

# Revista **Psicólogos**

Colegio de  
**Psicólogos**  
de Guatemala



Número 2 • Año 2010 • Colegio de Psicólogos de Guatemala



## Formación de Psicólogas/os para la atención del Adulto Mayor

Gerontología y Geriatría ▪ La nueva medicina, un aporte del Dr. Hamer  
Especialización en Psicotrauma ▪ Trastornos de la salud mental



## Misión

“Somos el Colegio Profesional de Psicólogos de Guatemala, y promovemos y velamos por el ejercicio ético de la profesión, el mejoramiento cultural y científico, y el bienestar integral de los colegiados. Contribuimos a la salud integral de la población guatemalteca, a través de apoyo al individuo y a las instituciones que lo demanden, en materia de nuestra competencia”.

## Visión

“Aspiramos...

...a conformar a todos los profesionales de las ciencias psicológicas que ejerzan en Guatemala, inspirados en la búsqueda de la excelencia profesional y dignificación de la Psicología, en todas sus aplicaciones.

...al ejercicio científico de la Psicología para impulsar su desarrollo en pro de la salud mental de la población guatemalteca.

...a que nuestras acciones sean fuentes facilitadoras de cambio, enmarcadas en la ética, crecimiento y desarrollo, lealtad, solidaridad, identidad y pertenencia”.

### CREACION Y DIRECCION GENERAL JUNTA DIRECTIVA

**Presidenta:**

Alma Guisela Cárcamo Duarte, MSc.

**Vicepresidenta:**

Licda. María Elena Vargas Bocanegra

**Secretaria:**

Licda. Ana Elizabeth García Orantes

**Prosecretaria:**

Ana Cecilia Escobar Martínez, M.A.

**Tesorera:**

Licda. Nuvia Leiva Girón

**Vocal I:**

Licda. Rosalinda González Velásquez

**Vocal II:**

Vacante

**Colaboración:**

Licda. Ruth Córdova

**Dirección de arte y creatividad:**

Juan Miguel Rosales

**Corrección de estilo:**

Idalia Monroy

**Buzón de sugerencias:** [info@colegiodepsicologos.org.gt](mailto:info@colegiodepsicologos.org.gt)

# Sumario

Número 2 · Año 2010

## 4 EDITORIAL

### ACTUALIDAD

- 5 Formación profesional de psicólogos/os para la atención del adulto mayor

### CIENTIFICO

- 10 Qué es la Gerontología y la Geriátría  
Reflexión: Cuando me volví invisible

- 15 Nueva medicina germánica:  
el aporte del Dr. Geerd Hamer

### ESPECIALIZACIÓN EN PSICOTRAUMA

- 20 Trauma infantil  
Entrevista con M.A. Ana Gómez

- 26 Terapias psicoenergéticas  
Entrevista con John Hartung PsyD

### COLUMNISTA INVITADO

- 31 Epidemiología de trastornos de la salud mental,  
en Guatemala

### 33 APROBACIÓN DEL CÓDIGO DE ÉTICA

### 33 ACTOS DE JURAMENTACION

### EN HONOR A:

- 34 Doctora María del Pilar Grazioso Aragón

### AGENDA ACADÉMICA Y CULTURAL

- 35 ▪ Conferencia John Hartung, PsyD  
36 ▪ Clausura Cursos de Especialización en  
Psicotrauma y Psicología Industrial  
37 ▪ Día Nacional del Psicólogo  
38 ▪ Toma de posesión del Tribunal Electoral,  
período 2010 - 2013  
38 ▪ Día Mundial de la Salud Mental

### 39 UN TOQUE DE HUMOR

www.  
colegiode  
psicologos.  
org.gt

Los cambios sociales y económicos se reflejan a la vez, en cambios en los procesos de salud-enfermedad. En general, los trastornos mentales tienen una prevalencia alta a nivel mundial y contribuyen fuertemente a la morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura. Por ejemplo, informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportan que una de cada cuatro personas sufre algún trastorno mental a lo largo de su vida, y se conoce que cerca del 30% de la carga total de enfermedades no transmisibles se debe a trastornos mentales y neurológicos, mientras que aproximadamente tres cuartas partes de la carga mundial de trastornos neuropsiquiátricos corresponden a los países de ingresos bajos y medios bajos.

Investigaciones epidemiológicas han demostrado a nivel mundial que los trastornos mentales y del comportamiento afectan entre un 10 a 15% de niñas, niños y adolescentes. Se dice que existe una brecha de tratamiento alta, pero la misma es mayor en estas etapas de la vida.

La salud es un concepto integral, en el que el componente mental está fuertemente vinculado al componente físico y social: "No hay salud sin salud mental". Pretender desligar uno del otro sería negar la naturaleza propia del ser humano, por esta razón toda intervención en salud debería siempre considerar un abordaje holístico que facilite un desarrollo pleno de la persona. En este sentido, quizá una de las definiciones de salud mental que mejor se adapta es la propuesta por la OMS, que dice "Estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad". Esta definición implica una participación activa de la persona en un proceso de construcción de su vida, pero también de contribución a su entorno.

No debemos pasar por alto que la salud mental, más que un concepto, es un derecho, y todas las personas, incluidas aquellas que padecen algún tipo de trastorno mental son sujetas de ese derecho. El derecho a la salud no se refiere al "derecho a estar sano", sino más bien es el derecho que tiene toda persona a disfrutar del "más alto nivel posible de salud". No obstante lo anterior, las personas con trastornos mentales, con frecuencia, son víctimas del estigma y discriminación de la población, y sus familiares suelen enfrentar presiones y frustraciones difíciles de manejar. En Guatemala, el acceso a empleo y educación para ellas es limitado, carecen de protección social y con frecuencia se violan sus derechos humanos. Según datos de la Organización Panamericana de la Salud, Guatemala es parte de los 19 países de América, que únicamente cuentan con leyes generales de discapacidad y salud pública o bien otro tipo de instrumentos que no garantizan el cumplimiento de los derechos de esta población.

Si bien Guatemala ha ratificado diferentes convenciones y normas internacionales de derechos humanos, se hace necesario contar con instrumentos de salud mental –consistentes con estos instrumentos internacionales–, que protejan de manera específica los derechos de las personas que padecen trastornos mentales, que prioricen la necesidad de promocionar la salud mental y trabajar en la prevención de los trastornos mentales. Es aquí donde los profesionales de la salud mental, en general, tenemos aún un camino pendiente por recorrer en nuestro país.  $\Psi$

# Formación profesional de psicólogas/os para la atención del adulto mayor

**El siglo XXI será testigo de un envejecimiento más rápido: el número de adultos mayores se incrementará en todos los países del mundo.**



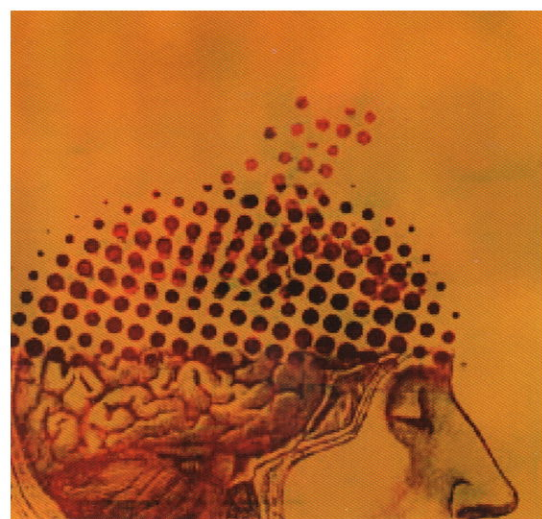
**MSc.**  
**Claudia García de la Cadena**  
**Departamento de Psicología**  
**Universidad del**  
**Valle de Guatemala**  
**claudigd@uvg.edu.gt**



Este 21 de septiembre, se celebró en todo el mundo el Día Mundial de Alzheimer, cuyo objetivo fue sensibilizar a toda la población en torno a esta demencia y al envejecimiento normal. Dicha celebración se caracteriza por un sinnúmero de iniciativas y actividades que agrupa profesionales de la salud, pacientes y las familias afectadas.

El envejecimiento humano no tiene sin igual en la historia de la humanidad, y el siglo veintiuno será testigo de un envejecimiento más rápido que en otros siglos; el número de adultos mayores se incrementará en todos los países del mundo. Por lo que la demanda de servicios psicológicos será mucho mayor, considerando que la salud mental debe ser prioritaria, ya que penetra en diferentes niveles de nuestra sociedad y tiene profundas implicaciones en diversas áreas de la vida humana.

La formación de profesionales de la Psicología con destrezas y competencias para atender la diversidad, tanto en el envejecimiento normal como en el patológico, es de vital importancia. Según el estudio realizado por Aguirre, (2007) acerca de los determinantes del crecimiento económico, población y familia, la velocidad del envejecimiento, (Speed of Population Aging) definida como el número de años que se requiere para que el porcentaje de la población de 65 años o más pase del 7% al 14% de la población en Guatemala, se ha acelerado de manera significativa (INE, 2002).



El envejecimiento es un proceso caracterizado por cambios y transformaciones internas, como resultado de la interrelación entre factores intrínsecos y extrínsecos. Por esto mismo, es una necesidad la formación de profesionales de la salud (psicólogos, consejeros, trabajadores sociales, enfermeras/os etc.) para atender a la población adulta mayor.

Los programas que forman psicólogos/as a nivel de licenciatura en Guatemala ofrecen conocimiento acerca de la temática del adulto mayor, en las asignaturas de Psicología evolutiva, Psicología del ciclo de vida 2, Psicología del desarrollo, etc. Algunos programas han ofrecido cursos relacionados con psicogeriatría, psicogerontología, demencias y otras temáticas, así como iniciativas aisladas en relación con la formación sistemática de los psicólogos y psicólogas para la atención integral de la población adulta mayor guatemalteca. Respecto la investigación y publicación, existen pocos artículos especializados en salud mental, en esta temática donde se incluya material con pertinencia cultural.

En los años 2003 y 2004 la American Psychological Association (APA) propuso una guía de requerimientos necesarios con los que debería contar un profesional de la Psicología en el área de envejecimiento, los cuales han evolucionado con el tiempo y han sido adaptados en muchos países y centros de formación profesional. Esta guía propone un abordaje integral hacia la perspectiva del adulto mayor y está

conformada por seis apartados:

- 1) Actitudes del profesional,
- 2) Conocimientos acerca del desarrollo del adulto, del envejecimiento y del adulto mayor,
- 3) Tópicos clínicos,
- 4) Evaluación,
- 5) Intervención, consulta y otros servicios y
- 6) Educación.

## El 21 de septiembre se celebra el Día Internacional del Alzheimer

### 1) Actitudes del profesional

El profesional debe tener una actitud de incondicionalidad y apoyo a la persona mayor. Las características que sobresalen son empatía, paciencia y comprensión, autenticidad, congruencia y respeto. Las habilidades de comunicación con personas mayores son esenciales, así como capacidad de dirigir una conversación y centrar la atención de la persona, capacidad de tranquilizar a la persona mayor, así como comportamiento asertivo. Así mismo, debe contar con habilidades instrumentales básicas de refuerzo positivo o negativo. Habilidades pedagógicas con el uso de un lenguaje comprensible para las personas mayores. Todo psicólogo/a debe tener habilidades cognitivas generales, que le permitan tener herramientas para el trabajo con adultos mayores, habilidad de escuchar así como evitar hacer juicios de valor. En general, se debe ajustar a las expectativas de las personas mayores en relación con la fenomenología de los problemas, su historia natural que permita ubicar al adulto mayor en una línea del tiempo. Dado que es una etapa del ciclo vital tan complejo, debe tener adecuadas actitudes y destreza en el trabajo interdisciplinar, que incluya respeto hacia el trabajo de otros, habilidades para comunicarse y también capacidad para integrar perspectivas desde distintos ámbitos profesionales.

### 2) Conocimientos acerca del desarrollo del adulto, del envejecimiento y del adulto mayor

En referencia a la preparación de los profesionales de la Psicología, éstos deben



contar con los conocimientos básicos y generales sobre el envejecimiento. Los conocimientos pueden ser desglosados en:

- Desarrollo y envejecimiento normal, patológico y óptimo.
- Aspectos biológicos relacionados con el envejecimiento.
- Características sociodemográficas de las personas mayores.
- Patrones de cambio y estabilidad asociados al envejecimiento en el funcionamiento:

- De los sistemas orgánicos y capacidades sensoriales.
- Del sistema cognitivo (atención, memoria, lenguaje, razonamiento).
- Emocional y social.
- Conocimiento de las principales teorías bio-psicosociales sobre el

En general, podemos decir que deben ser conscientes de los límites de su competencia y conocer las competencias del resto de profesionales. Cuando sea necesario conocer las vías de derivación de casos a otros profesionales, cuando la demanda excede su competencia; así como estar sensibilizados con la red de servicios que existen en el país, ya que esto permite una mejor atención en relación al entorno de la persona mayor.

### 3) Tópicos clínicos

Son los conocimientos de aspectos clínicos asociados al envejecimiento, que incluyen la interacción de los componentes biológicos, psicológicos y sociales, las manifestaciones clínicas. Esta etapa de la vida se entiende como parte del ciclo vital, considerando la diversidad en el proceso de envejecimiento, que incluye entre otros: diversidad de género, sociocultural, económica, étnica, de idioma, etc.

### 4) Evaluación

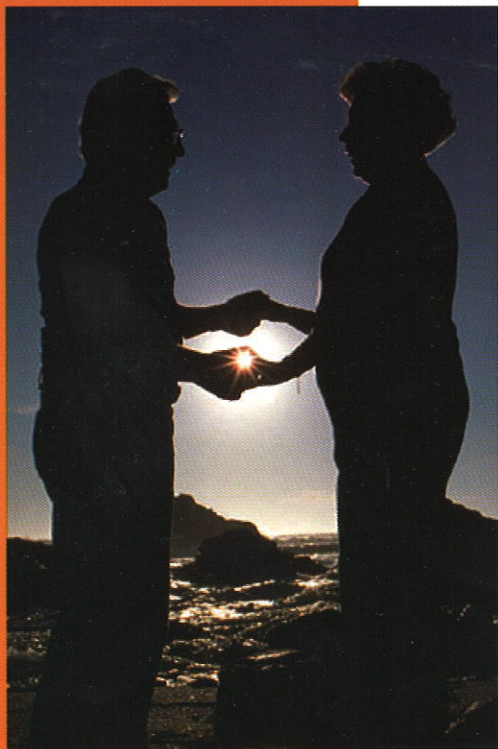
Se debe analizar al adulto mayor en el contexto de su trayectoria vital, para lo cual tiene que contar con conocimientos teóricos y prácticos acerca de instrumentos de evaluación psicológica, utilizados en esta población, ventajas y desventajas de cada uno de ellos, así como las condiciones específicas en la evaluación de personas mayores, tomando en cuenta lo siguiente:

- Problemas que presenta la aplicación de determinados instrumentos de evaluación o procedimientos utilizados con otras poblaciones y que no han sido adaptados a la población mayor.
- Conocer los instrumentos desarrollados específicamente para población mayor que son fiables y válidos en la población guatemalteca.
- Tener conocimientos sobre las

desarrollo adulto.

- Influencia de los factores contextuales y culturales en el envejecimiento.
- Trastornos psicológicos más frecuentes en la vejez (depresión, ansiedad, demencia).
- Aspectos legales y éticos relacionados con las personas mayores.

**La velocidad del envejecimiento esta definida por el número de años que se requiere para que el porcentaje de la población de 65 años o más pase del 7% al 14%...**



características específicas que definen a las personas mayores y que pueden afectar el proceso de evaluación (cambios sensoriales, cognitivos, consumo de medicamentos, etc.).

### 5) Intervención, consulta y otros servicios

Tener los conocimientos adecuados para la intervención y estar actualizado con las distintas líneas de acción preventiva y de promoción del envejecimiento saludable. Tener conocimiento sobre las implicaciones del envejecimiento en las indicaciones terapéuticas, en la adaptación necesaria

para los distintos procedimientos de intervención y la implantación de las mismas. Estar familiarizado con los servicios que se ofrecen en las distintas áreas, considerando aspectos económicos, escolares y socioculturales.

### 6) Educación

El abordaje en educación con el adulto mayor tiene dos perspectivas: una relacionada con las competencias necesarias para atender a esta población, relacionadas con la parte psicopedagógica que son: el de reforzar cualquier pequeño logro que se consiga al inicio, para motivar y hacerle ver el éxito de la intervención, animar a que apunte la información más relevante y asegurarse de que lo hace adecuadamente, dejar suficiente tiempo para adquirir el aprendizaje, parecida a una autoadministración del tiempo. Y la segunda perspectiva está relacionada con el material que se usa y la forma de utilizarlo, como presentar la información de manera secuencial: lo más importante al principio y lo esencial por escrito, preparar cuadernos o manuales con la información relevante: los objetivos, las tareas para casa, estrategias terapéuticas, cómo controlar sucesos, ejercicios, etc. Presentar menos información con un

ritmo más lento y disminuir el ritmo de la conversación terapéutica. Utilizar un enfoque multisensorial de la presentación del material (pizarra, resúmenes, grabaciones en cinta de vídeo o cinta de audio, visual con imágenes: "Dilo, hazlo, enséñalo"). Hacer uso frecuente de ejemplos, metáforas y analogías. Utilizar cintas de casete con la información importante para personas con deficiencias visuales. Utilizar claves para facilitar el recuerdo, agrupar la información que se presenta en unidades relevantes y manejables para la persona, según sus condiciones físicas y cognitivas, con frecuentes repeticiones para favorecer la codificación de la nueva información. Revisar el material sistemáticamente y comprobar el grado de aprendizaje, usar cuadernos de notas para registrar información importante y utilizar diferentes formatos.

Como hemos podido constatar, los seis niveles propuestos en la guía de atención del adulto mayor demandan un reto que requiere un entrenamiento sistemático e integral. El propósito del este trabajo es sensibilizar a nuestros colegas guatemaltecos y guatemaltecas sobre el incremento de esta población en los próximos veinte años, y la importancia de prepararnos profesional y críticamente para atender esta población.  $\Psi$

#### Bibliografía consultada

Aguirre, MA. (2007). Determinantes del Crecimiento económico, población y familia: El caso de Guatemala, Asociación Familia Desarrollo Población (FADEP): Guatemala.

Guidelines for Psychological Practice with Older Adults. (2004). Washington: American Psychological Association.

Guidelines for Psychological Practice with Older Adults. (2003). Washington: American Psychological Association,

Instituto Nacional de Estadísticas de Guatemala (INE), (2002). Censo Nacional 2002, INE: Guatemala.



# ALQUILER DE CLINICAS Y SOPORTE ADMINISTRATIVO A PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL.



En PSICOCLINICAS le ofrecemos un servicio integral reuniendo todos los recursos necesarios para las necesidades de los profesionales de la salud mental en un solo lugar. Contando con una serie de servicios que dan un valor agregado a los pacientes de nuestros clientes.

Psicoclinicas le ofrece ambientes cómodos y acogedores para brindar a sus pacientes un servicio de alta calidad y una experiencia única...

- Recepción,
- Clínicas Individuales,
- Cuarto de juegos para niños,
- Salones para Tutorías y Talleres, adaptando el mobiliario a sus necesidades,
- Areas al aire libre y Cafetería.

**Contamos con una amplia base de pruebas psicológicas e instrumentos de medición que están a la disposición de los profesionales.**

*TAVECI, Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense, Infantil*

*PROLEC-R, Evaluación de los Procesos Lectores, Revisada*

*BENDER, Test Gestáltico Visomotor*

*PROESC, Evaluación de los Procesos de Escritura*

*MFF-20, Test de Emparejamiento de Figuras Conocidas 20*

*STROOP, Stroop Color and Word Test*

*MSCA, Escalas McCarthy de aptitudes y psicomotricidad para niños*

*WISC-IV, Escala Wechsler de Inteligencia para Niños-IV*

*T.A.T., Test de Apercepción Temática*

*C.A.T., Test de Apercepción Infantil*

*S.A.T., Test de Apercepción para Edades Avanzadas*

**y mucho mas...**



# Qué es la Gerontología y la Geriatria

## GERONTOLOGÍA

Etimológicamente proviene de Geron, que significa viejo, y logos que significa estudio o tratado. Este termino nace en 1903, cuando el sociólogo y biólogo ruso Michel Elie Metchnikoff (1845-1919), premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1908, propone a la Gerontología como ciencia, como estudio del envejecimiento. (Fuente de Internet, sin autor.)

“Se define como una ciencia interdisciplinaria que estudia el envejecimiento y la vejez, y todos sus procesos. Su abordaje terapéutico es biopsicosocial”. Estos aspectos se relacionan entre sí y crean un solo sistema, el sistema humano, o sea en forma integral, y cuando no se toma en cuenta uno de estos aspectos, éste va a afectar a los otros, por lo que según esta ciencia “todos éstos influyen en forma directa en el ser humano y cómo asume su proceso de envejecimiento.” (glosario internacional de Gerontología, de la Federación Internacional de la Ancianidad Aquiles Cruz Rolando, 2001)

Actualmente la Gerontología se auxilia de otra área: La Espiritual.

## GERIATRÍA

(Nasher, 1914) Es una rama de la Medicina y está íntimamente relacionada con la Gerontología, se ocupa de los aspectos de salud biológica y sus cuidados, así como el estudio del proceso de envejecimiento



Licda. Rosalinda González V.  
Psicóloga general, con estudio  
en Gerontología y Psicogeriatría

de todo el organismo, patologías y su tratamiento farmacológico.

Por lo indicado anteriormente, el abordaje y tratamiento del adulto mayor, tercera edad, o personas mayores, debe ser integrado por las diferentes disciplinas especializadas para esta población, como lo son la Geriátría, Psicogeriatría, Trabajo Social, Enfermería, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Psicología Educativa. En otros países integra este grupo la Arquitectura, obligatoria la Epidemiología y otras más. La razón obedece a que cada una de estas disciplinas tiene su función específica para orientar y ayudar a la persona mayor, en sus cuidados y necesidades.

Lamentablemente, en nuestro país son pocos los centros que se ocupan de la Gerontología con unas cuantas ramas, también existen pocos profesionales especializados, y el sistema de salud no permite un tratamiento eficaz, debido a que le da más importancia a la farmacología y por ser "alto el costo de la Gerontología" "el mejor remedio no se compra en la farmacia" (Dra. Silvia Schlosman de Glück Argentina).

El envejecimiento no es un proceso de causa única, sino el resultado de una compleja asociación e interacciones y modificaciones estructurales y funcionales entre lo biológico, lo psicológico y lo socio-ambiental.

"En lo biológico se producen cambios a

escala celular, molecular, en órganos y tejidos. Ocurren cambios bioquímicos que afectan las capacidades de adaptación, recuperación y defensa del organismo.

El aspecto psicológico se caracteriza por crisis de identidad, angustia, ansiedad, depresión, pensamientos destructores, sentimiento de minusvalía y más.

En el orden Intelectual comienza a deteriorarse la atención y concentración, se inician fallos en la memoria y se dificulta o atenúa la velocidad de reacción.

En la esfera social, se producen cambios que, por lo regular, son drásticos, ocasionalmente irreversibles e incluso crueles. Entre ellos se incluye el aislamiento socio-familiar y laboral, la pérdida de roles, de solvencia económica y de poder y consecuentemente de autoestima, todo esto origina serios desórdenes en la vida del anciano" (Dr. J.C Rocabrano, 2000.)

En la práctica de la Gerontología se ha detectado con mayor incidencia el maltrato familiar, por parte de sus



**Como yo te miro  
me veía ayer;  
como tú me  
miras, te verás  
mañana...  
Anónimo**

propios hijos o personas de convivencia. Algunos ancianos son explotados y algunas ancianas han llegado a sufrir el llamado "síndrome de la abuela esclava", éste se considera un maltrato psicológico y social. Otro caso frecuente es la crítica de que ya no aportan económicamente, y ven a su anciano (a) como "un estorbo", lo aíslan y marginan, incluso es sometido a trabajos en el hogar, para "ganarse su alimento". En otro caso, sí la familia tiene alguna comodidad económica los refugian en una casa hogar, llamados antiguamente "asilo de ancianos", en donde la atención integral que requiere para su "rehabilitación" no es completa, y recibe en la mayoría de éstas, atención

médica, alimentación, alojamiento y algunas comodidades físicas.

La psicóloga Thelma Falla, afirma que si

los niños observan a sus padres tratando mal a sus abuelos, éstos repetirán el patrón de hacer al adulto mayor a un lado, "este comportamiento se debe a la pérdida de valores que se están dando en Guatemala", afirma.

No existe un sistema que eduque a la población joven respecto al proceso de envejecimiento y sus consecuencias, no se le enseña a prepararse positivamente



Fotografía Cristina Guirola - www.flickr.com/photos/falrochre

para poder solventar esta etapa que tarde o temprano le llegará, si la muerte se lo permite, debido a que existe cierto temor a una realidad, "la actitud más inmediata y simple es negar la vejez", (Thelma Falla, psicóloga, 2010).

En cuanto a la preparación profesional, el doctor Sergio Castañeda, con especialidad

en Medicina Interna y estudios en Gerontología Sanitaria Aplicada, está haciendo enlaces con la Facultad

de Medicina, de la Universidad de San Carlos de Guatemala, para que exista en nuestro país una Maestría en Gerontología y Geriátrica, a corto plazo, lo que vendría a facilitar el estudio de esta especialidad en nuestro país y evitaría acudir al extranjero como se hace actualmente. Por lo que en el futuro se contará con más profesionales especializados en esta área.

La Gerontología como ciencia es muy

extensa y maravillosa en su quehacer, por lo que se necesitaría mucho tiempo y espacio para compartirla, por lo que únicamente me concreto a dejarles pinceladas e inquietud para investigar.

Algunos consejos para la salud física y emocional del adulto mayor:

- Mantenerse activo físicamente.
- Integrarse a grupos sociales o formar su propio grupo para realizar actividades recreativas, de convivencia etc.
- Hacer ejercicios de memoria, de atención, leer en voz alta, hacer crucigramas.
- Ejercitarse en el arte, lo que posiblemente no pudo hacer antes de la Jubilación.
- Musicoterapia
- Biodanza
- Tai-Chi
- Ludoterapia
- Comer lo más sano posible
- Y sobre todo una actitud positiva, porque los pensamientos negativos corroen el espíritu. Ψ



## Cuando me volví invisible

Ya no sé en qué fecha estamos. En casa no hay calendarios y en mi memoria los hechos están hechos una maraña. Me acuerdo de aquellos calendarios grandes, bonitos, ilustrados con imágenes de los santos que colgaban en la cocina. Ya no hay nada de eso. Todas las cosas antiguas han ido desapareciendo. Y yo también me fui borrando sin que nadie se diera cuenta.

Primero me cambiaron de alcoba, pues la familia creció. Después me pasaron a otra más pequeña aún acompañada de mis bisnietas. Ahora ocupa el desván, el que esta en el patio de atrás. Prometieron cambiarle el vidrio roto de la ventana, pero se les olvidó, y todas las noches por allí se cuele un airecito helado que aumenta mis dolores reumáticos.

La otra tarde caí en cuenta que mi voz también ha desaparecido. Cuando les hablo a mis nietos o a mis hijos no me contestan. Todos hablan sin mirarme, como si yo no estuviera con ellos, escuchando atenta lo que dicen. A veces intervengo en la conversación, segura de que lo que voy a decirles no se le ha ocurrido a ninguno, y de que les va a servir de mucho mis consejos. Pero no me oyen, no me miran, no me responden.

Entonces, llena de tristeza me retiro a mi cuarto antes de terminar de tomar mi taza de café. Lo hago así, de pronto, para que comprendan que estoy enojada, para que se den cuenta de que me han ofendido y vengan a buscarme y me pidan perdón... Pero nadie viene.

El otro día les dije que cuando me muera entonces sí me iban a extrañar. Mi nieto más pequeño dijo "¿Estas vivo abuelo?". Les cayó tan en gracia, que no paraban de reír. Tres días estuve llorando en mi cuarto, hasta que una mañana entró uno de los muchachos a sacar unas llantas viejas y ni los buenos días me dio.

Fue entonces cuando me convencí de que soy invisible, me paro en medio de la sala para ver si aunque sea estorbo, me miran, pero mi hija sigue barriendo sin tocarme, los niños corren a mi alrededor, de uno a otro lado, sin tropezar conmigo.

Cuando mi yerno se enfermó, pensé tener la oportunidad de serle útil, le llevé un te especial que yo misma preparé. Se lo puse en la mesita y me senté a esperar que se lo tomara, solo que estaba viendo televisión y ni un parpadeo me indicó que se daba cuenta de mi presencia. El té poco a poco se fue enfriando... y mi corazón con él.

Un día se alborotaron los niños, y



me vinieron a decir que al día siguiente nos iríamos todos de día de campo. Me puse muy contenta. ¡Hacía tanto tiempo que no salía y menos al campo!

El sábado fui la primera en levantarme. Quise arreglar las cosas con calma. Los viejos nos tardamos mucho en hacer cualquier cosa, así que me tomé mi tiempo para no retrasarlos. Al rato entraban y salían de la casa corriendo y echaban las bolsas y juguetes al carro. Yo ya estaba lista y muy alegre, me puse en el zaguán a esperarlos. Cuando arrancaron y el auto desapareció envuelto en bullicio, comprendí que yo no estaba invitada, tal vez porque no cabía en el auto. O porque mis pasos tan lentos impedirían que

todos los demás corretearan a su gusto por el bosque. Sentí claramente cómo mi corazón se encogía, la barbilla me temblaba como cuando uno se aguanta las ganas de llorar.

Yo los entiendo, ellos sí hacen cosas importantes. Ríen, gritan, sueñan, lloran, se abrazan, se besan. Y yo, ya no sé a qué saben los besos. Antes besuqueaba a los chiquitos, era un gusto enorme el que me daba tenerlos en mis brazos, como ramitas nuevas que habían salido de este viejo tronco en que me he convertido. Sentía su piel tiernita y su respiración dulzona muy cerca de mí. La vida nueva se me metía como un soplo y hasta me daba por cantar canciones de cuna que nunca creí recordar.

Pero un día mi nieta Laura, que acababa de tener un bebé dijo que no era bueno que los ancianos besaran a los niños, por cuestiones de salud. Desde entonces ya no me acerqué más a ellos, no fuera que les pasara algo malo por mis imprudencias.

¡Tengo tanto miedo de contagiarlos!

Yo los bendigo a todos y les perdono, porque ¿qué culpa tienen ellos de que yo me haya vuelto tan inservible? Esto pasa muchas veces en nuestro medio.

¿Cuántas veces ignoro lo que dice mi

padre anciano o mi abuelo?

“¡¡¡Ya está viejo, que sabe, estos son otros tiempos!!!”

RECUERDA que ellos también fueron bebés, niños, jóvenes, adultos llenos de vida, ilusiones, fuerza... RECUERDA que sus manos, antes fuertes, te dieron el apoyo que hoy tú les niegas... que su voz firme habló por ti cuando tú no sabías decir lo que necesitabas... que sus palabras te dieron muchas veces el consuelo que hoy tú les niegas... que pusieron toda la atención a las primeras palabras que dijiste, palabras casi incomprensibles... y hoy no los escuchas porque dicen “puras tonterías”.

Los ancianos que te rodean, en la familia, trabajo o en cualquier otro lugar fueron lo que tú has sido, lo que eres... y lo que serás. ¿Por qué no recordar que la vida suele ser como un espejo...devolviéndote lo que le das? Amar, cuidar y RESPETAR a los ancianos... no hacerlos sentir invisibles, es un acto de justicia.

Han caminado mucho para llegar a donde están, han sufrido, han llorado, han perdido, han “hecho camino al andar”... no pisoteemos sus veredas, mejor aprendamos de ellas. ♡

Silvia Castillejos Peral.

[http://www.pensamientos.com.mx/ancianos\\_invisibles.htm](http://www.pensamientos.com.mx/ancianos_invisibles.htm)



## Nueva medicina germánica, el aporte del Dr. Geerd Hamer



Por Licda.  
**Ana Margarita  
Lacayo**

Se puede decir que una de las aportaciones más grandes del doctor Geerd Hamer ha sido dedicar su vida a documentar la relación directa que existe entre experiencias de vida, que generan conflicto en la persona, y enfermedad. Para él, todo conflicto, genera una respuesta de solución del mismo en el cerebro.

Con el objeto de que todos conozcamos al doctor Hamer y su obra, a continuación presento su breve biografía y los criterios relevantes a su "Ley de Hierro del Cáncer".

El doctor Ryke Geerd Hamer nació en Frisia (Alemania) en 1935, en el seno de una familia de pastores protestantes. A los 18 años, tras finalizar el bachillerato, inicia estudios de Medicina y de Teología en la Universidad de Tübingen, donde conoce a una estudiante de Medicina que acabará por convertirse en su esposa, Sigrid Oldenburg. Con 20 años aprueba el examen preliminar de Medicina y un año después contrae matrimonio en Erlangen, donde aprueba su licenciatura en Teología.

En 1959, con 24 años Ryke Geerd Hamer aprueba el examen estatal de Medicina de Marbourg. Paralelamente a sus estudios, cursó también doce semestres de la carrera de Física, aunque no llegó a efectuar el examen; es licenciado en Ciencias Médicas, en las especialidades de Psiquiatría y Pediatría.



En 1961, obtiene el grado de Doctor en Medicina y trabajó durante varios años en clínicas universitarias de Tübingen y de Heidelberg, donde ejerce también la docencia. En 1972 el Dr. Hamer se especializa en Medicina Interna, y también en compañía de su esposa, la doctora Sigrig Hamer, realiza investigaciones sobre la angiometría de los tumores cerebrales.

Ha obtenido el diploma de especialista en enfermedades internas, en el Hospital Universitario Alemán, y también el diploma de radiólogo.

El tiene además, desde siempre, un hobby singular: patentar inventos. Por ejemplo, en el marco de la cirugía plástica, el escalpelo eléctrico Hamer, que permite operar de forma atraumática, cortando casi 20 veces más finamente que un bisturí, y una sierra especial para las intervenciones óseas. Ha patentado una couchette para masaje que se adapta automáticamente al contorno del cuerpo y un aparato que permite el diagnóstico serológico transcutáneo.

El doctor Hamer recibió durante largos años el respeto y la admiración de sus colegas, y la estima de sus numerosos pacientes. Su carrera profesional e investigaciones -clásicas y ortodoxas- reforzaban día a día su posición de reputado especialista.

A las 3 de la madrugada del 18 de agosto de 1978, ante el pueblo de Cavallo (Córcega)

y en el transcurso de una fiesta celebrada en una nave, un aristócrata italiano, el príncipe Alberto de Saboya, dispara, sin motivos ni causas aparentes, contra una persona desconocida que dormía en la cubierta de un barco cercano. Esa persona era Dirk Hamer, de 19 años, uno de los hijos del doctor Hamer. Dirk fue trasladado todavía con vida a Múnich, cuatro meses después falleció, el 7 de diciembre de 1978, en Heidelberg.

La trágica muerte de su hijo unida a las dificultades de la investigación judicial que se llevó a cabo, y al desarrollo de un complicado proceso posterior, afectan profundamente a la familia Hamer. El doctor Hamer desarrolla al cabo de cuatro meses un cáncer de testículos, en tanto que su esposa recae consecutivamente en varias enfermedades cancerosas, y fallece el 12 de abril de 1985, a causa de un infarto agudo de miocardio.

A partir de la muerte de su hijo y del desarrollo de los cánceres en él y en su esposa, el doctor Hamer inicia su investigación y emite la hipótesis de que tanto su cáncer como el de su esposa pueden estar relacionados con el brutal conflicto que vivieron en el más completo aislamiento, y que él percibió como el acontecimiento más grave que le había ocurrido. Sus estudios e investigaciones lo llevaron a formular lo que él ha denominado la Ley de Hierro del Cáncer, piedra angular alrededor de la cual se

**“Si la medicina convencional tomara en cuenta al cerebro como el lugar donde se origina y se controla la enfermedad, reconocería que las dos fases (conflicto y resolución) son una sola”  
Dr. Geerd Hamer.**



articula toda la Nueva Medicina.

En octubre de 1981 presenta la tesis sobre su descubrimiento en la facultad alemana de Tübingen, y el tribunal médico le coloca ante la alternativa de abjurar de su tesis o abandonar inmediatamente su trabajo clínico en la facultad.

En mayo de 1982 la Universidad de Tübingen le devuelve sus documentos de trabajo sobre las correlaciones entre psiquismo y cáncer, sin haber efectuado ninguna verificación.

En 1986 la dirección del distrito de Coblenza establece un proceso para condenar al doctor Hamer y prohibirle el ejercicio de la profesión por, textualmente, "no querer abjurar de la Ley de Hierro del Cáncer y no asumir las tesis convencionales sobre el cáncer". Desde 1986 el doctor Hamer no puede ejercer el derecho de atender un enfermo. El veredicto queda confirmado en sesión única en 1990. Se prohíbe cualquier proceso de revisión, y se declara al doctor Hamer como no poseedor de las facultades de control de sí mismo, declarándosele incompetente para juzgar las necesidades de tratamientos contra el cáncer.

En 1986 un tribunal condena a la Universidad de Tübingen a reabrir el proceso de inhabilitación. Silencio hasta 1994. El 3 de enero de 1994, se pronuncia la ejecución del veredicto,

acontecimiento único en la historia de la universidad! Ni siquiera con un retraso de 13 años es posible que esta universidad verifique la Nueva Medicina. El 22 de abril de 1994 declara que: "No está prevista la verificación en el marco del proceso de habilitación".

El 21 de julio de 1988, el tribunal de primera instancia de Coblenza cita al doctor Hamer a comparecer ante la cámara correccional del tribunal, para someterlo al examen del profesor Horn, director del hospital psiquiátrico regional. El intento de internarlo a la fuerza en una institución psiquiátrica fracasa.

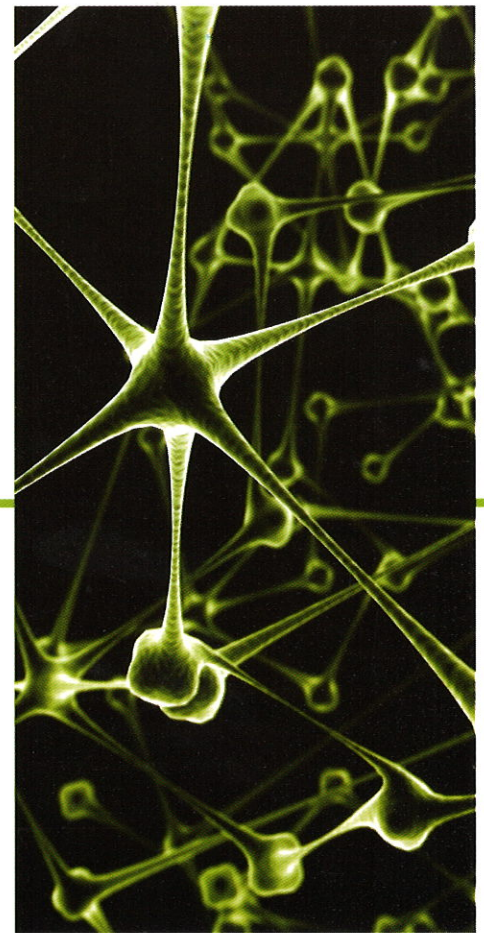
El 9 de diciembre de 1988, se realiza la verificación por la Universidad de Viena, firmada por diversos profesionales altamente renombrados.

La Ley Férrea del Cáncer

- Primer criterio
- Segundo criterio
- Tercer criterio
- Lateralidad

**Primer criterio**

Todo cáncer ó enfermedad equivalente al cáncer se origina de un DHS (Síndrome de Dirk Hamer), que es un choque serio, agudo, altamente dramático y vivido en soledad, que toma al individuo de manera completamente inesperada. El choque del conflicto ocurre simultáneamente



**Sus estudios e investigaciones llevaron a formular lo que él ha denominado la Ley de Hierro del Cáncer, piedra angular alrededor de la cual se articula toda la nueva medicina.**

## Su propuesta es un reto para la medicina tradicional y una amenaza para las grandes corporaciones farmacéuticas.

en la psique, el cerebro y en el órgano correspondiente.

### El segundo criterio

En el momento de un DHS, el (los) contenido(s) del conflicto determina(n) la localización del Foco de Hamer (HH) en el cerebro y la localización del cáncer o enfermedad equivalente al cáncer en el órgano.

### El tercer criterio

El desarrollo del conflicto determina el desarrollo exacto del Foco de Hamer (HH) en el cerebro así como el desarrollo exacto del cáncer o la enfermedad equivalente al cáncer en el órgano.

### Lateralidad

Debido a que el cerebro desempeña un papel tan decisivo en resolver cada situación, la lateralidad tiene que ser tomada en cuenta siempre. Nuestra lateralidad manual determina en qué lado del cerebro se impacta el conflicto, y qué parte del cuerpo estará afectada. Por lo tanto, en la terapia de la NMG, determinar la lateralidad del paciente es muy importante.

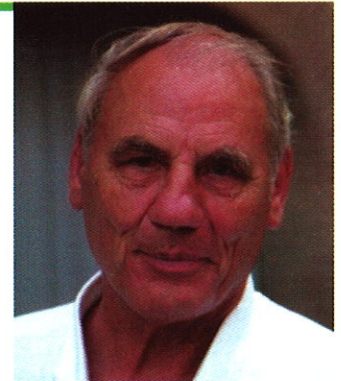
### La Ley de las dos fases de todas las enfermedades

Cada enfermedad se desarrolla en dos fases, siempre que exista solución del conflicto. Una fase es la del conflicto propiamente dicho, que se llama fase de simpaticotonía (Sistema Nervioso

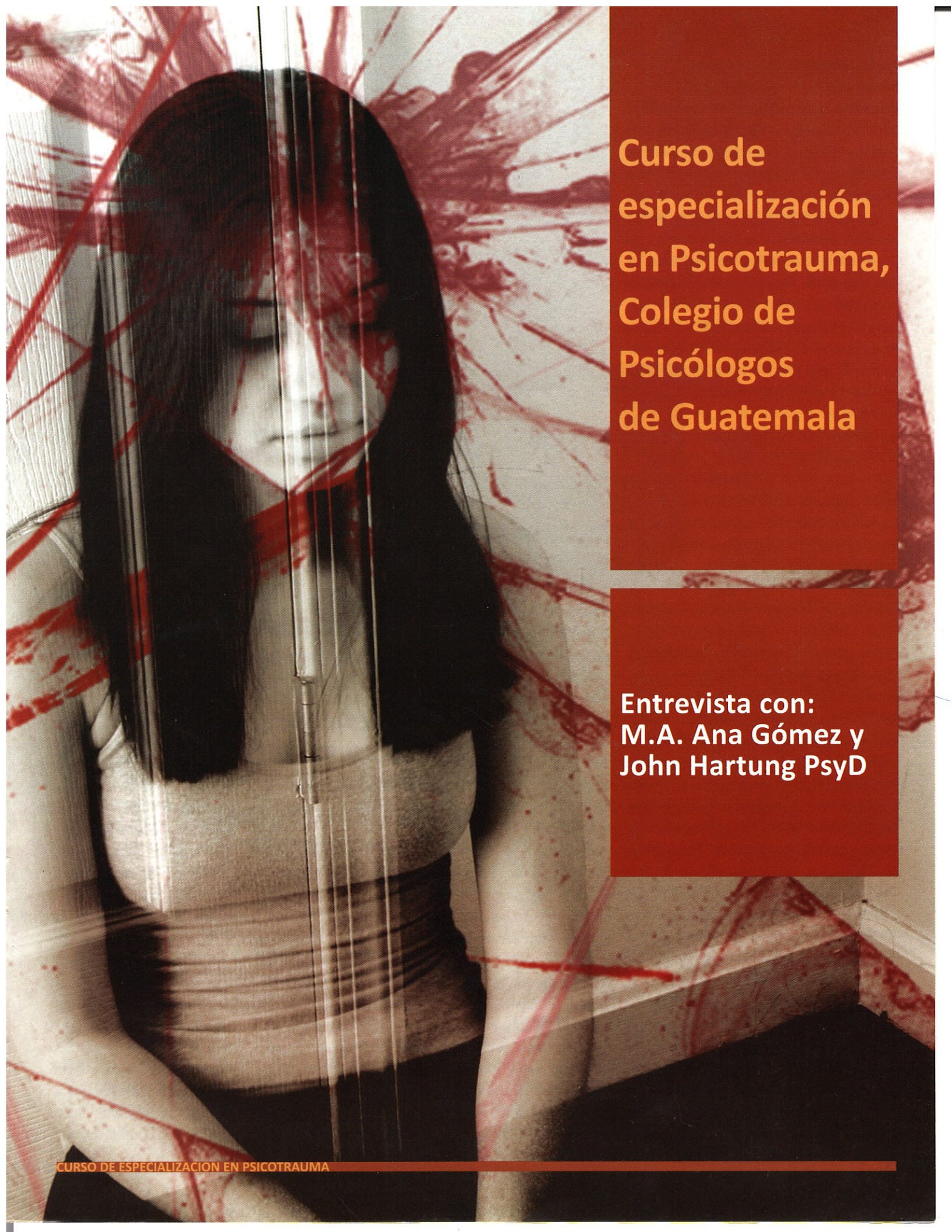
Simpático); y la fase de resolución del conflicto o etapa de vagotonía.

Debido a la propuesta anterior, se considera al doctor Hamer una personalidad controversial. Sin embargo, sus estudios en muchos aspectos condensan lo que grandes científicos han vislumbrado. Santiago María Ramón y Cajal, premio Nobel de Medicina, por sus descubrimientos de anatomía y fisiología del Sistema Nervioso, en su discurso de ingreso en la Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales, apuntaba: "La conveniencia de conocer las circunstancias anatómicas y fisiológicas que suceden en la enfermedad y no tratar de investigar sus causas últimas...en esencia... aprender sobre "cómo" nos enfermamos, para estar en disposición de ayudar en las mejores condiciones a los pacientes, a curarse de sus dolencias" (5 de Diciembre de 1897).

Actualmente el doctor Hamer sigue siendo criticado y perseguido. Su propuesta es un reto para la medicina tradicional y una amenaza para las grandes corporaciones farmacéuticas. Los invito a seguir aprendiendo.  $\Psi$



**Debido a su propuesta, algunos consideran al doctor Hamer un personaje controversial.**



**Curso de  
especialización  
en Psicotrauma,  
Colegio de  
Psicólogos  
de Guatemala**

**Entrevista con:  
M.A. Ana Gómez y  
John Hartung PsyD**

## ¿Cómo se puede definir trauma en un niño?

Hay distintas maneras de definirlo y también depende de quién lo define. Trauma tiene el aspecto subjetivo del individuo, lo que determina si una experiencia es traumática o no. Lo que es traumático para un individuo puede no serlo para otro. ¿Cómo se define una experiencia traumática? Si miramos el diccionario, la experiencia traumática es una experiencia del medioambiente que genera emociones extremas de terror, que además atenta contra la sobrevivencia del individuo y es una situación en la cual el niño o el individuo que está sufriendo el horror, no puede escapar: es una situación inexplicable.

Sin embargo muchas experiencias no necesariamente llenan este criterio, pero son consideradas subjetivamente traumáticas por el individuo, porque no todo nos genera

altos niveles de activación en el cerebro y el sistema nervioso. Se consideran experiencias negativas, experiencias traumáticas.

Otro factor es que cuando solo tomamos en cuenta trauma, podemos perder experiencias que pueden no llenar el criterio de trauma y que tienen incluso un efecto más grande que un trauma significativo. Vemos experiencias repetitivas en la vida de las que no hubo escape y que pueden no ser tan intensas. Si el niño experimenta estas experiencias repetitivas en su vínculo con el padre, por ejemplo, esas experiencias acumulativas pueden llegar a tener un efecto mucho más grande en el desarrollo del niño. Esto genera niveles repetitivos de activación negativa interna.

## ¿Cuál es, en términos generales, la neurobiología del trauma que ocurre en el organismo del niño con la experiencia traumática?

Hay muchos niveles y se dan diferentes respuestas. Cuando hay una experiencia



## Entrevista con M.A. Ana Gómez

por Lic. César López Gómez

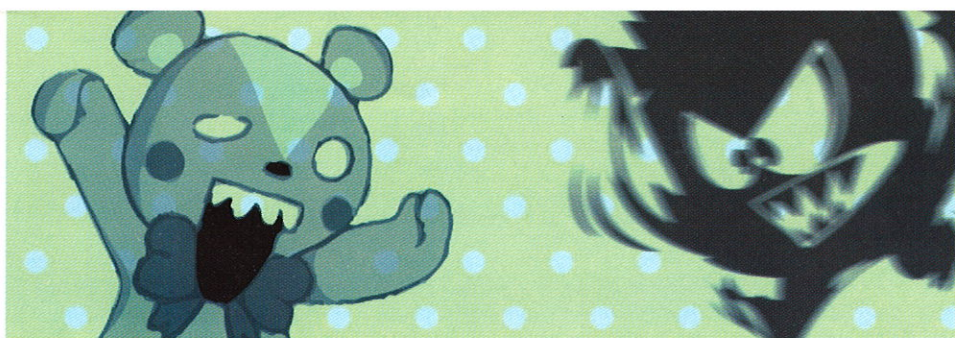
traumática, por ejemplo, en el cerebro se activan diferentes sistemas. Hablamos, por ejemplo, del eje HPA. Generalmente, cuando hay una amenaza hay una activación en la región límbica, una activación de la amígdala, que a la vez va a enviar información al hipotálamo, y éste a su vez va a activar

otras partes neurohormonales en el sistema, que terminan con la liberación de la hormona cortical. Cuando hay una experiencia traumática a veces se da una liberación masiva de la hormona cortical. Veamos lo que ocurre, por ejemplo, en el sistema autónomo, en el sistema parasimpático y simpático. Si lo miramos basados en la teoría de Porges, es más complejo. Una de las cosas que ocurren cuando hay una experiencia traumática, como Steve Porges lo ha demostrado en

su teoría Polivagal, se da en el sistema nervioso autónomo como resultado de una amenaza. Él habla de cómo tenemos una cantidad de respuestas. Nos habla del sistema simpático y parasimpático, como una jerarquía de respuestas y no como lo veíamos antes: como un sistema de respuesta que creaba aceleración y desaceleración. La propuesta es

que en esta jerarquía de respuesta, generalmente, la primera línea de respuestas es en sistema parasimpático del nervio vago central. Este sistema es el que mantiene el sistema de participación social activo, que es cuando respondemos en primera línea a un estímulo o amenaza del medioambiente. Si esta respuesta o activación del sistema parasimpático central vago fracasa, la siguiente línea de respuesta es la activación del sistema simpático que es un poco más rígido y

## La experiencia traumática es una experiencia del medioambiente, que genera emociones extremas de terror.



evolutivamente más primitivo que el sistema de participación social. Cuando ocurre esta activación simpática es cuando se da la activación de respuesta de lucha o huida. Sin embargo, si el individuo es incapaz de luchar o huir, entonces la siguiente línea de respuesta sería la activación del sistema parasimpático vagal dorsal, en la cual se activa la respuesta de rendimiento o congelamiento. Por ejemplo, un niño que está siendo abusado, apenas sus estructuras cerebrales y del sistema nervioso se está desarrollando, es un niño que todavía su sistema de participación social está en desarrollo.

Los niños, en general, tienen menos poder y menos control sobre su medioambiente. Generalmente el que empieza es el sistema de participación social:

no va a negociar con su padre, no le va a pedir que no lo abuse y no le pegue. El niño entra en activación simpática y la respuesta de huida y lucha se activa pero el niño o infante generalmente no puede escapar, no puede huir ni luchar y entonces se desencadena la respuesta que es la de congelamiento. Esta es la que más frecuentemente vemos en el trabajo infantil y está asociada con el desarrollo de trastornos disociativos por empezar a usar la disociación como un mecanismo de enfrentamiento.

#### **Orgánicamente ¿qué conforma el sistema de participación social?**

Es el sistema parasimpático vagal ventral, que tiene terminaciones en el tallo cerebral. Tiene terminaciones en el tallo,

lo que llamaba Paul McLean, el cerebro reptiliano.

#### **Mencionaste que se da una liberación masiva de cortisol, ¿cuáles son los efectos conductuales?**

Cuando se libera el cortisol se determina la respuesta de huida y lucha. El organismo lo metaboliza. Ahora se ve el efecto que tiene el cortisol liberado masivamente en el sistema inmunológico, las personas que han sufrido trauma crónico o trauma a nivel temprano, tienen mucha más predisposición a tener problemas somáticos.

#### **¿Existe una etapa crítica en la vida de los niños en la que los eventos puedan ser más dramáticos?**

La infancia de por sí es una etapa crítica, pero cuando pensamos en el primer año de edad,

incluso los primeros tres años, el cerebro se desarrolla en el 90%, en estos años hay un desarrollo supremamente rápido. Las experiencias que están ocurriendo en esa etapa tienen un efecto importante en el desarrollo del cerebro. En el desarrollo del todo el sistema de regulación del niño,

estas experiencias tempranas tienen un efecto grandísimo, por eso cuando vemos el trauma severo a nivel temprano hay una

secuela mucho más severa. Si un niño tiene experiencias apropiadas durante los tres primeros años de edad, su vínculo es seguro con los padres y si después hay un evento traumático, es un niño que ha

desarrollado la base para la regulación a través del vínculo que ha adquirido con sus padres; su sistema está mucho más preparado para poder soportar un trauma. Dentro de la terapia de resiliencia, éste es uno de los factores para desarrollar esta capacidad, haber tenido estas buenas experiencias a nivel temprano.

#### **En tu experiencia ¿cuáles son los eventos que más perturban o que son más traumáticos para la psique del niño?**

Definitivamente, del abuso que es infligido por el cuidador, porque la sobrevivencia del niño depende del cuidador. Tenemos el sistema de sobrevivencia y el sistema de apego, estamos biológicamente cableados para apegarnos. El ser humano necesita el apego, es una necesidad de sobrevivencia. Por un lado, el sistema de apego necesita desarrollar un vínculo hacia los padres para sobrevivir. Pero el niño cuya sobrevivencia está a cargo de una persona que está ocasionando daño, crea un alto nivel de alto desorganización en el sistema nervioso. El abuso infligido por una persona que no es de su sistema primario de cuidado tiene un efecto grave en el desarrollo. Pero cuando es cualquiera de los padres, el efecto es mucho más dañino en la vida de cualquier ser humano. La capacidad de desarrollar regulación, la capacidad del sistema de organizarse depende del vínculo que desarrolla con otro yo, con otro cerebro.

Shore habla de interacciones del hemisferio derecho del padre con el hemisferio derecho del niño, y cómo estas conexiones van a afectar la organización

de ese sistema, que es del niño. Si es el padre el que está causando el daño, la desorganización es muchísimo más grande.

Lo que ocurre es que el padre crea un apego desorganizado, con sus mismos comportamientos que son desorganizadores para el niño, y desencadenan en este la desactivación

## **Cualquier daño provocado por un padre o cuidador primario tiene un efecto mayor que si lo hace otro ser humano.**

## **"El ser humano necesita el apego, es una necesidad de sobrevivencia"**

simpática, la respuesta de lucha y huida. Como el bebé no puede escapar, se rinde y allí desarrolla una respuesta de disociación.

El trauma ocurre allí, no hay recuerdo del evento, sí hay reacción al estímulo presente basado en esas redes neuronales que contienen esa información. Por ejemplo, el niño que pasó por muchas cirugías en los primeros meses de vida, experimentó dolor intenso y después desarrolló ciertos problemas de comportamiento o problemas de tipo emocional. Los niños sólo generan todo tipo de reacciones, no recuerdan la experiencia traumática. Las reacciones a nivel emocional y somático

son la respuesta a exponerse a un estímulo reminisciente que conecta la memoria, no la recuerdan explícitamente, sólo a nivel subliminal, debajo de la conciencia presente. Cuando esto sucede, la persona no es consciente de que está recordando un evento de su pasado. Esta memoria de la

que hablamos no ha tenido intervención del hipocampo, no ha sido integrada ni localizada en tiempo y espacio. Ocurre que todas las memorias han sido guardadas pero a nivel implícito.

**Según tu criterio, ¿podríamos decir que hay más vulnerabilidad en los niños o en las niñas a tener secuelas traumáticas?**

Depende de tantas circunstancias culturales, en ciertas ocasiones, según la cultura, las niñas pueden ser más vulnerables.

**¿Cuáles son las características que observaríamos en un niño traumatizado?**

El rango de características es muy amplio. Podemos ver niños que muestran síntomas asociados a la hiperactivación, como ansiedad, miedos o pesadillas. Si miramos



únicamente los síntomas del trastorno de estrés postraumático nos encontramos con síntomas muy específicos descritos en el DSM IV. Sin embargo, cuando miramos el trauma desde una perspectiva más amplia, vemos que el legado de las secuelas del trauma puede ser muchísimo más grande y se extiende a muchos otros trastornos, como depresión, problemas de

comportamiento, conductas de oposición, niños por ejemplo que son diagnosticados con déficit de atención, etc. Puede ser que el niño sea diagnosticado con TEPT, pero es necesario estudiar y

explorar las secuelas del trauma infantil que se extienden en un espectro muy amplio de la hiperactivación. Es necesario ver detrás del diagnóstico en un niño, para ver si existe un trauma que no haya sido resuelto.

**En el caso de los niños que muestran remordimiento, ¿podemos hablar de un trauma no resuelto?**

La empatía se desarrolla en la relación con los cuidadores. Es a través de los vínculos con los cuidadores primarios que el niño aprende sobre empatía. Cuando la relación es contingente, cuando se da la alineación con los estados internos del niño y entonces sus necesidades son satisfechas, todo lo anterior hace que el niño se sienta "sentido". Daniel Siegel nos dice que el niño empieza, con esto, a crear un mundo coherente y coercitivo,

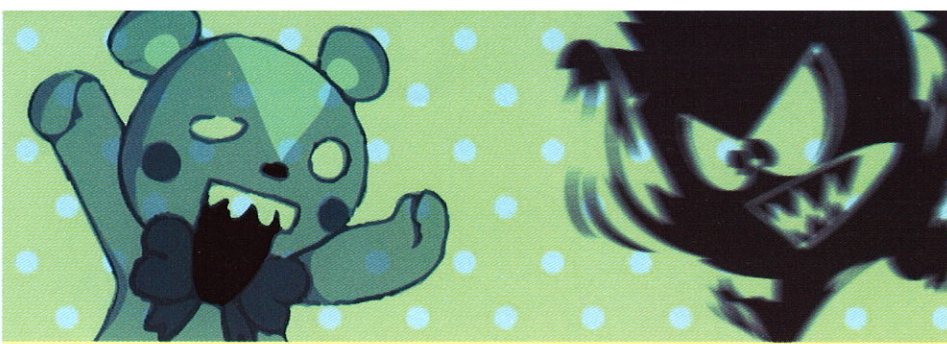
que empieza a organizar el sistema como resultado de las interacciones didácticas contingentes y reguladoras entre el padre y el niño o la madre y/o cuidador primario. Esto hace que el niño desarrolle la capacidad de alinearse con otros más adelante, de ser compasivo y empático. Cuando esto no ha ocurrido, nuestra capacidad de experimentar empatía se ve comprometida.

**¿Entonces tenemos un círculo vicioso: padres que no fueron adecuadamente vinculados están criando niños también con esta carencia?**

Hablamos de la transmisión intergeneracional con estos patrones de apego. El predictor número uno de que un niño genere un tipo de apego inseguro es el tipo de apego que el padre tiene en el momento de convertirse en padre o madre. El trauma que está resuelto es un predictor también. Si el padre no ha creado la memoria narrativa que le permite entender, entonces el padre está todavía en un estado interno de fragmentación.

**¿Crees que existen algunas culturas, que por las prácticas que realizan, como los rituales de iniciación o exposición a las niñas, sean culturas traumatizantes?**

En mi opinión basada en mi experiencia, he visto casos de niñas que han sido muy dañadas por las conductas de infidelidad del padre. Podríamos decir que culturalmente vemos cosas que aceptamos como normales, pero cuando vemos a los niños entendemos que hay patrones culturales que los dañan. También creo que hay creencias religiosas que mantienen el sistema o mantienen al individuo sin poder escapar, y esto lo hace pensar en la posibilidad de recibir un grave castigo. El abuso espiritual puede causar también

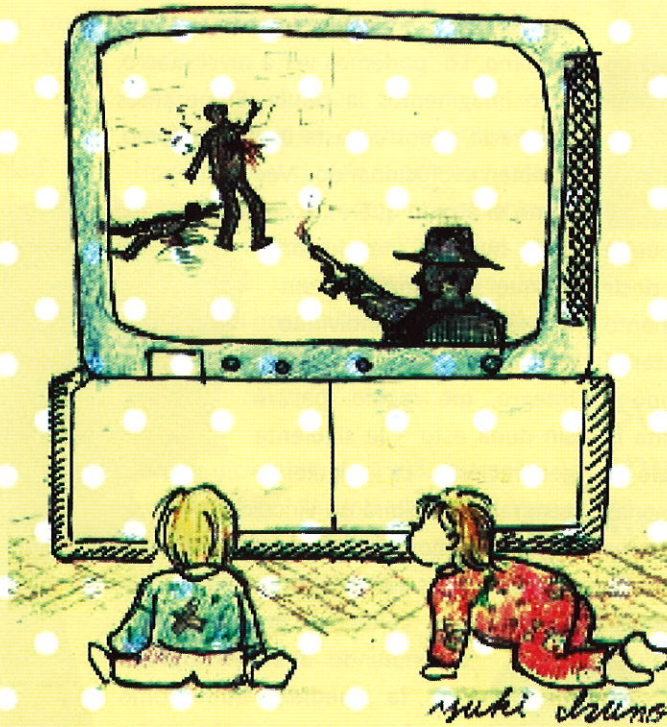


mucho daño. Este abuso es mucho más difícil de curar, por las implicaciones que conlleva en la filosofía más profunda, en la vida de la persona. Si, por ejemplo, creo en un Dios que me abusa, que me castiga, esto me daña terriblemente. Porque, en la mente del niño, de Dios no puedo escapar. De mi padre me podré poner a salvo huyendo, pero de lo que pienso y creo, no. La fórmula está relacionada con el vínculo que generó mi modelo mental sobre Dios. Si me enojo con Él, si me opongo y luego me pasa algo, la cognición de inmediato suele ser "soy malo y por eso me castigan". Trabajar con estos modelos mentales es muy difícil, es un daño al yo profundo y puede hacer surgir la duda existencial: "¿Si soy malo para Dios, para quién puedo ser bueno?"

**¿Puede la programación de la TV y el material que se publica en diarios de violencia causar trauma vicario?**

Quando hablamos de desregulación en padres a nivel vicario podemos seguir a nivel macro, y vemos desregulación en el sistema educativo y en el sistema de salud mental. Es un reflejo a nivel macro de lo que pasa a nivel micro de la desregulación del yo. Con toda esta información, el niño es testigo de que otra persona está siendo abusada y a veces provoca mayor daño, porque no puede hacer nada, no puede ayudar, puede también reforzar su impotencia. Si el niño ha sufrido trauma y está expuesto a toda esta información, continúa reforzando todos los modelos mentales que se le están creando.

Los padres tienen la responsabilidad de graduar la exposición a los hechos dolorosos y traumáticos de la vida, los medios de comunicación no lo mediarán. Un niño que constantemente sufre negligencia en estados de hipoactivación y necesita regular su estado interno o estimularse, un día encuentra el sexo, una fotografía pornográfica, por ejemplo, le gusta y esto activa su sistema, entonces le gustará más y más. La pornografía y



la masturbación se convierten en una forma de regulación de un estado de hipoactivación. Así un niño que padece distimia, que está apagado, si eso internamente lo activa, le servirá. Existen niños que tienen un afecto hipoactivo y recurren a prácticas ilegales como un recurso para activarse, para lograr la autorregulación. Por ejemplo, los niños que roban.

**¿Es decir que podría convertirse en una forma de sobrevivir?**

Por supuesto. Yo hago que los niños empiecen a mirar esto como lo ayuda para sobrevivir, aunque haya sido autodestructivo. La cuestión es ayudarlo a ya no sobrevivir, sino a ver de qué manera vive.

Pensaba en el abuso cultural en cuanto al machismo, por ejemplo. En nuestras sociedades latinas también hay un abuso cultural, pero en las culturas anglosajonas y europeas el abuso puede ser más claro en cuanto al tema del sexo y la violencia. Entonces vemos que el medioambiente contribuye con elementos que dan autorregulación de esta forma.

Es como se le da forma al sistema del niño y es todo de la misma manera, a nivel micro y macro. Sus padres y sus maestros tienen una influencia grande. Vemos niños que son hipersexualizados y debido a eso encuentran en la cultura una forma de autorregulación.

**Quando ya sabemos que ha ocurrido un hecho traumático, ¿qué es lo más aconsejable de hacer de inmediato, cuáles son los primeros auxilios?**

Lo primero y básico es establecer el sentido de seguridad. Si no se restablece ese sentido ningún tratamiento va a funcionar, porque el niño está en un estado de alarma constante, en un estado interno de activación, entonces, es necesario dar la seguridad en

el aquí y ahora. Seguridad que los padres pueden propiciar, por eso es necesario hacer el trabajo con ellos. Pero esto no sucede con muchos niños que siguen pasando por hechos traumáticos, como la violencia intrafamiliar. El tratamiento es restaurar lo que está pasando ahora y crear un sentido de seguridad en el aquí y el ahora, con los padres, los cuidadores, en la escuela. Luego, se puede empezar a organizar otro elemento para el tratamiento, como desarrollar los recursos

internos, incrementar la capacidad el niño de utilizar recursos internos y externos, pero la seguridad es indispensable. Esa es la red que va a sostener al niño durante todo el tratamiento.

**Para terminar, nos gustaría que nos hables un poco sobre trauma complejo.**

El trauma complejo es básicamente todo lo que hemos hablado hasta acá, porque es lo que se da dentro del sistema de cuidados. Es complejo porque es inflingido por las personas de quien depende la sobrevivencia de los niños, y más duramente si esto ocurre a nivel temprano de la vida.

**¿Qué pasa cuando los abuelos son los cuidadores y los padres abusan? ¿Causa desorganización en los niños?**

Lo que pasa es que el niño puede desarrollar un apego distinto con cada cuidador. El niño puede desarrollar apego seguro con el padre, y con la madre apego ambivalente desorganizado. Si tiene otras personas con las que puede generar otro apego, quizá debamos decir que "apapachar" no necesariamente que es seguro, porque pueden abrazar al niño 50,000 mil veces, pero no cuando él quiere, puede ser que sea la abuelita la que lo necesite. Pero cuando el abuelo da el apego seguro y son varias las personas que dan esto mismo al niño, entonces es muy bueno. Entre más opciones de personas predecibles en el afecto, mayor es la capacidad resiliente.

**Al hacer esta revisión pareciera desolador el futuro, porque vemos a tantos padres con pocos recursos internos, desregulados, creando vínculos inseguros con sus hijos. ¿Qué piensas sobre eso?**

Al contrario yo veo esto como un mensaje de esperanza, que hemos evolucionado desde el hombre primitivo hasta este punto en donde desarrollamos este nivel más consciente de nuestra situación y naturaleza humana. Esta es una información fascinante, maravillosa,



que nosotros como profesionales de la salud mental podemos empezar a pasar a otros colegas, a los maestros. Los maestros y los padres necesitan ser educados en esto. Cuando esta información se empieza a transmitir a medida que cada persona la comprende y empieza a hacer su trabajo, empiezan también a integrarse interiormente y a otras generaciones le llegan cosas diferentes.

Para mí es un mensaje de esperanza: pienso que son muchas las cosas que contribuyen a la evolución del ser humano. Lo podemos ver a nivel macro, pero imaginemos la célula. Empezamos a ir hacia adentro hasta llegar al átomo, también evolucionando. Veo el apego como el átomo que es el centro de nuestra evolución, porque la medida en que yo como individuo crezco, evoluciono, me integro, me regulo, pasaré sin duda esto a la siguiente generación. La siguiente generación recibirá un vínculo seguro. Somos responsables todos porque somos parte de un sistema, el cambio comienza personalmente, aprendiendo a autorregularse.

En la medida que como profesional lo hago, la terapia que ofreceré será diferente, ya que me vincularé con los pacientes de manera

diferente. Los psicólogos necesitamos aprender a buscar nuestro propio proceso de psicoterapia, que nos ayude con nuestra propia autorregulación.  $\Psi$





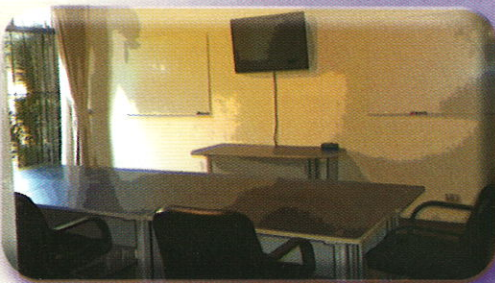
# Psicodínicas

PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

Teléfonos: 2369.2414 • 2365.6991

Dirección: 28 avenida 5-56 zona 15, San Lazaro, Ciudad Guatemala.

info@psicoclinicas • www.psicoclinicas.com  / PSICOCLINICAS



## Instituto de Terapia Familiar Sistémica (ITFAS)

- Atención Psicológica
- Supervisión de casos
- Investigación
- Formación

Próximo año:

**ENTRENAMIENTO EN ABORDAJE FAMILIAR SISTÉMICO (sábado)**

**ENTRENAMIENTO EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA (viernes)**

Inicio: Febrero 2011

Última fecha para inscribirse: 15 de Enero de 2011

Interesados solicitar información y ficha de inscripción a:


itfas.guatemala@gmail.com

centro\_terapia\_familiar@yahoo.com

Teléfonos: 5003-3671 / 5501-3047



## CONSULTORIA, ASESORÍA Y AUDITORÍA

 **Yahve Melek**  
Dios Reina

### Auditoría

- De estados Financieros
- Operacional
- Administrativa
- Fideicomisos
- Forense
- Fiscal

### Asesoría

- Rescate de empresas
- Reestructurar empresas
- Eficientar Empresas
- Reducción de Costos
- Mejoras de Procesos
- Inversiones Seguras
- Cartera Crediticia Sana
- Gestión Financiera

### Consultoría

- Nuevas Empresas
- Proyectos Productivos
- Bancos comunales
- Crear Fideicomisos
- Evaluar Proyectos
- Administración de Proyectos

### Contabilidad

- Comercial
- Costos
- Industrial
- Agrícola
- ONG's
- Educativa
- Asociaciones
- Defensa Fiscal
- Reestructuración Contable

Consúltenos para tener la oportunidad de servirles somos responsables, confiables y con valores éticos

Teléfonos:

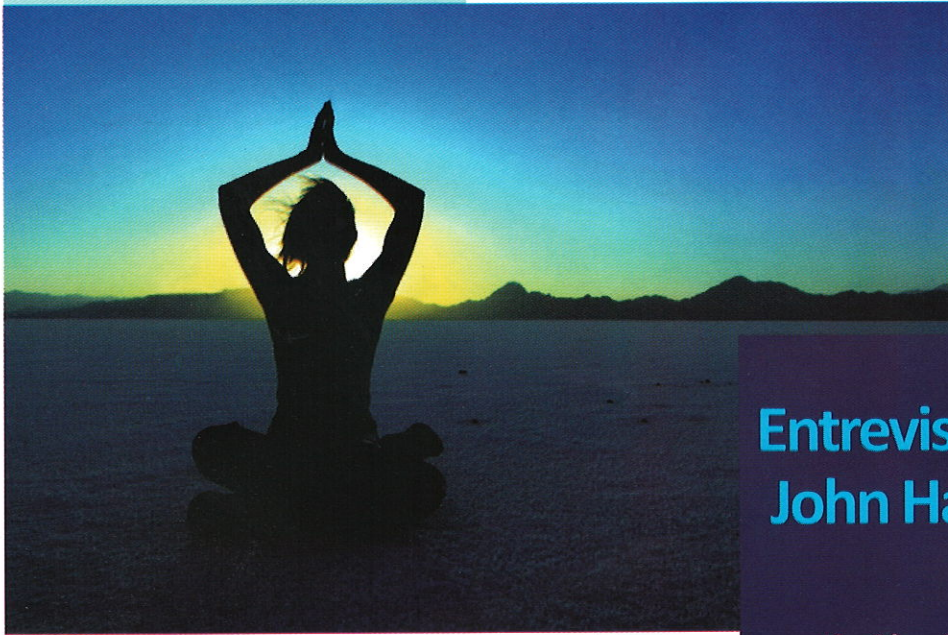
**2220-8161**

**2220-8160**

Avenida Elena "C" 16-37 Zona 1  
arguetacalderon12@yahoo.com  
www.grupoabsoluta.com

www.grupoabsoluta.com

Lic. Julio Daniel Argueta Calderón  
Cel.: 5206-6256



## Entrevista con John Hartung PsyD

por Lic. César López Gómez

Tenemos que pensar en cuál puede ser la parte energética que explique “el porqué” hay una perturbación a nivel neurofisiológico.

Se supone que hay un estado de alerta en la amígdala, que por algún motivo no se transfiere al hipocampo y no entra a la memoria narrativa. Ya sabemos que hay algo energético que se ha descubierto, que es la onda cerebral delta, theta u otra frecuencia.

Ahora ya estamos hablando de energía, porque estamos hablando de ondas que se miden en el cerebro. Esa es la primera respuesta energética. Hay ondas cerebrales que se siguen utilizando, que deberían terminar o parar. Por algún motivo no paran, no terminan. Entonces, energéticamente hay ondas cerebrales sobreactivadas o compulsivas que no se detienen. Esa es la primera respuesta.

En este módulo de Psicotrauma estamos aprendiendo cómo las terapias psicoenergéticas son realmente impresionantes en el tratamiento. Antes de ahondar en el tema, nos gustaría que explicaras lo siguiente:

**¿Cómo podríamos ver los psicólogos clínicos qué sucede a nivel energético con una persona que sobrevive a un trauma?**

Empezamos con lo más elemental que son los síntomas: la persona está en un estado de alerta y muestra conducta de evitación. Por ejemplo, evita el lugar donde ocurrió el trauma. En la conducta

se pueden observar algunas respuestas.

Generalmente, empezamos con lo más obvio y después vamos a la parte que apoya o mantiene esa conducta que está a nivel emocional y sentimental. Aquí podemos ver cambios

en la sangre, en lo bioquímico, que se pueden interpretar como ansiedad o rabia, por ejemplo.

La energía es lo más fundamental, entonces después nos preguntamos si hay alguna parte neurofisiológica que esté sosteniendo la conducta. ¿Qué es lo que está sustentando la parte fisiológica? Aquí hablamos más a nivel celular, más a nivel energético. Para hablar de la energía tenemos primero que estar seguros de que hay algo más obvio, que se supone está mantenido por lo energético.

Si no hay nada en la conducta no vamos a responder a la pregunta todavía. Pero si

**No se puede hablar de energía sin hablar de todo lo demás: la energía aislada del resto no tiene sentido.**

hay conductas y hay algo neurofisiológico, entonces podemos pensar ¿Cuál puede ser la parte energética que también está implicada?

Ahora sí voy a responder a tu pregunta: Estamos hablando de un estado de alerta que ya no es apropiado.

Esa onda es un tipo de energía que se mide con aparatos comunes. ¿Por qué es energía? Porque se sabe que tiene su forma de onda. Pero también se sabe que cada onda puede convertirse en una sustancia material, es decir que a veces es una onda, a veces es una sustancia material. Se está modificando constantemente. Ahora podemos entrar al próximo nivel de respuesta que es, ¿cómo podemos hablar de energía, si a veces no es energía, sino algo material? Entonces, para hablar de energía, no podemos hablar simplemente de energía en forma de ondas, porque sabemos que se están modificando todo el tiempo, es ondulante.

Surge la pregunta ¿es una onda o es una sustancia material? Son las dos cosas. Estamos hablando de lo sutil: ondas, y también de algo tangible: lo denso. Podemos, entonces, hablar de ambas pero solamente en teoría, ya que sabemos que en la realidad se modifica continuamente.

Einstein habló de paquetes de energía. Nos podemos preguntar: ¿es un paquete

de energía o es una onda? Es las dos cosas. Nos encontramos con algo muy interesante: energía, paquetes de energía, ondas, materia, mente, cuerpo; es decir, no podemos hablar de energía sin hablar de resto, porque no hay diferencias. Las diferencias son solamente semánticas. En realidad, todo lo que da energía tiene que existir a nivel químico, biológico, bioprotónico, conductual y observable, por lo que la respuesta a tu pregunta incluye todo.

Si hablamos solo de ondas estamos hablando simplemente de un aspecto de la respuesta, porque la onda no existe sin todo el resto.

Para la psicología contemporánea y académica puede resultar muy difícil toda esta explicación actual del trauma y el tratamiento desde el punto de vista energético. Aunque ya hay mucha validez científica, es información que aún no llega a nuestros currículos académicos. Podría de inmediato irse la academia a pensar que son temas "New Age", porque efectivamente empieza a hablarse en este movimiento de todo esto intangible, pero que se puede sentir y funciona.

### ¿Cómo crees que la Psicología se favorece de esto?

Es importante tratar de responder creando un contexto holístico. Si hablamos solo de energía, la gente puede confundirse y pensar que estamos hablando de una energía aislada del resto de la persona. Eso es imposible, pero da la pauta para que la gente nos critique diciendo que estamos hablando de algo que no tiene que ver con lo que hacen o tal vez que no existe. Sin embargo, la energía no existe separada de las creencias, de los neurotransmisores, de la conducta, de sentimientos, emociones y todo el resto que es más obvio. Estamos

hablando simplemente de cómo entrar por otras ventanas al mismo lugar. No estamos en contra de lo que hacen los terapeutas cognitivos y también usamos las palabras. Por ejemplo, en el curso de hoy estábamos hablando de energía: Le pedí a la alumna mientras trabajaba que dijera: "pido perdón". Esas son palabras. Generalmente diríamos que tiene que ver con terapia cognitiva, donde se usan palabras. Se parece a lo que hacen los terapeutas cognitivos, no hay diferencias, no hay conflicto. Cuando hablamos de energía, no hablamos de algo inventado, no se puede hablar de energía sin hablar de todo lo demás: la energía aislada del resto no tiene sentido.

Nos referimos a la persona en forma holística y siempre tenemos que insistir en que la energía que estamos observando no se puede tratar separada de lo que hacen todos los demás terapeutas, sin importar su enfoque. Lo que lo que nos interesa

más es medir el impacto, la eficiencia y la estabilidad de lo que hacemos, para ver cuál sería el mejor camino en un caso con determinada persona. No nos interesa dar la impresión de que lo que hacemos es esotérico o es diferente: todo es la misma realidad. En conclusión, a una persona con una orientación cognitiva la voy a invitar a considerar lo que yo hago, a que trate de verlo con mente abierta, con escepticismo pero curiosidad. Le puedo pedir que trate de no imponer sus reglas, simplemente observar lo que hay como buen científico. Dejar que aparezca lo que hay. No voy a criticar lo que hace esa persona y espero que esa persona también considere lo que hago yo en forma abierta, nada más. No estamos en conflicto ni en competencia.

Tampoco estamos en el mismo camino, estamos en caminos diferentes. El cerebro fue fabricado en forma de redundancia: hay tantas formas de hacer la misma cosa con varias partes del cerebro. Por ejemplo, si el área de Broca se daña podemos usar otra parte del cerebro para crear el área de Broca, porque hay tantas posibilidades dentro del mismo cerebro. Estamos hablando de lo mismo aquí. Hay tantos caminos para llegar al mismo punto: por medio de energía, de cogniciones, de interpretaciones, de danza, de teatro, de inyecciones. Todos son caminos paralelos. Es muy importante hablar de lo que nos une y no de lo que nos separa.

## El cerebro fue fabricado en forma de redundancia: hay tantas formas de hacer la misma cosa con varias partes del cerebro.



de acción. Se trata de una forma de conductismo que explica el desarrollo de ansiedad. Ninguna otra terapia ha identificado el mecanismo de acción. Es decir que, con excepción de esa terapia, no sabemos por qué funcionan.

Como no sabemos el porqué, es necesario empezar con la pregunta ¿funciona o no? Nos vemos obligados a estudiar más. **Por ejemplo, si hay muchas terapias tradicionales, métodos de sanación, intervenciones o ritos que no se han estudiado, empezamos con esa primera pregunta: ¿funciona o no?**

Yo creo que hay que estudiar más la causa-efecto de muchas terapias. Hay muchos psicólogos que hacen cosas que deben producir efectos pero no se han estudiado todavía. Existen, aproximadamente, tres mil tipos de terapia que no se han estudiado por suficiente tiempo. Tenemos mucho que hacer todavía.

Solo después de responder a la primera pregunta ¿funciona o no?, podemos preguntar ¿por qué?, es decir, investigar el mecanismo de acción.

Hablando de terapias de energía, hay muchas que no funcionan. Por otro lado, algunas parecen funcionar, aunque hay pocas que se han investigado. Por ejemplo, la terapia de energía TFT, ¿funciona o no? Es una pregunta empírica. Hay un estudio de una hora donde se trataron personas con fobia social con esta terapia, pero apenas hemos empezado a estudiar TFT. Todavía no sabemos si funciona, si funciona bien, o si es solamente bajo

ciertas condiciones. Por eso no podemos preguntar ¿y por qué funciona?

Generalmente, los terapeutas que usan psicoterapias como TAPAS o TAT no se interesan en explicarlo porque creen en el tratamiento o porque tienen casos que han mejorado, sin darse cuenta de que todos los demás mejoraron también sin esta terapia.

Tenemos una combinación entre la eficacia y el mecanismo. El impacto de placebo, que es muy importante: el placebo es eficacia que no se explica todavía. Sin embargo, es sumamente importante, al igual que la sanación natural. ¿Cómo funciona una persona sin necesitar psicoterapia? ¿Cómo es que uno sana simplemente por el deseo de sanarse? ¿Cómo es que uno se sana simplemente porque pasa el tiempo? Son preguntas que no hemos investigado, estamos muy primitivos en toda esta cuestión. Sabemos muy poco de lo que hay, por eso cuando se habla de terapias justificadas empíricamente, no estamos en ese nivel todavía. Hablamos de una eficacia muy pobre: 50%, el poder de placebo o un tamaño de efecto muy bajo, de 0.8. Si el tratamiento produce un beneficio tan humilde, tan mediocre, me da mucha ansiedad. Estamos buscando sanación al 100% y si no llegamos por lo menos a 95%, es mejor ni siquiera hablar. El problema es que hay gente todavía hablando de un tamaño de efecto de 0.8 como si fuera suficiente. El estudio que mencioné antes tuvo un efecto de 1.5 después de una hora. Pero 1.5 no es suficiente.

En Norteamérica se habla un tamaño de efecto 3, no de 2, no de 1.5, y obviamente no de 0.8. No obstante, hay muchos

terapeutas contentos con un cambio mínimo. Un terapeuta contento no se

expone a conocer nuevas terapias. Por eso es necesario hacer ciencia.

## Lo mejor para los terapeutas conductistas y cognitivos es buscar otros mecanismos, ya que la ciencia no los apoya.

Es importante entonces demostrar que debo demostrarlo de forma sustentada. Otros profesionales de la salud nos han indicado que lo importante al día de hoy es la integración del tratamiento y no que el paciente se adapte al

tratamiento que yo uso como terapeuta. Se trata de adecuar los tratamientos al paciente, porque puede ser que lo que funciona para una persona no funciona para otra.

### ¿Cuáles son las terapias que mejores resultados te han dado en tu experiencia como terapeuta?

Esto depende de la persona. Pero para darte una respuesta, como promedio, te diría que Tapas TAT, porque es fácil de aprender, de enseñar y puede aplicarse en cualquier momento. El problema es que no se ha estudiado y es posible que estemos aplicando Tapas con ciertos problemas, sin ser una terapia óptima. Es posible que sea la terapia óptima para algunas personas. Sin embargo, tú estás hablando nada más de cómo centrarnos en el cliente, cómo responder a la necesidad del cliente sin no imponer nada. No estamos hablando de imponer la idea de que hay que hacer 24 movimientos con cada persona, por ejemplo, enseñar a cada cliente a pensar mejor, tocar a cada persona en los puntos meridianos. Debemos tener herramientas para responder a las necesidades de esa persona bajo esas condiciones, con esos síntomas. Si no funciona, debemos tener más opciones.

**¿Qué otras terapias tenemos como buenas opciones?** Terapia cognitiva, EMDR, psicoanálisis, medicamento, ejercicio, Yoga, teatro, danza, etc. No voy a usar todo con la persona. Por ejemplo, tengo un cliente ahora, víctima de Ku Klux Klan, que está respondiendo muy despacio. Por eso lo refiero a mis colegas que usan aparatos:

lo que estamos haciendo es una gran cantidad de terapias y todavía no he encontrado la mejor herramienta. Sí va mejorando, pero despacio, sigo buscando porque mis estándares son muy altos. Quiero que esta persona duerma mejor y se proteja en la vida cotidiana donde hay muchos estresores, cosas que todavía no las puede hacer. No estoy contento con los resultados. Este es el único cliente que me queda aún sin responder y por eso es el cliente que me preocupa ahora. Todavía no he encontrado la ventana óptima para esta persona, ni la herramienta. Estoy usando todo lo que conozco, mi cliente ha recibido tratamiento de dos personas más que trabajan en forma muy esotérica: una de ellas maneja el campo bioenergético y la otra habla con los ángeles.

**Aquí en Guatemala no hay mucha información sobre todas estas terapias y de todo este campo de energía sutil. ¿Podrías recomendar bibliografía o lugares donde la gente pueda informarse más?**

Primero te puedo recomendar el artículo escrito por James Lanes. Si este artículo causa curiosidad de saber más, hay muchísima información. En este caso hay varios artículos míos que acabamos de escribir sobre TFT. Luego se pueden buscar los libros de Sheldon, de Pope o de Oshman. Esta es gente que ha investigado todo esto a nivel cuántico, pero es posible que la gente que ha estudiado Psicología

no entienda lo cuántico. No van a comprender tal vez una explicación sobre el salto cuántico. Por eso recomiendo empezar con artículos e ir avanzando según el propio nivel de interés y apertura.

**Además de investigar, ¿qué podemos hacer los psicólogos a nivel personal, como prácticas personales?**

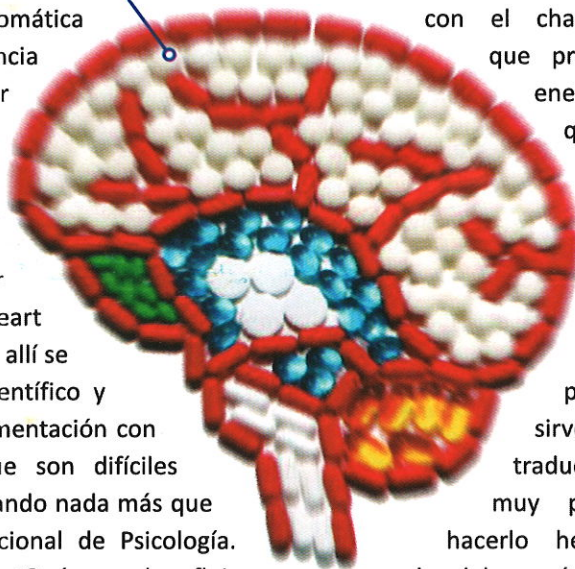
Lo que hacemos nosotros es empezar con pasos pequeños hasta llegar a terapias innovadoras. Durante este curso de Psicotrauma, aprendimos respiración, Tapas o TAT, terapia con meridianos, experiencia somática y coherencia cardíaca. Dar un paso más grande sería estudiar coherencia cardíaca por medio de "Heart Math", porque allí se combina lo científico y la bio-retroalimentación con respuestas que son difíciles de explicar usando nada más que la parte tradicional de Psicología.

Por ejemplo: ¿Qué es el reflejo respiratorio?, ¿cómo es que funciona el corazón?, ¿cómo es que la respiración puede manejar y determinar el latido del corazón?, ¿cómo podemos medirlo? Esto nos lleva al campo energético ¿cómo es posible?, ¿qué significa?

Para mí es muy importante el estudio de Candace Pert sobre los seis centros energéticos: habla con sustento científico sobre dónde están y dónde se encuentran los receptores de neuropéptidos. Ambos coinciden. Aquí estamos ya en el segundo paso con sustento científico.

Puedes notar que estamos entrando a hablar del uso de los chakras, por medio de sitios receptores de neuropéptidos.

## El placebo es eficaz que no se explica todavía



Nos podemos preguntar ¿cómo es posible que en culturas antiguas, como en India, hayan encontrado estos centros sin tener aparatos? Entramos a un campo hipotético.

Los hindúes no dicen que hay cinco sentidos, ellos creen que hay 12 sentidos, a través de los cuales podemos recibir la información del entorno. No estamos comprobando esa teoría, solo estamos diciendo que tal vez Pert descubrió algo que tiene que ver con cómo explicar las adicciones, por ejemplo.

Volvemos a la pregunta que hice antes: ¿cómo llegaron a los mismos centros sin tener los aparatos de hoy? Parece que hay 12 posibilidades. Además tenemos la intuición de que tiene que ver, probablemente, con el chakra del corazón

con el chakra del corazón, que produce un campo energético más grande

que los demás centros, por lo que es otra forma de comunicación.

No podemos hablar solamente del cerebro, porque la razón nos sirve para discutir o traducir, pero produce muy poca energía. Al

hacerlo hemos perdido el poder del corazón, la intuición y los demás sentidos.

Actualmente se han publicado libros muy interesantes, por ejemplo sobre el uso de luces de colores como tratamiento para estimular los centros, y que a la vez estimulan a las dendritas y así modificar las emociones en el cuerpo. Esto es rechazado por la comunidad tradicional; sin embargo, se están redescubriendo cosas que han existido durante siglos. El tratamiento funciona, ¿es placebo? Sabemos que el placebo produce solamente 30% de beneficio. ¿Qué es lo que sucede entonces? Dejo a ustedes la tarea de responder.  $\Psi$

# Columnista invitado

## Epidemiología de trastornos de salud mental en Guatemala



Víctor A. López Soto  
Psiquiatra-Investigador  
CICS-USAC Programa  
de Investigación  
Trauma y Salud  
Global



La salud mental es un asunto de salud pública que ha recibido poca o ninguna atención alrededor del mundo. Bajo el lema “No hay salud sin salud mental”, la Organización Mundial de la Salud (OMS) resaltó en 2001 la importancia de considerar la esfera mental dentro del concepto integral de salud. Casi una década después, los aspectos de salud mental continúan prácticamente ausentes en la atención sanitaria, en algunos países como Guatemala.

La salud mental no debe entenderse únicamente como la ausencia de un trastorno específico. Se define como el estado de bienestar, en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, trabaja productiva y fructíferamente y es capaz de contribuir a la comunidad. La salud mental, entonces, está directamente relacionada con el bienestar personal, familiar y comunitario, aunque muchas veces sea subestimada y, de hecho, separada, de la “salud física”. Consecuentemente, los trastornos de salud mental son condiciones que afectan la vida del individuo y su funcionamiento en colectivo.

Los trastornos de salud mental (TSM) tienen su origen en la interacción compleja de diferentes factores biogénéticos, psicológicos y sociales. Se reconocen ciertas condiciones como la pobreza, la exclusión y la violencia, como algunos de los determinantes sociales que se relacionan con el apareamiento de los TSM. Guatemala se caracteriza por ser uno de los países con mayor



## Uno de cada cuatro guatemaltecos padece o ha padecido alguna vez en su vida de al menos, un trastorno de salud mental (TSM)

inequidad social del mundo y donde las condiciones de violencia extrema son alarmantes. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) ha reportado, recientemente, que la ciudad de Guatemala ocupa uno de los primeros puestos como ciudades más violentas en América Latina y el Caribe, y la sensación de inseguridad compartida por sus habitantes, pareciera formar parte ya de la dinámica de vida cotidiana.

De acuerdo con la OMS, los TSM se encuentran entre las enfermedades más prevalentes. Se estima que más de 450 millones de personas padecen de un TSM, alrededor del mundo. Los TSM son condiciones comunes, pero altamente discapacitantes para quienes las sufren; se ha reportado que los mismos representan el 22% de la carga total de enfermedades en la región de América Latina y el Caribe. Se calcula también, que cada año más de un millón de personas se suicida y se pronostica que esta cifra crecerá en un 50% para el año 2020. En Guatemala, como en muchos países de América Latina, existen pocos datos sobre la frecuencia de los trastornos de salud mental que afectan a sus pobladores. Recientemente, el Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud (CICS), de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos, presentó los resultados de un estudio epidemiológico sobre TSM, realizado a nivel nacional. El estudio contó con la participación del Instituto Nacional de

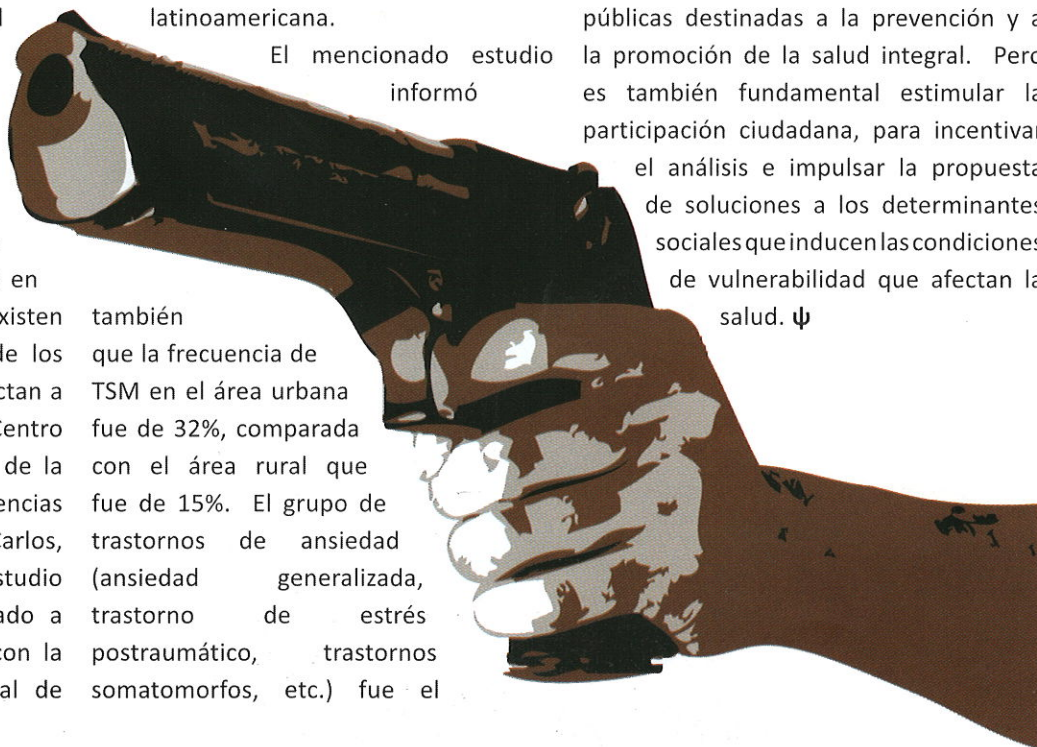
Estadística (INE) y fue llevado a cabo por 138 estudiantes de último año de la carrera de Médico y Cirujano, como trabajo de graduación. La Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) se constituye como el primer reporte epidemiológico sobre TSM en Guatemala y Centroamérica. Los resultados muestran que el 27.8% de los entrevistados fue diagnosticado con una o más de las categorías psiquiátricas de la Clasificación Internacional de Enfermedades décima edición CIE-10; esto significa que, aproximadamente, uno de cada cuatro guatemaltecos, padece o ha padecido alguna vez en su vida de, al menos, un TSM. Aunque esta cifra pueda resultar alarmante, se mantiene dentro de lo reportado en otros países de la región latinoamericana.

El mencionado estudio informó

también que la frecuencia de TSM en el área urbana fue de 32%, comparada con el área rural que fue de 15%. El grupo de trastornos de ansiedad (ansiedad generalizada, trastorno de estrés posttraumático, trastornos somatomorfos, etc.) fue el

prevalente, seguido por los trastornos del afecto y los trastornos relacionados con el consumo de sustancias adictivas. De forma interesante se reporta también que, a pesar de que los TSM son comunes en la población guatemalteca, solamente un mínimo porcentaje consulta a servicios especializados de salud mental.

Aun cuando los datos reportados se refieren únicamente al daño a la salud mental, ponen en evidencia la magnitud de un problema que ha recibido escasa atención de las autoridades sanitarias. Sin embargo, es también incuestionable que el abordaje de este complejo asunto, no es responsabilidad únicamente del sector salud. Es indispensable el trabajo articulado de los distintos sectores, que promueva la generación de políticas públicas destinadas a la prevención y a la promoción de la salud integral. Pero es también fundamental estimular la participación ciudadana, para incentivar el análisis e impulsar la propuesta de soluciones a los determinantes sociales que inducen las condiciones de vulnerabilidad que afectan la salud.  $\Psi$



# Aprobación del Código de Ética

En asamblea general extraordinaria celebrada el 25 de octubre del presente año, se aprobó por unanimidad el Código de Ética del Colegio. El Código es producto de un proceso consensuado con diferentes grupos de profesionales de cuatro regiones del país. El grupo de trabajo del Tribunal de Honor expuso ante la asamblea el trabajo realizado.

Este código se fundamenta en la Declaración Universal de Principios Éticos para Psicólogas y Psicólogos (DU), por lo que se constituye en el primer código en el mundo emanado de esta Declaración. Está estructurado de manera que parte de cuatro principios universales asociados a valores, de los cuales se desprenden lineamientos que generan normas de comportamiento éticamente deseables:

- El respeto por la dignidad de las personas y los pueblos
- El cuidado responsable del bienestar de los otros
- La integridad en las relaciones
- La responsabilidad profesional y científica con la sociedad.

Los retos que plantean el acelerado avance tecnológico y los

cambios que enfrentan las sociedades, a nivel mundial, establecen la necesidad de revisar la forma en que los profesionales en general actúan ante las personas o grupos que les solicitan servicios. En el campo de las ciencias psicológicas, el apego a normas éticas cobra importancia aún mayor, dado el impacto que ejerce sobre la salud mental, la vida y la dignidad de las personas y grupos a los que atiende.



Mediante este Código el Colegio sienta las bases para que los psicólogos y las psicólogas puedan ofrecer una atención óptima, basada en el respeto a la dignidad de las personas y de las comunidades guatemaltecas. Tiene como objetivo primordial la protección de las personas o grupos frente a situaciones de riesgo derivadas de malas prácticas profesionales.

El Código también debe tener una función de reflexión, que impulse a las instituciones de educación superior a revisar y readecuar la formación de psicólogos, de tal manera que, al

incorporar la ética, responda de forma integral a los retos que plantean las necesidades de las personas y grupos en las diferentes áreas de la Psicología.

Por otra parte, dada la responsabilidad que implica la intervención de las ciencias psicológicas en las diversas áreas de trabajo, se hace necesario un instrumento que sirva a los profesionales de la

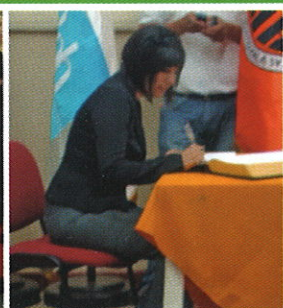
Psicología como una fuente a la cual acudir cuando se enfrentan a dilemas que plantean diversos tipos de conflictos éticos.

Contar con un Código de Ética tiene una finalidad: fortalecer y dignificar el trabajo profesional. Tiene, además un propósito sobre todo inspirador y no como un recurso punitivo. En ese espíritu, se invita a los y las colegas a estudiarlo, comprenderlo y, sobre todo, incorporarlo en la práctica profesional cotidiana. Sólo ello le dará un sentido de valor profundo al concepto de ÉTICA PROFESIONAL.  $\Psi$



## ACTOS DE JURAMENTACION

Entrega de constancias de calidad e imposición de pines a nuevos colegiados.





## EN HONRA:

### *Dra. María del Pilar Grazioso Aragón*

#### GUATEMALA

Según Resolución 1200.555.04 de fecha 9 de febrero de 2004, la Asamblea de Presidentes de los Colegios Profesionales resuelve, a propuesta del Colegio Profesional correspondiente, otorgar reconocimiento a profesional destacado, así como la Medalla de Honor al Mérito Profesional.

En esta oportunidad, a propuesta del Colegio de Psicólogos de Guatemala, la doctora María del Pilar Grazioso Aragón recibió tan honroso reconocimiento. Dicho acto se llevó a cabo el 19 de octubre del presente año, en la sede de la Asamblea de Presidentes de los Colegios Profesionales.



#### ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Cada año, la División 52 (Psicología Internacional) de la Asociación Americana de Psicología (APA, en inglés) ([www.apa.org](http://www.apa.org)) presenta dos premios de reconocimiento a psicólogos internacionales destacados. Un premio se otorga a un/a psicólogo/a de Estados Unidos; y otro, a un/a psicólogo fuera de Estados Unidos. El premio de Psicólogo Internacional Distinguido se otorga a individuos que han realizado contribuciones destacadas a la Psicología Internacional, a través de investigación significativa, docencia, defensoría y/o contribuciones a organizaciones internacionales. El llamado para nominaciones se anuncia entre los miembros de la División 52, la Oficina de Asuntos Internacionales de APA y el comité CIRP.



Las personas responsables de proponer candidatos deberán entregar el nombre y la reseña de cada uno al al Comité Nominador, y éste envía sus recomendaciones al Comité Ejecutivo. Luego, las personas nominadas se presentan ante la Junta Directiva para su aprobación final.

En 2010 se otorgó el Premio de Psicóloga Internacional destacada de Estados Unidos a la doctora Oliva Espin y el Premio de Psicóloga Internacional destacada fuera de Estados Unidos a la doctora María del Pilar Grazioso.

En esta ocasión el comité seleccionador estuvo integrado por los doctores Lynn Collins, presidente saliente de la División 52, el doctor Danny Wedding, presidente de la División 52, y los doctores Uwe Gielen, Nancy Russo y Gloria Gottsegen.

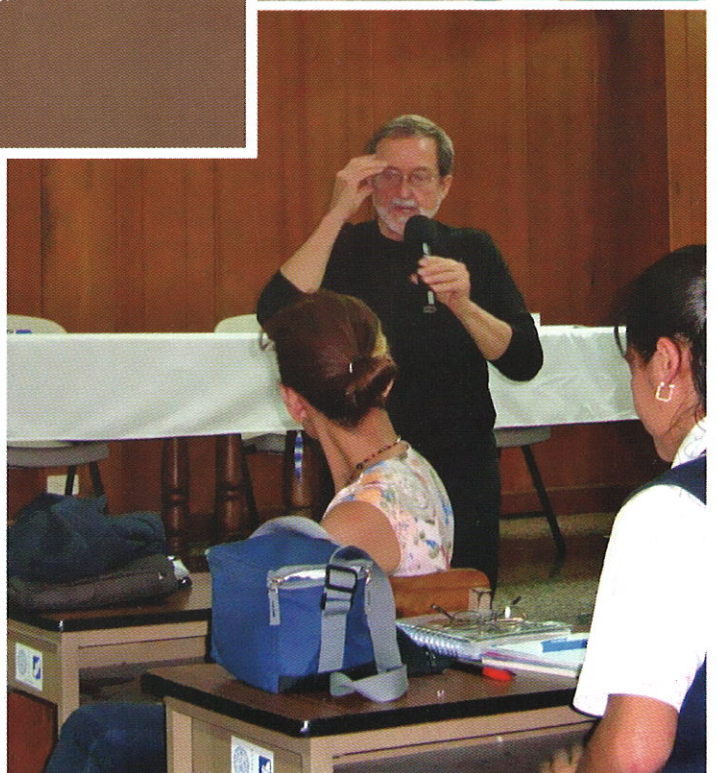
El premio se entregó durante la hora social de la División 52, el sábado 14 de agosto, en el marco de la Convención Anual de la Asociación Americana de Psicología, en la ciudad de San Diego, California.  $\Psi$



**CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN PSICOTRAUMA**

**Conferencia  
John Hartung PsyD**

15 de mayo de 2010  
Auditorio del Centro Universitario  
Metropolitano (CUM), Escuela de  
Psicología, USAC.





**CLAUSURA CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN PSICOTRAUMA**

**CLAUSURA CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA INDUSTRIAL**

24 de septiembre de 2010  
Salón Dr. Julio César Méndez Montenegro,  
Sede del Colegio de Profesionales





**DÍA NACIONAL DEL  
PSICÓLOGO CON  
ENSAMBLE DE MARIMBAS**

15 de julio de 2010  
Auditorio del IGSS





**TOMA DE POSESIÓN  
TRIBUNAL ELECTORAL  
2010-2013**

9 de septiembre de 2010  
Hotel Conquistador



**DÍA MUNDIAL DE  
LA SALUD MENTAL  
NOCHE DE ARTES**

8 de octubre de 2010  
Conservatorio Nacional de Música



# Los valores del Siglo XXI

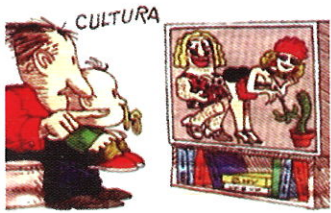
QUINO



PIERNAS



CEREBRO



CULTURA



CONTACTO HUMANO

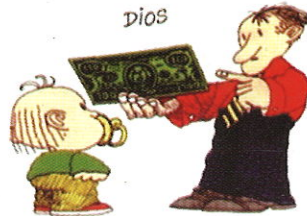


EL PRÓJIMO A QUIEN AMAR

ES IMPORTANTE QUE DESDE PEQUEÑO APRENDA BIEN COMO ES TODO.



IDEALES, MORAL, HONESTIDAD



DIOS

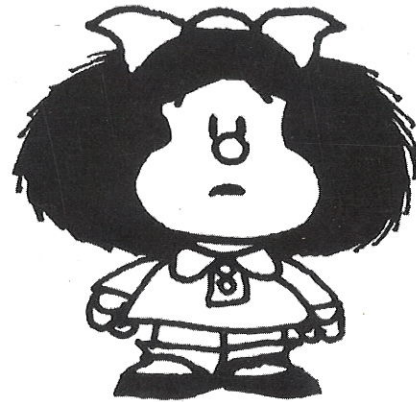
Me pareció interesante compartir con mis colegas en esta sección, a mi opinión una sátira, crítica y mordaz, para poner en ridículo situaciones que en algún momento estamos viviendo. Es interesante como Quino (seudónimo) creador de estos personajes, nos comparte este "entrenamiento" de Tomás para su hijo menor aunque sabemos que este caricaturista se caracteriza por su rebeldía y crítica a situaciones de la vida. Hagan su propia conclusión.

Licda. Rosalinda González V.



Entiendo... y después de estos ataques de violencia inesperados... ¿qué siente?

LO MALO DE LA GRAN FAMILIA HUMANA ES QUE TODOS QUIEREN SER EL PADRE



Una oportunidad para celebrar la vida, brindar por la amistad y compartir la magia de la Navidad...



Colegio de Psicólogos de Guatemala

El Colegio de Psicólogos de Guatemala JUNTA DIRECTIVA 2008-2010

¡Te desea una Feliz Navidad y un Próspero Año Nuevo!

Guatemala, diciembre de 2010

psicólogos - nutricionistas - quiroprácticos - médicos - fisioterapeutas

# ALQUILE

## SU OFICINA PROFESIONAL

POR HORA, DÍA O MES EN LA ZONA 15

### Incluyen\*:

- 50 tarjetas de presentación mensuales
- Internet inalámbrico
- Servicio de recepcionista
- Manejo de agenda y confirmación de citas
- Café, té o agua pura (para profesional y pacientes)
- Espacio en [www.crearsentido.com](http://www.crearsentido.com)

\* Para planes con membresía. Membresías desde Q292.50 mensuales.  
Consulte nuestros precios y promociones especiales por aniversario.

Alquiler de oficinas sin membresía desde Q75.00 por hora e incluyen: oficina y café o té.  
Contamos con salones para conferencias y clínicas.



**CREAR SENTIDO**   
Salud para el Desarrollo Humano

2° calle 22-74 zona 15 Vista Hermosa II, Interior No.2

Tel.: 2269-6814 y 2365-7559

[www.crearsentido.com](http://www.crearsentido.com)