

Los promotores de salud mental de la UCA: un relato de mis recuerdos

The Mental Health Paraprofessionals of UCA: A Recollection of my Memories

DOI: <https://doi.org/10.51378/eca.v79i777.8557>

José Luis Henríquez

Académico

Departamento de Psicología y Salud Pública
Universidad Centroamericana José Simeón Cañas (UCA)
El Salvador

jhenriquez@uca.edu.sv

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-8007-1448>

Palabras clave:

Guerra, trauma, salud mental,
promotores de salud mental.

Key words:

War, trauma, mental health,
mental health paraprofessional.



Artículo

Resumen

En 1989, a iniciativa de Ignacio Martín-Baró, y con ayuda de la ONG holandesa CEVEMO, el Departamento de Psicología de la UCA realizó el proyecto “Niños de la Guerra”, primero, en la comunidad de Copapayo y, poco después, en El Barío. En el transcurso de las actividades tuvimos oportunidad de atender personas que, a raíz del conflicto armado, presentaban cuadros de alteraciones cognitivas o emocionales y necesitaban orientación, acompañamiento y apoyo psicológico. El proyecto quedó paralizado a raíz del asesinato de los seis sacerdotes jesuitas, incluyendo al padre Martín-Baró, y dos empleadas, perpetrado en el campus de la UCA en noviembre de 1989. En 1992, con ayuda de Rädä Barnen, la Escuela de Promotores Comunitarios de Salud Mental del Departamento de Psicología de la UCA, implementó un proyecto de capacitación de recursos humanos locales para la promoción de la salud mental de las comunidades. La formación de promotores es uno de los pilares de la intervención comunitaria, está orientada a construir sistemas comunitarios que ayuden a reparar el posible daño causado por eventos estresantes de vida o a prevenir comportamientos que provoquen un daño psicológico o una herida social que lastime las redes de protección y apoyo familiares o comunitarias. Durante los tres años de su duración, se capacitaron doscientos promotores de salud mental pertenecientes a 35 comunidades ubicadas en Chalatenango, Cuscatlán, Cabañas, San Vicente, Usulután, San Miguel y Morazán.

Abstract

In 1989, with the financial support of the Dutch NGO CEVEMO, the Department of Psychology of the UCA University (El Salvador) took up the Project “Children of War” in the community of Copapayo and shortly after in El Barío. Along with the activities carried out, those who were in the project had the opportunity to talk with people who reported fear, recurrent distressing dreams, negative alterations in cognitions and emotions following their

exposure to war’s traumatic events. The project was paralysed after six Jesuit priests, including Father Martín-Baró, and two employees were slain at the campus of UCA in November 1989. Some years later, in 1992 with the financial support of Rädä Barnen we took up another project: a School of Community Mental Health Paraprofessionals, a project to train local human resources for community mental health promotion. The training of mental health paraprofessionals is key to effective community interventions. It is aimed to build community systems to cope with the possible damage coming from stressful life events or prevent behaviors that cause psychological damage or social injury that hurts family or community protection and support networks. During three years, 200 mental health promoters from 35 communities located in Chalatenango, Cuscatlán, Cabañas, San Vicente, Usulután, San Miguel and Morazán were trained.

Entre 1992 y 1994 en el Departamento de Psicología de la Universidad Centroamericana José Simeón Cañas se puso en marcha la “Escuela de Promotores Comunitarios de Salud Mental” (EPCSM), un proyecto concebido como una intervención comunitaria de capacitación y empoderamiento de recursos humanos locales para la prevención, el cuidado y la promoción de la salud mental, que contó con la colaboración y el apoyo económico de Rädä Barnen, el “Save the Children” sueco. Fue un programa sin precedentes en El Salvador y en la UCA, que ha pasado a formar parte de mi memoria personal. El objetivo de este artículo es que también se haga parte de la memoria del Departamento de Psicología y de quien en aquel momento era su jefe, Ignacio Martín-Baró, el padre Nacho, como era cariñosamente conocido entre sus estudiantes y compañeros y compañeras de la UCA, en el momento de recordar a Mauricio Gaborit, quien durante tanto tiempo fue también el jefe del Departamento de Psicología.

La memoria autobiográfica es el conocimiento y la experiencia sobre el “yo” que hemos ido almacenando a lo largo

de nuestro ciclo vital, bien en torno a eventos muy concretos, o sobre determinados períodos de nuestra vida, que han dejado una huella imborrable en cada uno de nosotros. Recientemente, uno de los expertos más destacados en psicología de la memoria, ha recordado que la memoria autobiográfica es una fábrica de recuerdos de nuestro pasado personal y, todavía más, uno de los rasgos más distintivos de la especie humana, “un regalo excepcional de la naturaleza”, que nos permite registrar lo vivido y recordar nuestras experiencias personales, esas que nos ayudan a construir nuestra identidad, a saber quiénes somos y “mantener viva la corriente de conciencia que une lo que hemos sido con lo que somos y con lo que queremos ser” (Ruiz-Vargas, 2023, p. 55). Es el caso de los hechos que constituyen el objeto de este artículo: la puesta en marcha de la EPCSM reviste un significado especial en mi historia vital y ha pasado a formar parte, con todo derecho, de mi memoria autobiográfica, es decir, de las experiencias que han marcado mi vida no solo a título personal, sino como profesional y docente de psicología en la UCA.

1. Antecedentes

En 1985 se crea la Clínica de Asistencia Psicológica (CAP) en la que se brindaba atención por parte de estudiantes que estaban por concluir sus estudios de psicología a personas carentes de recursos cuyas necesidades de ayuda psicológica solían ser ignoradas. El trabajo de la CAP se llevaba a cabo dentro del campus de la UCA, pero pasados unos años, el padre Nacho expresó la necesidad de hacer trabajo de campo, salir del recinto universitario para atender a las personas afectadas por la guerra. Le preocupaba de manera particular el daño que la contienda estaba ocasionando a las niñas y niños de El Salvador. Su idea original era que ese trabajo se realizara como una extensión de la CAP, pero finalmente le pareció más conveniente que fuera un equipo profesional quien hiciera esa tarea y en 1988 me encomienda el proyecto “Niños de la Guerra”, y de inme-

diato comienza a buscar financiación para su puesta en marcha.

Entretanto, una mañana llegó a mi oficina una religiosa norteamericana que realizaba su labor pastoral en la parroquia de Suchitoto. “Mire, me dice, vengo acompañada de unas personas de la comunidad de Copapayo, que desearían hablar con usted”. “Con mucho gusto, le dije”. Una vez hechas las presentaciones, expusieron sus preocupaciones e hicieron tres demandas muy concretas. “En primer lugar”, dijeron, “cuando hay un bombardeo o un enfrentamiento armado, la gente, presa del pánico, huye despavorida y corre sin control atropellándose unos a otros. Esas reacciones multiplican la tensión e incrementan el nerviosismo y la angustia. Nosotros disponemos de sitios por debajo de la tierra (los llamaban “tatús”) que han sido expresamente contruidos para que la gente se refugie en ellos cuando haya una alarma. Entonces, la primera solicitud que queremos hacerles es que nos ayuden a cambiar esa manera tan explosiva y peligrosa de reaccionar, porque la experiencia nos ha demostrado que lo más seguro ante este tipo de eventos es encaminarse de forma rápida, pero ordenada, hacia el refugio. Eso disminuye la cantidad de heridos, incluso muertos, que puedan resultar en medio de una actividad como esa”.

“En nuestra comunidad”, dijeron a modo de segunda demanda, “lo que hay son mujeres, niños, niñas y personas mayores; los hombres están combatiendo en el frente. Somos las mujeres las que tenemos que encargarnos del trabajo productivo, nuestros hijos se tienen que quedar en una guardería, un centro de cuidado infantil del que nosotras mismas, de manera rotativa, nos hacemos cargo. Pero no sabemos cómo organizar, administrar, preparar y realizar las tareas y actividades de las niñas y los niños del centro. Necesitamos su ayuda en este terreno, bien de manera directa o instruyendo a determinadas madres en esas tareas. Finalmente, nos dicen, hay personas en la comunidad que necesitan atención psicológica. Estas son, concluyen, nuestras principales preocupa-

ciones y demandas, y necesitamos su ayuda para poder abordarlas”.

Teniendo en cuenta que el grupo venía de una zona de guerra, un sitio literalmente cerrado al tránsito, mi pregunta fue: “¿Cómo vamos a hacer para llegar donde ustedes?”. “Los llevamos a escondidas”, respondieron. Entonces, hablé con el padre Nacho y le conté la reunión mantenida con la gente de la comunidad, así como la solicitud que nos hicieron. “Vamos a ir allí”, me dice, “pero lo vamos a hacer de manera abierta, no a escondidas”. Eso significaba presentarse en el Estado Mayor del Ejército a solicitar al Departamento de Inteligencia un salvoconducto para poder ingresar de forma autorizada en esa zona. Y así lo hicimos. Al llegar, me recibe un oficial y me pide que le exponga las razones por las que queremos viajar a Copapayo. Y añade: “no tenga pena de entrar en detalles, porque éste que está a la par mía es psicólogo y él me va a decir si usted me está engañando o no”. Y lo que le dije es que íbamos a hacer lo que la gente nos había pedido. Nos extendieron el salvoconducto y lo renovamos por varios años. El salvoconducto nos autorizaba a un grupo de personas a pasar a una zona de guerra, indicaba la obligación de presentarse al puesto militar al ingresar y al abandonar la zona e incluía un listado de las cosas que podíamos llevar.

Y a comienzos de 1989 iniciamos el trabajo en Copapayo, gracias a un convenio con CEVEMO (Holanda) que apoyó el proyecto “Niños de la Guerra”. Tomamos la carretera a Suchitoto, a unos pocos kilómetros encontramos el puente Las Guaras, donde había un retén militar y donde debíamos presentar nuestro salvoconducto, un trámite de identificación y registro para seguir nuestro camino. Continuamos por 30 kilómetros de desolación y destrucción, torres del tendido eléctrico derribadas, viviendas destruidas... y ni un alma. Llegamos a Suchitoto y en el puesto de la policía nacional registramos el ingreso a la zona. Finalmente, fuimos a las orillas del embalse del Cerrón Grande donde nos embarcamos en una lancha a motor, y

una media hora después llegamos a la comunidad. El día del regreso realizamos todo a la inversa. Y así cada semana, durante varios años.

Con un equipo de tres psicólogas recién graduadas en la UCA, permanecíamos tres días por semana en la comunidad. Nos alojaron en una pequeña vivienda, un lugar de un solo espacio donde dormíamos en colchonetas. Unos meses después nos trasladaron a la guardería, donde podíamos dormir en colchoneta o en hamaca. El contacto con las personas directamente relacionadas con nuestro trabajo (encargadas de la guardería, visitas domiciliarias, usuarios y usuarias de nuestro servicio de atención psicológica, etc.) fue desde el inicio amigable. Entre el equipo de la UCA y la gente de la comunidad pronto quedó establecida una relación de confianza mutua. Al poco tiempo de nuestra presencia en Copapayo y enterados del trabajo que estábamos realizando allí, la comunidad de El Barío, una comunidad de repobladores cercana, solicitó también nuestra ayuda. A los apoyos solicitados por la comunidad añadimos un estudio sobre los efectos de la guerra entre las niñas y niños de la comunidad, que era un propósito central del proyecto y cuya realización tuvo que demorarse debido a los incidentes acontecidos en la UCA en noviembre de 1989.

En septiembre de 1988, Martín-Baró había impartido una conferencia en el Seminario-Taller “Tratamiento y recuperación postraumática del niño”, celebrado en San Salvador, en el que disertó sobre las consecuencias de la guerra en la infancia. Esa conferencia pasaría a formar parte del libro *Psicología social de la guerra* (Martín-Baró, 1990) a través de un capítulo que lleva por título “Guerra y trauma psicosocial del niño salvadoreño”. En él se desarrolla, en primer lugar, el concepto de trauma psicosocial, que se convertirá en una de sus principales aportaciones y legados teóricos. Lo hará a partir de las siguientes tres premisas:

El trauma tiene un carácter dialéctico; su naturaleza es fruto de las relaciones de inter-

dependencia entre la persona y el entorno, particularmente político, que la rodea.

La experiencia traumática tiene un origen social, y ello hace necesario no solo atender a la persona que lo sufre, sino a las condiciones que lo originan, a la situación pre-traumática.

El trauma es fruto de los modelos de relación interpersonal e intergrupala en los que participan las personas a lo largo de su vida. El mantenimiento y la persistencia de esos modelos es la responsable de que en El Salvador se multipliquen los casos de personas traumatizadas.

A partir de estos supuestos, Martín-Baró (1990, p. 236-237) ofrece una definición de trauma psicosocial que, con el paso de los años, se ha convertido en un marco de referencia imprescindible a la hora de analizar las consecuencias de aquellos eventos causados intencionalmente por la mano del ser humano, como sin duda es la guerra (ver, por ejemplo, Blanco, et al., 2016; Cano et al., 2023):

El trauma psicosocial puede constituir una consecuencia normal de un sistema social basado en relaciones sociales de explotación y opresión deshumanizadoras. En otras palabras, el trauma psicosocial puede ser parte de una “normal anormalidad” social. Esta “normal anormalidad” social afecta muy particularmente a los niños, que deben construir su identidad y desarrollar su vida en la red de esas relaciones deshumanizadoras (Martín-Baró, 2000, pp. 236-237).

Los hijos de la guerra salvadoreña se enfrentan a tres dilemas existenciales. El primero de ellos (acción-huida) define dos formas a través de las que los niños y niñas se pueden involucrar en una guerra: incorporándose de manera activa a la contienda, o siendo víctima de ella. No son formas excluyentes, ya que hay muchos niños que caen como víctimas por haber tomado parte activa en la guerra. El segundo dilema (identidad-alienación) afecta a la difícil construcción de una identidad en medio de un contexto de violencia generalizada cuyas alternativas pasan por asumir una identidad socialmente

estigmatizada, o aceptar, desde el miedo, una identidad interiorizando (aceptando como normal) la violencia y la deshumanización de aquellos a los que se considera enemigos. Esta situación corre en paralelo con el tercero de los dilemas (polarización-desgarramiento), que en aquellos momentos definía la situación política y social de El Salvador escindida en dos mitades, dos grupos armados que no solo se enfrentan en el campo de batalla, sino en escenarios donde no suenan los fusiles ni retumban las bombas, en los dominios de la vida cotidiana pretendiendo “ganarse la simpatía y el apoyo de la población civil, lo que plantea una existencia social en términos de aceptación incondicional de unos y rechazo absoluto de otros, considerados como *enemigos*” (Martín-Baró, 1990, p. 245).

Una de las tareas más laboriosa en la comunidad de Copapayo (atender a quienes presentaban un cuadro de alteraciones cognitivas o emocionales a consecuencia del conflicto armado) nos puso en contacto con un considerable número de personas que presentaban un cuadro de miedo intenso, de angustia por la suerte de sus hijos en el frente, temor por estar expuestos a acontecimientos extremadamente violentos en los que corría peligro la propia vida, etc., y a consecuencia de ello necesitaban orientación, acompañamiento y apoyo. Buena parte del tiempo que permanecíamos en la comunidad lo dedicamos a la atención de estos casos. Cada tarde nos ubicábamos en un lugar improvisado para recibir a todas aquellas personas que quisieran encontrarse y conversar con nosotros. Y cada noche, en una suerte de “debriefing” emocional luego de la jornada de trabajo, conversábamos sobre lo que habíamos observado.

El número de personas que se acercaban a compartir sus experiencias y desahogar sus emociones superaba con creces nuestra capacidad de atención. La mayoría de quienes acudían a nuestro encuentro expresaban el deseo y la necesidad de conversar, de exponer sus inquietudes, sus miedos, sus temores ante el peligro que corrían sus propias vidas y,

sobre todo, la de sus seres queridos. En último término, necesitaban encontrar a alguien que les escuchara. Hablaban del temor, tristeza, preocupación, incertidumbre, que sentían o experimentaban por quienes habían muerto en la guerra o por los que se encontraban participando en ella. Esas eran las razones por las que acudían a nuestro encuentro, para platicar, para desahogar sus emociones reafirmando con ello una sólida premisa, la del valor terapéutico que encierra el poder hablar de las experiencias dolorosas y de esas pesadillas que invadían los días y, sobre todo, las noches, confiar en la capacidad de escucha y empatía de alguna persona (Pennebaker, 1994), máxime si esa persona es un profesional de la psicología, como era nuestro caso.

Esas experiencias no necesariamente cursan en un trastorno de estrés postraumático (ver, por ejemplo, Bonnano, 2021), pero dejan sentir su impacto en la vida social, en las relaciones interpersonales e intergrupales y en las redes de protección y de apoyo procedente de la familia y de la comunidad. En un artículo emblemático publicado en 1984 bajo el inequívoco título de “Guerra y salud mental”, Martín-Baró (1984, p. 508) había señalado algunas de las dimensiones del daño social (miedo, polarización, desconfianza, rigidez en las relaciones sociales, etc.). Su conclusión orientó en aquel momento nuestro trabajo:

Sin duda, el efecto más deletéreo de la guerra en la salud mental del pueblo salvadoreño hay que buscarlo en el socavamiento de las relaciones sociales, que es el andamiaje donde nos construimos históricamente como personas y como comunidad humana. Aflora o no en trastornos individuales, el deterioro de la convivencia social es ya, en sí mismo, un grave trastorno social, un empeoramiento en nuestra capacidad colectiva de trabajar y amar, de afirmar nuestra peculiar identidad, de decir nuestra palabra personal y comunitaria en la historia de los pueblos (Martín-Baró, 1984, p. 80).

Las personas en las que no había aflorado un trastorno necesitaban también atención,

acompañamiento, orientación y apoyo, pero para ello no era imprescindible la presencia de un profesional con título universitario, y entonces pensé en la posibilidad de capacitar a promotores de salud mental. Esta figura la había conocido en Nicaragua, donde permanecí entre 1986-1987 atendiendo a combatientes lesionados durante el enfrentamiento de la contrarrevolución, que buscaba derrocar al gobierno sandinista. Además, en la comunidad de Copapayo ya existían promotores de salud en su vertiente y dimensión física, y promotores de salud dental con resultados muy aceptables, y ese fue también un aliciente y un ejemplo a seguir. De hecho, fue en esa comunidad donde se capacitaron los primeros seis promotores de salud mental durante nuestra primera intervención. Al mismo tiempo, trabajamos en la organización del centro de cuidado infantil y en la capacitación del personal del centro. Poco después, y en respuesta a sus demandas, capacitamos también a seis promotores de salud en la comunidad de El Barío. Pronto empezaron a llegar peticiones de otras comunidades solicitando realizar el mismo trabajo, algo a todas luces imposible de atender con los escasos recursos con los que contábamos en aquel momento.

2. La Escuela de Promotores Comunitarios de Salud Mental (EPCSM)

La masacre perpetrada en el campus de la UCA en la madrugada del 16 de noviembre de 1989 fue un momento crítico en el devenir de la institución. La Universidad sufrió un impacto emocional cuyo eco sigue estando presente treinta y cinco años después. El Departamento de Psicología, cuyo liderazgo emocional e intelectual había ejercido Martín-Baró, quedó a la deriva y tardaría varios años en volver a encontrar el rumbo. Superado a duras penas el primer impacto, en marzo de 1990 se nos insta desde la Rectoría a reiniciar los proyectos que habían comenzado los mártires. Y volvimos a Copapayo a seguir las tareas emprendidas.

Respondiendo a la idea original del padre Nacho, a su especial preocupación por el impacto de la guerra en las niñas y niños, continuamos enfocados en el tema. Y en 1991 convenimos con la Universidad de Columbia de Nueva York, un estudio comparando niños expuestos desigualmente a la violencia. Lo hicimos con niñas y niños de la comunidad de El Barío (57), una comunidad de repobladores, de Chintuc y Popotlán, colonias populares desplazadas pertenecientes a la ciudad de Apopa (104), y de un grupo

urbano de escolares de Antiguo Cuscatlán (83), todos ellos con una media de 13 años. Utilizamos para ello el cuestionario de trauma infantil de guerra (“Childhood War Trauma Questionnaire”), el Inventario de conducta en la niñez (“Child Behavior Inventory”) y el Listado de reacciones postraumáticas (“Posttraumatic Stress Reaction Checklist”). La Tabla 1 muestra los eventos traumáticos a los que estuvieron expuestos estas niñas y niños durante la guerra.

Tabla 1
Exposición a eventos traumáticos

Evento traumático	Porcentaje
Proximidad acciones armadas	93,1%
Desplazamiento forzado	74,8%
Muerte de familiares	50%
Separación de los padres	46%
Violencia directa	36,2%
Testigo muerte o sufrimiento familiares	28,5%

Fuente: Henríquez y Méndez (1992, pp. 104-105)

La exposición a estos eventos era distinta de acuerdo con la comunidad de procedencia. Las niñas y niños repobladores eran, significativamente, los que más habían sufrido la separación de los padres, la muerte de familiares y los que más actos de extrema violencia habían presenciado. Para quienes vivían en la comunidad de repobladores (El Barío) y desplazados (comunidades de Chintuc y Popotlán), el impacto emocional más intenso procedía de haber sido testigos de tiroteos y batallas; para los urbanos, el recuerdo más intimidante fue la ofensiva de noviembre de 1989. En cuanto a la sintomatología, volvieron a ser las niñas y niños de El Barío quienes presentaban mayores índices de depresión y agresividad. Eran éstos además los que, junto a los pertenecientes a las comunidades de desplazados, mostraban un mayor índice de estrés postraumático. Al mismo

tiempo, observamos que estas comunidades habían desarrollado un estilo de organización basado en la solidaridad, la cooperación, la reciprocidad y el apoyo mutuo (Henríquez, 1990). En definitiva, hoy como ayer seguimos pensando que la guerra fue una verdadera tragedia para la sociedad salvadoreña, que se vio escindida en dos mitades enfrentadas, destruyó la infraestructura, trajo consigo la muerte de miles de personas y, lo peor, dejó la huella del horror en la mente de millares de hombres, mujeres, niñas y niños que sufrieron la persecución, el desplazamiento, la muerte de sus seres más queridos, que les impidió sentirse como seres verdaderamente humanos merecedores de un mejor futuro (Henríquez y Méndez, 1992, p. 101).

La vuelta a las comunidades tras el paréntesis causado por la tragedia sufrida por la UCA nos volvió a poner en contacto

con la misma realidad golpeada, dañada en sus estructuras organizativas, en sus redes sociales y habitada por personas que demandaban atención, acompañamiento y ayuda psicológica. Todo ello, unido a las premisas teóricas que Martín-Baró estaba utilizando a la hora de definir la salud mental y el trauma psicosocial apoyaban la pertinencia de la figura del promotor de salud mental. En la situación de guerra en la que estaba envuelto el país y teniendo en cuenta la cantidad de personas golpeadas, directa o indirectamente, por el conflicto, la figura de una persona que animara a compartir sus experiencias, que brindara apoyo en los procesos de duelo, que acompañara los procesos de afrontamiento de las severas experiencias emocionales a las que estaban expuestas empezó a tomar cada vez más fuerza. Solo necesitábamos el apoyo institucional y el financiamiento pertinente. El primero lo tuvimos de inmediato; el segundo llegó poco después.

En 1991, el entonces encargado de la Oficina de Cooperación Internacional de la UCA, y Annika Anderson, representante para Centroamérica de Rädde Barnen, me invitaron a una reunión de trabajo en las instalaciones de la UCA. Una vez allí, Annika Anderson muestra su disposición a apoyar el trabajo que estábamos realizando en las zonas de guerra. La respuesta por mi parte fue: "Necesitamos una escuela para formar promotores de salud mental que atiendan a las personas de sus respectivas comunidades". La visita de la representante de Rädde Barnen y su apoyo a nuestro proyecto supuso un reconocimiento al trabajo que habíamos desarrollado en Copapayo y el Barío, y una apuesta muy decidida por la atención y el cuidado de la salud mental de aquellas personas que se habían visto expuestas a los eventos extremadamente estresantes de la guerra.

La presencia de promotores en el campo de la salud tiene una larga historia. En el campo de la salud mental, su presencia se hizo visible a raíz de la puesta en marcha de los "Centros de Salud Mental Comunitaria" en Estados Unidos cuya acta fundacional

fue firmada por el Presidente Kennedy en febrero de 1963. Tres años después, la revista *American Psychologist* dedica un número monográfico a esta nueva iniciativa y, en uno de sus artículos, Brewster Smith y Nicholas Hobbs enumeran varios supuestos que deberían servir como marco de referencia para el trabajo y la intervención comunitaria. Uno de ellos atañe directamente a los promotores de salud, y lo hace partiendo del mismo argumento y de la misma experiencia que nosotros tuvimos veinte años después: no hay suficientes recursos humanos para abordar los problemas de salud mental que afectan a la población, máxime, cabría añadir, cuando hablamos de poblaciones situadas en zonas de guerra. Ello requiere cambiar algunos de los usos y procedimientos que hemos venido empleando. Uno de estos "prometedores cambios" consistía en la participación de personas que, sin necesidad de disponer de un título profesional y siempre bajo la supervisión de una persona titulada, llevaran a cabo actividades de contacto, interacción y escucha (Brewster y Hobbs, 1966, p. 500). La escasez de profesionales de la salud mental requiere de propuestas innovadoras y soluciones creativas. Entre ellas se encuentra la asignación de tareas a personas carentes de formación especializada en salud mental, pero comprometidas con su comunidad. En definitiva, concluyen ambos autores, se necesitan nuevas estructuras, nuevas competencias y nueva mano de obra para abordar una tarea tan necesaria como es el cuidado de la salud mental (Brewster y Hobbs, 1966, p. 506). Desde hace, pues, casi sesenta años, la figura del promotor de salud, del paraprofesional, del voluntariado implicado en tareas de intervención comunitaria ha alcanzado un estatus que se ha hecho ya indiscutible a raíz de la revisión sobre su desempeño realizada por Gershon y Biller (1977).

El modelo del trabajador/a-promotor/a-facilitador/a comunitario ha venido ganando reconocimiento y protagonismo como uno de los enfoques de educación popular más eficaces e innovadores. Los promotores son muy prácticos como difusores de información

y proveedores de servicios. Actúan como puente entre los sistemas gubernamentales y no gubernamentales y las comunidades en las que trabajan, actúan también como agentes de cambio dentro de sus propias redes sociales; en realidad, pueden ser considerados como educadores y animadores del cambio. Su enfoque responde de manera cabal a una de las condiciones y requisitos que deben cumplir los programas de intervención si quieren ser eficaces: ser culturalmente sensibles, “adaptarse a las normas sociales y a los valores culturales de los colectivos a los que se dirigen” (Maya, 2021, p. 37).

Como ya se ha comentado, la EPCSM echó a andar en 1992 como un proyecto del Departamento de Psicología de la Universidad Centroamericana José Simeón Cañas (UCA). Operó durante tres años (1992-1994), siempre con el apoyo de Rädä Barnen. Se definió como un proyecto de intervención comunitaria dirigido a la capacitación de recursos humanos locales (miembros de comunidades de repobladores en zonas de guerra) para la promoción de la salud mental de la comunidad. Se capacitaron doscientos promotores comunitarios pertenecientes a 35 comunidades ubicadas en Chalatenango, Cuscatlán, Cabañas, San Vicente, Usulután, San Miguel y Morazán (siete de los catorce departamentos del país). Estos promotores formaban parte de los equipos de Médicos del Mundo, la Parroquia de Berlín, o de los equipos de salud de las propias comunidades. Los promotores permanecían alojados en nuestras instalaciones dedicados a tiempo completo a su formación, de lunes a sábado, una vez por mes. El equipo profesional que formó parte de la Escuela fue clave en el proceso de formación de los promotores, en el desarrollo de la seguridad de éstos para poner en práctica sus aprendizajes y en el estímulo para involucrarse decididamente en la promoción de la salud mental de sus comunidades.

La necesidad y la pertinencia de este proyecto la pudimos comprobar de primera mano en 1988 en Copapayo y el Barío. Seis años después, durante los 10 meses

que duró la capacitación del último grupo de promotores, se realizaron registros epidemiológicos que mostraron que de 500 personas consultadas en 24 comunidades, 29.6% presentaban estados depresivos, 56.0% manifestaban estados de ansiedad y el 14.4% comportamientos agresivos. Estos datos, entre otros, son una muestra de la variedad de problemas y de tareas que tenían que asumir los promotores de salud mental en sus respectivas comunidades. Pero al mismo tiempo, también fuimos testigos de la influencia que este programa tuvo en los promotores, en sus familias y en las respectivas comunidades en general. Los promotores representan un cambio verdaderamente positivo dentro de las familias y las comunidades.

La formación de promotores es uno de los pilares de la intervención comunitaria, junto a los centros de salud mental de la comunidad, centros de tratamiento residencial, programas de prevención preescolar y proyectos para el desarrollo de recursos. Esta formación está orientada a construir sistemas comunitarios más fuertes que puedan beneficiar a todos los residentes, creando así un medio alternativo que fomente la autoeficacia personal (la percepción de que soy capaz de organizar y ejecutar las acciones requeridas para conseguir un determinado objetivo, de acuerdo con la definición de Bandura, 1997, p. 3) y los recursos sociales de la comunidad (la eficacia colectiva, entendida como la creencia compartida por parte de un grupo o una comunidad de que es capaz de organizar y ejecutar las acciones requeridas para conseguir un determinado objetivo (Bandura, 1997, p. 477). La filosofía de trabajo que nos animaba en aquel momento guarda una estrecha relación con algunos de los supuestos y premisas básicas de la intervención social, de manera particular con la idea de que la comunidad es un escenario, un lugar geográficamente definido y bien delimitado formado por personas que comparten un mismo medio. Puede ser, además, un recurso para la intervención al tiempo que, en determinados momentos,

puede convertirse en un objetivo. Esa es la riqueza de la comunidad. Para los grandes maestros del pensamiento social (Comte, Marx, Durkheim, Weber, etc.) la comunidad “abarca todas las formas de relación caracterizadas por un alto grado de intimidad personal, profundidad emocional, compromiso moral, cohesión social y continuidad en el tiempo” (Nisbet, 1969, p. 71). Realmente, hay muy poco que objetar y que añadir a esta definición. Nosotros, como escuela, éramos una vía, un instrumento para animar, poner en marcha o reforzar estos procesos a fin de que la comunidad tomara una responsabilidad en la promoción de la salud mental de las personas que forman parte de ella a través de los recursos de los que dispone, del fomento de la participación, de la presencia de un clima de confianza y reciprocidad, todo ello a través de las tareas y actividades organizadas por los promotores y convenientemente debatidas por el colectivo.

Profundamente empapado del espíritu y de los argumentos que Ignacio Ellacuría y Jon Sobrino, dos compañeros jesuitas y dos reconocidos académicos de la UCA, estaban invocando desde la teología de la liberación, Martín-Baró fue un entusiasta defensor de las comunidades de base; así nos lo hizo saber dentro y fuera del aula, y así lo reflejó en sus escritos sobre religión y conducta política. A partir de Medellín (la conferencia del obispado latinoamericano celebrada en 1968 en esa ciudad colombiana) y el Vaticano II, empezó a asentarse una nueva concepción sobre la historia de salvación que “llevaba a no asumir las realidades sociales existentes como el producto de un designio divino, sino como un producto humano” en los términos que Berger y Luckmann, dos autores de referencia para Martín-Baró, habían hecho explícito en una de las obras más emblemáticas en el campo de la ciencia social del pasado siglo: “el orden social no forma parte de la naturaleza de las cosas y no puede derivar de las leyes de la naturaleza. Existe solamente como producto de la actividad humana” (Berger y Luckmann, 1968, p. 73. *Cursivas en el original*). Esa premisa se convierte,

muy probablemente, en el eje de la intervención: todo lo que ha sido construido por la mano del ser humano puede ser cambiado, porque no está sujeto a fuerzas naturales o sobrenaturales.

A partir del Vaticano II y Medellín se abrió “el espacio psicosocial para una nueva praxis cristiana, más comunitaria que individual, que buscara activamente la transformación de las realidades históricas en el sacramento de lo que se creía, es decir, en imagen inteligible del reino utópico del Dios anunciado por Jesús” (Martín-Baró, 1989, p. 29). Ese espacio psicosocial será el que conforme una psicología de y para la liberación de las mayorías populares. Cabe recordar a este respecto las reiteradas críticas que Martín-Baró hace al modelo de sujeto individualista (al individualismo metodológico) dominante en la psicología social norteamericana, que él conocía en profundidad, y su decidida opción por la acción colectiva como estrategia de liberación, o lo que viene a ser lo mismo, como estrategia de intervención: “la comunidad cristiana representa para el campesino salvadoreño no solo un modelo de organización social, sino una experiencia reforzante sobre los beneficios que se pueden obtener a través de la acción colectiva” (Martín-Baró, 1989, p. 32). Los vínculos comunitarios y la solidaridad social forman el eje sobre el que se apoya la realización del Reino de Dios en el plano cristiano, un reino, matiza Martín-Baró (1987, p. 254), que es de este mundo “y que debe empezar a realizarse desde ahora”, en el transcurso de la vida de las personas. Y los vínculos comunitarios y la solidaridad social son también el eje de la salud y del bienestar o, si se prefiere, de la salud entendida no como ausencia de trastorno, sino como un estado de bienestar subjetivo, psicológico y social, de acuerdo con la tres tradiciones de investigación que sobre el bienestar se han venido desarrollando en la psicología desde hace varias décadas. Tanto en un caso como en otro, la comunidad ayuda a la toma de conciencia (concientización), a la revisión crítica sobre la propia vida y la realidad histórica en la

que transcurre (desideologización), y al compromiso práctico (liberación). Teología y psicología de la liberación van de la mano en su crítica al individualismo, en su compromiso con el cambio social y en la comunidad como el principal instrumento para conseguirlo (ver Martín-Baró, 1986).

La importancia de los promotores de salud mental no consistía sólo en proporcionar primeros auxilios emocionales a la gente que lo necesitaba. Una de sus principales tareas consistía también en trabajar precisamente en la reconstrucción de las redes sociales y en el tejido comunitario que estaba quedando maltrecho a causa de la guerra. Estábamos convencidos de que estas redes, sobre todo las familiares, jugaban un papel clave para reparar el daño causado por el enfrentamiento armado, sobre todo en el caso de los niños. Activar además el compromiso de la comunidad fue una de las claves del trabajo de los promotores de salud, y ese estímulo se consigue principalmente a través de la participación activa de sus miembros, dándoles la voz y la palabra en la definición de los objetivos, en la distribución de las tareas y en las estrategias a seguir en el transcurso de un determinado programa.

Desde las intervenciones llevadas a cabo en la década de los años cuarenta del pasado siglo por Kurt Lewin, la eficacia de la intervención grupal y comunitaria (la comunidad como escenario y al mismo tiempo como recurso) ha pasado a formar parte de la más sólida teoría de la intervención en campos muy diversos: “la experiencia en el entrenamiento del liderazgo, en el cambio de hábitos alimentarios, producción de trabajo, criminalidad, alcoholismo, prejuicios, todos parecen indicar que habitualmente es más fácil cambiar a los individuos constituidos en grupo que a cualquiera de ellos por separado” (Lewin, 1988, p. 212). El acento que desde la EPCSM se puso en la acción sobre el ambiente y el clima comunitario no proviene de ignorar que hay muchos problemas psicológicos que pueden y deben tratarse individualmente con métodos como

la psicoterapia o los fármacos, sino de la convicción de que las soluciones duraderas para muchos problemas de la vida requieren de cambios sociales.

En el escenario latinoamericano de aquella época, Orlando Fals Borda había sido uno de nuestros referentes en el campo de la participación como instrumento de cambio social. En el campo específico de la psicología latinoamericana, Gerardo Marín y Maritza Montero convertían la participación en una de las principales estrategias de la psicología comunitaria. Participar en la definición y jerarquización de necesidades, en la ejecución de las tareas, en toma de decisiones por parte de grupos organizados de la comunidad (lo que hoy se conoce como coaliciones comunitarias) definían las características de los movimientos comunitarios surgidos de abajo hacia arriba (Montero, 1988), que era el procedimiento empleado desde la EPCSM. La participación en las actividades comunitarias genera un sentido de responsabilidad y de implicación y compromiso personal en el futuro de la propia comunidad. Como parte de las mismas, los profesionales de la psicología, no solo participan de las preocupaciones de la comunidad, sino que también se sienten comprometidos a ofrecer soluciones (Marín, 1988, p. 400).

En el transcurso de los años, la participación pasó a ser considerada como parte esencial del sentido de comunidad, del sentimiento de pertenencia y del empoderamiento comunitario, procesos y condiciones todas ellas que en la actualidad forman parte de la resiliencia comunitaria. Visto, pues, con la perspectiva de los años, la EPCSM podría ser considerada como un proyecto de empoderamiento y resiliencia comunitaria entendida como la capacidad que tiene un grupo/comunidad para adaptarse y hacer frente a una situación adversa a partir de un sentimiento de pertenencia compartido, participación en actividades comunes, creación de un clima de confianza, colaboración y apoyo mutuo

en el logro de metas comunes (ver a este respecto la revisión de Perdomo, 2019).

Por aquellos años, Julian Rappaport había dado pasos teóricamente muy relevantes en torno al concepto de *empowerment*; poco después, lo haría, prácticamente en el mismo sentido, Marc Zimmerman, ambos en la dirección que definió las tareas de nuestros promotores de salud: un proceso a cuyo través las personas, las organizaciones, los grupos, las comunidades logran control sobre algunos de los eventos que forman parte de su acontecer diario (Rappoport, 1984) y son capaces de hacer frente al impacto emocional causado por sucesos que han puesto en peligro su vida, su integridad física, o la de sus seres queridos, como suele ocurrir en el caso de una guerra. Visto con la distancia de los treinta y cinco años que han transcurrido, no cabe duda de que en aquel momento estábamos respondiendo a algunas de las características que, según Bernard Bloom, un reconocido pionero, definen la intervención comunitaria: a) la comunidad es el marco donde se desarrolla la atención; b) llegamos a las personas a través del colectivo del que forman parte; c) interés en la prevención; d) uso de trabajadores no profesionales; e) participación activa de los miembros de la comunidad en la definición de los objetivos de la intervención y del procedimiento a seguir (Bloom, 1977).

En 1992 asistieron a la escuela promotores de más de veinte comunidades del país, y al terminar su capacitación había planes de trabajo para promover la salud mental en quince de las veinte comunidades. Algunos de los promotores que concluyeron su capacitación se convirtieron a su vez en formadores iniciando la capacitación en salud mental de noventa personas. A la vez, los promotores crearon un programa de radio como apoyo a su tarea. Más de 200 personas en total fueron atendidas con ayuda de las técnicas trabajadas en la capacitación. Este fue el producto del primer año de trabajo.

En 1993, los promotores procedían de 26 comunidades y siete departamentos del país, y trabajaron con el mismo compromiso y el mismo entusiasmo que el primer grupo. Al terminar su capacitación elaboraron planes de intervención para ponerlos en práctica en trece comunidades de cinco departamentos del país. Algunos de ellos habían comenzado a trabajar incluso antes de finalizar su formación. Las promotoras de la ciudad Segundo Montes, por ejemplo, estaban compartiendo su capacitación con 30 compañeras del centro de rehabilitación y con los centros de desarrollo infantil de las cinco comunidades que forman parte de la población que lleva el nombre de uno de los jesuitas asesinados en 1989. Las promotoras de la ciudadela Guillermo Ungo estaban formando a dieciséis nuevos promotores de salud mental en su comunidad. Todo fue una buena muestra del interés y del compromiso con el bienestar de las personas de la comunidad.

A los funcionarios de las instituciones y organizaciones los instamos a no dejar perder las propuestas de sus promotores, los invitamos a que las apoyaran, que las incluyeran en sus planes de salud. Los encargados de las instituciones y organizaciones pueden jugar un papel importante; de hecho, de ellos depende que estas iniciativas pasaran de ser una declaración de buenas intenciones, movidas por la solidaridad y empatía de un grupo de personas, a convertirse en acciones para el bien comunitario. Muchos de estos funcionarios, médicos de profesión, fueron contribuyendo a reducir la distancia entre la salud física y la salud mental y empezaron a estar abiertos a escuchar lo que la psicología puede y tiene que decir al respecto.

3. Heridas abiertas

Ahora, los helicópteros y aviones que pasan por las comunidades ya no disparan, pero todavía hay personas que se afligen y se descontrolan como antes. Al poco de firmar los acuerdos de paz, Rádda Barnen propicia una nueva investigación en la que participaron 528 jóvenes excombatientes (55%

chicas y 45% chicos. El 95,5% en edades comprendidas entre los 12 y 19 años) de distintas zonas del país (San José Las Flores, Chalatenango, Segundo Montes, La Mora, Suchitoto y San Salvador) a fin de analizar el impacto que el conflicto armado había tenido sobre este colectivo y diseñar programas de atención psicosocial. La asesoría de la investigación y la elaboración del documento final estuvo a mi cargo (Henríquez, 1995), y la

recogida de información la realizaron ocho de nuestros promotores de salud. Se llevó a cabo a través de un proceso grupal que habíamos aplicado en el proyecto “Niños de la Guerra”: dibujo, collages, dramatización y grupos focales.

La Tabla 2 detalla los eventos a los que estuvieron expuestos los niños y adolescentes excombatientes durante la guerra.

Tabla 2
Exposición a eventos traumáticos de jóvenes excombatientes

Evento traumático	Porcentaje
Objeto directo de violencia	81,0%
Muerte familiares	91,5%
Testigo de muerte	32,8%
Testigo de acciones armadas	97,4%
Desplazamiento forzado	85,7%
Separación de familiares	88,4%
Migración forzada	42,9%

Fuente: Henríquez (1995, p.11)

De todos y cada uno de estos eventos hay testimonios; de todos ellos hay también dibujos muy ilustrativos. La muerte de familiares “es, entre todas, la experiencia señalada como la más tensa, la que más impactó, consideran ellos, les ha causado... La pérdida de sus seres queridos ha sido el daño personal más grave de todo lo que han sufrido, y eso, sobre todo ahora, les duele mucho” (Henríquez, 1995, p. 12). Ese era el presente: un momento de cambio en el orden personal y social en cuyo transcurso tuvieron que lidiar con sus recuerdos, sus miedos, sus pesadillas, sus insomnios. Sienten miedo, porque la guerra los ha dejado completamente desposeídos, incluso de lo poco que tenían; sienten inseguridad al no encontrar trabajo; se sienten abandonados por los poderes del Estado; no tienen formación, “y ya no existe la unión que antes tenían para

resolver sus dificultades” (Henríquez, 1995, p. 24). De cara al futuro, la mayoría de ellas y ellos esperaba aprender un oficio, tener la oportunidad de formarse o encontrar un empleo que les asegurara un ingreso económico y mejorar sus condiciones de vida, ya que la guerra los dejó en una situación de extraordinaria debilidad y desventaja material, educativa, profesional, etc.

Pasado el tiempo, hemos venido realizando algunos otros estudios bajo mi asesoramiento y dirección. Los datos obtenidos confirman un nivel medio-alto de síntomas depresivos, recuerdos intrusivos, pesadillas, problemas del sueño, desesperanza, ansiedad, etc. (ver, por ejemplo, Flores Molina y Valle, 2010; Araujo, Azahar y Carranza, 2012; Ayala, Fabián y Najarro, 2012). Todo ello con una presencia especialmente preocupante entre las mujeres, sobre todo entre aquellas que participaron

activamente en la guerra, como ocurriera en el caso de las mujeres excombatientes del FMLN muchas de las cuales han quedado marcadas con lesiones físicas de por vida. A todas estas personas hay que seguir ayudándolas, hay que seguir proporcionándoles

apoyo, porque, cuando a las 59 mujeres que participaron el estudio de Araujo, Azahar y Carranza (2012) se les pregunta por sus necesidades en el marco de la intervención comunitaria, su respuesta no deja lugar a dudas (ver Tabla 3).

Tabla 3
Frecuencia con la que fueron señaladas las necesidades de las mujeres lisiadas

Necesidades	Frecuencia
Tratamiento psicológico	32
Derechos de la mujer	20
Taller de autoestima	19
Expresar sentimientos y experiencias	15
Reconocimientos y apoyo a la mujer	11
Talleres ocupacionales	5
Empoderamiento femenino	4
Inclusión de la familia en los talleres	2

Fuente: Araujo, Azahar y Carranza (2012, p. 36)

Las necesidades de atención psicológica surgen de manera espontánea entre las participantes de todos estos estudios a través de los grupos focales. En el grupo de Las Vueltas, por ejemplo, una de las mujeres dice:

Pues yo creo que es importante todo lo psicológico, como eso que venga alguien y nos escuche, porque, por lo menos, yo siento que, a veces, quisiera contar todo y no siempre se puede, y uno cuenta una parte, pero no es como que alguien que sepa pueda escucharlo y ayudarme (Araujo, Azahar y Carranza, 2012, p. 93).

En el trabajo de Ayala, Fabián y Naranjo (2012), participaron 73 mujeres, todas ellas pertenecientes a ALGES. Los testimonios de los grupos focales muestran con meridiana claridad la necesidad de la atención psicológica; hay situaciones que, con independencia

de que no siempre logran describir con claridad los sucesos, las viven como nocivas, como verdaderamente dañinas. Por ejemplo: "...yo, a veces, me siento bien no sé cómo" "... a mí poco me falta para volverme loca". La mayoría expresa la necesidad de compartir las experiencias vividas durante la guerra, pero "luchan por no recordar, o dicen no sentirse listas para hablar con detalle sobre lo que vivieron" (Ayala, Fabián y Najarro, 2012, p. 37).

Por su parte, la práctica totalidad de las seis mujeres que participaron en el grupo focal de San José Las Flores revelan sus pesadillas, sus miedos, sus reacciones psicosomáticas, etc. (Araujo, Azahar y Carranza 2012, p. 82):

"Sí, cuando yo pienso muchas cosas, me da un gran dolor de cabeza que me pongo a pensar tanta cosa que hemos sufrido... Cuando recuerdo, yo no me puedo dormir. Yo me tiro todas las noches sola recordando".

“Sí, yo padezco de insomnio, quizás de lo mismo, que me llegan las doce de la noche, y yo sin dormir”.

“Pero sí, hay noches que yo me las paso en vela enteritas, pero yo, a veces, me tiro esas noches temprano, yo ya veo una señal de algo”.

En este grupo focal surge con verdadera insistencia la autoestima como necesidad psicosocial. A la pregunta de la facilitadora sobre las actividades que desearían o les interesaría trabajar, algunas de ellas mencionan directamente la necesidad de un taller de autoestima. He aquí un ejemplo:

Sí, talleres de autoestima, porque a veces uno habla y siente que le vale, o que no le toman en cuenta, porque yo, a veces, así siento, que no me dan ganas de salir de la casa, ni me dan ganas de nada. En la comunidad yo siempre he participado, porque aquí se hacen días comunitarios, ¿verdad?, donde hacen el llamado donde necesitan, por ejemplo, limpiar el pueblo...a mí siempre me ha gustado participar cuando he podido, y si no, pues también, pero sí, a veces, que ni ganas de hablar, que amanezco sin ánimos como que la vida no me da nada, como que me quisiera ir de la casa (Araujo, Azahar y Carranza 2012, pp. 81-82).

En el trabajo de Flores, Molina y Valle (2010), en el que participaron 260 personas pertenecientes a la Asociación de Lisiados de Guerra de El Salvador (ALGES), donde el 78.8% eran hombres y el 21.2% mujeres, la autoestima aparece como un rasgo psicológico dañado. Lo anterior se infiere a partir de los datos que se desprenden de la aplicación del Inventario de Cogniciones Postraumáticas (Foa, Foa, Ehlers, Clark, Tolin y Orsillo, 1999), en la versión validada por Blanco, Blanco y Díaz (2010). Lo más significativo es que las cogniciones negativas sobre el yo (Por ejemplo: “soy una persona débil”; “no me siento capaz de enfrentarme ni siquiera al más leve contratiempo”; “solía ser una

persona feliz, pero ahora me siento un ser despreciable”) muestran una correlación de .43 con el TEPT, medido a través de la escala de Davidson, de -.45 con la percepción de control, y de -.29 con la integración (sentimiento de pertenencia, una de las dimensiones del bienestar social) (Cano, Henríquez, Blanco, Flores, Molina y Blanco, 2023, p. 4). No hay duda, pues, de que estas personas siguen necesitando de apoyo, atención y tratamiento psicológico.

4. Cursos de capacitación

El principal objetivo de la EPCSM era, como su mismo nombre indica, equipar de recursos humanos a las comunidades a fin de poder abordar los problemas que se presentan en el campo de la salud mental. Uno de los indicadores más distintivos y más novedosos del proyecto consistió en capacitar a personas pertenecientes a las mismas comunidades, una decisión que aseguraba cumplir con uno de los requisitos de la intervención comunitaria: la necesidad de atender a las particularidades socioculturales del contexto en el que se desarrollan los programas y hacerlo, en la medida de lo posible, a través de personas pertenecientes al mismo entorno. La necesidad de tomar en consideración los valores y creencias culturales (normas, actitudes, tradiciones, expectativas, representaciones sociales) es desde hace décadas un marco imprescindible a la hora de diseñar y de desarrollar un programa de intervención. Gerardo Marín, un buen amigo de la UCA, advirtió de las dificultades de seguir al pie de la letra los lineamientos de los programas de intervención llevados a cabo en Estados Unidos para aplicarlos a la población latina: ignorar o pasar por alto estas diferencias asumiendo que las intervenciones son aplicables de manera idéntica en cualquier escenario cultural parece un sinsentido en una época en la que las necesidades de intervención aumentan en la misma medida que disminuyen los recursos para la prevención y el cambio de comportamiento (Marín, 1993, p. 158).

Posteriormente, expresamente aplicado a los programas de prevención de los comportamientos delictivos y violentos y del consumo de sustancias por parte del colectivo adolescente, Nation, Crusto, Wandersman, Kumpfer, Seybolt, Morrisey-Kaney Davino (2003) insistirán en la necesidad de que la adaptación cultural vaya más allá de un mero maquillaje lingüístico para adentrarse en cambios que afecten a los contenidos de la propia cultura, al sistema de creencias y valores que pueden estar afectando al desarrollo mismo de la intervención. Ese objetivo se ve en la actualidad cubierto a través de las coaliciones comunitarias, una estrategia que se ha venido asentando de manera firme en el campo de la intervención social desde hace un par de décadas, y que ha formado parte de los programas desarrollados bajo una premisa que estuvo en el origen de la EPCSM: son las propias comunidades (personas y grupos pertenecientes a ellas) las que deben tomar las riendas de la intervención: “Community That Care”, ese es el marco en el que se llevan desarrollando con éxito programas de prevención de la delincuencia y del abuso de sustancias en población adolescente en poblaciones de Estados Unidos de hasta

15,000 habitantes (ver, por ejemplo, Hawkins, Catalano, Arthur, Egan, Brown, Abbott y Murray, 2008). Tres son las particularidades de las coaliciones comunitarias que guardan una estrecha semejanza con la EPCSM: a) todos sus miembros pertenecen a la comunidad y se ocupan de temas locales a través de asociaciones culturales, educativas, sanitarias, religiosas, políticas, etc.; b) los programas de formación pasan a formar parte de la intervención, y c) el programa está asesorado por un Departamento universitario.

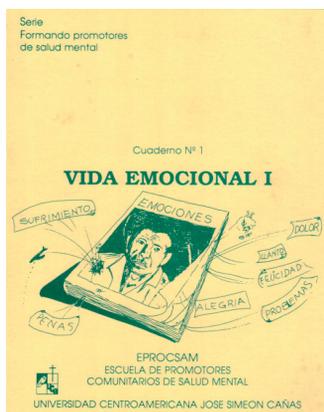
La capacitación de los promotores de salud mental comprendía 10 cursos (Seis de nivel básico y cuatro de nivel avanzado). Cada uno de ellos tenía una semana de duración (8 horas diarias, de lunes a viernes), eran impartidos mensualmente en el Centro Loyola, donde los promotores se encontraban alojados y se apoyaban en un material expresamente preparado a tal efecto, “Formando Promotores de Salud Mental”, una serie de diez cuadernillos que exponían el contenido de cada uno de los cursos.

CURSOS DE NIVEL BÁSICO

Cuaderno N° 1: Vida emocional I

Presentación

Hola, ¿Cómo están? Nos da mucho gusto saludarlos y decirles que esta es nuestra primera capacitación para formarnos como promotores en salud mental.



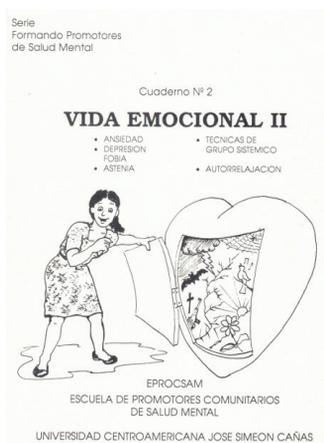
Contenidos:

1. El ser humano integral
2. ¿Qué es salud mental?
3. Rol y perfil del promotor de salud mental
4. Las emociones
5. Trastornos psicósomáticos
6. Digitopresión y medicina natural

Cuaderno N° 2: Vida emocional II

Presentación:

¡Hola! Me siento contenta de poder platicar de nuevo con ustedes y esta vez sobre otras cosas. Como saben, hay personas que han vivido cosas que les han afectado mucho en su vida, como, por ejemplo: bombardeos, pérdida de seres queridos, persecuciones, o personas que han trabajado demasiado.



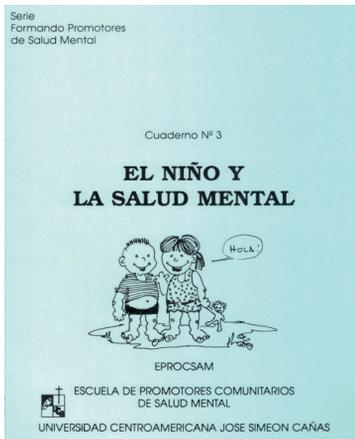
Contenidos:

1. Ansiedad
2. Depresión
3. Fobia
4. Astenia
5. Técnicas de grupo sistémico
6. Autorregulación
7. Autorrelajación

Cuaderno N° 3: El niño y la salud mental

Presentación:

¡Hola! ¿Cómo están? Espero que muy bien y con ganas de seguir aprendiendo de este bolado. Ahí vamos, pues! En este folleto vamos a tratar sobre los niños, por lo tanto es muy importante!



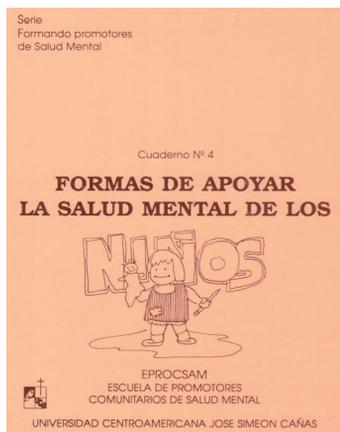
Contenidos:

1. Cómo es el niño de 0 a 6 años
2. Estimulación temprana
3. El niño de 6 a 12 años
4. El niño, la familia y la comunidad
5. La depresión en el niño
6. La ansiedad en el niño

Cuaderno N° 4: Formas de apoyar la salud mental de los niños

Presentación:

¡Hola! ¿Cómo están? Esperamos que muy bien. Esta vez vamos a hablar y a hacer muchas cosas que les van a servir de mucho para trabajar con los niños.



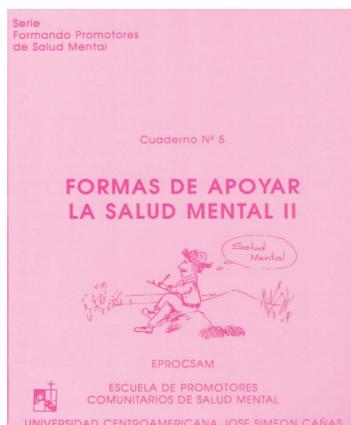
Contenidos:

1. Estimulación temprana
2. El juego
3. El dibujo
4. Autorrelajación con niños
5. Los títeres

Cuaderno N° 5: Formas de apoyar la salud mental II

Presentación:

iHola, queridos promotores! ¿Cómo han estado? iiEsperamos que bien!! En esta oportunidad vamos a ver otros temas importantes para el desarrollo del trabajo de salud mental.



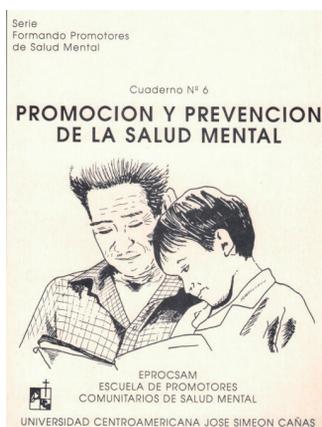
Contenidos:

1. La entrevista psicológica
2. El expediente clínico
3. Cuestionario de síntomas (SRQ)
4. Intervención en crisis

Cuaderno N° 6: Promoción y prevención de la salud mental

Presentación:

iHola, queridos promotores! Les saludo muy cariñosamente esperando verlos en las visitas de seguimiento ya que este es el último taller. Espero que, al igual que los demás folletos, éste les permita repasar y recordar los temas vistos y les sea de mucho provecho para su trabajo.

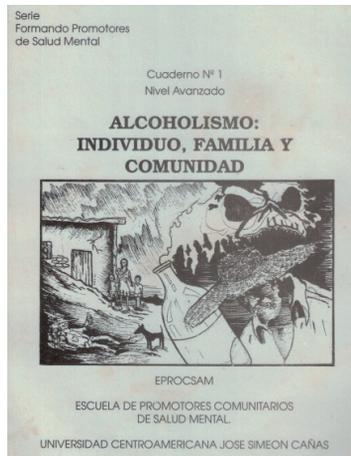


Contenidos:

1. Actividades de prevención para la salud mental
2. Elaboración de un programa de capacitación
3. Algunas ideas para capacitar en salud mental

CURSOS DE NIVEL AVANZADO**Cuaderno N° 1: Alcoholismo: Individuo, familia y comunidad****Presentación:**

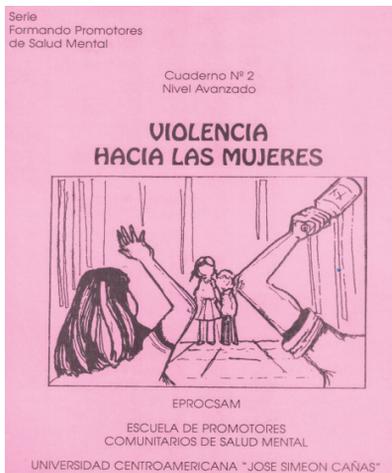
¡Hola, promotores! Bienvenidos al inicio de la capacitación de nivel avanzado.

**Contenidos:**

1. El alcoholismo
2. Fases
3. Causas
4. Áreas que afecta
5. Tratamiento
6. Recuperación
7. Prevención

Cuaderno N° 2: Violencia hacia las mujeres**Presentación:**

Bueno, promotores, ahora queremos compartir con ustedes el problema de la violencia hacia las mujeres. Este tema se dividirá en los siguientes puntos:

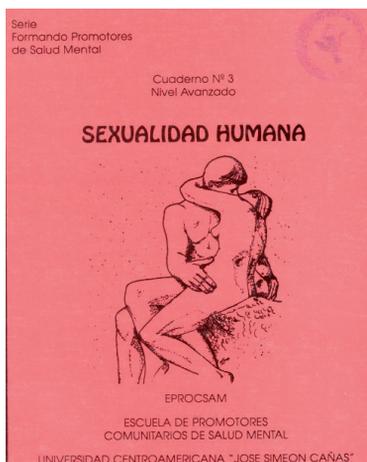
**Contenidos:**

1. Definición de violencia y agresión
2. Tipos de violencia contra la mujer
3. Mujer, condición humana y salud mental
4. Mitos y estereotipos, relación sexo-género
5. Áreas que afecta la violencia contra la mujer
6. Perfil de la mujer maltratada y perfil del hombre que agrede
7. Alternativas e intervención al problema

Cuaderno N° 3: Sexualidad humana

Presentación:

En esta oportunidad les traemos un tema de mucha importancia para ustedes. Se trata de la sexualidad humana.



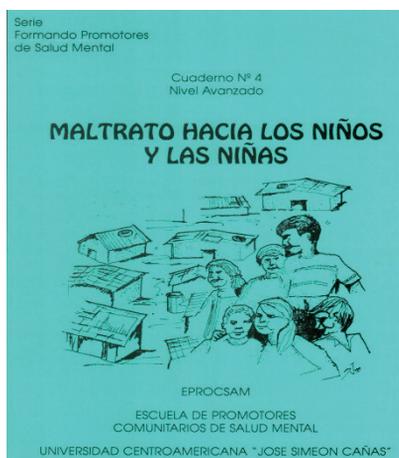
Contenidos:

1. Educación sexual y paternidad responsable
2. Anatomía del aparato reproductor masculino y femenino
3. Menstruación-Menopausia y mitología
4. El acto sexual y zonas erógenas
5. Masturbación
6. Trastornos y padecimientos sexuales
7. Planificación familiar y métodos anticonceptivos
8. Labor del promotor en el área de la sexualidad

Cuaderno N° 4: Maltrato hacia los niños y las niñas

Presentación:

En esta oportunidad les traemos un tema de mucha importancia para el futuro de las comunidades. Se trata del problema del maltrato hacia los niños y las niñas. El tema se ha dividido en los siguientes puntos:



Contenidos:

1. Introducción al problema del maltrato hacia los niños y niñas
2. Diferentes formas de maltrato
3. Causas del maltrato
4. Consecuencias del maltrato
5. Indicadores del maltrato
6. Acciones para evitar el maltrato

Al final de cada uno de los cursos verificamos el conocimiento y la comprensión por parte de los promotores de los conceptos revisados mediante exámenes que requerían de respuestas de verdadero o falso, o de elección de una respuesta entre varias alternativas. Además, tenían que realizar un ejercicio práctico de los temas del curso. Cuando, por ejemplo, estudiábamos la estimulación temprana, ellos debían ponerla en práctica con un niño de la comunidad. Y mediante visitas a todas las comunidades por parte del equipo de la EPCSM, observábamos la realización de estos ejercicios por parte de cada uno de los promotores.

5. Para finalizar

El Proyecto Niños de la Guerra fue un proyecto de investigación de los efectos psicológicos de la guerra en niños repobladores de zonas de guerra y de implementación de procesos de trabajo grupal con los mismos. Este trabajo nos puso en contacto con el concepto de promotores comunitarios de salud mental, y con los primeros esfuerzos de formación de personas de la comunidad para llevar a cabo acciones relacionadas con esta problemática.

La EPCSM fue un proyecto comunitario que capacitó a recursos humanos locales, de comunidades de repobladores de antiguas zonas de guerra, para participar en la promoción de la salud mental (35 comunidades ubicadas en Chalatenango, Cuscatlán, Cabañas, San Vicente, Usulután, San Miguel y Morazán).

Por varios años fuimos testigos de la influencia que este programa tuvo en los promotores, su familia y la comunidad en general. Los promotores representan un cambio verdaderamente positivo dentro de las familias y las comunidades.

Los programas con paraprofesionales y de autoayuda son diseñados para adiestrar agentes comunitarios en dirigir intervenciones, prácticamente todas pueden ser llevadas a

cabo directamente por ellos y de hecho la mayoría dependen de esos agentes para proporcionar servicios eficaces a menor costo de lo que sería recurriendo a profesionales. Estos agentes no profesionales se unen en grupos de autoayuda, en los cuales se educan mutuamente, y el profesional los ayuda a organizarse, capacitarse, supervisarse y evaluarse.

El modelo del trabajador de salud de la comunidad (promotor comunitario) ha ganado reconocimiento como uno de los enfoques de educación popular más eficaces e innovadores. Los promotores son muy competentes como difusores de información y proveedores de servicios. Actúan como puente entre los sistemas gubernamentales y no gubernamentales y las comunidades a las que sirven. Los promotores también actúan como agentes de cambio dentro de sus propias redes sociales. Estos líderes son educadores y transformadores de comunidades. Su enfoque para proporcionar servicios de educación es cultural y lingüísticamente apropiado con la comunidad. Los promotores son educadores, consejeros, defensores y uno de los caminos para el cambio.

Referencias bibliográficas

Araujo, M., Azahar, E., y Carranza, C. (2012). *Capacidad de agencia y empoderamiento en mujeres lisiadas de guerra afiliadas a la Asociación de Lisiados de Guerra de El Salvador y guía de intervención*. Trabajo de graduación para optar al grado de licenciatura en Psicología. Universidad Centroamericana "José Simeón Cañas".

Ayala, R., Fabián, C., y Najarro, L. (2012). *Factores protectores, factores de riesgo y fuentes de resiliencia en mujeres lisiadas de guerra de la Asociación de Lisiados de Guerra de El Salvador (ALGES)*. Trabajo de graduación para optar al grado de licenciatura en Psicología. Universidad Centroamericana "José Simeón Cañas".

Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy. The Exercise of Control*. Freeman and Company.

Berger, P.L., y Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu.

Blanco, A., Díaz, D., Gaborit, M., Amaris, M. (2010). El sentido del mundo y el significado del yo: Inventario de cogniciones postraumáticas (ICPT) en población hispana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42 (1), 97-110.

Blanco, A., Blanco, R., y Díaz, D. (2016). Social (Dis)order and Psychosocial Trauma: Look Earlier, Look Outside, and Look Beyond the Persons. *American Psychologist*, 71(3), 187-198. <https://doi.org/10.1037/a0040100>

Bloom, B.L. (1977). *Community Mental Health: A general Introduction*. Brooks/Cole.

Bonanno, G.A. (2021). *The end of trauma. How the new science of resilience is changing how we think about PTSD*. Basic Books.

Brewster Smith, B., y Hobbs, N. (1966). The Community and the Community Mental Health Center. *American Psychologist*, 21(6), 499-509.

Cano, I., Henríquez, J.L., Blanco, R., Flores, M., Molina, V., y Blanco, A. (2023). The Battle... within? Exploring the predictors and buffers of PTSD among wounded ex-combatants. *Psychiatry Research Communications*, 3(2), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.psycom.2023.100110>

Flores, M., Molina, V., y Valle, C. (2010). *Bienestar y trauma en lisiados y lisiadas de guerra afiliados a la Asociación de Lisiados de Guerra de El Salvador (ALGES), dieciocho años después del conflicto armado*. Trabajo de graduación para optar al grado de licenciatura en Psicología. Universidad Centroamericana "José Simeón Cañas".

Foa, E., Foa, E., Ehlers, A., Clark, D., Tolin, D., Orsillo, S., 1999. The post-traumatic cognitions inventory (PTCI): development and validation. *Psychological Assessment*, 11(3), 303-314. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.11.3.303>.

Gershon, M., y Biller, H.B. (1977). *The other helpers: paraprofessional and nonprofessional in mental health*. Lexington Books.

Hawkins, J.D., Catalano, R.F., Arthur, M.V., Egan, E., Brown, E.C., Abbott, R.D., y Murray, D.M. (2008). Testing Communities That Care: The Rationale, Design and Behavioral Baseline Equivalence of the Community Youth Development Study. *Prevention Science*, 9(3): 178-190. <https://doi:10.1007/s11121-008-0092-y>.

Henríquez, J.L. (1990). La repoblación de zonas de guerra: un fenómeno comunitario modelo. Proyecto "Niños de la Guerra". Universidad Centroamericana "José Simeón Cañas". Departamento de Psicología. Manuscrito no publicado.

Henríquez, J.L., y Méndez, M.A. (1992). Los efectos psicosociales de la guerra en niños de El Salvador. *Revista de Psicología de El Salvador*, XI(44), 89-107.

Henríquez, J.L. (1995). *Los niños y jóvenes excombatientes en su proceso de reinserción a la vida civil*. Rádda Barnen de Suecia. Manuscrito no publicado.

Lewin, K. (1988). *La teoría del campo en la ciencia social*. Paidós.

Marín, G. (1988). La psicología comunitaria en América Latina. En A. Martín, F. Chacón y M. Martínez (Eds.), *Psicología Comunitaria*. Visor.

Marín, G. (1993). Defining Culturally Appropriate Community Interventions: Hispanics as a Case Study. *Journal of Community Psychology*, 21(2), 149-161. [https://doi.org/10.1002/1520-6629\(199304\)21:2<149::AID-JCOP2290210207>3.0.CO;2-Y](https://doi.org/10.1002/1520-6629(199304)21:2<149::AID-JCOP2290210207>3.0.CO;2-Y)

Martín-Baró, I. (1984). Guerra y salud mental. *Estudios Centroamericanos*, 429/430, 503-514.

Martín-Baró, I. (1986). Hacia una psicología de la liberación. *Boletín de Psicología*, 22, 219-231.

Martín-Baró, I. (1987). Del opio religioso a la fe libertadora. En M. Montero (Coord.), *Psicología política latinoamericana*. Editorial Panapo.

Martín-Baró, I. (1989). Iglesia y revolución en El Salvador. *Boletín de la Asociación Venezolana de Psicología Social (AVEPSO)*, 12(3), 27-39.

Martín-Baró, I. (1990). Guerra y trauma psicosocial del niño salvadoreño. En I. Martín-Baró (Ed.), *Psicología social de la guerra* (pp. 233-249). UCA Editores.

Maya, I. (2021). ¿Qué resulta efectivo en la prevención? En I. Maya y D. Holgado (Coords.), *Qué funciona en la prevención comunitaria* (pp. 33-44). Pirámide.

McLeroy, J.R., Norton, B.L., Kegler, M.C., Burdine, J.N., y Sumaya, C.V. (2003). (2003). Community-Based Interventions. *American Journal of Public Health*, 93(4), 529-533. [https://doi: 10.2105/ajph.93.4.529](https://doi:10.2105/ajph.93.4.529)

Montero, M. (1988). Alcance y roles de la Psicología comunitaria en Venezuela. *Boletín de la Asociación Venezolana de Psicología Social*, XI(3), 3-7.

Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K.L., Seybolt, D., Morrissey-Kane, E., y Davino, K. (2003). What Works in Prevention. Principles of Effective Prevention Programs. *American Psychologist*, 58(6-7), 449-456. <https://doi:10.1037/0003-066X.58.6-7.449>

Nisbet, R. (1969). *La formación del pensamiento sociológico*. Amorrortu.

Pennebaker, J. (1994). *El arte de confiar en los demás*. Alianza.

Perdomo, M. (2019). *Resiliencia comunitaria como estrategia de recuperación psicosocial. Un estudio de casos*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Psicología.

Rappoport, J. (1984). Studies in empowerment: introduction to the issue. *Prevention in Human Services*, 3(2-3), 1-7. https://doi:10.1300/J293v03n02_02

Ruiz-Vargas, J.M. (2023). *La memoria y la vida*. Debate.