

Cuando la salud mental se convierte en una prioridad

Sofía Arjonilla*
Irene M. Parada*
Blanca Pelcastre*

Summary

The history of Palestine has been marked by political conflicts and its fight against Israel, which have generated a state of low intensive war. This has lasted enough time to affect the mental health of its population, who have been forced to migrate and have been exposed to different forms of open violence. The situation of women is outstanding because they used to live under a patriarchal society.

The socio-political and anthropological research on this subject was carried out between 1994-1997.

Objectives

To demonstrate the usefulness of qualitative research methods based in the community for the detection of social problems, and for determining the consequences of the war on the people's mental health.

Material and methods

The main components of the study were: an analysis of the data provided by secondary sources, together with an approximation to the mental health problems, in general, and to those of the women of Gaza, in particular. They were based on semi-structured interviews and participant observation in rural zones, refugee camps and in the city of Gaza. Eighty two interviews were made.

Results

It was found that a philosophy of hate against the enemy prevailed among the population, and that Gazan women are the main receptors of the conflicts of all the members of their family. Through the interviews, problems of women's adaptation to the new socio-political situation resulting from the cultural contradiction they suffer were discovered. Mental health was selected as a priority area within the health field. Some other problems were pointed out such as the adaptation problems of prisoners who suffered torture or of those who

were moved to other places; the challenge of teenagers to authority since their participation in the *Intifada*, and the war games played by children.

Discussion and conclusion

Qualitative methods based in the community may detect problems that no other types of approach would detect. The reason is that they include the open expression of the population, who reconstructs the situation from their experience, giving priority to their main problems and participating in their solution.

From the first results of the research, the Spanish foreign policy of cooperation varied in the Palestinian case, including mental health within its priorities. With this methodology new forms of health education were implemented, and mental health treatment to Gaza women was given as part of the actions of the Women's Empowerment Project (WEP).

Key words: Mental health, women, Palestine, Gaza

Resumen

La historia de Palestina ha estado marcada por grandes conflictos políticos y por su lucha contra Israel que han generado un estado de guerra de baja intensidad, pero de duración lo suficientemente prolongada como para afectar la salud mental de sus pobladores, quienes se han visto forzados a emigrar y han estado expuestos, de diferentes maneras, a expresiones de violencia declarada. Destaca la situación de las mujeres, quienes hasta ahora habían vivido bajo las reglas de una sociedad patriarcal. Se llevó a cabo una investigación socio-político-antropológica en Palestina durante el periodo de 1994 a 1997 que tuvo como:

Objetivos

Demostrar la utilidad de los métodos cualitativos de investigación basados en la comunidad para detectar los problemas sociales e indagar sobre las repercusiones de la guerra en la salud mental de la población.

Material y métodos

Los componentes principales del estudio fueron un análisis de datos de fuentes secundarias y una aproximación a la problemática de la salud mental, en general, y de la mujer gazana, en particular, basadas en entrevistas semi-estructuradas y en la observación participante. Se hicieron 82 entrevistas en zonas rurales, en campos de refugiados y en la ciudad de Gaza.

*Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública de México. Av. Universidad 655, Santa María Ahuacatitlán, 62508, Cuernavaca, Mor. México.

Correspondencia: Dra. Sofía Arjonilla Alday. Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigación en Sistemas de Salud, 2o piso of. 214, Av. Universidad 655, Santa María, 62508, Cuernavaca, Morelos, México. Teléfonos: (52 73) 293026, Fax: (52 73) 11-11-56.

Primera versión: 24 de abril de 1998.

Segunda versión: 23 de agosto de 1998.

Tercera versión: 26 de junio de 2000.

Aceptado: 18 de septiembre de 2000.

Resultados

Se comprobó que entre la población impera una filosofía de odio hacia el enemigo. Entre la problemática que se identificó destaca el hecho de que la mujer gazana es la principal receptora de los conflictos de todos los miembros de la familia. Por medio de las entrevistas se develaron los problemas de adaptación de las mujeres a la nueva situación social de Palestina y su desajuste mental provocado por la contradicción cultural que padecen.

La salud mental fue el área prioritaria dentro del campo de la salud. Resaltó que los exprisioneros que fueron torturados desplazados, tenían problemas de adaptación. También destaca el desafío de los jóvenes a la autoridad a partir de su participación en la *Intifada*, y los juegos bélicos con los que se entretienen los niños.

Discusión y conclusiones

Los métodos cualitativos basados en la comunidad permiten detectar algunos problemas que no podrían conocerse con otro tipo de aproximaciones, ya que estas incorporan la expresión abierta de la población, que reconstruye su problemática de acuerdo con su experiencia, priorizándola y participando en su solución.

A partir de los primeros resultados de la investigación se logró variar la política exterior de cooperación española a Palestina, incluyendo, entre las prioridades, la salud mental. Con esta metodología se implementaron técnicas de educación para la salud dentro de la comunidad, y se ha dado tratamiento a algunas mujeres gazanas con problemas de salud mental, como parte de las acciones del *Women Empowerment Project* (WEP).

Palabras clave: Salud mental, mujeres, Palestina, Gaza

Introducción

Palestina en una nación sin país ni Estado, y con una disputa territorial con Israel que data de 1948, cuando las Naciones Unidas decretaron su participación para crear el Estado de Israel. Ha sufrido desde entonces un clima de hostilidad, llegando a la guerra abierta algunas veces, como en la Guerra de los Seis Días, en la que Israel se anexó la totalidad del territorio que formaba Palestina, y a partir de la cual se desató una guerra de baja intensidad de carácter permanente, en la que los palestinos que viven en el interior sufren el hostigamiento diario tanto del ejército como de los colonos israelíes en Cisjordania y Gaza (1).

La ocupación militar y la carencia de servicios por no haber un estado palestino que se ocupe de ellos, llevaron a la población palestina a crear organizaciones no gubernamentales que proporcionan servicios sociales a su población, fundamentalmente en materia de educación, salud y agricultura.

La franja de Gaza, por su parte, **no** es una economía subdesarrollada, sino **des-desarrollada** (12), debido a que sufrió un proceso de involución socioeconómica inducido por el Estado de Israel, por depender totalmente la economía gazana de las necesidades de la economía israelí. Su problemática, por lo tanto, no proviene, en principio, de su base productiva, sino de la opresión política que padece, que también ha traído escasez económica, fundamentalmente por la reducción del empleo para los palestinos en Israel.

En 1987 surgió la *Intifada*, una organización de la población palestina que se enfrenta con piedras a las

metralletas del ejército israelí. Este estallido de violencia agudizó la problemática de tal forma que empezaron a surgir los graves problemas de salud mental que se habían acumulado durante años de operación. Al principio se detectaron en la consulta de primer nivel, a la cual acudían diversos miembros de la familia con síntomas cuyo origen no era propiamente fisiológico, sino psicológico, como lo determinaban los médicos de los servicios de salud. Antes los problemas mentales se ocultaban debido a que las instituciones que los trataban utilizaban métodos anticuados y traumáticos, pero ya se empezó a tomar conciencia en Palestina de la gravedad del problema. Posteriormente a la firma de los Acuerdos de Paz, en 1993, la Autoridad Nacional Palestina (ANP) se instaló en Gaza en 1994. Sin embargo, conforme avanzaban las negociaciones, la situación al interior de los territorios palestinos empeoraba, ya que tras los Acuerdos de Oslo II (Taba), los territorios palestinos quedaron divididos en 3 zonas que hoy se han convertido en 4. El problema es que cada vez que Israel decreta un cierre de fronteras internas, la población palestina no puede pasar de una zona a la otra de su propio territorio.

Pero la salud mental no está considerada como un problema de primer orden en los países subdesarrollados ni aquellos en vías de desarrollo, y mientras menos recursos financieros se asignen al sector salud, menos se le asignarán a la salud mental.

Sin embargo, no todas las situaciones son iguales ni se pueden juzgar de la misma manera. Hay algunas que por su naturaleza conflictiva merecerían un análisis aparte, como es el caso al que nos referiremos, en el que se vive una guerra de baja intensidad que se ha prolongado por largo tiempo y cuyos efectos en la salud mental de los individuos afectan el desarrollo de la sociedad en su conjunto.

En su informe de 1997 sobre Palestina, el Banco Mundial indicó que los hogares de los palestinos eran los principales receptores del conflicto, y dentro de ellos, la mujer por ser la que desempeña el papel de colchón amortiguador dentro de la familia. En concreto, la situación que se vive en Gaza es la peor de la región en términos económicos, sociales y políticos (1, 3, 4, 11, 12). Esto se debe a que su territorio se encuentra separado del resto de los territorios palestinos (Cisjordania). Hasta 1997, la pionera y única organización especializada en salud mental era el *Gaza Community Mental Health Program* (GCMHP), que actualmente cuenta, además, con una rama especializada en las mujeres, el *Women Empowerment Project* (WEP). A partir de la labor de este centro, desbordado de trabajo en la actualidad a pesar de sus continuas ampliaciones, hemos podido evaluar la problemática más común de las mujeres que llegan ahí. La depresión es el síntoma más generalizado, seguido por la neurosis. También se encuentran casos de ansiedad y pánico, así como psicosis y algún caso de histeria.

A partir de 1994, el Comité Español de Organizaciones No Gubernamentales (ONG) para la Cuestión Palestina, acordó llevar a cabo una serie de estudios que tenían como objetivo determinar las necesidades de esta sociedad. La primera investigación al respecto tuvo lugar entre 1994 y 1995, y su propósito fue determinar

los cambios acaecidos a partir de los acuerdos de paz y de la creación de la Autoridad Nacional Palestina, con vistas a reorientar la política española de cooperación al desarrollo con esa nación, dirigida desde la Agencia Española de Cooperación con el mundo Árabe, dependiente del Ministerio de Asuntos Exteriores de España. La segunda investigación se llevó a cabo durante 1996, y estuvo centrada en el tema de la mujer palestina. Para 1997 se efectuó una tercera investigación enfocada a la mujer gazana y a su salud mental, en particular.

Sistema de salud

La revisión bibliográfica muestra los siguientes datos sobre la salud en Palestina. De acuerdo con el informe de la Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados Palestinos en Oriente Medio (UNRWA, *United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East*) (15), la tasa de mortalidad infantil en 1997 era de 33 por 1000 niños registrados como nacidos vivos. Las principales causas de muerte en Palestina son: las infecciones del tracto respiratorio, la prematuridad, los traumas del nacimiento, la gastroenteritis, la deshidratación, las anomalías congénitas y la septicemia; en ese orden. Según el mismo informe de la UNRWA había en Gaza 17 instalaciones de salud, 13 de las cuales eran centros de salud. La proporción de camas era de 1.1 por 1000 habitantes. Los principales prestadores de servicios de salud eran, hasta 1994, la Administración Civil Israelí, la UNRWA, las ONGs y el sector privado (3). A partir de 1994, la Autoridad Nacional Palestina se hizo cargo de la salud de los palestinos por medio de un sistema mixto formado por el Ministerio de Salud palestino, las ONGs palestinas, los organismos internacionales y el sector privado, a pesar de lo cual no se puede decir que hay una cobertura universal.*

De acuerdo con la bibliografía sobre la salud en Palestina, se observa que se le ha dado prioridad a la atención de la salud materno-infantil debido a que Palestina, en general, y Gaza, en particular, tienen las tasas de natalidad más elevadas del mundo** (6 hijos por cada mujer). Se observa también que, como resultado de la guerra, se ha puesto especial interés en la medicina de rehabilitación física. Sin embargo, sólo hay un hospital de atención de tercer nivel en las afueras de Jerusalén, al que la mayoría de la población palestina no puede acceder por carecer de permiso para atravesar la ciudad. Asimismo, sólo hay un hospital especializado en oftalmología, recientemente impulsado por una organización no gubernamental.

*El sector privado ha crecido mucho recientemente debido al retorno de los palestinos de alto nivel socio-económico al calor de la Autoridad Nacional Palestina.

**Existe una razón de orden político por la cual la ANP fomenta el crecimiento demográfico: la lucha contra Israel es una lucha por el territorio y una lucha demográfica para poblarlo más, para no ser eliminados como pueblo, como nación.

Objetivo

Este artículo tiene como principal objetivo mostrar la utilidad de los métodos cualitativos basados en la comunidad para detectar los problemas sociales, por ejemplo, los de salud mental. Su segundo objetivo es crear conciencia sobre la importancia de la salud mental en las situaciones de guerras prolongadas de baja intensidad a fin de que se elaboren políticas públicas que ayuden a solucionar esta problemática.

Material y métodos

Este trabajo es el resultado de una investigación socio-política llevada a cabo en Palestina en el periodo de 1994 a 1997. Los componentes principales del estudio fueron: un análisis de datos cuantitativos de fuentes secundarias (5, 9, 10), elaborados por organizaciones no gubernamentales, instituciones académicas palestinas y organismos internacionales, y un análisis cualitativo de la situación de la mujer gazana, basado en entrevistas semi-estructuradas y en la observación participante. La perspectiva básica del análisis es comunitaria, ya que asumimos que el planteamiento de los problemas y las vías de posibles soluciones tienen que partir de los actores implicados en ellos.

Para hacer el análisis cualitativo se aplicaron 82 entrevistas a diversas personas. En un primer conjunto de 36 entrevistas se pretendió delimitar las necesidades básicas del pueblo palestino, considerando su nueva situación socio-política por la creación de la ANP como resultado de los Acuerdos de Paz (1993), y se dirigió principalmente a los funcionarios de la ANP y a los representantes de las ONG para la Salud.

En un conjunto de 16 entrevistas se siguió la técnica de bola de nieve con el fin de localizar a los expertos y a las organizaciones que más supieran sobre la problemática de la mujer palestina, y pudieran aportar información más específica.

Se entrevistó también a 28 mujeres gazanas para obtener datos sobre las condiciones generales de vida de la mujer palestina en Gaza. A estas se añadieron 2 entrevistas a exprisioneras recién excarceladas. A excepción de estas últimas, en todas se utilizó el criterio de saturación teórica para determinar el número total de entrevistas.*

De acuerdo con las entrevistas, se clasificaron los problemas y se determinaron las áreas prioritarias con base en la frecuencia con la que se repiten los problemas.

Criterios para seleccionar a la población informante

- Las personas que tuvieran un conocimiento especializado sobre la situación política y económica actual de Palestina y Gaza.

*Hay que tener en cuenta que, en 1997, Gaza contaba con 1,200,000 habitantes aproximadamente, de los cuales podemos calcular que alrededor de 300,000 eran mujeres de más de 15 años, ya que más de la mitad de la población total es menor de 15 años.

- Las personas que trabajaran en las universidades como profesores universitarios o invitados, o como investigadores sobre este tema.
- Las personas que trabajaran en las ONG palestinas de salud.
- Las personas que trabajaran en organismos internacionales en Palestina y en Gaza.
- Las personas que trabajaran como miembros de la Autoridad Nacional Palestina.
- Las personas que trabajaran como psicólogos, psiquiatras y médicos en ese país.

Los criterios para seleccionar a las mujeres

- Tener más de 15 años
- Vivir en Gaza

Por el lugar en el que habitaban, la muestra se dividió en:

- Zona rural (escasa en Gaza)
- Campo de refugiados
- Ciudad de Gaza

Para completar la información también se llevo a cabo la observación participante tanto de la vida cotidiana de las mujeres gazanas de diversos ámbitos, como de las actividades del *Women Empowremment Project*.

No se grabaron las entrevistas debido a la desconfianza de las personas entrevistadas, pero se hicieron anotaciones mientras se llevaban a cabo.

Se sacaron algunas fotos, pero sólo de las casas, de los niños, y de las mujeres que trabajaban en el *Women Empowerment Project*, pues las mujeres no permiten que se las fotografíe en sus hogares por haber habido casos en los que las fotos se utilizaron con fines de extorsión política.

Se transcribieron algunas historias sobre su vida que pudieran servir para comprender mejor la situación de la mujer gazana.

Ética de la investigación

Todas las entrevistas se hicieron bajo las estrictas normas del consentimiento informado de los entrevistados.

Resultados

A pesar de haber una gran variedad de métodos cualitativos, la participación comunitaria se mueve dentro de un marco común general (8) que implica reconceptualizar el proceso salud-enfermedad, sin pretender sustituir las prácticas, sino sólo incorporar la comunidad al proceso de desarrollo. En esta perspectiva, las técnicas de investigación cualitativa, como las que se aplicaron en esta investigación, permiten ahondar en los significados que dan sentido a las prácticas cotidianas de las personas, ampliando la gama de sus posibilidades para actuar.

La investigación constató que la filosofía del odio al enemigo, que impera en Palestina, ha creado una cultura bélica que está afectando el desarrollo de la sociedad en su conjunto.

La mayoría de los informantes calificados coincidieron en señalar que la salud mental es una de las áreas prioritarias de acción; y la situación de las mujeres palestinas se catalogó como la peor dentro de la sociedad, por ser las principales receptoras de los conflictos.

Como producto del primer conjunto de entrevistas se identificaron varios temas que se repetían constantemente:

- El odio al enemigo (y la desconfianza generalizada) que tiende a la violencia reprimida (34);
- Los problemas de adaptación de los exprisioneros, que han sido torturados, desplazados, o que no tenían trabajo, etc.(30);
- Los problemas causados por el desafío de los jóvenes a la autoridad a partir de su participación activa en la *Intifada* (32);
- Los diversos problemas de adaptación de las mujeres a su nueva y contradictoria situación (32);
- Los problemas originados por el desempleo (la pérdida de la principal función social del hombre como proveedor del sustento familiar) (30);
- Los juegos bélicos entre los niños (la violencia) (28).

En el primer grupo de entrevistas se encontraron los siguientes datos, con los que concuerdan todos los estudiosos del tema: aproximadamente 30% de la población palestina sufre de algún tipo de trastorno mental. Esta cifra se eleva a 40% en las mujeres, de las cuales sólo 30% buscará ayuda, y de estas últimas sólo 30% recibirá tratamiento. Estas cifras coinciden con los estudios de dos de los entrevistados, el doctor Shafik Masalha, del *Palestinian Councelling Centre* y la doctora Vivian Jamis, de la Universidad de Belén (6, 7, 13)

En las entrevistas a las mujeres que viven en Gaza se identificaron problemas de desajuste mental provocados por ser víctimas de la violencia, aún comportándose según las reglas que exige el tipo de sociedad en la que viven. Esta situación rompe seriamente con los esquemas de la familia como núcleo de solidaridad, por la falta de correspondencia entre su comportamiento y la respuesta de la familia de su marido y de su propia familia de origen.

En el WEP, las mujeres reciben atención psicológica o psiquiátrica de acuerdo con sus necesidades, junto con terapia ocupacional y asesoría jurídica. La terapia ocupacional está constituida por diversos cursos que las capacita y les da las herramientas necesarias para lograr independizarse económicamente. La experiencia de las mujeres que reciben tratamiento en el WEP demuestra que por compartir sus problemas y disponer de un ámbito de socialización fuera del hogar, en el que se sienten apoyadas y comprendidas, aumenta su autoestima y su respeto por ellas mismas, además de mejorar con el tratamiento, lo cual se percibe en el seno de la familia. Todo esto hace que cambie la actitud de sus parientes, quienes las respetan más y les dan más libertad, lo cual puede ser el primer paso para lograr que cambie la sociedad.

Discusión y conclusiones

Los métodos cualitativos basados en la comunidad, utilizados en esta investigación, revelaron que la salud

mental en Palestina es uno de los problemas prioritarios. Si se hubiera empleado otro tipo de aproximación metodológicas, con instrumentos de medición que sólo suelen reproducir puntos de vista teóricos, difícilmente hubiera podido conocerse esta problemática (14).

La ventaja de estos métodos es precisamente su capacidad para obtener información que ni siquiera se consideraba en el proyecto de investigación, y su apertura radica en que se le da la oportunidad a la comunidad de expresarse sin cortapisas.

Esto coincide con lo que señalan Ann Taket y Leroy White (15, 16), investigadores ingleses que han utilizado estos métodos con gran éxito en investigaciones de salud, tanto en el Reino Unido como en países de Asia y América Latina. Estos autores también señalan la ventaja de utilizar estos métodos en los que participa la comunidad, no sólo en la definición de su problemática sino también en su solución. El resultado de esta investigación es que la solución a la problemática de salud mental de las mujeres de Gaza está surgiendo de ellas mismas. Al poner de manifiesto su importancia se logró que variara la política exterior de cooperación española con Palestina, de manera que, por primera vez en la historia, apoyó los proyectos de salud mental como cooperación al desarrollo, lo que antes se consideraba como un lujo.

Esta perspectiva metodológica también sirvió para que la misma comunidad trabaje en la educación para la salud en este caso concreto, a fin de desestigmatizar la problemática de la salud mental.

De acuerdo con la perspectiva de los informantes, la violencia es la problemática más generalizada entre la población palestina, empezando por la violencia política y terminando por la violencia doméstica, lo que genera situaciones que producen problemas mentales debido al desajuste que crean la pérdida de los hijos y del esposo; las contradicciones de la lucha política y del trabajo fuera del hogar, que tradicionalmente estaban reservados al hombre; para luego ser recluidas dentro de la casa y no tener ningún derecho; seguir al pie de la letra las normas del islamismo y aun así recibir insultos y golpes sin contar ni siquiera con el apoyo de su familia de origen, etc. El doctor Javier Charry (2), psicólogo colombiano residente en Suecia, que ha trabajado mucho sobre el tema de la salud mental en Colombia, afirma que "el rompimiento de un tejido social instituido a través de la violencia y la victimización de los individuos altera los factores emocionales de identidad individual y social, la conciencia colectiva, la autoestima, la integridad", todo lo cual lleva a un colapso psíquico debido a que la mente del individuo se desborda por la intensidad de los estímulos que lo desencadenan. Justamente esto es lo que encontramos en Palestina, y con mayor intensidad en Gaza. Pero, como ya señalamos en este documento, los efectos traumáticos originados por la violencia no sólo operan

en determinados niveles de la conciencia, sino que, como afirma Charry, penetran también dentro de la esfera de lo biológico, lo psicológico y lo social. De ahí que en Palestina los problemas psicológicos hayan sido detectados a partir de su manifestación fisiológica.

Por último, la violencia institucionalizada por la guerra de baja intensidad que sufre Palestina desde 1947, termina en una ética de guerra, inmutable para la mayor parte de la población. De ahí la necesidad extrema de actuar en este ámbito, porque no basta con firmar acuerdos de paz para que ésta sea un hecho, sino que hay que revertir esta cultura bélica, restituyendo la dignidad pública, lo cual implica modificaciones políticas de fondo, aunadas a la introducción de la salud mental como área prioritaria en la agenda de los servicios públicos.

Los resultados desglosados de este estudio no revelan grandes diferencias entre la problemática de las mujeres que viven en los campos de refugiados, en la zona rural o en la ciudad, salvo que ante las carencias de productos básicos se incrementa la violencia física, pues la psicológica se presenta con igual intensidad en todos los niveles socioeconómicos.

Este trabajo contribuye a destacar las bondades de los métodos cualitativos basados en la comunidad, ya que éstos ofrecen un diagnóstico mucho más exacto, con explicaciones tendientes a modificar las políticas de la procuración de la salud, incluyendo siempre a las comunidades en la implementación de sus programas.

Por último, se señalan las dificultades implícitas en una investigación de este género: en primer lugar, es difícil acceder a Gaza para hacer el trabajo de campo, debido a las restricciones impuestas por el ejército israelí, sin lo cual tampoco se hubiera encontrado la información secundaria y bibliográfica ya que las investigaciones sociológicas cuantitativas y los estudios psicológicos o psiquiátricos realizados *in situ*, solamente se fotocopian; no se editan, excepto en muy pocos casos, debido a la problemática económico-política. En segundo lugar, además de poner en peligro la vida por permanecer allí, se corre el riesgo de quedarse encerrado en Gaza si Israel decreta cerrar las fronteras.

Agradecimientos:

Se agradece a todas las organizaciones que amablemente cooperaron en la investigación, proporcionando la información requerida, fundamentalmente al *Women Empowerment Project* del *Gaza Mental Health Community Program*, sin cuya colaboración hubiera sido imposible hacer el trabajo de campo. Se agradece también a la doctora en psiquiatría, Vivian Jamis, de la Universidad de Belén, así como al *Bisan Center for Research and Development*, y al *Palestinian Councelling Center*, por haber proporcionado los resultados de sus últimas investigaciones. Finalmente se extiende un profundo agradecimiento al pueblo palestino por la confianza depositada, la cual nos permitió trabajar conjuntamente.

Anexos	
<p>Guía No. 1 Informantes Cualificados</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ante la nueva situación con la creación de la Autoridad Nacional Palestina, ¿cuáles considera que son los problemas básicos de la sociedad palestina? 2. ¿Cuáles de estas áreas cree que deberían ser cubiertas por las ONGs internacionales en colaboración con las palestinas? 	<p>A la Autoridad Nacional Palestina de los diversos Ministerios se les preguntó en segundo lugar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿De cuáles problemas se ocupará su ministerio básicamente en esta primera etapa? <p>Y la segunda pregunta pasó a tercer lugar.</p>
<p>Guía No 2: Mujeres /Hogares:</p> <p>Durante estas entrevistas se tomaba nota sobre las condiciones materiales de la vivienda, así como sobre las actitudes de las entrevistadas y resto de miembros de la familia, cuando los había.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuántas personas viven aquí y qué parentesco tienen? 2. Edad y actividades de los diversos miembros de la familia. 3. Situación económica y origen de los recursos económicos. 4. Razones del desempleo de los diversos miembros de la familia que lo sufran. 5. Carencias de recursos y servicios (ej: agua, servicios médicos, etc.) 6. Edad de la entrevistada y edad a la que se casó y enviudó (si fuese el caso). Número de hijos y nietos 	<p>(normalmente este dato aparece con anterioridad, en la pregunta 1).</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Grado de escolaridad. 8. Estado de salud de ella. 9. Actividades dentro y fuera del hogar. 10. ¿Qué problemas tiene? 11. Actividades que realiza en su tiempo libre: ¿sale?, ¿a dónde?, ¿sola o acompañada?, etc. 12. Si trabaja, ¿en dónde?, ¿cuánto gana?, ¿qué horario tiene? 13. Condiciones laborales (si hay intermediarios para conseguir trabajo, etc.) 14. ¿Está contenta con el trato que recibe en el trabajo? 15. ¿Hay algo más que quiera contar o añadir? <p>La tercera guía (12 entrevistas) fue elaborada para mujeres maltratadas y/o en trámites de divorcio que ya estaban en algún programa del WEP.</p>
<p>Guía N 3: Mujeres maltratadas, divorciadas, y/o en trámites de divorcio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edad y estado civil. 2. Grado de instrucción y experiencia laboral previa, si la hubiera. 3. Edad del matrimonio si fuera el caso. 4. Edad, formación y trabajo del marido. 5. Número de hijos y edades. 6. Con quién viven ahora, número de familiares y parentesco. 7. Con quién están sus hijos y si los ven o no. 8. Explique el maltrato, si es el caso, en qué consiste y ella a qué lo atribuye. 	<ol style="list-style-type: none"> 9. Quién tomó la decisión del divorcio, si es el caso, y por qué. 10. Si fue ella, ¿cómo fue y quién la apoyó? 11. ¿Cómo y por quién se enteró de la existencia del WEP? 12. ¿Cómo logró que la llevaran o dejaran ir? 13. ¿Cómo la tratan ahí y cómo se siente? 14. ¿Ha mejorado?, ¿en qué sentido? 15. ¿Qué actividades realiza? 16. ¿Han cambiado sus relaciones familiares o sociales desde que está aquí y en qué sentido? 17. ¿Tiene ingresos económicos? 18. ¿Cuáles son sus planes futuros?

REFERENCIAS

1. ABU – AMR Z: Les conditions sociales dans la bande de Gaza. En: Mansour C (dir). *Les Palestiniens de l'Interieur*. Institut des Études palestiniennes. Washington, 1989.
2. CHARRY J: Salud mental y derechos humanos. En: Jornada de Reflexión sobre Colombia, Estocolmo, 26/abril/1997 <http://home4.swipnet.se/~w-45951/SMENTAL.HTM>
3. DAIBES I, BARGHOUTI M: *Infrastructure and Health Services in the Gaza Strip.- The Gaza Strip Primary Health Care Survey*. HDIP & WHO. Ramallah (Cisjordania), 1996.
4. HAJ S: Palestinian women and patriarchal relations. *J Women Culture Society*, 17(4), 1992.
5. HAJ YAHIA M y cols: *Attitudes of Palestinian Girls and Women Concerning Issues of Domestic Violence*. Bisan Center for Research and Development. Ramallah (Cisjordania), 1995.
6. JAMIS V: Victims of the Intifada: The psychological adjustment of the injured. *Behavioral Medicine*, 19, 1993.
7. JAMIS V: *Coping with Stress: Palestinian Families and Intifada-Related Trauma*. Universidad de Belén, documento de trabajo, 1994.
8. DE KEIJZER B: Participación popular en salud: logros, retos y perspectivas. En: Menéndez E, García de Alba J (comp.). *Prácticas Populares, Ideología Médica y Participación Social*. U. de G. y CIESAS. 231-253, Guadalajara, 1993.
9. MAJYAHIA M: Beliefs about Wife-beating Among Arab Palestinian Women from the West Bank and Gaza Strip.- Test of Patriarchal Hypotheses. Working Paper. Bisan Center for Research and Development. Ramallah (Cisjordania), 1996.
10. MAJYAHIA M: *A Patriarchal Perspective of Beliefs About Wife-Beating Among Arab Palestinian Men from the West Bank and Gaza Strip. Working paper*. Bisan Center for Research and Development. Ramallah (Cisjordania), 1996.
11. *Palestinian Society in Gaza, West Bank and Arab Jerusalem: Summary of Survey of Living Conditions*. FAFO (Institute for Applied Social Science). Oslo, 1993.
12. ROY S: *The Gaza Strip. The Political Economy of Development*. Institute for Palestine Studies. Washington, 1995.
13. MASALHA S: *Integration Mental Health Services into Primary Health Care: the Palestinian Experience*. Jerusalem, Palestinian Councelling Center. Jerusalén Este, 1994.
14. MILLER MY: (Reporteur Working group 4: Perimenopausal/potmenopausal). *Beyond Hunt Valley: Research for Women's Health in the 21st Century*. Junio 11-13, Nueva Orleans, 1997.
15. UNRWA: Informe UNRWA 1997. Gaza, 1997.
16. WHITE L, TAKET A: Beyond Appraisal: Participatory Appraisal of Needs and the Development of Action (PANDA). *Omega Int J Mgmt Sci*, 25(5):523-534, 1997.