfica nacional. El área en que se instaló cada campamento correspondía más o menos a la zona de operaciones de los frentes de la URNG.

La relación según sexo dentro de los excombatientes varió entre 1 a 3 y 1 a 6 mujer/hombre entre los diferentes campamentos, siendo la población eminentemente conformada en su mayoría por adultos jóvenes.

Durante la Fase de Desmovilización se tenía contemplado que la atención a los excombatientes debía de orientarse en tres ejes estratégicos:

1. Desarme y verificación
2. Orientación vocacional e inserción a la vida productiva. Documentación y reunificación familiar
3. Educación y salud.

En salud esto exigió atender las necesidades médicas en las áreas física, mental y salud oral con acciones de prevención, curación y rehabilitación. Estas acciones tomaron en consideración los aspectos de salud señalados en los diferentes Acuerdos de Paz.

A continuación presentamos un cuadro resumen de estos aspectos tratados en los diferentes acuerdos.

En algunos se aborda el aspecto de salud en forma amplia y general:

<p>ACUERDO GLOBAL SOBRE DERECHOS HUMANOS.</p>	<p>Las partes reconocen que es un deber humanitario resarcir y/o asistir a las víctimas de violaciones a los derechos humanos.</p> <p>Dicho resarcimiento se hará efectivo a través de medidas y programas gubernamentales, de carácter civil y socioeconómico, dirigidos en forma prioritaria a quienes más lo requieran, dada su condición económica y social.</p>
<p>ACUERDO PARA EL REASENTAMIENTO DE LAS POBLACIONES DESARRAIGADAS POR EL ENFRENTAMIENTO ARMADO</p>	<p>Considerando la dimensión traumática nacional que asumió el desarraigo durante el enfrentamiento armado en el país, en sus componentes humano, cultural, material, psicológico, económico, político y social, que ocasionó violaciones a los derechos humanos y grandes sufrimientos para las comunidades que se vieron forzadas a abandonar sus hogares y formas de vida, así como para aquellas poblaciones que permanecieron en dichas áreas...</p> <p>Para lograr un mejoramiento de la calidad de vida, los objetivos del desarrollo deben incluir: seguridad alimentaria local e infraestructura básica de servicios a las poblaciones: vivienda, saneamiento ambiental, agua potable, salud y educación.</p>

Otras veces, acorde con la necesidad de la democratización del país, una línea constante en los Acuerdos, se hace énfasis en la participación social con relación a la problemática de la salud:

<p>ACUERDO SOBRE ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS Y SITUACION AGRARIA.</p>	<p>El Gobierno se compromete a regionalizar los servicios de salud, educación y cultura de los pueblos indígenas y asegurar la plena participación de las organizaciones indígenas en el diseño e implementación de este proceso.</p>
	<p>Implementar programas de salud integral para la mujer, lo cual implica el acceso a servicios apropiados de información, prevención y atención médica.</p>
	<p>Fomentar la participación activa de las municipalidades, las comunidades y las organizaciones sociales (incluyendo de mujeres, indígenas, sindicales, cívicas, humanitarias) en la planificación, ejecución y fiscalización de la administración de los servicios y programas de salud, a través de los sistemas locales de salud y los consejos de desarrollo urbano y rural.</p>
	<p>La organización descentralizada de los distintos niveles de atención, debe asegurar la existencia de programas y servicios de salud a nivel comunal, regional y nacional, base del sistema nacional coordinado de salud.</p>
	<p>Se reconoce la existencia y el valor de los conocimientos científicos y tecnológicos mayas... Este legado debe ser recuperado, desarrollado y divulgado.</p> <p>El Gobierno se compromete a promover su estudio y difusión y a facilitar la puesta en práctica de esos conocimientos. También se insta a las universidades, centros académicos....</p>

Se habla también de la necesidad de reformar el Sistema Nacional de Salud:

<p>ACUERDO SOBRE ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS Y SITUACION AGRARIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Concepción integral (prevención, promoción recuperación y rehabilitación) • Énfasis en la actitud de servicio y solidaridad en el Sector Salud y en los demás servicios del Estado. • Necesidad de formular políticas que permitan el acceso de toda la población a los servicios de salud. • Compromiso de incrementar los recursos destinados a la salud hasta llegar en el año 2.000 a un 50 % superior al del 95. • Dar prioridad a la lucha contra la desnutrición, el saneamiento ambiental, la salud preventiva, las soluciones de atención primaria, especialmente la maternoinfantil.... • Planeación de los servicios de salud a nivel comunal, regional y nacional.
	<p>Atención al Sistema de Seguridad Social.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar sus prestaciones. • Ampliar su cobertura. • Fortalecerlo financieramente.

En cuanto a los excombatientes de la URNG que se incorporan a la sociedad civil, se habla de la atención médica que se les debe dar en los lugares de concentración y se resalta la atención específica y especial a los combatientes discapacitados.

<p>ACUERDO SOBRE BASES PARA LA INCORPORACION DE LA UNIDAD REVOLUCIONARIA NACIONAL GUATEMALTECA A LA LEGALIDAD.</p>	<p>En la etapa de desmovilización se realizará una revisión médica de los combatientes instalados en los puntos de concentración. Se tomarán las acciones necesarias para atender los casos identificados por la revisión en los campamentos o a nivel local. La Comisión Específica de Incorporación asegurará el acceso a los otros niveles de referencia de los pacientes que lo necesiten. Este subprograma se realizará con la cooperación del equipo de salud de URNG y en consulta con él.</p> <p>Existe un sector de la población discapacitado, considerado entre los más vulnerables y afectados por el conflicto, el cual requiere de una atención específica y prioritaria dentro del programa previsto</p>
--	---

Tomando en cuenta las disposiciones anteriormente señaladas, en la Fase de Desmovilización se implementó un Plan de Diagnóstico y Atención de Salud Integral, que sirvió como marco estratégico que guió todas las acciones de salud a desarrollar en los diferentes componentes del mismo plan. En él se detallaron los recursos financieros, humanos e institucionales que debían comprometerse en la implementación de dicho Plan, los mecanismos de coordinación y distribución de tareas, de supervisión, control, seguimiento y evaluación de actividades desarrolladas.

En este Plan se presentó un cronograma que organizaba en el tiempo la ejecución de las actividades planificadas.

Para lograr los propósitos planteados en el Plan, se identificaron cuatro componentes principales a desarrollar en cada campamento. Estos fueron:

Vigilancia Epidemiológica y Saneamiento Ambiental

Atención Médica

Salud Mental, y

Salud Oral

Dichos componentes fueron la base de la distribución del trabajo entre los equipos que participaron en la ejecución del Plan. Cada componente a su vez estuvo bajo la responsabilidad de uno o varias de las instituciones que participaron en el proceso.

Por las características de integralidad de las actividades a realizar, la planificación del recurso humano implicó la formación de equipos de trabajo que se responsabilizaran directamente de la ejecución de las actividades del Plan de Salud Integral.

En cada uno de los campamentos las actividades de salud eran coordinadas, supervisadas y evaluadas por un Equipo de Salud Interno (ESI), formado por uno o dos médicos de URNG que a su vez fungieron como responsable del ESI, promotores de salud de segundo nivel de URNG, promotores de salud dental de URNG, un médico de Médicos del Mundo España (MDM-E), varios odontólogos practicantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

El componente de Salud Mental fue ejecutado de manera eminentemente preventiva y de atención colectiva como preparación a la vida civil. Este componente constituyó una parte importante de las acciones de atención a los desmovilizados en los campamentos.

El trabajo de salud mental desarrollado para esta fase no tuvo el propósito de atender casos individuales de patologías mentales, sino más bien favorecer la integración del conjunto de los excombatientes a la vida civil, proponiéndose lograr el rescate de los valores humanizantes de la guerra y proyectar toda la disposición de entrega y servicio de los excombatientes a una nueva y desafiante situación humana y social.

A tal efecto se implementaron talleres en los que la temática fundamental se denominó "Talleres para el Cambio de Vida", ya que el propósito fue de apoyar a los excombatientes con elementos positivos para la transformación en su situación de vida, buscando mantener una identificación común que sirviera al desarrollo personal para su incorporación a la vida ciudadana. Se tuvo la oportunidad de reconstruir una visión retrospectiva y prospectiva de sus vidas.

La visión retrospectiva se desarrolló en grupos pequeños con el fin de que cada persona tuviera la posibilidad de hablar de los aspectos dolorosos y alegres de su pasado y de sintetizar sus experiencias a través de proyectos creativos tales como la escultura y el dibujo.

La visión prospectiva permitió a los excombatientes explorar su visión de futuro y de despedirse de su pasado. Finalmente, los participantes tuvieron la posibilidad de evaluar las actividades de los talleres de salud mental.

REVISION DE LITERATURA

La situación de pobreza del país está históricamente determinada por la adopción de un modelo de producción fundamentalmente agrícola, con gran concentración de la propiedad agraria en pocas manos, basado en la articulación laboral temporal de un campesinado pobre a las tareas estacionales de las grandes fincas agroexportadoras, basado en las estructuras políticas, económicas y sociales y en los valores culturales que crean y mantienen la desigualdad. De esta forma, las regiones con mayor concentración de pobreza son la norte, noroccidental y suroccidental; justamente aquellas de mayor concentración de población maya y de trabajadores migrantes hacia la costa sur.

Las inequidades en el estado de salud de la población no sólo son consecuencia del acceso diferencial a los satisfactores de las necesidades básicas, sino de un acceso desigual a los servicios de salud. Guatemala presenta la cobertura de servicios de salud más baja de América Latina.

La guerra ha marcado la vida de la sociedad guatemalteca a lo largo de 35 años. A lo largo de todo este tiempo, la contrainsurgencia suponía para la población guatemalteca una amenaza vital que se nutría de la muerte concreta y real de un número ilimitado de personas, no importando si eran políticamente activas o no. Esto implicó dos procesos psicosociales diferentes aunque muy relacionados.

Por un lado significó la paradoja del miedo crónico. Ese miedo que normalmente es una reacción defensiva contra una amenaza específica intra o extra-psíquica, se convirtió en un elemento permanente de la vida diaria. Así perdió sus funciones defensivas protectoras y se convirtió en un

factor generalizado, inhibitorio de las estructuras psíquicas y de la interacción social.

Por otro lado la represión política permanente implicó la introducción de lo ominoso (Freud 1919) al proceso social. Las personas tuvieron que acostumbrarse a la tortura, al exilio, al desaparecimiento, a los enfrentamientos y a la muerte. Los límites entre la realidad y la fantasía fueron perturbados, porque la realidad continuamente sobrepasó las fantasías más perversas. Lo ominoso facilitó y nutrió el desarrollo del miedo crónico y el miedo crónico hizo más difícil y a veces imposible la defensa contra lo ominoso. Vemos así la construcción de relaciones sociales traumáticas y traumatizadas....

La Firma de la Paz no fue un remedio mágico para una sociedad tan íntima y profundamente violentada. Y a esta sociedad los excombatientes se incorporaron. La vida en la montaña sí permitió afianzarse en la seguridad personal y colectiva y propició toda una serie de valores humanos y colectivos que no sólo salvaguardaban, sino que enriquecían la integridad psíquica de los revolucionarios.

Ahora, cerrada esa etapa se abre el período de la postguerra, el regreso y la incorporación a una sociedad agredida, violada y traumatizada. Pero además, a una sociedad que en gran medida está perdiendo las esperanzas. La firma de la paz no acabó con los secuestros, con los robos, con los asaltos, con las graves injusticias, con la corrupción.

No es extraño entonces que puedan darse en los excombatientes toda una serie de reacciones psicológicas. Pudiera parecer que los dolores sufridos y las pérdidas padecidas no tuvieron sentido. La realidad actual es diferente de lo esperado, en lo social, en lo político, en lo

económico, muchas veces aun en lo familiar. Cuando la guerra se terminó y se ve que las condiciones de vida son iguales que las de antes o peores, los sueños de antes se enfrentan a la sensación de fracaso, al sentimiento de haber perdido.

Esta realidad puede convertirse en una fuente permanente de frustración para los excombatientes. Puede ser también causa de depresión y de pasividad, inclusive hasta para enfrentar los desafíos básicos de la subsistencia, sobre todo si en medio de esta situación se diera la ausencia de proyectos comunitarios, colectivos en donde la actividad personal pueda refugiarse y proyectarse.

El proyecto de postguerra puede resultar extraño, ajeno. Puede suceder que los excombatientes no se sientan corresponsables de los procesos actuales, porque su proyecto quedó en la montaña.

Puede darse también en los excombatientes la desconfianza, mecanismo de defensa sumamente útil en tiempo de guerra. De este mecanismo dependía muchas veces la vida o la muerte. Hoy, en otras condiciones, pueden seguir funcionando esos mismos mecanismos incorporados anteriormente. Es sumamente difícil prescindir de una defensa psíquica que ha sido efectiva. Pero además, el momento social actual con su agresividad e inseguridad, propician la reactivación de este mecanismo.

Pueden darse dificultades en el proceso de adquisición de la identidad en esta etapa, dificultades para sentirse perteneciente a sus lugares, a su país, a la organización que dio sentido a su vida, en algunos casos dificultades incluso para sentirse parte de su familia.

La mayor parte de excombatientes, víctimas de la persecución política ellos y sus familias, se vieron obligados a asumir prematuramente el control sobre su medio ambiente. Ellos, como la mayoría de los muchachos en el campo, tuvieron que entender y crecer muy temprana y rápidamente, y muchas veces tuvieron que convertirse en los protectores de sus propios padres y hermanos. Tuvieron que renunciar a sus propias necesidades de protección para preocuparse de los objetos vulnerables a su alrededor. Se convirtieron en pequeños adultos que aprendieron a cubrir la angustia, el caos, la confusión, los vacíos internos, con una aparente capacidad de funcionar coherente y lógicamente.

Mario René Matute en el libro Mantengamos Viva la Esperanza, ECAP, expresa sobre la incorporación de los exilados a la sociedad:

"Ingresamos de puntillas a la patria, para que todo aquello que se quedó dormido cuando partimos, no se despierte en sobresalto. Pero ya nada duerme, nada nos espera y lo que se mueve en nuestro entorno, lo que gira y nos aturde en su avalancha de ruidos, colores y sorpresas, nos es tan extraño como nosotros a su desordenado transcurrir bajo un día que en nada se asemeja a los días aquellos que quisimos portar en el bolsillo durante toda nuestra ausencia.

"Retornar, para un ser humano es algo más que recorrer un camino a la inversa y volverse a instalar en el mismo sitio anterior. Si ello ocurre, pero el reencuentro con los estímulos sustantivos del ámbito al que se vuelve se produce a medias o no se produce, el retorno es fallido; o en todo caso no se da en la plenitud en que nuestras expectativas ideales lo barruntaban.

"La patria no se movía de donde había quedado dormida, esperando eternamente. Los relojes petrificados no saltaban a la hora posterior a nuestra partida y todo miraba hacia la Meca de donde un día de triunfos vendrían, revolución en alto, todos los que fueron expulsados por la iniquidad y el crimen.

"Pero la dialéctica, que es el comportamiento del universo, no atendió los antojos de aquellos que debieron dejar algún día, obligados por la fuerza y por el miedo, la patria en su penumbra acongojada.

"Y el choque con lo que se presintió familiar resultó o más doliente que antes o con muecas y máscaras desconocidas. Muchos quisimos retroceder al sueño en la lejanía para buscar allí nuestros parajes perdidos, pero el atrapón de una realidad brusca y ajena nos retenía en su abrazo descomunal y triste; y fue la rendición, así fuera por lapsos breves, sobre aquello que habíamos considerado nuestro jardín y que ahora se nos venía en un formidable desencuentro de novedades y olvidos...

"Nuestro retorno ya no contaba con un destino real porque todo se había transformado y era urgente recomponer nuestro estereotipo de la patria, y el nuestro mismo, porque ya nada era lo mismo".

La transformación política, económica y social hacia la construcción de una nueva nación requiere cubrir los siguientes procesos:

- Cumplir con los compromisos del proceso de Paz.
- Transformar el sistema productivo en un sistema más justo.

- Alcanzar el desarrollo social y la erradicación de la pobreza.
- Modernizar el Estado.

Cabe pensar que las condiciones están dadas para la transformación a una vida digna para todos los guatemaltecos, si se toma en cuenta el proceso de negociación entre el gobierno de Guatemala y la URNG. Efectivamente, este proceso de negociación culminó en la concreción de diferentes acuerdos que abordan extensamente las causas de las desigualdades socioeconómicas y del atraso en que se encuentra el país, y dan el marco jurídico legal para su implementación. Sobre el particular no existen trabajos de investigación previos.

"El criterio estadístico parte, curiosamente, de la aceptación de la existencia de distintos criterios sobre salud mental y enfermedad mental. De allí que, no existe una sociedad normal sino muchas, cada una de las cuales trata de adaptarse a sus condiciones de vida, momento histórico, etc.... Pero al mismo tiempo también barre con el concepto único de salud mental...

"...Si lo ideológico está claramente presente en las conceptualizaciones estadísticas de la salud mental, no desaparece de los criterios normativos acerca de la misma, ya que estos establecen como parámetros a determinados valores o normas, fuera de los cuales se encuentra lo anormal o patológico." (4)

Definimos a continuación las diferentes variables que intervienen en la investigación.

SALUD MENTAL:

La salud mental es producto de la multipresencia e interrelación de factores sociales, biológicos y ambientales. Significa una combinación interdisciplinaria de metodologías y modelos operativos, que tiene por objetivo dar respuestas integrales a las dinámicas psicosociales que afectan a comunidades determinadas y fortalecer la capacidad de relaciones satisfactorias en los grupos más pobres en poder interactivo para alcanzar un nivel mínimo de calidad de vida.

Consiste en el desarrollo óptimo de las aptitudes físicas, intelectuales y emocionales del individuo, en cuanto no contraríe el desarrollo de los otros individuos.

Según la Federación Mundial para la Salud Mental (1962) la define como el mejor estado posible dentro de las condiciones existentes, en la medida que apunta al despliegue óptimo de las capacidades del individuo, teniendo en cuenta el contexto en donde se halla.

AFECCIONES EMOCIONALES:

Estas son afecciones comunes, causadas por el estrés psíquico, que pueden expresarse como síntomas en cualquier sistema corporal. Son frecuentes los síntomas disfóricos y depresivos, como insomnio, menosprecio de sí mismo, perspectivas pesimistas, pero el paciente puede negar una afección real del humor o atribuirla a una enfermedad orgánica. Alternativamente, el paciente puede reconocer la presencia de una ansiedad, pero insistir en que es secundaria a ciertas entidades físicas evasivas.

El DMS-III omite la categoría diagnóstica de neurosis y sitúa la neurosis de ansiedad, neurosis fóbica y la neurosis obsesivocompulsiva bajo el encabezamiento general de afecciones de ansiedad.

Dentro de las afecciones emocionales se encuentran trastornos en los que se producen síntomas neuróticos estresantes específicos, generalmente ajenos al yo, por ejemplo, ansiedad, fobias, obsesiones, compulsiones, conversión histéricas y fenómenos de disociación.

Las afecciones de ansiedad no se caracterizan por modificaciones importantes en la función mental ni por alteraciones graves en los procesos cognositivos o perceptivos que sí se observan en la psicosis; la capacidad de diferenciar entre la fantasía y la realidad permanece generalmente intacta.

AFECCIONES DEPRESIVAS:

Cada sujeto es capaz de tolerar un cierto monto de frustración. Cuando la frustración sobrepasa ese límite, sobreviene la depresión. Se altera la relación receptores-neurotransmisores en las sinapsis sobre todo en el sistema límbico. Los receptores presinápticos son responsables fundamentalmente de almacenar, liberar y captar neurotransmisores. Los neurotransmisores principales, ambos monoaminas, son la serotonina y la noradrenalina.

Según la teoría más reciente, los antidepresivos existentes aumentan la sensibilidad de los receptores postsinápticos y disminuyen los presinápticos. En opinión de algunos, la acción de los antidepresivos quizás consiste en bloquear la captación de los neurotransmisores, promoviendo así la sinapsis al aumentar el número de aquellos.

De acuerdo con el DSM-III, hay probabilidad de depresión mayor cuando aparecen por lo menos cuatro de las siguientes manifestaciones además de una alteración del estado del ánimo.

- Apetito deficiente: aumento o pérdida del peso.
- Trastornos del sueño: insomnio o hipersomnia.
- Fatiga: cansancio desproporcionado para la cantidad de energía gastada.
- Retardo o agitación psicomotora (inquietud, irritabilidad o retraimiento).
- Anhedonía: falta de interés en el placer, disminución del apetito sexual, falta de placer en las cosas que el individuo solía disfrutar.
- Pobre autoimagen: autorreproches, culpa excesiva.
- Dificultad para concentrarse, mala memoria, incapacidad para tomar decisiones.
- Ideación suicida: en ocasiones cuando los individuos comienzan a recuperarse ganan la suficiente energía para pensar en el suicidio e intentarlo.

AFECCIONES PARANOIDES:

Las afecciones paranoides son estados de elevación de la conciencia del Yo con una notable tendencia a la autorreferencia y a la proyección de las propias ideas del paciente a los demás. En su estado habitual, "paranoide" implica ideas o actitudes persecutorias sostenidas por el paciente.

Los estados paranoides oscilan imperceptiblemente entre un sistema de ideas circunscrito sin alteración de los afectos ni de los procesos de asociación y una

desorganización más completa observada en la esquizofrenia paranoide. Esto se refleja en respuestas afectivas inadecuadas, aumento del trastorno asociativo y simbolización y proyección del material mental como alucinaciones.

En forma característica el paciente paranoide tiene un estado afectivo expectante y tenso que estimula su atención; ve conexiones donde no existe ninguna y en ocasiones racionaliza sus conceptos en un extenso sistema delirante.

AFECCIONES PARA ATENCION ESPECIAL:

El comportamiento anormal puede estar determinado o modificado por factores genéticos, fisicoquímicos, psicológicos y sociales.

La OMS (1959) definió la psiquiatría social como "el conjunto de medidas que tienen como objeto la adaptación del individuo a una vida satisfactoria y útil en su medio social" con lo cual esta rama de la psiquiatría se afianza como el conjunto de técnicas capaces de promover las expectativas ecoadaptativas de la población y de recuperarlas cuando han sido lesionadas. Más recientemente Maxwell Jones (1970) redefinió operativamente esta disciplina considerándola como "un concepto más elástico que incluye todas las consideraciones sociales, biológicas, educacionales y filosóficas que pueden llegar a dar autoridad a la psiquiatría en su propósito de procurar que una sociedad funcione con mayor equilibrio y con menores problemas psicológicos".

La afección de estrés postraumático, es una afección neurótica producida por la exposición a un estrés desbordante, caracterizada por episodios recurrentes de reexperimentación del episodio traumático, embotamiento de la respuesta emocional y estado de ánimo general disfórico, la evitación de los estímulos asociados al trauma.

En el planteamiento de Martín-Buró se encuentra implícita la idea de que el trauma no radica en el momento violento y agudo que irrumpe, sino que se da en un contexto histórico-social. Así, la experiencia traumática se hace crónica y se arraiga cada vez más si la situación social no se modifica.

Dentro de las afecciones para atención especial, hablamos de situaciones límite porque producen mucha tensión y obligan a la gente a vivir situaciones muy extremas, aunque con el tiempo se vayan convirtiendo en habituales.

En psicología se suele hablar de trauma para referirse a una vivencia o experiencia que afecta de tal manera a la persona que deja en ella un residuo permanente. Aquí se utiliza el término psico-social que enfatiza el carácter dialéctico (individual-social) de la herida causada por la vivencia.

METODOLOGIA

Tipo de Estudio:

Observacional, descriptivo.

Objeto de Estudio:

Encuestas de Salud Mental de los excombatientes de URNG que se desmovilizaron en los meses de marzo y abril de 1997, en los campamentos implementados para tal propósito.

Universo de estudio:

A 1,351 excombatientes de los 2,959 ubicados en campamentos durante la Fase de Desmovilización, se les propuso su participación en la encuesta sobre salud mental. De ellos, 1,041 aceptaron voluntariamente; esta es la población a estudiar.

Descripción del área de trabajo:

Las edificaciones de los campamentos se fabricaron de distintos materiales de acuerdo a las condiciones climatológicas de cada lugar y en función de la disponibilidad de recursos económicos y la transitoriedad del uso de los mismos.

Cada campamento contó con instalaciones para dormitorios de excombatientes, comedores y cocinas, instalaciones para atención médica y dental, oficina para el

puesto de mando de URNG, bodegas, letrinas, duchas y pilas.

Es de mencionar que durante la Fase de Desmovilización fue la primera vez que los excombatientes conformaban colectivos de tamaño tan numeroso, ya que por lo general los campamentos guerrilleros eran de un tamaño menor.

Las actividades de salud mental como lo fueron los talleres sobre el "Cambio de Vida" y el "Rescate de los Valores Humanizantes de la Guerra", se implementaron utilizando las áreas colectivas de que disponían cada uno de los campamentos. Se organizaron grupos de discusión de diferente tamaño en cuanto al número de excombatientes para la discusión de las guías de trabajo.

Criterios de inclusión y exclusión:

Para el registro de las encuestas se tomaron todas aquellas que fueron llenadas en forma voluntaria.

Las encuestas que fueron entregadas en blanco se descartaron. Las preguntas que se encontraban con doble respuesta (si y no) se codificaron pero tampoco fueron tomadas en cuenta como valores absolutos.

Quedan excluidas aquellas encuestas que presenten 3 a 4 respuestas afirmativas de las preguntas que miden la confiabilidad de las respuestas.

Definición de las variables:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
AFECCIONES EMOCIONALES	Afecciones comunes, causadas por el estrés psíquico, que pueden expresarse como síntomas en cualquier sistema corporal.	Sensaciones como ansiedad, miedo, angustia, tensión corporal, palpitaciones y sentimiento de opresión torácica, insomnio, estado de nerviosismo, alteraciones de conducta, pesadillas. Todo esto provocado por experiencias vividas durante el conflicto armado interno.	NOMINAL	14 preguntas
AFECCIONES DEPRESIVAS	Carga excesiva de frustración más allá de lo que la persona es capaz de tolerar.	Sensaciones de tristeza, pesar, apatía, necesidad de evasión de la realidad, baja autoestima, sentimientos de soledad.	NOMINAL	8 preguntas
AFECCIONES PARANOIDES	Ideas o actitudes persecutorias sostenidas por el paciente.	Ideas o actitudes persecutorias sostenidas por el paciente.	NOMINAL	4 preguntas
AFECCIONES PARA ATENCION ESPECIAL	Afecciones producidas por la exposición a un estrés desbordante, caracterizadas por episodios traumáticos recurrentes.	Situaciones límite y muy extremas que producen mucha tensión y dejan en la persona una huella permanente, que requieren atención especializada.	NOMINAL	4 preguntas

Descripción de la encuesta:

El instrumento que sirvió de base para la encuesta fue proporcionado por el Dr. Elvio Sisti, médico psiquiatra argentino, graduado y exdocente de las Facultades de Ciencias Médicas y de Humanidades de la Universidad Nacional de La Plata, Argentina; con estudios de Antropología en el mismo centro académico.

Participó como Director de Equipo Multidisciplinario de Salud Mental, Departamental, en la Cruzada de Alfabetización de Nicaragua, en 1980.

A partir de los años noventa se ha desempeñado como Consultor de Salud Mental, de organismos internacionales. Es autor de los libros: "Salud Mental de Base" y "La Psicoestimulación de Base".

El instrumento usado fue preparado y modificado en consulta con el equipo de salud mental participante.

La encuesta consta de 32 preguntas sencillas cuyas respuestas solo pueden ser dos variables, si o no. Se considera que mediante estas preguntas se podrán detectar los aspectos de afecciones emocionales, afecciones depresivas, afecciones paranoides y afecciones para atención especial que podrían estar presentes en los excombatientes al momento de la desmovilización e incorporación a la vida ciudadana.

En el instrumento hay cuatro preguntas que miden la confiabilidad de las respuestas obtenidas, las cuales sirvieron para la exclusión o inclusión de la encuesta para el trabajo de investigación. Cuando de estas cuatro preguntas, el encuestado responde 3 o 4 en forma

afirmativa significa que sus respuestas no son confiables y por lo tanto la encuesta queda excluida.

Tomando en cuenta la cantidad de preguntas contestadas en forma afirmativa para cada uno de los aspectos a evaluar, se efectuaron las siguiente clasificaciones:

- 0 Sin particularidades.
No requiere atención.
- 1 Conveniencia de atención.
Atención relativa, en caso de disponibilidad de servicios locales de salud mental. Atención no necesaria.
- 2 Necesidad de atención.
Aconsejable una atención especial.

Recursos

Humanos:

- Personal de la Fundación Guillermo Toriello.
- Personal de Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Asesor.
- Revisor.

Físicos:

- Instalaciones de la Fundación Guillermo Toriello.
- Bibliotecas públicas: de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Bibliotecas privadas.
- Recursos técnicos: computadora, programas de Cómputo como Word de Office 97, Epi Info versión 6.
- Material de escritorio y papelería.

Financieros:

Fotocopias: (Q 0.20 x 1,400)	Q 280.00
Impresión:	Q 1,500.00
Material de cómputo:	Q 200.00
Movilizaciones:	Q 250.00

	Q 2,230.00

Total del costo de la tesis es de dos mil doscientos treinta quetzales.

Procedimiento para recolectar la información:

Durante la Fase de Desmovilización se realizó una encuesta que constó de treinta y dos preguntas que en

forma sencilla pretendía recabar información sobre la situación emocional de los excombatientes al momento de la verificación del desarme.

Las preguntas y respuestas de las boletas fueron codificadas así como la identidad de la persona encuestada. Basándose en la información obtenida se hicieron cuadros para recabar, sistematizar y analizar dicha información con el propósito de plantear programas de atención y líneas de acción para el abordaje de los problemas detectados.

Consideraciones éticas:

A los excombatientes reunidos en los campamentos durante la Fase de Desmovilización se les explicó el contenido y propósitos de la realización de la encuesta, enfatizando que la prueba era voluntaria y que se guardaría toda discreción sobre la identidad de los participantes.

Los resultados de esta sistematización fueron manejados de forma confidencial y su uso será exclusivamente para el beneficio de los involucrados.

Plan de análisis:

Se estimó analizar la información sobre probables afecciones emocionales, afecciones depresivas, afecciones paranoides y aquellas situaciones que

posiblemente requirieran de una atención especial individualizada.

Se elaboraron cuadros sobre la información sistematizada y se obtuvieron los porcentajes de las diferentes afecciones detectadas para su análisis y planteamiento de programas y líneas de acción.

Dadas las características generales y particulares que se vivieron durante el conflicto armado interno se considera que los programas y líneas de acción deben de ser planteados para el apoyo de las familias y comunidades en su conjunto, y no sólo pensando en el apoyo individual que se pueda brindar en lo particular.

PRESENTACION DE RESULTADOS

Considero que los resultados que a continuación se presentan deben de contextualizarse en el momento y la situación misma en que se recolectaron, la Fase de Desmovilización.

Esta etapa muy particular y compleja para todos los ciudadanos guatemaltecos, lo fue mucho más para todas aquellas personas que dejaban una forma y estilo de vida, para incorporarse a una situación de incertidumbre, temor y expectativas, con el agravante de que las condiciones objetivas nacionales por cuyo cambio se luchó no han sufrido modificaciones notables en forma positiva.

Para propósitos del análisis de los resultados obtenidos, se excluyeron las encuestas que presentaban uno o varias de las condiciones siguientes:

Entregadas en blanco, sin contestar las preguntas.

Presentaban doble respuesta, afirmativa y negativa, para una misma pregunta.

Aquellas encuestas que presentaron 3 a 4 respuestas afirmativas de las preguntas que miden la confiabilidad de las respuestas de la prueba.

De acuerdo a lo anterior, señalamos que de las 1,041 se descartan 265 y el conjunto de encuestas analizadas es de 776.

El hecho de que se haya dado un alto número de encuestas descartadas pudo deberse entre otras razones a:

1. Una inadecuada adaptación del contenido y lenguaje de las preguntas a la realidad de las personas encuestadas.
2. Limitación en la comunicación entre los encuestadores y las personas que se sometieron a la prueba.

Un elemento a tomar en consideración es el hecho de que los excombatientes de URNG en su mayoría han tenido la posibilidad de manifestar sus sentimientos, y han podido platicar con alguna persona que les brinde apoyo de carácter humano y psicológico. Se consideraba normal recibir una atención especial en forma individual o colectiva en momentos particulares y no se estigmatizaba a quien requería de una atención brindada por personal especializado.

Un excombatiente podía externar sus preocupaciones, puntos de vista y sentimientos con relación a sí mismos o a una situación dada, sin que esto se interpretara negativamente.

Si se diera esta encuesta en una población que viva en circunstancias normales, aparecería alrededor de un 25% de los encuestados dentro de la clasificación 2 (necesidad de atención). Esto quiere decir que un índice inferior al 25% en la clasificación 2 expresa normalidad.

CUADROS Y GRAFICAS

CUADRO DE CLASIFICACION SEGÚN NECESIDAD DE ATENCION DE LAS DIFERENTES AFECCIONES EVALUADAS

Clasificación	Afecciones Emocionales		Afecciones Depresivas		Afecciones Paranoides		Afecciones para Atención Especial	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0	197	25.39	175	22.55	341	43.94	74	9.54
1	388	50.00	319	41.11	222	28.61	203	26.16
2	191	24.61	282	36.34	213	27.45	499	64.30
Totales	776	100	776	100	776	100	776	100

La clasificación para evaluar la necesidad o no de atención en las diferentes afecciones contempladas significa:

- 0 Sin particularidades.
No requiere atención.
- 1 Conveniencia de atención.
Atención relativa, en caso de disponibilidad de servicios locales de salud mental.
Atención no necesaria.
- 2 Necesidad de atención.
Aconsejable una atención especial.

PORCENTAJES DE LAS AFECCIONES EVALUADAS

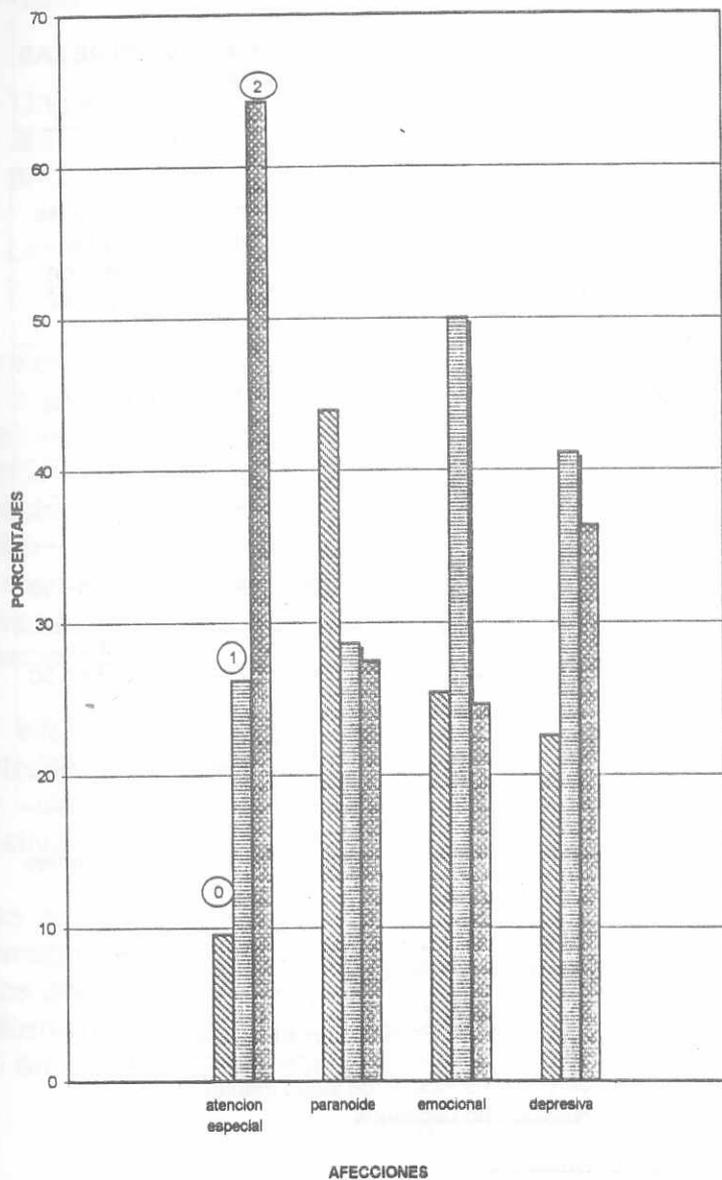
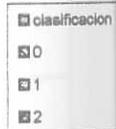


GRAFICO 1



PORCENTAJES DE LAS AFECCIONES EVALUADAS

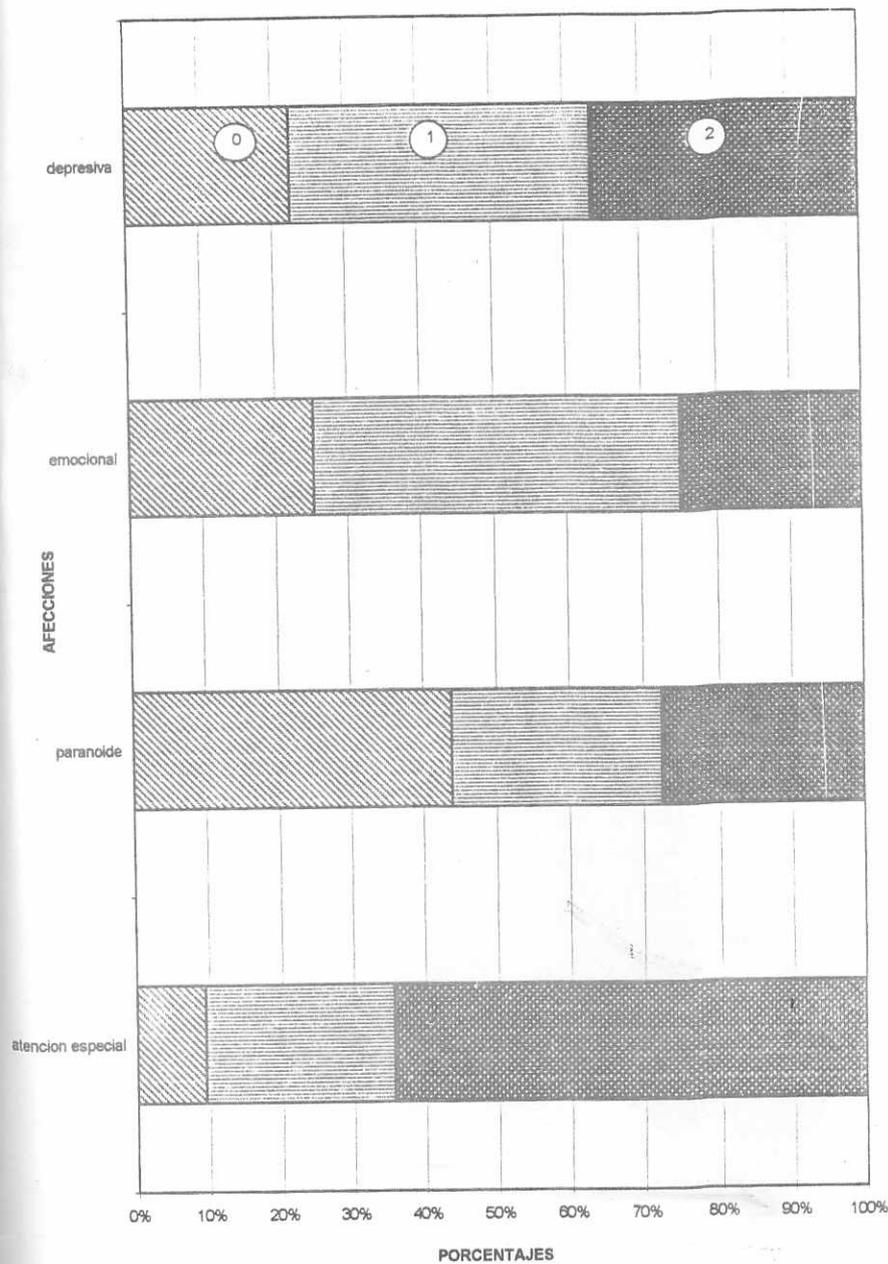


GRAFICO 2

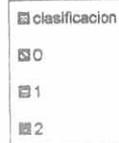


GRAFICO CIRCULAR DE PORCENTAJES SOBRE AFECCION EMOCIONAL

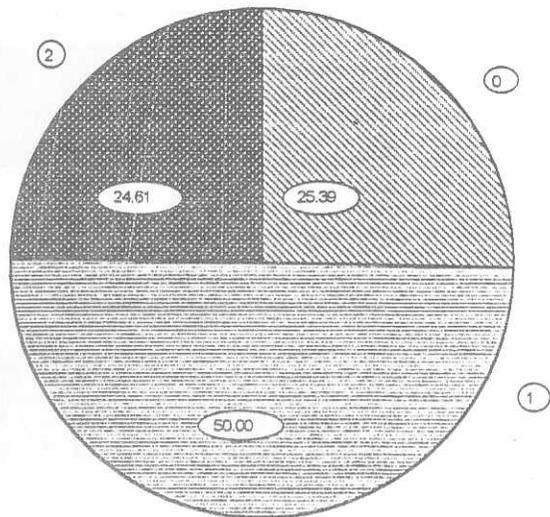


GRAFICO 3

□ clasificacion

▨ 0

▩ 1

■ 2

GRAFICO CIRCULAR DE PORCENTAJES SOBRE AFECCIONES PARANOIDES

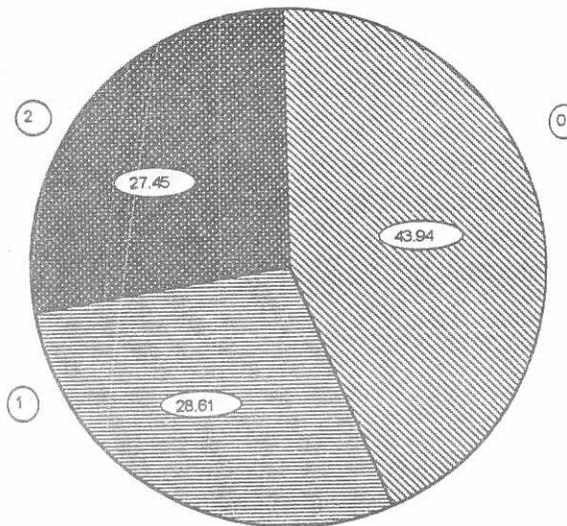


GRAFICO 5

▨ clasificacion

▩ 0

▩ 1

■ 2

GRAFICO CIRCULAR DE PORCENTAJES SOBRE AFECCIONES DEPRESIVAS

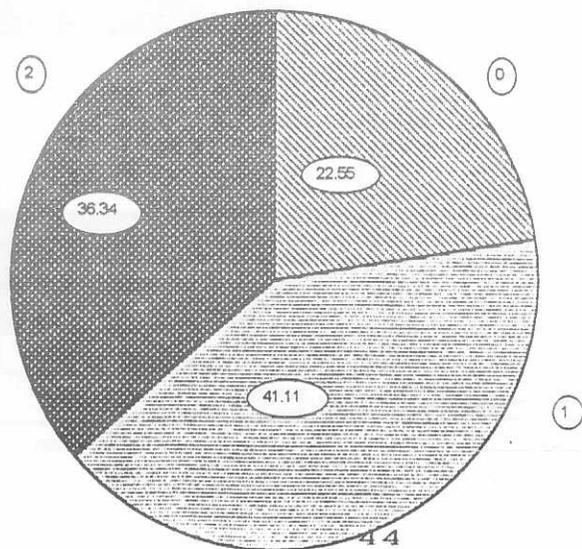


GRAFICO 4

□ clasificacion

▨ 0

▩ 1

■ 2

GRAFICO CIRCULAR DE PORCENTAJES SOBRE ATENCION ESPECIAL

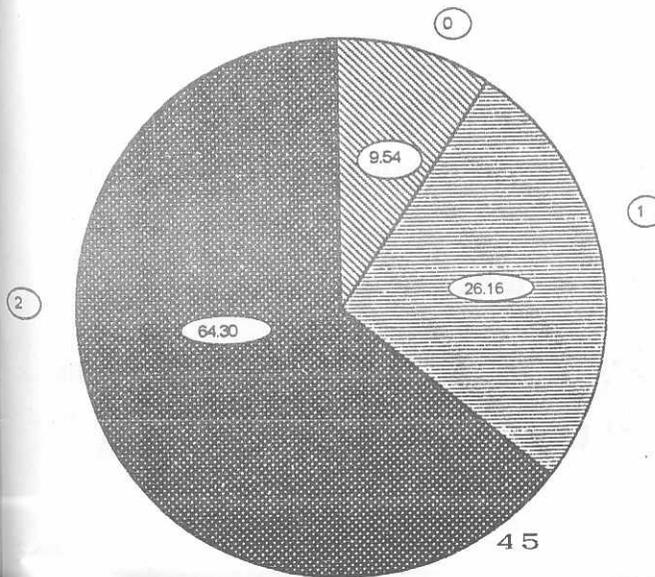


GRAFICO 6

▨ clasificacion

▩ 0

▩ 1

■ 2

ANALISIS

Las preguntas para detectar posibles afecciones emocionales, depresivas, paranoides y las de necesidad de atención especial están dirigidas a la subjetividad de las personas, por lo que las respuestas obtenidas en esa oportunidad pueden cambiar si esta prueba se realiza a las mismas personas en otro momento de su vida.

En cuanto a las afecciones emocionales podemos decir que para:

El 25.39% no se requiere de atención.

El 50% sería aconsejable brindar una atención en caso de disponibilidad de servicios en la comunidad.

El 24.61% es necesaria una atención.

En el campo de las afecciones emocionales (ansiedad, miedo, angustia, tensión, etc.) los resultados presentan una gran normalidad; el 75.39% no requieren de una atención directa. El 24.61% que sí la necesitaría, entra dentro del porcentaje considerado como normal. Se considera normal por el hecho de que en cualquier grupo humano, alrededor de un 25% del total encuestado reportaría una necesidad de atención.

Llama la atención que se presente un porcentaje de normalidad para las afecciones emocionales, a pesar de que las condiciones de incorporación presentaban un alto grado de incertidumbre y temor a un futuro desconocido.

Esto se explica por el nivel de formación política de los excombatientes. A mayor nivel de comprensión de la situación, menor el grado de afecciones emocionales; y viceversa.

En cuanto a las afecciones depresivas podemos decir que para:

El 22.55% no se requiere de atención.

El 41.11% sería aconsejable brindar una atención en caso de disponibilidad de servicios en la comunidad.

El 36.34% es necesaria una atención.

En este campo que toma en cuenta los sentimientos de tristeza, pesar, apatía, evasión de la realidad, baja autoestima, soledad, encontramos que un 63.66% de los encuestados no requieren de una atención directa. El 36.34% sí la requiere y esto sí traspasa el porcentaje de normalidad que se podría encontrar en la población común, que como decíamos es de alrededor del 25%.

Si tomamos en cuenta que se vivían momentos previos a la separación de sus compañeros con los que se había compartido alegrías, tristezas, limitaciones, peligros y éxitos y que el retorno a su familia y comunidad estaba lleno de dudas e interrogantes, no es de extrañar que se manifestaran estos niveles de depresión.

En cuanto a las afecciones paranoides podemos decir que para:

El 43.94% no se requiere de atención

El 28.61% sería aconsejable brindar una atención en caso de disponibilidad de servicios en la comunidad.

El 27.45% es necesaria una atención.

Las afecciones paranoides las interpretamos como aquellas ideas o actitudes persecutorias sostenidas por la

persona en una situación dada. En este aspecto el 72.55% de los encuestados no presentan necesidad directa de atención. El 27.45% restante está prácticamente dentro del parámetro de normalidad, lo que llama la atención.

Podemos interpretar este porcentaje relativamente bajo si tomamos como referencia la etapa anterior de lucha guerrillera en donde los combates y los riesgos formaban parte de la vida diaria. Los excombatientes en general están acostumbrados a enfrentar y vencer el miedo.

En cuanto a afecciones para atención especial podemos decir que para:

El 9.54% no se requiere de atención.

El 26.16% sería aconsejable brindar una atención en caso de disponibilidad de servicios en la comunidad.

El 64.30% es necesaria una atención.

Durante la guerra se vivieron situaciones extremas de miedo, dolor, angustia, sufrimiento, que por su dimensión colectiva, se consideraban como sentimientos normales. Estos sentimientos eran parte de la vida de todos. La vida humana se vivía bajo la constante tensión de que cada día podía ser el último día en la vida de uno. Cada día le podía llegar a uno la muerte o la tortura.

Estas situaciones extremas son las que requieren de una atención especial.

No es de extrañarse que exista un alto porcentaje del total de personas encuestadas que requieran una atención para poder manejar psicológicamente todas estas vivencias ahora que se incorporan a un nuevo medio.

CONCLUSIONES

Por ser un proceso completamente nuevo y diferente en la vida nacional, no se logró visualizar la justa dimensión de los efectos humanos y psicológicos que el proceso de incorporación podía tener en la población de excombatientes incorporados.

Dentro de los parámetros que maneja la prueba en cuanto a los porcentajes de las respuestas afirmativas para la clasificación 2 de cada una de las afecciones, se puede decir que los resultados obtenidos se encuentran dentro de lo esperado para poblaciones que han vivido situaciones extremas de ansiedad, miedo, angustia y sentimientos de persecución.

Las situaciones de tristeza, pesar, soledad unidas a la incertidumbre del futuro y de las bajas posibilidades de consecución de trabajo se manifestaban en sentimientos de depresión.

Del estudio realizado se deduce que las afecciones para atención especial, entendiéndose por tales las producidas por situaciones límite y extremas, son las que presentan un mayor porcentaje de casos y a las que hay que tomar más en cuenta para la planificación de futuros programas.

RECOMENDACIONES

La elaboración e implementación de programas que aborden la problemática de salud mental en las esferas individual, familiar y colectiva. Estos programas deberán dirigirse a las diferentes comunidades del país en donde se hayan incorporado los excombatientes, tomando en consideración las características propias de las poblaciones de cada región.

Dar seguimiento a la atención de los aspectos de salud mental detectados en los excombatientes al momento de la Fase de Desmovilización.

Actualizar el diagnóstico de la salud mental de los incorporados, sobre las afecciones emocionales, depresivas, paranoides y de las afecciones que requieren de una atención especial, mediante un nuevo estudio para evaluar los cambios encontrados en el transcurso de este tiempo.

Para poder dimensionar más objetivamente la problemática, sería recomendable realizar un estudio similar dentro de otros sectores de población guatemalteca que tuvo diferentes formas de involucramiento durante el conflicto armado interno.

RESUMEN

Este estudio pretendió conocer la situación de salud mental de los excombatientes de URNG en el momento de la desmovilización, con el objeto de planificar programas específicos que redunden en bienestar personal y en efectos positivos en las diferentes comunidades a las que se incorporen.

Para lograr el propósito del estudio, se realizó una encuesta en forma voluntaria a 1,041 personas que constaba de 32 preguntas sencillas, con las que se considera se podían detectar las afecciones emocionales, depresivas, paranoides y afecciones para atención especial que podían estar presentes en los excombatientes al momento de la desmovilización e incorporación a la vida ciudadana.

Dentro de los parámetros que maneja la encuesta, en cuanto a los porcentajes de las respuestas afirmativas para la clasificación 2 de cada una de las afecciones, se puede decir que los resultados obtenidos se encuentran dentro de lo esperado para poblaciones que han vivido situaciones extremas de ansiedad, miedo, angustia y sentimientos de persecución.

A nivel nacional aún no se cuentan con programas que planteen la atención de salud mental para el grupo de población de excombatientes incorporados a la vida ciudadana.

Se recomienda la elaboración e implementación de programas que aborden la problemática de salud mental en las esferas individual, familiar y colectiva, dirigidas a las diferentes comunidades del país.

Se recomienda también dar seguimiento a la atención de los aspectos de salud mental detectados en los excombatientes al momento de la Fase de Desmovilización.

Bibliografía:

1. Carlos Martín Beristain, Francesc Riera, **Afirmación y Resistencia. La Comunidad de Apoyo.** Virus Editorial 1993. Impreso en España.
2. ECAP, ODHA, CONADEGUA, **Mantengamos Viva la Esperanza. Primer seminario de reparación psicosocial, dignidad y justicia.** Guatemala febrero 1997. Editorial Ate y Sistemas. Impreso en Guatemala.
3. Elvio Sisti, **Salud Mental de Base.** UCA Editores San Salvador, El Salvador. Impreso en El Salvador.
4. Enrique Guinsberg, **Normalidad, conflicto psíquico, control social. Sociedad, salud y enfermedad mental.** Editorial Plaza y Valdés S.A.. Impreso en México, D.F.
5. Horacio Riquelme U., **Buscando América Latina. Identidad y participación psicosocial.** Editorial Nueva Sociedad 1990. Impreso en Venezuela.
6. Horacio Riquelme U., **Era de nieblas.** Editorial Nueva Sociedad 1990. Impreso en Venezuela.
7. Horacio Riquelme U., **Otras realidades, otras vías de acceso. Psicología y psiquiatría transcultural en América**

Latina. Editorial Nueva Sociedad. Venezuela 1992.
Impreso en Venezuela.

8. ILAS. Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos,
Trauma psicosocial y adolescentes latinoamericanos: formas de acción grupal. Ediciones ChileAmérica CESOC. Impreso en Chile.
9. Jean Claude Metraux,
El niño, la familia y la comunidad. Manual de atención sico-social para Promotores Editorial Ciencias Sociales 1990. Impreso en Managua Nicaragua.
10. José Luis Marti Tusquets, Miguel Murcia Grau,
Conceptos fundamentales de la epidemiología psiquiátrica. Editorial Herder, Barcelona 1987. Impreso en España.
11. Manuel García Ferrando, Jesús Ibáñez, Francisco Alvira,
El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación.. Alianza Universidad Textos. Alianza Editorial, S.A. Madrid 1986, 1989, 1990, 1992, 1993. Impreso en España.
12. Mark R. Dambro,
Griffith Los 5 minutos clave en la Consulta de Atención Primaria, Williams & Wilkins Versión española, Fisa, Escudo de Oro S.A., Barcelona, 1996.

13. Maule Linare,
II Seminario de la Región. Derechos Humanos, Salud Mental, Atención Primaria: Desafío Regional. 16, 17, 18, 19 Enero 1991. CINTRAS. Impreso en Chile.
14. MSPAS, OPS/OMS, GMSM,
Primer encuentro nacional de salud mental. Una alternativa para la paz y el desarrollo. Guatemala Agosto 1995.
15. Robert Berkow, Andrew J. Fletcher,
El Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica. Octava edición española. Ediciones Doyma, S.A. Barcelona, España 1990.
16. URNG,
El Proceso de Negociación para la Búsqueda de la Paz. Los Acuerdos Sustantivos, firmados entre el Gobierno de Guatemala y la URNG. URNG, octubre 1996.
17. URNG.
Plan de Diagnóstico y Atención de Salud Integral para la Fase de Desmovilización. URNG Enero 1997.
18. Walter Flores
Problemática y Opciones en Salud Mental en Guatemala, Redd Barna, Guatemala, enero 1997.

19. MSPAS, URNG, Fac. Odontología de USAC, OPS/OMS, U.E., AID, MDM-E, MSF-F.
Salud Integral en la Fase de Desmovilización y de la Incorporación de la URNG a la Vida Ciudadana, OPS/OMS. 1997.

**UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA
FASCULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**LA SITUACION DE SALUD MENTAL DE LOS EXCOMBATIENTES DE URNG
EN LOS MOMENTOS PREVIOS A SU INCORPORACION A LA VIDA
CIUDADANA.**

**SISTEMATIZACION DE 1041 ENCUESTAS REALIZADAS
EN MARZO Y ABRIL DE 1997.**

ENCUESTA SALUD MENTAL

INSTRUCCIONES:

Las siguientes preguntas tienen el único propósito de conocer en alguna manera, tu forma de sentir y pensar actual. Por ningún motivo serán usadas para investigaciones que perturben tu vida privada, ni que pudieran poner en riesgo tu seguridad personal o la de tus familiares o amigos.

No existen respuestas correctas o incorrectas, ni buenas ni malas, en todo caso, serán correctas aquellas que reflejen tu modo de sentir y pensar en este momento. Se refieren a lo que recuerdes haber vivido durante las últimas cuatro semanas.

Escucha (o lee) con tranquilidad cada pregunta, asegurate de haberla entendido. En caso de duda sobre alguna pregunta, pedí que te las repitan o que te las expliquen. Marca con una "X" el cuadro del SI o del NO de cada pregunta de acuerdo a la respuesta que escojás.

PREGUNTAS:

1. A veces sentís como que algo te está oprimiendo el pecho y necesitás suspirar?
2. Te afecta el ruido de los helicópteros?
3. Si en un examen para conseguir un puesto muy deseado por ti pudieras copiar sin que nadie se diera cuenta y sacar mejor calificación de la que podrías esperar, lo harías?
4. Desde hace bastante tiempo tienes problemas que cambian tu conducta?
5. Si encontrás en la calle cinco mil quetzales, te los quedarías?
6. Te sientes perjudicado?
7. Pensás que ya hiciste todo lo importante que podías haber hecho en tu vida?
8. Algunas veces has sentido miedo?

9. Con frecuencia te sientes sin fuerzas y te cuesta levantarte por las mañanas?
10. A veces sentís deseos muy fuertes de romper cosas o de golpear a alguien?
11. Algunas veces te dan ganas de llorar o te pones triste sin saber porqué?
12. Ultimamente has sentido mucha tensión en el cuerpo?
13. En ocasiones te das cuenta de que la gente espera que te vayas para hablar mal de tí?
14. Has tenido frecuentes dolores de cabeza?
15. En los últimos tiempo has tenido deseos como de gritar sin razón?
16. Has tenido palpitaciones o se te ha alterado el corazón sin motivo?
17. Si tuvieras la oportunidad, consultarías con un psicólogo?
18. Las explosiones te agitan fuertemente el corazón?
19. A veces sentís deseos de dormirte y de no despertar nunca más?
20. Cuando de agitas mucho te duele el corazón?
21. Te cuesta dormir por la noche?
22. Te sentís capacitado por enfrentar el futuro?
23. Te han entrado sospechas de que algunas personas tengan algún plan para perjudicarte?
24. En ciertas ocasiones has dicho mentiras?
25. Has tomado pastillas para los nervios?
26. Ultimamente has sentido piquetazos en el pecho?
27. Has tenido pesadillas sobre hechos muy violentos que has vivido y que te despertás agitado?
28. Padevés de enfermedades que los doctores no pueden curar?
29. Has llegado a sentir que nadie te ayuda?
30. Eres una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?
31. Has notado indiferencias o como que te roban el pensamiento?
32. Te entusiasman las mismas cosas de siempre?