



Entrevista realizada al  
Dr. Rubén Lescano, en el marco  
de la formación del Post Grado  
en Psicotrauma del Colegio de  
Psicólogos de Guatemala

Entrevistador:  
César López G.



**Cesar:** Gracias Rubén por aceptar la entrevista, lo vemos como un material de valioso aporte para poner a disposición de los lectores de la página del Colegio.

**Rubén:** Agradezco la entrevista y es un honor responderla para ustedes.

**Cesar:** Este es un tema nuevo, en la academia no se aborda como tal, así que por favor, empecemos por hablar acerca de qué es trauma complejo.

**Rubén:** Antes de responder, aclaro que el concepto de trauma psicológico data de varios siglos y en particular desde los desarrollos de Freud y sus contemporáneos, la preocupación por los efectos psicológicos por experiencias intensamente traumáticas, como la guerra, llevaron a definir algunos conceptos como la neurosis de guerra. No es sino hasta 1980, cuando en el DSM III aparece el Trastorno de Estrés Post traumático que se logra configurar en una serie de síntomas asociados a las consecuencias en individuos quienes han experimentado episodios intensamente perturbadores: guerras, abusos, violencia, violencia domestica, asaltos, accidentes de tránsito, desastres naturales y otros. Este primer paso permitió organizar la información, pero muy rápidamente comenzó a verse cuales eran las limitaciones de esta categoría porque desde la definición misma, cada uno de esos eventos tiene una dimensión distinta. No podemos comparar un accidente de tránsito con el abuso sexual intrafamiliar continuado y repetido. Tampoco podemos comparar la guerra con el tsunami. Sin embargo, todos son potencialmente capaces de impactar en el sujeto con consecuencias similares, y obviamente a mayor intensidad mayor duración, mayor repetición de las experiencias; a mayor predisposición por edad y por sexo, mayor es el efecto. El contexto habrá de determinar que ese impacto tenga consecuencias más amplias o más

manejables.

Derivado de lo anterior, en el DSM IV en 1994 se definió lo que se llama Trastorno por Estrés Extremo; es decir, aquella configuración sintomática como consecuencia de experiencias traumáticas que no configuran el cuadro del Trastorno de Estrés Post Traumático. Sólo cumple algunos criterios parciales e incluye otros síntomas muchas veces más graves ligados a la desregulación emocional, a la desregulación impulsiva, a las conductas de riesgo y a la aparición de la sintomatología disociativa. De ahí que no existe hasta hoy unanimidad de criterio con respecto de en qué consiste el Trauma Complejo. Sin embargo, prefiero seguir a los autores que sostienen: trauma complejo es experiencia intensamente perturbadora, cuyas consecuencias son afecciones cognitivas, emocionales, conductuales y de las relaciones que afectan la vida de los sujetos y su familia y que se encuentran en riesgo. Esas conductas de riesgo, llamadas también Conductas Parasuicidas, son todas las conductas que sin la intención de consumir el suicidio pueden poner en riesgo la vida de la persona.

Entonces se abre un aspecto muy amplio de sintomatologías ligadas al abuso de alcohol, al abuso de sustancias, a trastornos de alimentación, autolesiones, relaciones sexuales de riesgo, juego compulsivo, conductas temerarias, conductas agresivas y violentas. El espectro es tan amplio

que uno entonces encuentra que la definición está más ajustada a la clínica, pero académica y didácticamente más difícil de definir, porque si mencionamos el efecto post Traumático incluyendo el Trauma Complejo abarcaría casi todas las psicopatologías.

No es que toda la psicopatología esté asociada al Trauma Complejo; sin embargo, en gran parte la sintomatología, o algunos cuadros, podrían ser conceptualizados como tal. Para sintetizar, se define Trauma Complejo

como la consecuencia duradera en el sujeto, que produce grandes mejoramiento de su calidad de vida y su funcionamiento, con la aparición de múltiples síntomas cognitivos, emocionales y conductuales, y entre las acciones y conductas surgen conductas de riesgo.

**Cesar:** ¿Esto que nos dices significa que Trauma Complejo son todas las conductas que se derivan o que son consecuencias de un evento traumático?

**Rubén:** Es una buena pregunta de aclaración, porque no podemos decir que todos los abusadores de sustancias tienen conductas de riesgo, lo que no quiere decir que los abusadores de sustancias tengan Trauma Complejo o experiencias traumáticas; solo que la incidencia del abuso de sustancias en personas con experiencias traumáticas es una comorbilidad, es decir, es un trastorno sumado al abuso de sustancias, más el trauma muy frecuente que eleva el porcentaje incluso al (50%) cincuenta por ciento de las personas traumatizadas. Éstas pueden tener una comorbilidad con abuso de sustancias. Entonces para poder aclarar más esto, no todos los sujetos con abuso de sustancia presentan estos niveles de trauma; sin embargo, aunque todo abuso de sustancias implica una conducta de riesgo, para definir una conducta de riesgo dentro del trauma complejo necesito historia del trauma más la conducta de riesgo, en este caso el abuso de sustancias.

**Cesar:** Nos acabas de decir que es muy difícil poder definir el concepto de Trauma Complejo y que depende mucho de quien lo defina, ¿existe alguna prueba estandarizada o instrumentos clínicos para poder llegar a diagnosticar esto? Si no es así, ¿cómo hacemos los clínicos para poder llegar a diagnosticar Trauma Complejo?

**Rubén:** Las teorías sirven para explicar las experiencias, y las evaluaciones sirven para organizar la información de esas experiencias. El psicólogo clínico recibe pacientes que relatan sus experiencias de sufrimiento como consecuencias de

Las teorías sirven para explicar las experiencias, y las evaluaciones sirven para organizar la información de esas experiencias.

experiencias traumáticas. Llegar a un diagnóstico es organizar la información de esa experiencia y la podemos ordenar desde una o varias teorías, y sí existen instrumentos de evaluación y diagnóstico que me permiten organizar esa información de la experiencia del paciente, solo que no hay un único elemento, no hay una única forma de evaluación y es un trabajo entre el clínico y el instrumento. No hay ningún instrumento de evaluación clínica que sea 100% efectivo para el diagnóstico del Trauma Complejo, con lo cual va a ser de una adecuada interacción entre la capacidad del clínico para organizar esta información del paciente y el instrumento aplicado, así como de su interpretación de los resultados que surgen de la toma de una entrevista estructurada o semi-estructurada o algún cuestionario de evaluación.

**Cesar:** Tú podrías decir que culturalmente habría una población más expuesta a desarrollar Trauma Complejo.

**Rubén:** En los estudios epidemiológicos en países desarrollados, (porque lamentablemente los países latinos o no desarrollados todavía, no tenemos recursos y cultura para poder medir poblaciones epidemiológicamente). Muestran, por ejemplo, que en Estados Unidos el 80% de los adolescentes a los 18 años ha pasado por alguna experiencia potencialmente traumática, lo que no quiere decir que vaya a desarrollar trauma y menos trauma complejo. Pero en general, los estudios que hay repiten eso en toda la población, pobre, rica, toda la población con desarrollos culturales elevados o con vagos desarrollos culturales está expuesta.

Cuando hay un terremoto afecta tanto a ricos como a pobres; cuando hay una guerra afecta tanto a cultos como a no cultos, con lo cual la exposición es igual para todos. Hace muchos años creíamos que el abuso sexual era solo un problema de clases sociales bajas y eso está demostrado como falso. El abuso sexual afecta tanto a personas pertenecientes a clases sociales altas y cultas adineradas y a personas de bajos recursos y poca cultura

pero sí podríamos decir, sin embargo, que las personas de menores recursos económicos y culturales frente a ciertos eventos potencialmente traumáticos para todos están más expuestas a consecuencias que agravan y no favorecen la recuperación. Una mujer violada es una mujer, tanto en los barrios pobres, ricos, cultos o no. Sin embargo, es posible que no reciba la atención adecuada y su recuperación se vea más afectada si es que la necesitara, o que no reciba el tipo de soporte social adecuado para la recuperación. Recordemos que la mejor estrategia de prevención del trauma es el soporte social. y si entonces países en donde el soporte es más inflexible culturalmente o está más restringido financieramente reduce sus posibilidades. Pero en esencia en lo que respecta a exposición, es igual en unos y en otros.. Posiblemente es más fácil encontrar algunos aspectos agravantes como algunos factores que predisponen; sabemos que las personas que menos probabilidades tienen para recuperarse son aquellas que tienen muchísimo menos conocimiento o tienen gran cantidad de conocimiento. Las personas más cultas, así como las menos cultas están más expuestas o tiene mayor predisposición para su recuperación de algunos efectos del trauma, con lo cual diría que en ambos extremos podemos encontrar vulnerabilidades que favorecen la respuesta de recuperación.

**Cesar:** ¿Qué opinión te merecen por ejemplo los niños de la calle, las prostitutas, los niños que han sido abandonados en un basurero recién nacidos, o jóvenes adolescentes que son transgresores de la ley y que están, por ejemplo, en orfanatos o centros especializados para reencauzar su conducta?

**Rubén:** Es completamente pertinente la aclaración. La primera cosa que quisiera aclarar antes de ir directo a la respuesta es que el trauma y el trauma complejo no son

los eventos del sujeto sino la antelación de sus procesos como consecuencias de los mismos. La acumulación de eventos no necesariamente determina las consecuencias sobre mi funcionamiento, y esto es importante para la población de profesionales que trabajan clínicamente porque podríamos estar tentados a reconocer una gran cantidad de eventos que los sujetos desarrollan en función de la suma de eventos. Si eres un factor que predispone la suma de eventos no es un factor determinante único.

Los determinantes y sus influencias en el surgimiento de la situación traumática son específicos para cada sujeto en su contexto; nunca podemos pensar en los hombres sin su contexto. Si simplemente uno hiciera un recorrido por la India y viera las condiciones de vida de las poblaciones, ninguno de nosotros podría imaginar sobrevivir en ese lugar; sin embargo la vida y las condiciones en la India, por mencionar un país alejado de los nuestros, son particulares; nadie podría decir que allí hay mayor población traumatizada que en nuestros medios; sin embargo es pertinente la pregunta, hecha la salvedad que no diagnosticamos eventos sino procesos, es decir las consecuencias a partir de esos eventos. Y antes de responder más específicamente, conviene incluir otro componente que ha estado menos investigado y tomado en cuenta en los estudios del trauma: la Resiliencia. Este concepto se define como la capacidad que tiene el sujeto para transformar una experiencia traumática en una experiencia de aprendizaje positivo y de integrar esa experiencia negativa de un modo positivo y así poder adaptarse y sobrevivir. Desconocemos todavía y, este sí es un trabajo importante que los psicólogos debemos tener presente: la resiliencia. Si pudiéramos empezar a considerar más los factores resilientes para los sujetos, posiblemente podríamos empezar a tener

**El trauma y el trauma complejo no son los eventos del sujeto sino la antelación de sus procesos como consecuencias de los mismos.**

mayores factores de prevención o de resolución de los problemas.

Es indudable que las condiciones de vida de desnutrición, pobreza, falta de recursos y falta de soporte predisponen, y en particular en la niñez y la adolescencia, pues esos factores pueden ser tan determinantes que pueden generar la falta de desarrollo adecuado de habilidades e incluso de desarrollos neuronales que se producen con el nacimiento y el adecuado cuidado de los niños. Si bien este es un factor posible también sabemos que existen sujetos que nacen viven y crecen en medios completamente adversos y sin embargo son completamente solidarios y resilientes en el momento de la aparición de crisis y frente a las catástrofes encontramos frecuentemente que las primeras personas que se acercan a socorrer no son las personas de mejores recursos y mejores capacidades intelectuales y culturales, sino aquellas personas más simples que desde la propia experiencia del desvalimiento han logrado comprender la importancia que tiene la sociabilidad y el auxilio y soporte de los otros, y entonces este es un factor que aún no es completamente medible si bien sabemos que influye.

**Cesar:** ¿Padres con trauma complejo crían hijos con trauma complejo?

**Rubén:** Jejudá es la persona que ha investigado el tema, en particular en sobrevivientes del holocausto. Sus estudios mostraron que personas con una historia de traumatización por el holocausto, podrían transmitir a su descendencia, en particular si eran mujeres, un aumento en la vulnerabilidad en sus hijos. La explicación es muy biológica; pues las alteraciones biológicas como consecuencia de la traumatización generan una alteración en el embrión u el feto durante su gestación; de modo que esa alteración favorece el surgimiento de trauma por causas biológicas en la descendencia. Lo que diríamos es si aumenta la vulnerabilidad o no. Esto no se ve igual si el sobreviviente del holocausto era un hombre, porque no transmite a través de

la alteración endocrina a su descendencia. Sin embargo, la primera dificultad que tenemos cuando hablamos de trauma complejo es que en la medida en que un niño crece y se desarrolla en un ámbito con padres con desregulaciones emocionales e impulsivas, aumenta la probabilidad de exposición, debido en parte a situaciones traumatogénicas.

Además, quizás el factor más importante es que una de las funciones más importantes de los padres cuidadores es enseñar a los hijos a regular sus emociones, a regular sus impulsos, y si ellos no pueden regular los propios cómo van a poder enseñar a sus hijos la regulación de esas habilidades. É Los padres podrían enseñar a sus hijos como regularse, pero en la medida en que esto ocurre lo que es seguro es que aumenta la vulnerabilidad porque estos padres no están pudiendo enseñar los efectos de modular los efectos de los eventos traumáticos.

**Cesar:** En el caso de aquellos padres que han sufrido trauma complejo y no lo han resuelto, y a su vez se vuelven violentos con sus propios hijos, pues hay niños que sufren maltrato extremo, son atados, quemados y encerrados... el mismo incesto... ¿Qué pasa con estos niños?

**Rubén:** puedo decir sin ninguna duda el trauma favorece la violencia y la violencia produce trauma y es un circuito de doble entrada. Sin embargo, no toda persona traumatizada ni abusada sexualmente en la infancia se convierte en un abusador. Por el contrario hay algunos estudios que demuestran que algunos sujetos abusados sexualmente desarrollan habilidades excepcionales para parentalización y cuidado de sus hijos. Posiblemente este comentario sea relativamente verdadero. Sin embargo, hay algunos puntos que quisiera resaltar de esto y es que la dramatización puede producir trauma en los hijos producto de la acción concreta de esos padres. Ciertamente hay padres

con historia de traumatización que no traumatizan a sus hijos, pero tampoco le pueden dar adecuadas habilidades. He tenido la oportunidad de un video del trabajo que realiza Ana Gómez en donde ella trabaja con una niña que había sido traumatizada con abuso emocional por parte de su madre, y el aspecto más sobresaliente de la traumatización era que su madre no podía conectarse positivamente con la hija, más que maltratarla si es que la maltrataba emocionalmente, lo más grave era que no se podía conectar de manera cálida, y esta falta de habilidad de la madre llevaba a agravar la sintomatología de la niña. El trabajo de Ana Gómez radicó en trabajar con la niña y con la madre para tolerar afecto positivo y entonces enseñar a esa madre a ser una madre más sensible y cariñosa y disponible para esa hija. El trabajo de Ana Gómez modificó completamente la conducta de la hija y la persistencia de la conducta disfuncional del maltrato que tenía

**Cesar:** En toda la experiencia que tienes; ¿cuál es tu opinión sobre el pronóstico con tratamiento, y sin tratamiento?

**Rubén:** sin ninguna duda las personas con trauma complejo son quienes más usan recursos en salud con bajos resultados. Esto aplica para todos los países del mundo, pero en particular para los países latinoamericanos, países más pobres, en donde los recursos en salud son más limitados y la situación aun se agrava. Pero en todos los países el trauma complejo demanda una gran cantidad de recursos de salud, por la cronicidad, por la alta demanda, y por las complicaciones de los individuos en la familia y en la sociedad. Sin embargo, desde que reconocemos el diagnóstico con mayor claridad, desde que podemos comenzar a conceptualizar los casos, desde que podemos empezar a planificar y tratar de adaptar los tratamientos a la sintomatología de los

Las alteraciones biológicas como consecuencia de la traumatización generan una alteración en el embrión y el feto durante su gestación.



pacientes, sin duda se ha reducido el costo, se ha mejorado el pronóstico, y se ha mejorado el tratamiento. Esto significa que aquí intervienen varios factores.

Podría decir que hay muchos factores que intervienen obtención de resultados Pero de los múltiples factores que intervienen sin ninguna duda es el reconocimiento del cuadro por los parte profesionales, y de la comprensión de los síntomas, lo que va a mejorar el pronóstico. Lo que no quiere decir que todos los pacientes bajo el tratamiento logren un adecuado resultado. Sin embargo, vale destacar la experiencia de Maya Hiligan cuando inicia varias décadas atrás sus métodos; se hace cargo de reducir el índice de internación y de conductas de riesgo de la ciudad de Seattle al instalar una nueva manera de conceptualizar la instituciones de salud mental, los recursos en particular, las internaciones que siempre estaban colmada de pacientes con riesgo al tiempo de hacer unas intervenciones específicas y efectivas para el tratamiento de estos pacientes. La clínica dejó de tener la demanda y la sobre ocupación de pacientes con crisis y conductas de riesgo.

Es de esperarse que en la medida en que los profesionales podamos ser más eficaces y podamos transmitir y desarrollar mejores sistemas, vamos a ser más efectivos en el tratamiento de trauma complejo, y sin ninguna duda esto va a requerir grandes esfuerzos por parte de los profesionales y los sistemas de salud en generar los desarrollos adecuados de formación, información, prevención, de reconocimiento y detección y el desarrollo e recursos específicos tanto humanos como materiales para poder afrontar cada una de las dificultades que encontramos en el trauma complejo.

**Cesar:** ¿Qué nos recomiendas a los profesionales que nos estamos acercando apenas al trabajo de la conceptualización y

de ver a las personas como traumatizadas y con todos estos elementos duros de sufrimiento? ¿Qué estrategias deberíamos de tomar en cuenta los profesionales de la salud mental? Y ¿cuáles son las mejores terapias y trabajo que se puede hacer con estas personas?

**Rubén:** posiblemente lo primero que necesitamos es estar conscientes y empezar a desarrollar esta asociación: lo que el colegio de Psicólogos de Guatemala está haciendo, invertir esfuerzo económico, tiempo personal para formar y desarrollar profesionales con mayor claridad para el diagnóstico y la detección del trauma complejo. Esto va a incrementar la capacidad de respuesta y resolución de casos. Los modelos multicomponentes son modelos estandarizados de tratamiento que utilizan más de un modelo de intervención. Lo que se ha visto en la actualidad es que no hay un modelo de tratamiento que pueda responder a las complejidades de los pacientes y como muchos terapeutas ya lo han descrito con absoluta claridad, es necesario adaptar los tratamientos a los pacientes y no los pacientes a los tratamientos. Si nosotros empezamos, por un lado, a estandarizar nuestros tratamientos, y clasificar los grados de utilidad y eficacia, seguramente vamos a encontrar un desarrollo más eficaz de nuestras intervenciones.

Esto implica un desafío en dos sentidos: uno es dejar a los profesionales de alguna manera más desprotegidos y desvalidos, afirmando que no tenemos un único modelo que pueda resolver todos los problemas.

Pero sí se debe aceptar que la complejidad de la población con la población con la que trabajamos es muchísimo más compleja de la que una intervención única podría desarrollar y así aumenta nuestra posibilidad de eficacia. Dentro de los componentes de los tratamientos más utilizados podemos mencionar varios, pero en particular

deben ser adaptados en una conceptualización y planificación del caso en cuestión. El primer paso es, considerar, que la conducta de riesgo involucrada puede estar determinando cuál es la prioridad de tratamiento. Por ejemplo, cuando encontramos trauma, más abuso de sustancias, además de reconocer la presencia de ambos síntomas o ambos trastornos conviviendo en la población traumatizada, debemos establecer estrategias específicas de tratamiento para reducir el riesgo del paciente. En la actualidad hay un modelo de tratamiento que se utiliza en la primera etapa de intervención del paciente con trauma y abuso de sustancias, el modelo desarrollado por Lizana habit y que consiste en la búsqueda de seguridad. En busca de seguridad es también un modelo multicomponente que incluye varios componentes de tratamiento; es un tratamiento estandarizado, es decir estandarizado manualizado. Tiene procedimientos específicos de una receta que hay que seguir y que se adapta bastante flexiblemente a cada caso. Este modelo tiene buenos resultados de eficacia en tratamiento de trauma y abuso de sustancias. Nosotros en la Sociedad Argentina de Psicotrauma, hemos logrado que en junio venga a nuestro congreso Lizana Habits a nuestro congreso y presente e imparta un curso sobre su modelo. Este es uno de los modelos que solamente se utiliza en la primera etapa, porque la conceptualización de los tratamientos para trauma complejo está concebida en fases. Cada uno de los modelos de tratamiento varía en como denomina y define las fases, pero en general hay un consenso en que hay una etapa de estabilización, una etapa de tratamiento propiamente dicho y una etapa de integración. El tratamiento de En Busca de seguridad para el trauma y abuso de sustancias es muy eficaz para la primera etapa de estabilización del paciente y reducción de sus riesgos. Aumenta la eficacia para intervenciones después de otras formas de tratamiento. Por tanto,

**Las personas con trauma complejo son quienes más usan recursos en salud con bajos resultados.**

hay muchos profesionales pensando y trabajando, haciendo intervenciones, por ejemplo de la terapia dialéctico conductual desarrollado por Maya Linehan, de la que ha derivado el modelo En Busca de Seguridad. Éste ha generado muy buenos resultados en pacientes con trastorno límite de la personalidad y pacientes con riesgo y crisis, y actualmente se utiliza en otras poblaciones alrededor del mundo. El Tratamiento en busca de seguridad no incluye en un tratamiento específico del trauma sino etapas de intervención de estabilización, y perfectamente ambos tratamientos, tanto en busca de seguridad como dialéctico conductual utilizan indistintamente una manera combinada de acuerdo al caso, tanto terapia de exposición prolongada, que es el modelo cognitivo conductual clásico para el tratamiento del trauma así como EMDR que ha dado claras eficacias en sus resultados para el tratamiento también del trauma. Muchos de estos tratamientos, los llamados tratamientos de tercera generación, prácticas de terapia cognitiva basada en Mindfulness. Hay un modelo llamado activación conductual y existen muchos otros modelos que están contribuyendo a intervenciones específicas; las estrategias de entrevista motivacional, son una serie de recursos con los que hoy contamos los terapeutas con un bagaje amplio de recursos técnicos y psicoterapéuticos que de poder utilizarlos aumentan el poder y la eficacia del tratamiento. Para esto necesitamos tener una actitud más abierta, una posición más científica y una actitud clínica fuerte que permita que el profesional pueda elegir con mayor precisión cuál es la intervención más adecuada a este paciente. Sin duda hay otros modelos que hoy se muestran eficaces para los tratamientos de pacientes traumatizados que sería imposible nombrarlos todos. Pero sí es muy importante que empecemos a revisar

**Necesitamos tener una actitud más abierta, una posición más científica y una actitud clínica fuerte...**

nuestra propia práctica clínica, en particular de Latinoamérica. No poseemos el acceso a información adecuada, porque no tenemos recursos de investigación, porque no tenemos presupuesto para investigación para poder determinar qué está funcionando mejor y que no está funcionando, y esto obviamente nos genera muchas restricciones, mucha bibliografía que no hay en el medio. Si bien hay mucha bibliografía y tenemos excelentes profesionales de intervención y gran reconocimiento en el mundo, nosotros poseemos menor número de publicaciones científicas, menor número de publicaciones teóricas y ensayos clínicos y de estudios epidemiológicos que obviamente debilitan nuestra capacidad de intervención y nos dejan en condiciones menos favorables para hacer intervenciones más eficaces. Sin embargo, la posición de los profesionales Latinoamérica nos permite con mucha frecuencia la aceptación de esta situación y generar recursos a pesar de la adversidad de las condiciones. Entonces la idea es que muchos modelos de los que están funcionando y que algunos de ellos claramente están siendo probados en el mundo todavía no son conocidos por nosotros de manera sistemática. . . Por ejemplo EMDR, terapia Dialéctico Conductual, Mindfulness, Terapias de Aceptación y Compromiso, no son modelos que se enseñan todavía en las universidades. Estamos enseñando aún modelos tradicionales y clásicos, lo que no está mal, solo que es una formación incompleta. De ahí que el profesional joven profesional sale a atender una población cada vez más grave y más compleja porque el deterioro de la salud hace que la consulta sea más lenta, más difícil, y más a largo plazo, el paciente llega más deteriorado y con mucha frecuencia limita nuestra capacidad de intervención y además no tiene los recursos suficientes

para obtener procedimientos que son claramente eficaces y muchos de ellos bastantes sencillos otros no tanto de poder ofrecer. Para poder obtener una formación adecuada en lo concerniente a estos recursos, debe acudir a instancias no institucionales, más costosas, privadas, que hacen una suerte de autoinversión a mediano y largo plazo para la formación profesional. En la medida en que estamos más conscientes de todo esto serán parte de las políticas que se irán modificando en las instituciones y seguramente vamos a ser desarrollos locales ajustados a nuestras propias culturas, poblaciones específicas, porque sin duda Guatemala es un excelente ejemplo del cruce de culturas en la población en donde los esquemas e intervenciones no pueden ser trasladadas directamente. No es solo traducir los modelos existentes y pasarlos de un idioma a otro sino que hay que adaptarlos al proceso cultural e idiosincrasia local. Hay que contextualizarlos.

**Cesar:** Rubén te quiero agradecer en nombre del Colegio de Psicólogos de Guatemala esta entrevista y sobre todo la formación que has tenido para nosotros; sin duda esto se convertirá en un documento de consulta y de muchísimo valor para quienes estamos interesados en el desarrollo de la psicología como ciencia y en la formación para dar un mejor servicio para la gente que está sufriendo. Muchas gracias.

**Rubén:** Yo agradezco la invitación de ustedes y que me hayan permitido participar en poder brindar parte de la información que tengo de una manera útil.  $\Psi$