

Nuestro andar: calidad de vida y salud mental en comunidades de Huehuetenango

Andrea Álvarez, Lucía Herrera, Jaime Reyna
ONG Ceiba
Guatemala
jimmylancio@yahoo.com

El trabajo psicosocial en contextos multiculturales se enfrenta a realidades sociales y culturales en las que las poblaciones han resuelto históricamente sus problemáticas de diversas maneras, cuyas raíces se encuentran en los principios de su cultura. Así, a través del trabajo psicosocial emprendido, se ha podido reconocer la existencia y el actuar de figuras que ejercen poder y tienen influencia en las demás personas de las comunidades, como por ejemplo: las comadronas, quienes se encargan del cuidado y consejería del embarazo, cuidado de los niños, sexualidad femenina y en ocasiones problemas conyugales; los guías espirituales, quienes directamente aconsejan y resuelven toda una diversidad de problemas desde la visión cultural que incluye lo espiritual; los ancianos quienes tienen experiencia en la vida y mantienen el valor del respeto; los líderes naturales a quienes la gente respeta y son legitimados por la comunidad, sin necesidad de estar en cargos formales; las Autoridades, personas que ocupan cargos formales y quienes resuelven problemas comunitarios de toda índole, desde el diálogo así como el desarrollo de la comunidad.

En estos contextos multiculturales, el concepto de “buena vida” incluye las buenas relaciones entre la familia, con los vecinos, con las demás comunidades; la organización comunitaria, la tenencia de la tierra, así como el acceso a los servicios básicos, tales como la salud, la educación, los caminos, el agua, la alimentación, Buena vida que anhelan las comunidades, pero de la cual carecen debido a una serie de factores históricos de exclusión social, relegadas del desarrollo nacional debido a la discriminación racial heredada desde la colonia en Guatemala, los cuales produjeron una guerra de 36 años, de la cual la población civil, especialmente la indígena, sufrió las consecuencias: desaparición forzada, asesinatos selectivos y masacres, y el daño psicosocial hacia la población sobreviviente al conflicto, y deterioro del tejido social y organizativo.

Así, nuestro trabajo en esta realidad comienza con el nombre de “salud mental” con la intención de atender la problemática que dejó la guerra, pero además otra serie de problemáticas cotidianas como la violencia intrafamiliar y el alcoholismo, a través de un equipo local y de promotores que surgen de las mismas comunidades. En el caminar pasamos por una serie de aprendizajes, desde que se confundiera la salud mental con la salud dental en alguna comunidad, hasta el hecho de discutir cómo se entiende, se aplica y se comparte la metodología de la educación popular. Uno de los aprendizajes más importantes fue constatar que lo que la gente hace cotidianamente para construir sus comunidades y resolver sus problemas ya es parte del trabajo psicosocial, y que la “salud mental” no corresponde a la cabeza y los sentimientos, a la familia o a los problemas vecinales, sino que tiene que ver con las relaciones de las personas, con la cultura, con el respeto, con la organización comunitaria, con la “reflexión concientizadora” con respecto a las necesidades colectivas. De este modo, la planificación en sí, pasa a segundo plano, y lo importante es que las personas puedan analizar sus problemas desde sus creencias y propios conocimientos, y que puedan hablar de otras situaciones que sean relevantes para ellos, para que en algún momento puedan buscar diferentes soluciones a la misma situación.

Con todo, no siempre es fácil poner en práctica las soluciones y en el andar van surgiendo nuevas preguntas acerca de cómo aplicar esta forma de trabajo, y nuevos problemas que necesitan más atención, como lo es la problemática de género, y los límites de nuestra intervención ante algunas demandas de las comunidades.