

Revista Psicólogos

Ética • Crecimiento • Desarrollo

**Intervención Psicosocial en Salud Laboral:
Estrategia de prevención en la industria
alimenticia guatemalteca**

Por: Dr. Juan Cristóbal Aldana Alfaro

**Desarrollo emocional en los primeros
años de vida**

Por: Licda. Ana Balda de Rodas

Claude Lévi-Strauss

Vita e Opus

por: Leslie Sechel Vela, M.A.

**Entrevista a Carlos Enrique
Benítez Gaitán, M.A.**

Por: Melissa Lemus García, M.A.

**Estrés postraumático, trauma complejo
y disociación -EMDR- Un modelo
integrativo para abordarlo**

Por: Mayte Fernández Groteworld, M.A.

Ética. El paciente tiene derechos

Por: Ana María Jurado, M.A.

Revista Psicólogos

Año III - No. 12 - Enero 2014

Revista trimestral
Fecha de inicio: 2010

ISSN: 2225-0816

Edita:
Colegio de Psicólogos de Guatemala



Ciudad Capital
Vía 5, 4-50 Zona 4. Edificio Maya, 6o. Nivel
607. Teléfonos (502) 23340933/23340925

Quetzaltenango
5 Calle 22-20 Zona 3. Teléfono 77672749

Correos electrónicos:
consejoeditorial@colegiodepsicologos.org.gt
info@colegiodepsicologos.org.gt
sedequetzaltenangopsicologos@gmail.com

Sitio web: www.colegiodepsicologos.org.gt

Revista Psicólogos consiste en un medio escrito dirigido al gremio, distribuida exclusiva y gratuitamente para el colegiado activo. Cuenta con estándares nacionales e internacionales y con la calidad académica que la clasifica como una revista Técnico- Profesional. Incluye artículos inéditos, escritos por profesionales de las ciencias psicológicas y afines, de autoría nacional e internacional, cuyos objetivos son la divulgación de investigaciones que permitan compartir los avances y descubrimientos teóricos y técnicos de la psicología en general, así como la transmisión de los conocimientos adquiridos y la actualización profesional de la psicología clínica, social, educativa, industrial, deportiva y de otras ramas de la ciencia. De esta manera se propone promover una aproximación a los problemas de nuestra sociedad.

Queda prohibida la reproducción total o parcial del contenido de la revista sin previa autorización escrita por las autoridades del Colegio de Psicólogos de Guatemala. Todos los derechos de autor, fotografía y diseño, así como el nombre o título publicado están reservados por el Colegio de Psicólogos de Guatemala.

Impresa en la Ciudad de Guatemala.

Editorial

Coordinación de Consejo

Mayra Figueroa Briceño, M.A.
Col. No. 278

Consejo Editorial

Lic. Riquelmi Gasparico
Presidente
Colegio de Psicólogos de Guatemala
Col. No. 312

Ana María Jurado, M.A.
Instituto de Psicología Aplicada - IPSA -
Col. No. 007

Verónica Paz de Brenes, M.A.
Psicóloga Independiente
Col. No. 471

Melissa Lemus García, M.A.
Asociación Guatemalteca de Psicología
-AGP-
Col. No. 926

Leslie A. Sechel Vela, M.A.
Centro de Estudios Junguianos de
Psicología Analítica en Guatemala
Col. No. 2343

Redacción

Edna Friné Portillo, M.A.
Consultora Educativa Independiente

Diseño y diagramación

Alejandro Miranda

El Consejo Editorial de Revista Psicólogos está conformado por profesionales no vinculados directamente al Colegio de Psicólogos de Guatemala. El Consejo Editorial se apoya además en otros profesionales externos al mismo, en la revisión, asesoría, así como en la contribución de artículos, entrevistas e investigaciones a publicarse. Todos los autores nacionales invitados a escribir deberán estar colegiados activos.

Índice

Editorial 04

**Intervención Psicosocial en Salud Laboral:
Estrategia de prevención en la industria alimenticia
guatealteca**

Dr. Juan Cristóbal Aldana Alfaro 05

**Desarrollo emocional en los primeros
años de vida.**

Licda. Ana Ralda de Rodas 12

Vita e Opus.

Claude Lévi-Strauss

Leslie A. Sechel Vela, M.A. 22

Entrevista a Carlos Enrique

Benítez Gaitán, M.A.

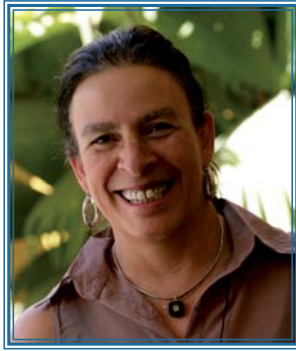
Por Melissa Lemus Garcia, M.A. 24

**Estrés postraumático, trauma complejo y
disociación -EMDR- Un modelo integrativo
para abordarlo.**

Mayte Fernández Groteworld, MA. 27

Ética. El paciente tiene derechos

Ana María Jurado, M.A. 32



Carta Editorial

Mayra Figueroa Briceño, M.A.
Psicóloga. Colegiada Activa No. 278

Esta edición representa el término de un ciclo y de un año más de mantener la labor de difundir lo que en materia de psicología se está dando en Guatemala, así como lo que sucede en el área. Representa el inicio del año 2014, que nos trae nuevos retos, entre ellos, el Congreso de ULAPSI (Unión Latinoamericana de Psicología). El mismo agrupa a diferentes organizaciones representativas de la psicología de los diferentes países, con el objetivo de desarrollar la psicología de la región.

El V Congreso de ULAPSI se llevará a cabo en la Antigua Guatemala en mayo, y contaremos con importantes personalidades de la psicología del área de Centroamérica, México, el Caribe y Sudamérica. Se abordará un tema importante: “Hilando los saberes y las prácticas de nuestra ciencia”, que busca encontrar referentes propios para construir nuestro conocimiento sin las influencias elitistas y hegemónicas que han caracterizado las líneas de investigación tradicionales.

En este número de la Revista Psicólogos, el artículo de la Licda. Ana Ralda presenta una revisión bibliográfica acerca del desarrollo emocional del ser humano desde sus

primeros años de vida y de cómo la regulación emocional del mismo incide en el desarrollo de la salud mental del individuo a futuro.

En nuestra entrevista se abordó al licenciado Carlos Benítez, experto en el área de la psicología industrial; en ella nos introduce en el tema del ‘Top Grading’ un término anglosajón que implica el proceso de reclutamiento de profesionales de un alto perfil y de alto rendimiento para las empresas.

La participación del Dr. Juan Cristóbal Aldana Alfaro aporta la cuarta parte y final relacionada con el tema de la salud laboral en Guatemala. Retoma nuestro contexto histórico-político-social, y el origen de la salud laboral en Latinoamérica. Concluye con aspectos objetivos que definen la necesidad actual de voltear nuestra visión a ese segmento de la población que no recibe el reconocimiento ni salarial, ni de los componentes mínimos de la salud laboral, obligatorios en cualquier relación trabajador-empresa-institución.

La Licda. Mayte Fernández nos presenta un ensayo sobre el Estrés postraumático, trauma complejo y disociación – EMDR-, como un modelo integrativo de abordaje que

permite al paciente que ha estado expuesto a eventos traumáticos, salir de ellos exitosamente y en un tiempo relevantemente más corto que el utilizado en otros procesos terapéuticos. Reflexiona acerca de cómo estos eventos traumáticos se quedan congelados en la memoria de la persona que ha estado expuesta, y cómo los mismos impactan todos los ámbitos del funcionamiento de la misma.

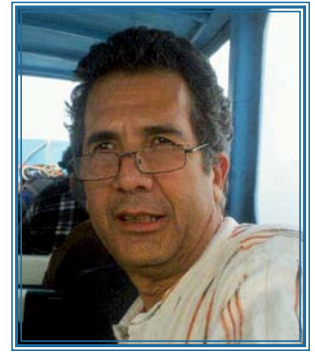
En los segmentos que permanecen siempre alumbrando como una luz incesante, se encuentra Vita e Opus con un pincelazo de la vida de Claude Lévi-Strauss, uno de los más importantes científicos de la modernidad y posmodernidad: etnógrafo, etnólogo y antropólogo a nivel mundial y ampliamente reconocido por sus aportes e investigaciones.

En lo correspondiente a Ética que representa un *continuum*, se vuelve a enfocar los derechos que todo cliente o paciente debe conocer y ejercer, delimitar o demandar según el caso. Ψ

Psicología de la Salud Laboral

Cuarta parte:

Intervención Psicosocial en Salud Laboral: Estrategia de prevención en la industria alimenticia guatemalteca.



Dr. Juan Cristóbal Aldana Alfaro

Miembro del colectivo de investigaciones sociales y laborales de Guatemala - COISOLA -
Consejero por Guatemala de la Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología ULAPSI
Psicólogo. Colegiado Activo No. 2784

Resumen: A lo largo de tres artículos publicados, se ha trazado una ruta a seguir para entender la Psicología Social del Trabajo desde la perspectiva de la Salud Laboral en Guatemala. Para intervenir, hay que conocer los contextos históricos de la relaciones de trabajo del país; saber utilizar las herramientas teóricas y metodológicas de la psicología de la salud ocupacional y transversalizar el conocimiento latinoamericano de estas disciplinas. Esta última parte de los artículos publicados se propone las acciones políticas, educativas y de reconocimiento de la relación trabajo, trabajador y salud. La misma rescata los puntos principales de una serie de experiencias con la Federación Sindical de Alimentos y Similares -FESTRAS- entre los años 2005 y 2007, cuando se impulsó procesos formativos con líderes sindicalistas, foros de discusión con instituciones públicas y una investigación para incidir en la aprobación de artículos 152, 155 y 157 de la Organización Internacional del Trabajo en el Estado guatemalteco.

Abstract: Over three articles published, has set a roadmap for understanding Social Work Psychology from the perspective of Occupational Health in Guatemala. To intervene we must know the historic contexts of labor relations in the country, namely use the theoretical and methodological psychology of occupational health and mainstream Latin American knowledge of these disciplines tools. This last part of the published policies, education and recognition of the work relationship, health worker and proposed actions. Rescue the main points a number of experiences with the Federation of Food and Allied -FESTRAS- in between 2005 and 2007, where training processes with union leaders, discussion forums with public institutions and an impetus for research in approving articles 152, 155 and 157 of the International Labour Organization in the Guatemalan State.

Palabras clave: Psicología Social del Trabajo y Salud Ocupacional

Keywords: Labor Social, Psychology and Occupational Health

Introducción

La salud ocupacional en Guatemala, es abordada como una categoría fragmentada y tecnicista de seguridad e higiene en el medio laboral y se limita a la aplicación de normativas, comprensión básica de elementos preventivos por parte de los trabajadores y empleadores. Como punto de inicio, tendría que entenderse de forma integral, lo que implica visualizar el trabajo a partir de

todas sus esferas temporales; es decir, no solo asociar el trabajo a una relación asalariada. Debe recordarse que la psicología de la salud ocupacional no separa estas categorías cuando se enfoca en la salud psicológica, que la define como el bienestar afectivo de los trabajadores, sus aspectos cognitivos, motivacionales y conductuales y no solamente el estar empleado, ya que también se analiza el desempleo y la relación de trabajo y familia (Salanova, 2009).

Para trabajar estas representaciones sociales con sindicalistas, empleadores e instituciones públicas es necesario reflexionar por qué este tipo de categorías fragmentan la relación integral del trabajador con su salud (Aldana, 2008). Para transformar esta representación de la salud ocupacional, a través de experiencias formativas, foros con trabajadores/as y las autoridades públicas competentes hay que establecer puentes de comunicación en tres bandas: sector de trabajadores/as, sector patronal y sector público. La finalidad es la consolidación de un proyecto a largo plazo, partiendo de documentos de trabajo que aborden los siguientes ámbitos:

La relación del trabajador/a con sus responsabilidades implica vínculos familiares, comunitarios, de vecinos, sindicales u otros apoyos de bien común, y todas aquellas actividades que implican superación o cuidado personal.

Las instituciones públicas y empleadores confunden el empleo con el trabajo; de esa forma se desvinculan los tiempos del/la trabajador/a. Lo que llamamos empleo es una invención de la modernidad que no puede confundirse con las tareas indispensables para el mantenimiento de la vida de cada uno, ni con las tareas de cuyo resultado somos directos beneficiarios, ni con aquellas tareas que realizamos libremente con un fin que fundamentalmente tiene importancia para nosotros y que nadie podría realizar por nosotros (Zubero, 2000). Hablar de empleo y no de trabajo es reconducir al trabajador/a a una esfera limitada de su vida y que si bien el mismo ocupa el 30 % de su tiempo de vida lo aísla de sus tiempos de vida.

En este marco se ha trabajado por más de dos años en talleres formativos para establecer un vínculo de los derechos de los/las trabajadores/as de todos los procesos que implican “*su salud*”, a partir de entender las características integradas.

Estado actual de la Salud Ocupacional en Guatemala

La vida del ser trabajador/a es esencial para la sociedad guatemalteca, y sus demandas están definidas y reconocidas como útiles por otros, con todos los derechos, y si no remunerada sí vinculada como aspecto constitucional de la Constitución de Guatemala (Constitución de Guatemala, 1984), específicamente en los artículos primero: protección de la persona y la familia; segundo párrafo final: desarrollo integral de la

persona; noventa y tres: derecho a la salud; noventa y cuatro: salud y asistencia social; noventa y cinco, la salud y bien público, y ciento uno: el derecho al trabajo. Y los mismos, deberían vincularse a todas normativas nacionales e internacionales que tienen que ver con la prevención de accidentes y enfermedades del trabajador/a.

También en este ámbito se enfoca de qué forma el trabajador/a enfrenta su relación con el medio laboral; si conoce todos los factores que influyen en su salud con una actividad asalariada (Aldana, 2008). Se supone que en un marco lógico de la relación con medio ambiente laboral deben existir todos los mecanismos que prevengan deterioro en la salud, que irían desde los procesos informativos, formativos y los que provengan de una negociación colectiva entre trabajador/a-empleador (Aldana, 2008).

En los últimos veinte años el avance en materia de derechos, investigación y resarcimiento han tomado como base de la definición de salud laboral “El fin que persigue la salud laboral es proteger el bienestar de los/las trabajadores/as y promover un ambiente sano y seguro, así como la adaptación del trabajo a la capacidad de los trabajadores teniendo en cuenta su salud (Código ético para los profesionales de la salud laboral, 2004).

A partir de esta definición, en el año 2007, se desarrolló un trabajo que contemplaba un documento de trabajo sobre la situación de la salud laboral en la industria guatemalteca, talleres para su discusión y un foro donde pudieran participar instancias públicas, como la Procuraduría de Derechos Humanos, Magistrados del Tribunal de Trabajo del Organismo Judicial, Ministerio de Trabajo y representantes del empresariado.

El documento fue denominado *Aproximación a un análisis de la salud y medio ambiente laboral en el contexto guatemalteco* (Festras, 2007). El mismo hace una revisión histórica de los últimos dos siglos, y señala en un primer plano el control social ejercido por el capitalismo en la sociedad guatemalteca y en especial el de clase trabajadora. A éste, se ligan las diversas formas de dominación y de igual forma la lucha y la organización para enfrentarse a estos sistemas de dominación. Las oligarquías, los regímenes militares y la intervención de Estados Unidos han tenido la responsabilidad directa en el desarrollo de la conflictividad laboral y los derechos sociales de la clase trabajadora (Aldana, 2008).

Por otra parte, también el documento aborda que más de 30 años de conflicto armado dejaron una huella que previsiblemente afectarán varias generaciones (Festras, 2007). Y lo más preocupante es que las nuevas generaciones no pueden aún hacer introspección de esta historia trágica de Guatemala y comprenderlo así, porque el estado guatemalteco y las élites económicas tienen un comportamiento desleal hacia los avances en materia de salud ocupacional (Festras, 2007).

En consecuencia, los trabajadores en Guatemala son una categoría sociológica de exclusión, negación de derechos y precariedad; lo mismo sucede cuando hacemos referencia al avance en materia de salud del trabajo, pues los datos estadísticos que se pueden relacionar con los accidentes y las enfermedades son relevantes y sobre todo con respecto de trabajadores informales (Festras, 2007). Una categoría significativa en Guatemala, por ser mayoría (70 %) están en el sector informal (OIT, 2011). Ellos representan una variedad de trabajos con bajos salarios, temporales, eventuales, sin ningún derecho y la vez sujetos sociales que aportan riqueza para el país.

Nuevas formas de exclusión se fusionan con las históricas, donde los jóvenes y las mujeres por ser mayoría tienen en común la exclusión; por tanto, empiezan a ser objetivos de la violencia institucionalizada. Históricamente, las víctimas del pasado fueron sindicalistas, líderes populares, intelectuales y el pueblo maya; hoy son estas dos categorías las más castigadas.

La Guatemala del siglo XXI tiene un desarrollo lento en derechos laborales, que están ligados por un pasado histórico de violencia, apuntalado por instancias a-reflexivas (Aldana, 2008). Y desde una perspectiva psicológica subjetiva de los derechos, del contexto guatemalteco de Trabajo y representates del empresariado, hace complejo trabajar con subjetividades que tienen dificultades para discernir las reivindicaciones sobre derechos laborales (Aldana, 2008). La sociedad guatemalteca marcada por el conflicto armado y era post-conflicto, percibe la reivindicación y la acción política como negativa, mientras que las acciones sobre control social son aceptadas y apoyadas.

Se está hablando de si se quiere hacer de Guatemala un estado de derechos laborales, sin impunidad y cuya salud ocupacional llegue a toda la clase trabajadora, tendría que rearmarse primero de su historia y segundo

de posibilitar estructuras capaces de organizar a sectores excluidos, de retomar la acción política de la reivindicación para el goce de una salud ocupacional y el reconocimiento de la misma en todas las esferas de la vida (Festras, 2007).

Ejes de discusión desde los trabajadores y las instancias públicas en Guatemala

El punto de partida fueron propuestas de ley y que abordaran los siguientes puntos:

1. El reconocimiento de enfermedades profesionales desde el Convenio 152, 155 y 157 de la Organización Internacional del Trabajo: salud y seguridad en el trabajo.
2. El resarcimiento del daño producido por enfermedades y accidentes.
3. El reconocimiento de nuevas patologías.
4. La adaptación del trabajo a las capacidades del/la trabajador/a.
5. La vinculación directa e indirecta entre salud y trabajo como factor de regulación de los derechos humanos.

Las discusiones se justificaron con base en las preocupaciones de la Organización Internacional del Trabajo –OIT– que exponía en el XVI Congreso sobre seguridad y salud en el trabajo del año 2002, y que manifestaba lo siguiente: un total de dos millones de trabajadores mueren cada año a causa de enfermedades y accidentes relacionados con el trabajo, que significa más de 5.000 al día, y que por cada accidente mortal hay entre 500 y 2.000 lesiones diarias, según el tipo de trabajo. Así como que por cada enfermedad mortal relacionada con el trabajo, hay otras 100 enfermedades cada día que provocan absentismo laboral (OIT, 2002). No existen registros de las enfermedades transmisibles relacionadas con el trabajo, los nuevos trastornos de orden psicológico, de cáncer y de enfermedades circulatorias relacionados con el trabajo (OIT).

También se trabajó con datos en Centroamérica del Programa de Salud y Trabajo en América Central SALTRA que aborda la situación del trabajador/a en Centroamérica definiéndola así: “Las deficiencias en la salud ocupacional constituyen un problema de salud

pública de proporciones epidémicas en los siete países de América Central. Los dos millones de accidentes ocupacionales estimados por año en la fuerza laboral de Centroamérica significan que uno de cada seis trabajadores tiene un accidente o enfermedad en su trabajo lo suficientemente grave para requerir atención médica. Las enfermedades ocupacionales no son diagnosticadas o son ignoradas y sus consecuencias socioeconómicas pocas veces son consideradas en la formulación de políticas (SALTRA, 2007).

Las recomendaciones para nuestros países, por parte de las normativas internacionales, se encuentran ligadas a dar prioridad a la mejora de las prácticas de salud y seguridad en los sectores primarios: la agricultura, la pesca y la explotación forestal; a la prevención de accidentes industriales, incluidos los incendios, la exposición a sustancias peligrosas; a la prevención de accidentes y enfermedades tradicionales, incluidos los que ocurren en talleres del sector informal y en las industrias domésticas (OIT, 2002). Otras discusiones generadas con los actores como la Procuraduría de Derechos Humanos, Juzgados de Trabajos y Sindicatos fueron las nuevas enfermedades para que los trabajadores/as comprendan la relación directa con los cambios que se han producido en el “mercado de trabajo” la cual ha generado una diversidad de patologías como por ejemplo:

De orden físico: trastornos musculoesqueléticos, problemas de asma y alergia provocados por la prolongación de la jornada laboral o alteración de horarios y jornadas, la exposición a agentes peligrosos y cancerígenos. De Orden Psicológico: estrés generados por la flexibilización laboral producidas las nuevas formas de remuneración o depresiones (tristezas), paranoias (miedos) y drogodependencias (alcoholismo, adicción a psicofármacos) que están vinculados a la relación o comunicación entre empleadores o compañeros de trabajo.

Ejes formativos con el movimiento Sindical en Guatemala

Entre los años 2005 y 2007 se realizaron 10 talleres formativos con la Federación Sindical de Alimentos y Similares FESTRAS y la Fundación Mario López Larrave, donde se trabajó la conformación de una visión crítica con la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud que define como “un estado de

completo bienestar físico, mental y social y la ausencia de enfermedad (OMS, 2006). En contraposición con otras definiciones, como las de los investigadores Banach J y Mantener (2006), han criticado y redefinido la visión de salud, definiéndola como “aquella manera de vivir que es autónoma, solidaria y gozosa”. Hay que tener en cuenta que “la salud y la enfermedad no deben separarse sino que de hecho son un continuo y que se puede estar enfermo de forma sana y se puede estar sano de manera insana.

En los procesos formativos, se trabajaron los fenómenos de la globalización y los nuevos cambios del mercado mundial de trabajo, las capacidades de los individuos para adaptarse y afrontar adecuadamente las diversas situaciones vitales ante los cambios globalizados (Festras, 2007). En este sentido el y la trabajador/a retoma un no olvido de que la salud tiene necesariamente un componente social, económico y político muy importante y que la salud debe ser un derecho humano fundamental.

Muchísimos estudios muestran con claridad cómo la pobreza, la desigualdad, la explotación, la violencia y la injusticia, tan presentes en el capitalismo y la globalización neoliberal, están en los orígenes de la mala salud y muerte prematura que sufre una enorme cantidad de trabajadores/as (Banach y Mantener, 2006). Así pues, si realmente se quiere conseguir que toda la población mejore sustancialmente su nivel de salud, inevitablemente habrá que cambiar de forma drástica muchas de las prioridades políticas y económicas actuales y habrá que cuestionar intereses muy poderosos (Banach y Mantener, 2006).

Para la OIT (2006) una de las causas de los nuevos cambios del mercado laboral son los fallecimientos por accidentes y enfermedades que suelen afectar a trabajadores que aún tienen una larga vida laboral; así, 360 mil mueren por accidentes y enfermedades cada año. Dentro de los datos más preocupantes están los que se refieren al entrono de *los países del sur* donde la mayoría del trabajo está ligada al campo y las estimaciones del organismo internacional del trabajo es que, el 50 % de las muertes laborales se producen en países como Guatemala (2008). Es importante recordar que las muertes provocadas por accidentes y enfermedades en los países llega a dos millones.

Otro dato relacionado con el entorno es que cerca de 12 mil fallecimientos son de niños/as trabajadores/as.

En mercado globalizado, las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo aumentan y es imposible fijar un valor a la vida humana; las cifras de indemnización en el informe de la OIT, indican que el costo de las enfermedades representa cerca del cuatro por ciento del producto interno bruto mundial, en forma de absentismo laboral, tratamientos de enfermedades, incapacidad y prestaciones de supervivientes (OIT, 2006).

Otros factores importantes que se realizan en los procesos formativos son el conocimiento de factores psicosociales: las repercusiones de los accidentes de trabajadores y trabajadoras en su entorno familiar que va desde la incapacidad y muerte relacionadas con la angustia emocional y la supervivencia familiar.

Por otro lado, es importante para los trabajadores/as, que tomen consciencia de cómo la globalización ha desplazado a los estados como garantes de la vida de sus ciudadanos, dejando ese rol a la gerencia empresarial, que se acerca mucho a ese papel absoluto de los grandes reyes, pues la flexibilización no deja ningún aspecto de la relación laboral que no sea tocado de muerte (Banach y Mantener, 2006). Los tipos de contratación eventual incluyen todas las condiciones de trabajo como la jornada, las funciones, los horarios, los sistemas de trabajo, trabajos a turnos, y la salida del mercado de trabajo como despidos plurales, despidos colectivos.

Los temas de salud pública y la desigualdad en el ámbito del trabajo son poco conocidos por la ciudadanía y la omnipresente visión biomédica dominante hace que la inmensa mayoría de la población y los profesionales sanitarios vean la salud como algo biológico (Banach, J y Mantener, 2006). Salvo muy pocas excepciones, conocen la magnitud del problema; hasta ahora ni los partidos políticos, ni los sindicatos, ni los movimientos sociales ciudadanos han percibido las desigualdades de salud-trabajo como un tema fundamental que tiene sus raíces y sus soluciones en la sociedad y en la política.

El contexto laboral guatemalteco y la salud en el medio ambiente laboral adquieren varias complejidades:

Cultural-Antropológico: La mayoría de ascendencia maya. Para esta diversidad cultural, la salud del trabajo

implica estar inserto en las relaciones de comunidad, familia y naturaleza. Es decir, que su fuerza de trabajo y su salud están ligadas a la tierra y a las relaciones comerciales de los mercados locales y en donde el producto de la tierra y la artesanía adquiere una significación de relaciones culturales, familiares y comunitarias que dan un sentido de vida colectivo.

Sociológico: Nos encontramos con el sector laboral informal, que ha estado ligado a estudios relacionados con la exclusión, y desde una óptica económicamente estructurada, esto no ha permitido abordar las condiciones de salud de este tipo de relación laboral.

Psicosocial: Con respecto del trabajo “normado”, éste está unido a la estructura cognitiva de los y las trabajadores/as guatemaltecos/as, y que podríamos entender como la falta de percepción de riesgo laboral, ligada a la impunidad, que a la vez está determinada por una relación socio-histórica. La ausencia de percepción del riesgo en el entorno laboral formal guatemalteco, ha conformado toda una cultura atada a prácticas cotidianas donde la condición humana es denigrada por parte del empleador y aceptada por parte del trabajador/a.

Jurídico: Un clima relacional que está condicionado por la ausencia del ejercicio del derecho por parte de los trabajadores/as a las prácticas racistas por parte del empleador y la impunidad por parte de las autoridades. En este sentido, hay que tomar en cuenta las características socio-históricas expuestas en la primera parte y como en este periodo se ha legitimado esta cotidianidad laboral.

Conclusiones

Con todos esos factores presentes es difícil sostener que la salud laboral, se elija “libremente” por parte de los y las trabajadores de la sociedad guatemalteca; no depende sólo de la suma de las elecciones individuales de las personas sino también, en gran medida, de las múltiples condicionantes y necesidades sociales y políticas que configuran la forma de vivir, relacionarse, trabajar y enfermar de cada grupo social.

Dentro de las aproximaciones que hemos hecho con los y las trabajadores/as está la necesidad de que registren información, que intercambien y soliciten las asesorías pertinentes, ya que no existen registros que relacionen los puestos de trabajo con las enfermedades,

ni normativas que implementen sistemas de prevención, sanción de incumplimientos por parte de las instituciones competentes: Ministerio de trabajo, Ministerio de Salud y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS–.

El Estado guatemalteco tiene convenios internacionales ratificados, y algunos de ellos importantes; pero en lo referente a las diferentes categorías de trabajo y a las enfermedades, sistemas de compensación y seguros por enfermedad, son muy pocos. Y existen dos convenios fundamentales aún no ratificados, como lo son el 152, 155 y 157 de la OIT que hacen referencia a la salud e higiene en el trabajo.

En materia de políticas públicas, legislación y jurisprudencia, estos temas han sido marginados al no existir cumplimientos internacionales, ni sentencias que las apoyen. Actualmente, Guatemala se encuentra dentro de los países que no disponen de la opción de elegir con libertad factores relacionados con la salud ocupacional.

No se puede entender la salud en el trabajo de los y las guatemaltecos/as aisladamente, sin contar con su contexto familiar, cultural, comunitario y social; si las enfermedades ocurren dentro del medio laboral, necesariamente se convierten en fenómenos sociales e históricos.

Propuestas para el futuro desde la Psicología Ocupacional y Psicología Latinoamericana

Consolidar políticas y técnicas que impulsen una plataforma para el reconocimiento de las enfermedades profesionales en contraposición con las enfermedades comunes que sufre la clase trabajadora, así como el impulso de normativas internacionales que ayuden a mejorar el medio ambiente laboral (campo y ciudad).

Visualizar el problema de la salud-trabajo ante la opinión pública: aunque ya hay una conformación de comisiones de salud dentro de los sindicatos que participan no puede hablarse de una plataforma que impulse cambios a nivel de políticas públicas, legislativas y judiciales.

Investigación: médica y psicosocial que aporte datos epidemiológicos, estadísticos sobre enfermedades comunes y su correlación con enfermedades profesionales. Actualización de normativas de prevención por parte de organismos internacionales.

Jurisprudencia: a nivel nacional e internacional: no hay sentencias derivadas de incumplimientos laborales, a lo cual se debe que no haya jurisprudencia. Es urgente resarcir económica y socialmente a los y las trabajadores/as afectados.

Sensibilización: establecer programas para el conjunto de la sociedad acerca del tema, divulgando a través de los medios de comunicación social, las diferentes problemáticas de salud que padecen los trabajadores/as. Hacer las acciones que ampara la Constitución, como el derecho a la manifestación y a la denuncia del problema.

Crear estrategias para el ejercicio del derecho a ser informado sobre los riesgos en el medio ambiente laboral.

Psicosociales: educar para desalienar a los trabajadores/as en la falta de percepción del riesgo laboral, e implementar programas para la responsabilidad social de las empresas.

Y en el eje formativo que sí se está desarrollando, se debe trabajar en los siguientes aspectos:

Procedimientos teóricos y metodológicos para la elaboración de materiales de difusión y educación. Estrategias formativas en los diferentes sectores implicados: sector trabajador; sector público: Ejecutivo (Ministerio de Trabajo, Ministerio de Salud); Judicial: (Jueces de trabajo), IGSS (Inspectores, personal médico, enfermería); Universidad (Facultades de Medicina, Ciencias Jurídicas, Psicología y Sociología). Y una red formativa a nivel internacional con universidades, sindicatos y organismos competentes.

Consideraciones Finales

Con respecto de las Acciones Políticas a lo largo de cuatro años, el Colectivo de Investigaciones Sociales y Laborales -COISOLA- (Aldana, 2008) facilitó los procesos a nivel técnicos y de acompañamiento con la Federación de Trabajadores de Alimentos y Similares –FESTRAS– y tres sindicatos: Sindicato de trabajadores de la Coca-Cola, Stecsa, el sindicato de mujeres de la maquila Sitrachoy; el sindicato de frigoríficos de pollos Sitrafri y una plataforma del trabajo de campo de una de las zonas más castigadas por el conflicto armado y demás desplazamientos de trabajadores/as a las zonas agroindustriales (costa sur del país).

Se elaboró un lema un tanto largo, pero en fin es un principio: la salud en el medioambiente laboral y el reconocimiento de las enfermedades profesionales.

La plataforma impulsará las acciones políticas donde -COISOLA- es facilitador del proceso.

La plataforma de la clase trabajadora impulsó un documento para comprometer al Estado en sus tres poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial para realizar acciones de solución de las diferentes problemáticas que conlleva la relación salud-trabajo. También integrará a otros sectores organizados de la clase trabajadora. Y un documento-borrador para la conformación de un observatorio independiente por parte del sector de la clase trabajadora para el monitoreo de la Salud Ocupacional.

Ψ

Organización Mundial de la salud OMS definición de Salud.

Programa de salud y trabajo en América Central –SALTRA- (2006) *deficiencias de la salud laboral en América Central.*

Zubero, I. (2000). Repensar el empleo, repensar la vida. ED. *Noticias obreras* No. 1273. España.

Referencias

Aldana, J. C (2008), Hacia una salud plena en el medio ambiente laboral y el reconocimiento de las enfermedades profesionales en Guatemala: perspectivas de la *psicología del trabajo* desde un enfoque latinoamericano. Ed. Universidad de la República Uruguay. Motevideo.

Banach, J. y Mantener, C. (2006). *Aprender a mirar la salud: como la desigualdad social daña nuestra salud.* ED. Viejo Topo. España.

Constitución de Guatemala (1985). ED. Guatemala. Guatemala.

Colectivo de Investigaciones Sociales y Laborales COISOLA (2010) Memoria de Labores.

Federación Sindical de Alimentos y Similares (2007), *Aproximación a un Análisis de la Salud y Medio Ambiente Laboral en el Contexto Guatemalteco.* Ed. FESTRAS. Guatemala.

Organización Internacional del Trabajo OIT (2002). *XVI congreso mundial de la salud y el trabajo.* Ginebra Suiza.

Organización Internacional del Trabajo OIT (2006). *XVI congreso mundial de la salud y el trabajo.* Ginebra Suiza.



Desarrollo emocional en los primeros años de vida.

Licda. Ana Ralda de Rodas
Psicóloga
Colegiado Activo No. 1763

*Resumen: El principal objetivo de este artículo ha sido la investigación bibliográfica de las bases del desarrollo emocional del ser humano en sus primeros años de vida, y se enfoca primordialmente en el desarrollo de la regulación emocional de los niños, ya que tiene una estrecha relación en el futuro de su salud mental. En esta revisión se puede observar cómo la regulación de las emociones es un factor determinante y base para muchos de los trastornos psicológicos que se desarrollan posteriormente. La regulación emocional puede definirse como toda estrategia dirigida a mantener, aumentar o suprimir un estado afectivo en curso. En la teoría de Integración Sensorial, se encontró importante información sobre el desarrollo emocional, pero Stanley Greenspan y Nancy Thorndike Greenspan en su libro *Las primeras emociones*, presentan seis etapas principales del desarrollo emocional durante los primeros años de vida y abordan cómo el temperamento de un bebé, la manera en que percibe su ambiente, sonidos, imágenes, movimientos, el tacto y otros factores, pueden tornarlos irritables, difíciles de calmar, y a su vez provocar en los padres o sus cuidadores, irritabilidad y falta de control. Una apropiada orientación a padres y cuidadores puede ayudar a que los niños y niñas desarrollen la habilidad de regular sus emociones a través de un apego positivo.*

*Abstract: The main purpose of this article was the literature review of the foundations of emotional development of human beings in their first years of life, focusing primarily on the development of emotion regulation in children and having a close relationship in the future of their mental health. In this review we can observe how emotion regulation is a key and base for many psychological disorders that develop factor. Emotional regulation can be defined as any strategy to maintain, increase or delete a current affective state. The theory of sensory integration gives important information found on the emotional development, but Stanley Greenspan and Nancy Thorndike Greenspan, in their book *First emotions* presented six main stages of emotional development during the first years of life and address temperament as a baby, the way you perceive your environment, sounds, images, movements, touch and other elements, can render them irritable, difficult to soothe and thereby to the parents or guardian, irritability and lack of control. Appropriate guidance to parents and caregivers can help children develop the ability to regulate their emotions, through a positive attachment.*

Palabras clave: apego, regulación emocional, neuropsicología, desarrollo.

Keywords: attachment, emotional regulation, Neuropsychology, development.

Neurología y Desarrollo Emocional

Allan Schore, (1994) in *Affect Regulation and de Origin of the Self, neurobiology of emotional development*, hace énfasis en la relación del desarrollo del sistema nervioso, en particular de algunas áreas, con la interacción madre-niño, o cuidador-niño. En la relación *diádica* encuentra un punto de contacto con los

hallazgos de la biología y las neurociencias.

El autor expone cómo ciertas áreas cerebrales, inmaduras en el momento del nacimiento, son completamente estimuladas por el medio y el afecto. Este tipo de afecto produce una transformación estable de los patrones neuronales y su funcionamiento. Destaca

que el afecto es lo que realmente está operando dentro de la diada madre-niño. Este sistema altamente eficiente de comunicación emocional, es esencialmente, no verbal. El desarrollo humano, incluyendo sus mecanismos neuroquímicos y neurobiológicos, no puede ser entendido fuera de esta relación de transacción afectiva. La madre o cuidador es la mayor fuente de estimulación que facilita (o inhibe) la maduración dependiente de la experiencia de las estructuras biológicas, especialmente neurobiológicas. Uno de los roles de la madre o cuidador y quizás el más esencial es su función como regulador psicobiológico.

Lecours, (1982) muestra que el rango de crecimiento en el primer año de vida se ve reflejado en el aumento del peso del cerebro (desde 400g en el momento del nacimiento a 1000 g a los 12 meses); notó que este crecimiento acelerado durante este período crítico está influido por fuerzas sociales. No hay duda de que el crecimiento dendrítico y la generación de sinapsis, del desarrollo postnatal del cerebro es sensible a la experiencia y dependiente de la experiencia, sin restarle, por supuesto, importancia al impacto de la nutrición.

Hay fuertes evidencias que sugieren que la mayor reorganización estructural e histoquímica de la región pre frontal que ocurre en los primeros dos años de infancia está “abierto a interacciones con el mundo externo”.

La corteza prefrontal, como menciona Schore, es filogenéticamente nueva, encargada de la planificación y memoria activa. La función de la madre o cuidador es una función moduladora para el cerebro del infante inmaduro. Sabemos que el tallo cerebral es la parte más antigua del cerebro, encargado de las funciones básicas: respiración, excreción, flujo sanguíneo, temperatura corporal. Está presente en el reino animal; así también el cerebro límbico o cerebro emocional, cuyas funciones ligadas a la adaptación y supervivencia se mantienen con la evolución.

Schore (1994) hace una extenua demostración de la ubicación estratégica y funcional de la corteza orbitofrontal. Las recientes investigaciones en neurociencias mostraron que en la corteza cerebral, la región orbitofrontal está involucrada en conductas sociales, emocionales y estados motivacionales y en el ajuste o corrección de estas respuestas. Estudios neurobiológicos indican que esta estructura está críticamente involucrada en el proceso de apego.

En las interacciones de la diada materna infantil, la madre sirve como regulador externo de los sistemas nervioso y endócrino del niño. De este modo, actúa como activador *on/off* de los programas genéticos. Las investigaciones del desarrollo genético revelan que ciertos sistemas estructurales biológicos innatos, programados genéticamente, requieren un aporte particular del medio durante el desarrollo temprano para activarse, que depende del ambiente. (Schore, 1994)

La función materna favorece o interfiere en la expresión genética, al permitir u obstaculizar el adecuado desarrollo emocional, la regulación de las emociones y los procesos cognitivos que involucra. Por lo tanto, se piensa que el infante debe experimentar cuidado y afecto, de modo que los núcleos límbicos se desarrollen normalmente. Y por el contrario varios estudios han demostrado que la experiencia de maltrato crónico, extremo e incontrolable, producen cambios mensurables en el cerebro en maduración.

Después del segundo mes de vida, el niño aumenta la fijación en los ojos de la madre y en la decimoséptima semana de vida los ojos son la característica más sobresaliente de la madre, aún más que la boca. Los infantes sonrían más cuando las pupilas en un rostro están dilatadas, disparando una respuesta aprendida en una etapa temprana.

Bowlby sugiere que el *imprinting* (impronta) es un proceso aprendido que subyace al apego. Durante la transacción de miradas fijas, el infante, en un estado de interés alto, focaliza en las pupilas del cuidador. El niño, por lo tanto, fija su atención directamente sobre los ojos: una correlación entre los procesos biológico y psicológico.

Regulación emocional

La regulación emocional puede definirse como toda estrategia dirigida a mantener, aumentar o suprimir un estado afectivo en curso. La regulación emocional es un elemento clave de la conducta emocional. Los estudios de la neurociencia afectiva y la psicología del desarrollo han desvelado que la habilidad de regulación emocional es una fuente importante de psicopatología y determinante de la vulnerabilidad/resiliencia. (Jaime Silva, Regulación Emocional, revista chilena de neuropsiquiatría).

Un número considerable de programas de investigación convergen en establecer que la psicopatología surge en parte debido a “un proceso de regulación deficiente”, ya sea por el tipo de estrategia utilizada o como producto de una diferenciación afectiva poco desarrollada. Estudios de Gross, (2002), han enfatizado que la supresión como estilo de regulación es más propenso a padecer de alteraciones psiquiátricas, en especial por la disminución de su expresividad afectiva.

En infantes, la actividad cerebral en respuesta a estímulos positivos (figura de la madre) y negativos (alejamiento materno), la actividad frontal derecha está asociada con respuestas y expresiones frente a estímulos negativos, mientras que la corteza frontal izquierda a los positivos. Recientemente, Buss, y Malmstadt (2003), expandieron dichos resultados al mostrar que los infantes de 6 meses con asimetría derecha tienen niveles de cortisol más elevados y presentan más comportamientos esquivos. (Buss, Malmstadt Schumacher, Dolski, Kalin, Goldsmith, Davidson. Right. Frontal Brain Activity, Cortisol, and Withdrawal Behavior in 6-month-old)

El apego

Apego es el vínculo recíproco y duradero entre el bebé y el cuidador, cada uno de los cuales contribuye a la calidad de la relación. De acuerdo a la teoría etológica, los bebés y los padres tienen una predisposición biológica a apegarse entre sí y el apego promueve la supervivencia del bebé.

Se piensa que con base en las interacciones de un bebé con la madre, el bebé construye un “modelo de trabajo” de lo que puede esperarse de ella. El modelo de trabajo del apego de un bebé está relacionado con el concepto de confianza básica de Erikson. El apego seguro refleja confianza; confiar no solo en sus cuidadores sino en su propia habilidad para obtener lo que necesita. Los bebés que lloran mucho y cuyas madres responden tranquilizándolos tienden a mostrar apego seguro, y por el contrario, si ellas no responden tranquilizándolo, existe un apego inseguro (Papalia E. Desarrollo Humano, Ainsworth y Bowlby).

¿Qué tanta influencia ejerce el temperamento de un niño en el apego y de qué forma? Algunos estudios han identificado los niveles de frustración, la cantidad de llanto, la irritabilidad y el temor como predictores del

tipo de apego.

El temperamento de un bebé puede afectar indirectamente el apego a través de su impacto sobre los padres. En una serie de estudios en los Países Bajos (van den Boom, 1989, 1994) bebés clasificados como irritables a los 15 días de nacidos, tenían una probabilidad mucho mayor que los bebés no irritables de mostrar apego inseguro al año de edad. Sin embargo, los bebés irritables, cuyas madres tenían visitas domiciliarias para recibir instrucción sobre cómo tranquilizar a sus bebés, mostraron la misma probabilidad que los bebés no irritables de desarrollar un apego seguro.

De tal forma que la irritabilidad del bebé puede impedir el desarrollo de un apego seguro, pero no si la madre tiene las habilidades para afrontar el temperamento del niño (Rothbart et al., 2000) La relación de la “bondad del ajuste” puede ser una clave para explicar la seguridad del apego. Los niños con apego seguro tienden a tener una imagen positiva de sí mismos, a mostrar mayor confianza y adaptabilidad.

Guía de desarrollo emocional en los primeros años de vida.

Autorregulación e interés por el mundo: Del nacimiento hasta los 3 meses. Muchos padres se sienten confundidos ante el constante llanto de un bebé; satisfacen sus necesidades básicas (hambre, higiene, salud) pero el bebé sigue llorando. Es cierto que siempre se ha podido disponer de algún consejo sobre como tranquilizar a un bebé, principalmente basados en la tradición y en las costumbres populares, y cualquier padre ha echado mano de su carácter poco fiable y a la vez variable.

Muchos padres centran su atención en las acciones parentales y no en los sentimientos del bebé. En las primeras semanas de vida, los bebés afrontan dos retos simultáneos: sentirse equilibrados y tranquilos y hacer uso de todos sus sentidos para interesarse por el mundo. De forma repentina, tras permanecer varios meses en la oscuridad y calidez del vientre materno, son arrojados a un mundo nuevo, lleno de imágenes y sonidos, movimientos y sensaciones táctiles, sabores y olores. La capacidad de organizar estas sensaciones, de integrarlas y de sentirse tranquilo a pesar de ellas, conduce hacia la capacidad de desarrollar interés por el

mundo de los humanos, el cual puede ser experimentado como la más atrayente, placentera y emocionante de todas las experiencias, aunque también puede ser lo contrario.

La capacidad de experimentar el mundo a través de los propios sentidos, constituye un elemento fundamental para el desarrollo emocional. Los bebés que a temprana edad no sintonizan los mensajes que perciben a través de sus sentidos inician una pauta que, en caso de continuidad, los privará, posteriormente, de

la amplia gama de experiencias emocionales. El interés por el mundo en general sienta una base que despierta un especial interés por las relaciones humanas y el aprendizaje.

La primera tarea consiste en evaluar la capacidad de un bebé de permanecer tranquilo, estable e interesado por el mundo en los primeros dos meses de vida.

Para lograrlo, deben tomarse en cuenta las siguientes preguntas:

TRANQUILIDAD	SI	NO
¿Puede permanecer tranquilo durante el día?		
¿Duerme pacíficamente, de forma relajada, durante unas cuantas horas seguidas?		
¿Mira a la cara, atiende a las palabras o se anima cuando se le habla?		
¿Se van prolongando, en frecuencia, los momentos en que fija su atención? (Unos cinco minutos, dos o tres veces al día)		

Si las respuestas son SI, no hay razones de preocupación.

Si las respuestas son NO continúe con las siguientes preguntas:

ACTIVIDAD	SI	NO
¿Muestra el bebé una tendencia creciente, injustificada, a una mayor irritabilidad, tensión muscular y arqueado de la espalda?		
¿Se han excluido causas médicas?		
¿Se han excluido necesidades básicas (hambre, cambio de pañal, sueño)?		

Si las respuestas son afirmativas se debe observar las reacciones del bebé en forma más detallada, con relación a cómo percibe a través de sus sentidos.

Responda las preguntas:

SENTIDO	Reacción
<p><i>Visión</i></p> <p>Mire al bebé en silencio. Realice expresiones faciales atípicas y/o enséñale de frente una pelota de colores, muévela lentamente hacia los lados y observe su respuesta, también obsérvelo cuando esté frente a la luz.</p> <p><i>Audición</i></p> <p>Ajuste su voz a una tonalidad que le parezca gratificante: “agu, agu”, “da,da,da” u otros patrones rítmicos. Acérquese sigilosamente por la izquierda y después por la derecha, realizando diferentes sonidos, probando varias tonalidades.</p> <p>Observe otros ruidos.</p>	<p>Se alegra, cuando mira una cara, sigue la pelota hacia ambos lados (1) ____</p> <p>Llora, se pone tenso. Le molesta la luz (2) ____</p> <p>No reacciona (3) ____</p> <p>El bebé gira un poco hacia el sonido (1) ____</p> <p>Se sobreexcitan o se irrita (2) ____</p> <p>No reacciona, no busca el sonido (3) ____</p>
<p><i>Tacto</i></p> <p>Durante los momentos de tranquilidad, cuando el bebé no esté demasiado cansado, acariciar, suavemente, las diferentes partes de su cuerpo. Empezar por los talones de sus pies, ascender por las piernas, a través del abdomen hacia los hombros, nuca y cara y, a continuación, por los brazos, abajo, hasta las manos.</p> <p>Estar atento a las expresiones del bebé; observar qué zonas de su cuerpo le gusta que le acaricie más y en cuáles parece no parece agradarle. Debe observar si no hay erupciones o irritaciones.</p>	<p>Observar si la caricia de una zona corporal le calma, si reacciona mejor a una caricia suave y ligera o le gusta ser estrechado firmemente entre los brazos. (1) ____</p> <p>La acaricia le irrita, parece molestarle determinada zona del cuerpo, es hipersensible al contacto físico parcial o completamente. (2) ____</p> <p>No reacciona (3) ____</p>
<p><i>Posición:</i></p> <p>Levantar al bebé verticalmente, hacer lo mismo con un ángulo de cuarenta y cinco grados y después en horizontal. Observar su reacción a las diferentes posiciones.</p>	<p>Observar su posición ideal, en la cual se anima, se muestra vigilante y sonríe, le permite estar atento, interesado de su entorno y estar tranquilo. (1) ____</p> <p>Se sobreexcita, llora con determinada o cualquier posición. (2) ____</p> <p>No reacciona (3) ____</p>

<p><i>Movimiento:</i></p> <p>Observar cómo reacciona cuando se le balancea ligeramente, sujetar al bebé en el aire, arriba, y a continuación bajarlo lentamente hasta la altura de los ojos de uno.</p>	<p>Con el balanceo se acomoda, se relaja, le agrada el movimiento (1)_____</p> <p>Se pone tenso, lo encuentra demasiado estimulante (2)_____</p> <p>No reacciona (3)_____</p>
<p><i>Control Muscular</i></p> <p>Observar cómo reacciona cuando se le mueve los dedos de las manos y de los pies, sus piernas y sus brazos</p>	<p>Se relaja (1)_____</p> <p>Se pone rígido (2) _____</p> <p>No reacciona (3)_____</p>

Resultado: Los bebés que tienen dificultades en permanecer tranquilos, atentos y/o interesados por su entorno pueden clasificarse en dos categorías:

HIPEREXCITABLE respuestas # 2

Los bebés que se muestran muy sensibles a los estímulos, lloran, no se calman, tensan los músculos, arquean su espalda, y a veces emiten un chillido agudo.

HIPOEXCITABLE respuestas # 3

Parecen tranquilos, pero cuesta que se interesen por su entorno; frecuentemente tienen un tono muscular bajo, y no responden a los estímulos.

Fuente: Greenspan y Tholmckide (1997) *Las Primeras Emociones*. Adaptado al formato por Licda. Ana Ralda de Rodas

Normalmente no se aplican a todos los sentidos, sino que quedan limitadas a uno o dos. Afortunadamente la mayoría de bebés abandonan estos esquemas. En algunos casos, sin embargo, estas sensibilidades pueden impedir que un bebé aprenda a regularse por sí mismo y a sentir curiosidad por su entorno.

Los bebés hipo e hipersensibles podrían haber nacido así; no obstante, algunos bebés también pueden desarrollar las mismas reacciones, debido a una enfermedad grave, o unos padres que prestan escasa

atención debido a estados de ansiedad o depresión.

Cuidados del bebé hiperexcitado e hipoexcitado:

El principio básico en ambos casos consiste en estimular la capacidad de regulación: calmarse, prestar atención; y por medio de los sentidos receptivos o positivos, poco a poco, trabajar en la mejora de aquellos sentidos afectados por exceso o carencia. El esfuerzo y la perseverancia por parte las personas responsables suelen dar resultados muy positivos.

Apoyar al bebe hiperexcitado:

Ser comprensivo ante sus reacciones y estimular el uso de sus sentidos de forma muy lenta y en combinación con experiencias tranquilas y placenteras. Por ejemplo, si el bebé es hipersensible a un determinado sonido, se debe intentar hablarle suavemente mientras se balancea rítmicamente o se le carga de forma frontal, mientras se le canta con suavidad. Todo a través de su sentido preferido, para que poco a poco se vayan sumando los otros sonidos.

Apoyar al bebe hipoexcitado:

Intentar que la experiencia del empleo de los sentidos sea lo más interesante posible, introduciendo variedad, y mientras tanto, se ayuda al bebé a permanecer estable y activo haciendo uso de sus demás sentidos: si no responde a los sonidos, pero sí al estímulo visual y al tacto, se le puede ofrecer caricias y mirarlo a la cara con una sonrisa para tranquilizarlo y motivarlo. Conviene experimentar con sonidos extraños, empleando voces, cajas de música y otros objetos para encontrar la frecuencia de música que le llame la atención. Algunos responden a sonidos agudos, otros a sonidos graves, otros a sonidos en cadena clan, clan, clan, clan. El reto es probar hasta encontrar el sonido que le agrada.

El entorno:

El clima emocional que rodea al bebé (incluyendo el estado emocional del cuidador) debe favorecer la autorregulación y el interés por el mundo. Si se ayuda al infante a tranquilizarse, se le estará enseñando a sentirse calmado y relajado. A medida que vaya teniendo su propia experiencia y vaya familiarizándose con esta sensación de sosiego, empezará a desarrollar caminos propios para alcanzarlo por sí mismo. El cuidador, al estar relajado, permitirá que el bebé perciba su expresión relajada. Cuando el bebé se da cuenta de lo interesante que puede ser todo aquello que ve, oye y siente, empezará a interesarse por el mundo sin necesidad de ayuda externa.

¿Cuánto tiempo es necesario para lograrlo? Todo el tiempo que haga falta para ayudarlo a permanecer tranquilo y atento. Estos esfuerzos no serán necesarios más que dos o tres meses. El cuidador debe repasar sus propias necesidades y temores ¿qué efecto tiene sobre su persona la irritabilidad del bebé? ¿Puede mostrarse animado y relajado? Evaluar su propio estado de ánimo

e interés por el mundo.

Enamoramiento, de 2 a 7 meses

A medida que el bebe va creciendo, hacia el segundo, tercer y cuarto mes de vida, comenzará a mostrar un interés selectivo por la parte más significativa de su mundo, es decir, la madre. Anteriormente estaba más centrado por las sensaciones físicas (hambre, gases, etc.) ahora él comenzará a sonreír, fijar su mirada y a centrar la atención en su madre o cuidador.

La relación especial entre el bebe y su madre (o cuidador), puede estimular la relación amorosa entre ella y él. Estos momentos especiales formarán un apego importante entre ambos que afectará su vida social, afectiva y amorosa. Si otro miembro de la familia o una niñera se ocupan regularmente del bebé, esta persona también deberá intentar lograr un apego especial.

El método básico para “cortejar” al bebe, comienza observándolo, identificando los puntos fuertes y los puntos débiles, tanto los de la madre o cuidador, como del bebe. En la mayoría de los casos esto surge de manera natural. Las áreas más importantes que los cuidadores deben tener en cuenta durante esta etapa, son:

Si se observa que el bebé no muestra una reacción especial hacia la madre, la solución puede ser tan sencilla como pasar más tiempo con él, mostrarle más afecto o realizar un mayor esfuerzo por captar su interés, tomando en cuenta sus sentidos preferidos. Intentar alargar ligeramente cada intervalo de “cortejo”, aumentando gradualmente el interés del bebé por la proximidad emocional, sin hacerlo sentir abrumado por el “cortejo”. Si resultara difícil por sobreexcitación, la madre deberá tener mucha paciencia y resolver la sobreexcitación como se menciona en el punto 4.1. Al observarlo relajado, entonces introducir vocalizaciones suaves, miradas, movimientos rítmicos o con objetos fascinantes que provoquen su reacción. Una vez que el bebé se relaciona con la madre, o cuidador puede explorar tranquilamente y con mayor profundidad, sus gustos específicos y aquellos aspectos que le desagradan más.

A medida que pasa el tiempo, el bebé debería mostrar una creciente capacidad para mantener el intercambio afectivo, manifestarse de cinco a diez minutos más o menos. El bebé cuyo apego es estable será

capaz, rápidamente, de volver al estado de relación de apego en momentos de estrés. La estabilidad refleja, en parte, la capacidad del bebé de manejar el estrés y de mantener sus logros evolutivos. Un bebé cuyo apego es menos estable, el cuidador deberá intervenir más tiempo y estar atento, cuando el bebé lo seduzca y prestar atención minuciosa a los factores que ayudan al bebé a recuperarse del estrés, como por ejemplo, una sonrisa tranquilizadora, una voz relajante, un suave masaje o un movimiento rítmico.

Si diferentes medios de seducción no dieran resultado, la madre o cuidador deberá considerar el grado de sinceridad de sus sentimientos, su estado de ánimo, temores, el grado de cansancio y/o preocupaciones y consultar con un profesional.

El principio se basa en combinar las experiencias sensoriales placenteras con las experiencias desagradables.

Este principio también es útil para etapas de transición, por ejemplo del pecho a la pacha. Si el clima es lo suficiente relajado y el bebé está embelesado posiblemente acepte probar el biberón, poco a poco, puede ayudar que la experiencia sea menos desagradable y así dejará, con mejor disposición, cualquier otro hábito que requiera de su colaboración.

Como crear un ambiente de apoyo:

Se aconseja reservar tiempo, cuando no se esté preocupado ni distraído. Abarcar los sentidos y la coordinación motriz del bebé mediante actividades tales como el contacto ocular, la vocalización, la búsqueda de movimientos bucales imitativos, las caricias y dándole la oportunidad de explorar la cara del adulto. Tener en cuenta que bebés diferentes tienen necesidades diferentes en momentos diferentes.

Comunicación intencional, de los 3 a 10 meses

Mientras evoluciona el apego, la relación también favorece una comunicación intencional, respondiendo, recíprocamente a las señales del bebé, devolver una sonrisa, extender la mano cuando el bebé extiende la suya.

Intercambios recíprocos comenzarán a tener un carácter de causa-efecto. Cuando empieza a parlotear,

la respuesta de sus sonidos lo que le estimulará a seguir.

Cuando el bebé comienza a manifestar la capacidad de mantener la interacción, el objetivo es identificar sus señales y responder sistemáticamente, bebés muy visuales, auditivos, el movimiento, el contacto físico, todos o varios.

Cuando desciframos sus señales y respondemos. Ej. Una sonrisa provoca una sonrisa nuestra, se da cuenta que puede provocar alegría en su madre, padre, hna. Etc. Otorga el sentido que puede provocar una influencia positiva.

Si reiteradamente no percibe reacción alguna, quizá sonría y el adulto preocupado u ocupado en ese momento, no le devuelve la sonrisa, no aprende el efecto que conlleva y poco a poco dejará de hacerlo. El bebé puede descifrar la tendencia general de responder, no es necesario hacerlo siempre.

Otro principio consiste en responder de forma empática, la madre debe ser capaz de sentir lo que está sintiendo el bebé. El bebé percibe que se le ha comprendido emocionalmente.

Un bebé que siente que sus reacciones no son percibidas, no recibirá la sensación de comunicación emocional, por lo que perderá el interés de comunicarse y se sentirá desorientado.

Un sentido organizado del “yo” de 9 a 18 meses.

La creciente capacidad de juntar muchas actividades y emociones en un solo patrón, es la capacidad de organizar, el cual influye en el desarrollo organizado de pensamiento.

A través de la imitación más un poco de iniciativa va organizando sus conductas, y emociones. La capacidad de tolerar límites podrá ir aumentando en la medida que su desarrollo emocional y social vaya organizándose.

Un niño con hambre de quince meses que toma a su padre, sentado en el sofá, de la mano, tira de él, lo conduce a la cocina y golpea la puerta de la refrigeradora hasta que su padre la abre, y señala. Este es un patrón organizado.

A diferencia del niño pasivo que llora cuando tiene hambre y espera que sus padres lo sepan.

Crear Ideas Emocionales. De los 18 a los 36 meses

Las ideas son las características sensoriales de un objeto se integran con sus funciones para formar una imagen mental. Los niños empiezan a usar ideas cuando son capaces de construir la imagen de un objeto cuando este no está.

Una idea emocional es una imagen emocional de una persona o de una interacción cuando esta persona no está presente.

Un buen indicador es el juego simbólico. Una serie de ideas activas internalizadas: besa a su muñeca, la arrulla, le canta, le da de comer, etc.

Con el tiempo el niño enlaza diversas ideas emocionales que empleará a través del juego y/o del lenguaje.

El niño está aprendiendo como hacer uso de sus ideas para controlar sus sentimientos y sus emociones, para ayudarse a sí mismo a resolver sus momentos de inseguridad, sus miedos y otras experiencias que pueden adoptar la forma de conducta problemáticas.

Un niño que todavía no ha empezado a mostrar su ira mediante ideas, no empleará esa emoción en su juego y frecuentemente recurrirá a formas de expresión más concretas como pegar, morder o hacer berrinche

Muchas veces cuando un niño se comporta de forma negativa y obstinada, está reaccionando frente a sus emociones. Para que el niño se pueda manejar mejor con sus emociones es importante ayudarlo a descifrarlas, nombrarlas y mostrarse comprensivo, a través de palabras y el especialmente el juego simbólico, dándole vida a sus muñecos preferidos y manifestaciones emocionales.

Razonamiento emocional, de los 30 a los 48 meses

El razonamiento emocional es la capacidad del niño de combinar un sentido del “yo” y del “tu” La comprensión de un yo-versus-otros emocional, son recursos para analizar la realidad, controlar sus impulsos, estabilizar sus estados de ánimo, integrar sus conductas y planificar y concentrarse mejor.

Distinguir entre sus sentimientos y los de otras personas le ayuda en la comprobación de la realidad. Cuando un niño no realiza estas distinciones de forma

satisfactoria, las experiencias cotidianas pueden llevar a una conducta impredecible y a pensamientos y sentimientos “ilógicos”, un niño, por ejemplo, puede pensar que los demás están enfadados con él cuando, de hecho, es él quien está enfadado con los demás. La comprensión del yo-versus-otros constituye la base del análisis de la realidad.

La regulación y control de los impulsos. Esta es otra función importante de la personalidad. El niño necesita, para ello, comprender la relación causa-efecto. Si un niño no comprende la relación entre lo que hace y lo que sucederá en el mundo de las ideas o de la conducta, no tiene motivo alguno para controlar sus impulsos. La comprensión de que él mismo puede producir reacciones en los demás, le aporta una base para el control de sus impulsos y aquí las normas y las consecuencias, mientras más sentido lógico le provea al niño más organizado será su pensamiento y su conducta.

Si se observa que el niño no muestra un razonamiento emocional a los cinco años es importante evaluar qué etapa de las anteriores no ha desarrollado para ayudarlo a hacerlo y continuar desarrollando su vida emocional.

Conclusiones

El temperamento de un bebé, la manera en que integra sus sentidos a través de los cuales percibe su ambiente, puede afectar indirectamente el apego a través de su impacto sobre los padres. Los bebés pueden tornarse difíciles, irritables, especialmente si son hipersensibles. Los bebés irritables y difíciles de calmar, puede provocar mucha ansiedad, irritabilidad y falta de control en los padres o sus cuidadores.

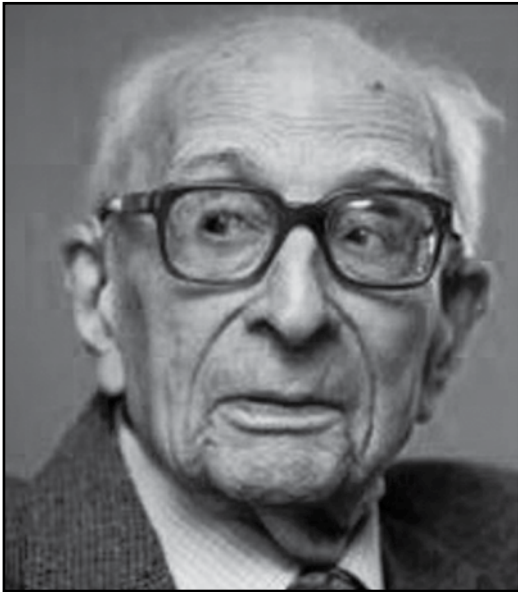
Los bebés irritables, cuyas madres tienen orientación sobre cómo tranquilizar a sus bebés, desarrollarán un apego más seguro y un mejor desarrollo de sus emociones.

El conocimiento sobre las etapas del desarrollo emocional integrado y su relación con el desarrollo neurológico puede proveer un mejor impacto y comprensión sobre el mismo. Una eficiente orientación a padres, profundizando sobre el desarrollo emocional de cada etapa o edad puede influir en la personalidad de los hijos.

Las funciones reguladoras de la madre afectan directamente a la capacidad de auto regular emociones en el niño. Un buen desarrollo emocional favorece la regulación emocional. Ψ

Referencias

- Buss K., Malmstadt S., Dolski I., Kalin N., Goldsmith H., Davidson R. (2003) Right Frontal Brain Activity, Cortisol, and Withdrawal Behavior in 6-month-old Infants, Behavioral Neuroscience, Washington, DC. Revista APA Psycnet American Psychological Association. <http://psycnet.apa.org/journals/bne/117/1/11/>
- Greenspan S., Tholrnkide N. (1997) *Las Primeras Emociones*. Argentina Buenos Aires, Editorial Paidós
- Lescano, R. (2005) Trauma y EMDR, Biología de los Procesos Mentales, Argentina, Buenos Aires, Editorial Emdria Latinoamericana. <http://www.mediafire.com/download.php?ysn2ysdm9d5tox2>
- Papalia D. (2005) Desarrollo Humano, México, D.F. (Novena edición) Mc Graw Hill.
- Schore, A. (1994) *Affect Regulation and the Origin of the Self, neurobiology of emotional development*, (1a. edición) United States, Psychology Press.
- Silva, J. (2005) Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad/resiliencia, Chile, *Revista de neuropsiquiatría*, editoriales@123.cl <http://teps.cl/files/2011/06/cap07.pdf>



Vita e Opus

Claude Lévi-Strauss
(1908-2009)

Leslie A. Sechel Vela, M.A.
Centro de Estudios Junguianos de Psicología
Analítica en Guatemala
Psicólogo. Colegiado Activo No.: 2343

“Un humanismo bien ordenado no comienza por sí mismo, sino que coloca el mundo delante de la vida, la vida delante del hombre, el respeto por los demás delante del amor propio.”

Claude Lévi-Strauss

Lévi-Strauss, nacido en Bruselas en 1908, en el seno de una familia francesa de ascendencia judía es el antropólogo de mayor reconocimiento a nivel mundial, tanto en los ámbitos profesionales como a nivel popular. Fue amigo de Merleau-Ponty, Jean-Paul Sartre y Simone de Beauvoir durante sus estudios en la Sorbona, en donde obtuvo la titulación de Filosofía en 1934. Sin embargo, no fue sino durante los años de 1935 a 1938 que, como profesor de la Universidad de Sao Paulo, Brasil, se adentra en la selva en varias expediciones en los alrededores del Amazonas, lo que resolvió su carrera como etnógrafo,

etnólogo y antropólogo.

En 1939 regresa a París a presentar sus estudios realizados y desde entonces caminó con los saberes de la ciencia antropológica hasta llegarse a considerar el padre de la moderna antropología estructuralista.

Lévi- Strauss escribió sobre investigación, mitología, etnología y sobre todo antropología; a él se le acredita el haber replanteado los fundamentos estructurales del pensamiento en general, así como basar las varias ciencias humanas en su relación con la naturaleza y

la cultura. Su contribución en este campo ha sido fundamental.

En noviembre del año 2008, Lévi-Strauss cumplió cien años de existencia, y para su celebración se organizaron infinidad de actos conmemorativos, entre ellos, el primer homenaje al primer académico centenario de la historia de Francia.

Su obra es inmensa, desde sus artículos publicados en varias revistas hasta sus libros que contienen títulos como *Las estructuras elementales del parentesco* (1949), *Tristes trópicos*

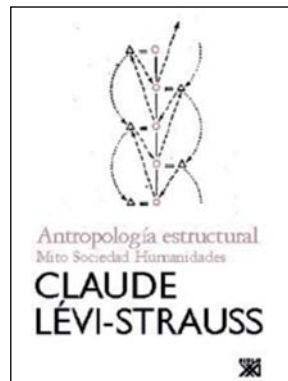
(1955), *Antropología estructural* (1962), *El pensamiento salvaje* (1962) y una serie completa de escritos en mitología, resultado de su investigación incansable acerca del significado de los mitos en culturas primitivas.

Todas estas obras hacen de su discurso un reflejo de la búsqueda de una ciencia colectiva, o más bien, de una ciencia global capaz de analizar los fenómenos sociales desde una interpretación inmutable, desde los más puros principios universales. Es así como se acerca al concepto de inconsciente, mas no desde el plano propiamente psicoanalítico, sino más bien desde la lingüística estructuralista. A este respecto, Lévi-Strauss (2009) señala:

“Si la actividad inconsciente del espíritu consiste en imponer formas a un contenido, y si estas formas son fundamentalmente las mismas para todos los espíritus, antiguos y modernos, primitivos y civilizados, como lo muestra de forma evidente el estudio de cómo se expresa en el lenguaje la función simbólica, es necesario y suficiente comprender la estructura inconsciente, subyacente a cualquier institución y a cualquier costumbre,

para obtener un principio de explicación válido para otras instituciones y otras costumbres, con la condición, naturalmente, de llevar el análisis a la profundidad necesaria”.(p. 68).

Y es de esta hipótesis de la que se extraen las características conceptuales de lo que el autor concebía como “estructura”, la cual está basada en la identidad expresada entre el nexo que une naturaleza y cultura.



Esta obra, *Antropología estructural*, por primera vez publicada en Francia, en 1958 (coincidente año del centenario del reconocido sociólogo Emile Durkheim), y bajo el título de *Anthropologie Sociale* (Antropología Social) que compila varios escritos de su autor, y a la fecha es considerado un clásico. La obra se ha editado 27 veces hasta la actualidad y puede encontrarse en todos los idiomas.

El compendio aborda principalmente el tema del método de la antropología, así como mucho material en torno a la historia, al análisis estructural en lingüística, antropología y etnología. Abarca, además, temas respecto de la organización social, la magia y la religión, el arte y el simbolismo.

Esta obra es el inicio de un legado único de sus obras escritas, al que Gómez (2010) suma otros dos legados: “...el legado de un método riguroso de análisis... y el legado de un desafío intelectual que nos concierne...” (par. 100 y 111).

Ψ

Referencias

- Gómez, P. (2010). Claude Lévi-Strauss. Vida, obra y legado de un antropólogo centenario. *Gazeta de Antropología*. 26 (1). Recuperado de <http://digibug.ugr.es/handle/10481/6770>
- Lévi-Strauss, C. (2009). *Antropología estructural*. España: Editorial Siglo XXI.



Entrevista a Carlos Enrique Benítez Gaitán, M.A.

TopGrading

Melissa Lemus García, M.A.
Colegiada Activa No. 926
Consejo Editorial

Licenciado Benítez: en el área organizacional es de gran utilidad abordar el tema de reclutamiento y selección de personal. Gracias por colaborar con la Revista del Colegio de Psicólogos de Guatemala con esta entrevista para nuestros lectores y colegas.

¿Qué implica la selección de personal? ¿Qué diferencia hay entre ésta y el reclutamiento?

Para muchos procesos de contratación, estas son dos palabras que suelen ir unidas. El reclutamiento consiste en poder atraer al mejor talento disponible en el mercado laboral, y las formas de lograrlo varían de una empresa a otra. Algunas de ellas suelen hacerlo a través de medios tradicionales como los medios escritos; otras utilizan bolsas electrónicas muy comunes en los últimos años debido al incremento en el acceso a la tecnología. Otros lo reducen a su red de contactos y atraen únicamente a referidos.

En lo particular, he tenido oportunidad de vocear en colonias, de poner anuncios en, usar radio y distribuir volantes publicitarios. La selección, por otro lado, se da luego de que los candidatos reclutados han pasado por diversos filtros, como entrevistas o evaluaciones e investigaciones y es cuando se debe tomar una decisión. Esta decisión de contratación debe estar basada en argumentos objetivos que permitan realizar una contratación efectiva y que ayude a establecer quién es el mejor candidato. La decisión debe ser tomada basada en patrones del pasado.

¿Qué es la técnica de TopGrading?

Es una metodología de reclutamiento y promoción, que tiene como objetivo alcanzar un 80% de éxito en las contrataciones. Se basa en 12 pasos muy efectivos para atraer y retener a colaboradores en quienes por lo menos el 80% del tiempo muestren un esfuerzo discrecional. Se les llama 'A'players o jugadores 'A'. Esta técnica se enfoca en descubrir patrones de éxito en el pasado de los candidatos que permitan descubrir si pueden hacer el trabajo requerido.

¿Este término se utiliza en inglés o hay alguna traducción para el español?

No conozco una traducción al español, en inglés hay dos palabras muy similares, una es Upgrade y la otra es Topgrade. La diferencia radica en lo siguiente: imagine que un jefe tiene a 1 colaborador A player, a 2 B players y a 7 C players. Si este jefe logra convertir a 2 de sus B players en A players, logró mejorar al equipo; le dio un Upgrade, pero no todo el equipo es de alto rendimiento.

Por el contrario Topgrade significa que el jefe logrará hacer que sus 10 colaboradores sean A players. En la práctica puedo decirles que en equipos de alto rendimiento, los A players comienzan a rechazar naturalmente a quienes tienen bajo rendimiento o C players. Lastimosamente también pasa a la inversa, en grupos donde dominan los C players y se contrata a un A player; regularmente este último es rechazado en el medio laboral.

¿Cuáles son los procesos básicos de la técnica?

Los pasos del proceso son 12, y considero que uno muy valioso es la capacidad de desarrollar redes sociales, para poder contratar a candidatos que han sido referidos por otras personas.

En la práctica me ha parecido muy valioso, ya que los A players regularmente refieren a otros A players; sin embargo, un B player regularmente refiere a un B o C player. La razón es que lo perciben como una amenaza a su propio puesto.

Otra técnica muy útil es la que llaman el suero de la verdad, el cual consiste en que en cada paso se les indica a los candidatos que se solicitarán referencias suyas. Se ha comprobado que los A players envían sus referencias en las horas siguientes a la solicitud. Los B players las envían a los dos o tres días, mientras que los C players no los envían; por supuesto este es uno de tantos patrones que sugiere observar la metodología, pero no es una regla.

Otro de los beneficios del suero de la verdad es que se enfoca en resultados; la mayoría de reclutadores se enfocan en las características generales, como edad y profesión del candidato y, según ellos, con esto ya encajan en el perfil; sin embargo, la metodología no se enfoca en esto, sino que busca más allá e indaga acerca de los logros sobresalientes que el candidato ha tenido al llenar requisitos de la plaza.

Muchos jefes piden que los candidatos tengan capacidades en el área de ventas. Sin embargo, para un reclutador es más sencillo identificar logros cuando el jefe nos indica: alcanzar metas de ventas de Q. 100,000.00 al mes en repuestos mecánicos, por ejemplo.

¿Qué beneficios brinda este proceso de selección de personal?

Al seguir con el proceso de los 12 pasos, se garantiza un 80% de éxito en el reclutamiento de personal. La mayoría de las empresas tienen una media de éxito de 25%; eso significa que si tengo a un equipo de ventas de 100 personas y 20 son A players, para convertir a los 100 en A players necesitaría contratar a 320 personas. Mientras que si aplicamos esta técnica

para alcanzar a los 100 A players deberíamos contratar a 100 colaboradores. Una diferencia de 220 personas.

Imagine el ahorro en costos de reclutamiento. Esto sin contar los efectos secundarios de una mala contratación que se reflejan en pérdidas de clientes o en tiempo invertido por el resto del equipo en resolver los errores de la mala contratación.

¿Qué limitaciones o desventajas puede llegar a tener?

En muchas empresas de Guatemala tenemos dificultad para observar los efectos que provoca una mala contratación y sacrificamos tiempo por calidad. La mayoría de empresas contratan personal para salir de un apuro; esta metodología indica que si se invierte un poco más de tiempo se evitará tener que repetir todo el proceso. Muchas empresas que conozco luchan contra rotaciones increíblemente altas, pero nunca salen de este círculo. Considero que la dificultad consiste en cambiar la mentalidad e invertir en la calidad versus el tiempo. Creo que la dificultad es cultural; esta metodología de reclutamiento es para plazas administrativas y por ello contempla tomarse muy bien el tiempo de escoger.

La metodología sugiere tener una o dos entrevistas de 2 o 3 horas, en las cuales hay 2 entrevistadores. La mayoría de empresas ven esto como una pérdida de tiempo valioso; esta metodología lo ve como la mejor inversión de tiempo, no solo para homologar el criterio con la pareja de entrevista, sino para profundizar en el análisis de patrones y no dejar nada al azar. Una mala contratación a nivel directivo puede costar, en el mejor de los casos, entre 12 y 15 veces el salario del colaborador por todos sus errores. He sido testigo de cómo malas contrataciones han llegado a poner en riesgo al negocio mismo. Un C player divide, mientras que un A multiplica las ganancias.

Desde su experiencia ¿Cuándo recomienda el incorporar esta técnica en una empresa?

Cuando los directivos tengan la madurez como para tomar decisiones a largo plazo, y el departamento de RRHH se haya convertido en un aliado del Gerente General para lograr cambiar la cultura de la empresa.

¿Quién puede ser el responsable de este tipo de reclutamiento? ¿Quiénes participan del proceso?

Esta metodología no surgió para personal de Recursos Humanos, sino que para ayudar a los altos directivos a hacerse de un equipo de alto rendimiento.

¿Por qué recomienda entrenarse en esta técnica?

Los beneficios son magníficos, yo soy testigo de ello. Hay un dicho muy oportuno: los mejores son los primeros en irse de las empresas. Mi propósito es que sean los últimos en irse y para ello necesito tener y atraer siempre a A players.

¿Qué hace que el “Top Grading” sea una herramienta más eficaz que otras?

Porque e fundamenta en conceptos prácticos y porque cuenta con la garantía de que las mejores empresas en Estados Unidos la han implementado, como Jack Welch ex CEO de General Electric.

¿Dónde puede realizarse el entrenamiento? ¿Qué se requiere?

El entrenamiento se puede recibir en Estados Unidos (Chicago), y en la página Topgrading se puede obtener información valiosa sobre la metodología, como videos, incluso una calculadora muy interesante que indica el costo de una mala contratación.

¿Cómo descubrió esta novedosa manera de reclutamiento?

La lectura nos llevó a esta metodología, luego de leer los Hábitos de Rockefeller, y Who, que es otro libro sobre reclutamiento escrito por el hijo del creador de Topgrading.

¿Tiene alguna recomendación u observación más que quiera compartir con nuestros lectores?

Considero que nuestra profesión es aún poco valorada y es nuestra responsabilidad ubicar al área de Recursos Humanos en el centro de la estrategia de los negocios. Las personas que contratamos son los pilares del éxito de nuestras empresas, por lo tanto constituyen la mejor inversión en la toma de decisiones empresariales.

Es nuestra responsabilidad como profesionales demostrar con argumentos que podemos mejorar los resultados del negocio atrayendo A players. Ψ

Acerca del profesional entrevistado:

Carlos Enrique Benítez Gaitán es psicólogo clínico graduado de la Universidad Rafael Landívar de Guatemala.

Tiene un maestría en Dirección de Recursos Humanos por la Escuela de Negocios FUNDESEM, España.

Capacitación de Reclutamiento de TopGrading en Chicago, Estados Unidos.

Jefe de Desarrollo Humano en RV4.

Docente de la Universidad Rafael Landívar.

Estrés postraumático, trauma complejo y disociación -EMDR- Un modelo integrativo para abordarlo.

Mayte Fernández Groteworld, M.A.
Psicóloga
Colegiada Activa No. 2038



Resumen: El siguiente ensayo trata acerca del espectro del trauma y hace énfasis en que algunas personas expuestas a eventos perturbadores podrían desarrollar sintomatología del trastorno por estrés postraumático hasta trauma complejo y disociación, limitando su funcionamiento personal, para lo cual se propone abordarlo a través del Modelo EMDR. Además, aborda cómo el procesamiento de la información a un estado adaptativo, permite el reprocesamiento y actualización de la información guardada en forma disfuncional al momento del trauma, así como el acceso a las redes de recuerdos y asociaciones positivas, lo que genera un sentido y nombrando la experiencia.

Se concluye que las experiencias traumáticas según la etapa de desarrollo, intensidad, duración y las condiciones en que se dan, dejan secuelas en todos los ámbitos de funcionamiento de una persona, y que depende del tipo de personalidad de cada individuo, para superar dichas experiencias.

Abstract: This Essay talks about the specter of Trauma and emphasizes that some people expose to disruptive events could develop symptomatology that goes from PTDS to Complex Trauma and Dissociation, limiting its operation, which is proposed to address it through the EMDR Model and how the Adaptive Information Processing System allows reprocessing and update dysfunctionally stored information at the time of trauma, and access to networks, generating positive memories and associations, as well as naming the experience. In Conclusion, traumatic experiences depending on the stage of development, duration and intensity in given conditions, leaving sequelae in all areas of functioning of a persona, depending on the type of pre and post-trauma personality of each individual.

Palabras y conceptos clave: Trauma, Estrés Postraumático, Trastorno Disociativo, EMDR, Sistema de Procesamiento de la Información a un Estado Adaptativo.

Key Words: Trauma, Posttraumatic Stress Disorder, Dissociative Disorder, EMDR, Adaptative Information Processing System.

Introducción

La palabra trauma proviene del griego y significa “herida”. A. Cía. 2001, en su publicación Trastorno por Estrés Postraumático, Diagnóstico y Tratamiento Integrado, expone cómo los seres humanos a lo largo de la historia se han visto expuestos a situaciones de terror: guerras, desastres naturales y eventos traumáticos, como accidentes, violaciones, abuso sexual, y otros actos que

dejan heridas que provocan un deterioro en varias esferas de la vida de una persona.

Muchas personas que han estado expuestas a estos eventos logran salir adelante; sin embargo, hay personas que permanecen muy afectadas por los mismos, limitando su capacidad de funcionamiento en la vida cotidiana.

La sintomatología que dentro del evento en sí mismo es adaptativa, deja de serlo cuando se manifiesta fuera del evento traumático y persiste en el tiempo, y queda desconectada de la situación de origen, lo que conlleva a un continuum que va desde el Estrés Postraumático ocasionado por uno o varios traumas durante la infancia y la edad adulta, hasta el Trauma Complejo y Trastorno Disociativo de la Identidad generado por la presencia de trauma continuado en la infancia o adolescencia y en condiciones de insoslayables.

“Los traumas son recuerdos al margen de la narrativa del sujeto, no son memorias vivas que se desarrollan y evolucionan en el tiempo, como sucede con cualquier recuerdo común, sino que están “congelados”. Por todo ello, el mero hecho de hablar una y otra vez acerca de lo sucedido no resuelve el TEPT”, (p. 15)

Eye Movement Desensitization and Reprocessing o EMDR por sus siglas en inglés, es un Modelo Integrativo de abordaje para “descongelar” el dolor y el sufrimiento que ha quedado después de años y reprocesa y actualiza la información guardada en forma disfuncional rápidamente, acortando el tiempo de permanencia en la terapia.

Del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) al Trauma Complejo y la Disociación

Es conveniente comprender cómo el cerebro procesa y actúa en el mantenimiento del trauma y con respecto de eso, Rothschild (2000), describe la importancia del sistema límbico para regular las tareas de sobrevivencia como comer, la sexualidad y los mecanismos de defensa instintivos de lucha, huida o congelamiento, influyendo también en los procesos de memoria.

Cuando el sistema límbico activa el sistema nervioso autónomo, ante la amenaza de un evento traumático, el resultado es una respuesta adaptativa normal de sobrevivencia; pero cuando el sistema nervioso autónomo continúa activado luego de que la amenaza ya no existe y se ha sobrevivido, entonces se convierte en Trastorno por Estrés Postraumático.

Cuando esto sucede pareciera que la experiencia sigue flotando en el presente, sin que haya sido integrada y colocada en el pasado en la historia de la persona, debido, según Bessel van der Kolk y otros autores citados

por Rothschild, a que ante la amenaza, la asistencia del hipocampo que procesa la información no está disponible y por lo tanto, es re-experimentada como tal en el aquí y el ahora con toda la carga del momento en que sucedió el evento.

De acuerdo con Rothschild (2000), las consecuencias del trauma y el estrés postraumático pueden variar según de la edad de la víctima, la naturaleza del trauma, la historia de traumas anteriores, el tipo de personalidad y la red de apoyo con que cuenta la víctima en el momento en que sucede el evento.

En general las personas con TEPT sufren un deterioro en su calidad de vida y una restricción en su funcionamiento cotidiano, debido a los síntomas intrusivos, la desregulación emocional y los recordatorios del evento traumático que pueden aparecer en cualquier momento, y que causan pánico. El miedo hace parte de su vida no solo en cuanto al evento en sí mismo, sino también el miedo a experimentar sus propias reacciones frente al trauma. Cuando los recuerdos del trauma son abrumadores, el congelamiento o la disociación pueden activarse como si el trauma estuviera ocurriendo en el presente.

Los Criterios diagnósticos según el DSM IV-TR (APA, 1994) para el Trastorno por Estrés Postraumático son:

Criterio A:

A1) Exposición a un evento traumático.

A2) Distrés emocional consecuente con dicha exposición.

Criterio B: Síntomas de re-experimentación del trauma (1 o más)

Criterio C: Síntomas de evitación y embotamiento (3 o más)

Criterio D: Síntomas de hiperactivación autonómica (2 o más)

Criterio E: Síntomas en los criterios B, C y D con duración mínima de un mes

Criterio F: Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas vitales del individuo.

Luxenberg, Spinazzola y Van der Kolk (2001) hacen referencia, en la revista *Directions in Psychiatry*, a varias investigaciones acerca de los efectos del trauma en el funcionamiento psicológico, y han concluido que el Diagnóstico de TEPT no consideraba algunos aspectos determinantes como la etapa de desarrollo en la que se encontraba la persona cuando sucedió el trauma y si el mismo había sucedido dentro del contexto de una relación con los padres, cuidadores o la pareja.

Tomando en cuenta lo anterior, se dieron cuenta de que es muy diferente la sintomatología de una persona que ha sido víctima de un desastre o de un accidente de carro que encaja como un cuadro de TEPT, de la sintomatología consecuencia de un trauma interpersonal en el que las personas que han sufrido deprivación, o abuso sexual por parte de cuidadores, generalmente en la infancia temprana, de forma continuada y en condiciones insoslayables, que es un cuadro mucho más complejo.

El concepto de Trauma Complejo hace referencia a los efectos devastadores que tiene en la personalidad y el desarrollo social de una persona, el trauma interpersonal, y que da como resultado la desregulación del afecto, la agresividad contra sí mismo y otros síntomas disociativos, somatización y problemas de carácter.

Los Criterios Diagnósticos para el Trastorno por Estrés Extremo de acuerdo al DSM IV, APA, 1994 son: 1. Desregulación Afectiva Crónica; 2. Alteración de la Atención y la consciencia; 3. Somatización; 4. Cambios caracterológicos crónicos; 5. Alteraciones en sus sistemas de significados; 6. Alteración en las relaciones interpersonales

La disociación, de acuerdo a Luxenberg, et al., es un síntoma estrechamente relacionado al diagnóstico de Trauma Complejo. La sintomatología va desde simples episodios de desrealización hasta una amnesia persistente respecto a una experiencia traumática hasta llegar a presentar un Trastorno Disociativo de la Identidad.

Ono Van der Hart, Erick Nijenhuis y Karen Steele (2006) en su libro *The Haunted Self, Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*, sostienen que las personas crónicamente traumatizadas están atrapadas en un terrible dilema, ya que les falta una adecuada capacidad de integración y un déficit de habilidades mentales para enfrentar sus

memorias sobre el trauma, pero al mismo tiempo deben continuar viviendo y lidiando en la cotidianidad con las mismas personas que las abusaron y maltrataron. Surge la pregunta ¿Cómo se logra vivir y seguir adelante en estas condiciones?

Vivir al borde, es probablemente una expresión que define la manera en que se encuentra una persona en circunstancias de abuso e ineludibles. Evitar absolutamente todo lo que tiene que ver con los recordatorios de lo sucedido se convierte en un recurso importante para seguir adelante y continuar sobreviviendo en una aparente normalidad.

La disociación como respuesta al trauma, de acuerdo con estos autores que citan a Janet (1887/2005) entre otros, indican que se refiere a una división de la personalidad o de la consciencia que involucra divisiones entre sistemas de ideas y funciones que constituyen la estructura de la personalidad y que tienden a acciones específicas.

La teoría de la División estructural de la personalidad se refiere a sistemas que funcionan, por un lado, para adaptarse a la vida cotidiana, y por el otro, para evitar y escapar de estímulos aversivos, como por ejemplo, ante la amenaza.

Ambos sistemas mencionados son necesarios; sin embargo, cuando una persona tiene que recurrir a ambos por tiempo prolongado, algunas personas desarrollan una división rígida de su personalidad para poder responder ante la vida cotidiana y ante las posibles amenazas que pudiesen surgir.

Myers Ch. (1916, 1940) citado por Van der Hart, et al., definió estos dos sistemas de acción que funcionan de forma alternada, pero rígida y cerrada, en Personalidad Aparentemente Normal (PAN), y la llamada Personalidad Emocional (PE).

Si la disociación estructural puede variar desde divisiones más simples de la personalidad hasta más complejas, son estos niveles de complejidad los que tendrán que ser tomados en cuenta y que tendrán implicaciones en el tratamiento.

El Modelo EMDR – Un Enfoque integrativo

El modelo EMDR, por sus siglas en inglés “Eye Movement Desensitization and Reprocessing”, creado

por Francine Shapiro, ofrece una hipótesis que funciona y que posee muchísima investigación científica sobre los efectos que tiene el reprocesamiento y la desensibilización de las memorias traumáticas a través de movimientos oculares, táctiles y auditivos y la posibilidad de adaptar sus protocolos a los diferentes niveles de complejidad que presenta como consecuencia del trauma.

El Modelo Integrativo se basa en el Procesamiento de la Información a un Estado Adaptativo (SPIA) y enfatiza una metodología que estimula la capacidad autocurativa de un sistema innato de procesamiento de la información.

Shapiro expresa: “tal parece que existe un equilibrio neurológico en un sistema fisiológico definido que permite que la información sea procesada hasta alcanzar una “resolución adaptativa”. La autora se refiere a “que se realizan conexiones con asociaciones apropiadas y que la experiencia es empleada constructivamente por el individuo y es integrado a un esquema cognitivo y emocional positivo. En esencia, lo que resulta útil es aprendido y almacenado con los sentimientos o emociones apropiados y está disponible para ser usado en el futuro.” (p.30)

Cuando hay trauma severo, hay un desequilibrio en el sistema nervioso, y este desequilibrio provoca que el sistema de procesamiento de la información no funcione a nivel óptimo, por lo que la información percibida al momento del evento traumático, incluyendo imágenes, sonidos, emociones y sensaciones físicas se mantiene en ese estado de perturbación a veces por años.

Ese estado específico puede ser disparado por cantidad de estímulos tanto internos como externos y es lo que puede observarse a través de pesadillas, flashbacks y todos los síntomas llamados positivos del TEPT, que es generalmente la razón por la que las personas acuden a buscar ayuda.

Los elementos del método EMDR, de acuerdo a Shapiro, conducen a un estado fisiológico que activa el sistema de procesamiento de la información y facilita su procesamiento, ingresando a las redes de recuerdos y a todos los canales asociados. Los resultados se manifiestan cuando se observa un cambio en las imágenes, emociones, sensaciones y cogniciones asociadas al evento.

Los mecanismos involucrados para desbloquear el sistema de procesamiento de la información que está “trabado” son: El descondicionamiento que se produce por el relajamiento obligado, un cambio en el estado del cerebro que aumenta la activación de redes positivas y fortalece las asociaciones débiles, y la atención dual, que permite atender simultáneamente a los estímulos presentes así como al trauma en el pasado.

Cuando se aplica EMDR se solicita al paciente que centre su atención en un recuerdo del que puede tener a disposición una imagen real o proyectada, puede ser un sueño, un aspecto de la experiencia como una sensación o un pensamiento, el cual constituirá el touchstone memory o nódulo a través del cual se genera el acceso, que es necesario en el Sistema de Procesamiento de la Información a un estado adaptativo, debido al material psicológicamente asociado.

En el modelo de procesamiento de la información a un estado adaptativo se considera el concepto de autosanación psicológica, que se basa en la respuesta autocurativa del cuerpo cuando sufre una herida física; si la sanación es obstaculizada por algo o se repite el trauma, la herida se infecta y produce dolor, si el elemento se retira, el proceso natural de sanación continúa su proceso natural, y lo mismo ocurre con los procesos mentales.

Hay una tendencia natural del sistema de procesamiento de información del cerebro para desplazarse hacia un estado de salud mental; si éste sufre un desequilibrio debido al trauma, lo que se observará son respuestas de una adaptación equivocada, las cuales pueden ser detonadas por estímulos del presente.

La activación del Sistema de Procesamiento de la Información a un estado adaptativo es central en el tratamiento EMDR y su aplicación a gran variedad de patologías.

Conclusiones

Las experiencias traumáticas según la etapa de desarrollo, intensidad, la duración y las condiciones en que se dan, pueden dejar secuelas en todos los ámbitos de funcionamiento de una persona, dependiendo de factores específicos de la personalidad pre y post trauma de cada individuo.

Las experiencias de trauma que tienen origen en la temprana infancia, predicen el desarrollo de trastornos específicos y determinará la comorbilidad de otros trastornos del Eje II, enmarcados dentro de la categoría de Trauma Complejo.

El desequilibrio en el sistema nervioso, así como las conclusiones y percepciones de las personas después del trauma pueden provocar bloqueos que dificultan su funcionamiento, por lo que el enfoque de solamente hablar en la terapia no produce resultados.

La hipótesis del Modelo EMDR basado en el Sistema de Procesamiento de la Información a un Estado Adaptativo se propone como un abordaje que acorta el tiempo de permanencia en la terapia, al acceder a las redes de recuerdos y asociaciones positivas y generar nuevas conexiones, dando un sentido y nombrando la experiencia.

El modelo EMDR es completamente compatible con la propuesta de tratamiento en fases para abordar el trauma, debido a la flexibilidad que ofrecen los protocolos de atención propuestos por la especialista Francine Shapiro, y cuya aplicación dependerá del nivel de complejidad que se presente. Ψ

Van der Hart, O., Nijenhuis, E., Steele, K. (2006). *The Haunted Self. Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. Primera Edición. Estados Unidos. W.W. Norton & Company.

Referencias

- Cia. A. (2001). *Trastorno por Estrés Postraumático. Diagnóstico y Tratamiento Integrado*. Imaginador
- Luxenberg, T., Spinazzola, J., van der Kolk, B. (2001). *Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) Diagnosis, Part One: Assesment*. *Directions in Psychiatry*, Volume 21, Lesson 25.
- Rothschild, B. (2000). *The Body Remembers. The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment*. Primera edición. Estados Unidos. W.W. Norton & Company.
- Shapiro, F. (2004). *EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Desensibilización y Reprocesamiento por medio de movimiento ocular)*. Editorial Pax, México.
- Solvey, P, Ferrazano de Solvey. R. *Trauma y EMDR (2004)*. Un Nuevo Abordaje Terapéutico. Capítulo I, El Trauma Psicológico. Recorrido Histórico e Ideas Actuales. EMDRIA, Latinoamérica.



Ética

Ana María Jurado, M.A.
Instituto de Psicología Aplicada -IPSA
Psicóloga. Colegiada Activa No. 007

El paciente tiene derechos

En la edición anterior abordamos el tema de los derechos de los clientes o pacientes. Puntualizamos, en la misma, algunos de estos derechos con ejemplos, por lo que en la edición actual continuamos con esta modalidad, abordando ahora, otros derechos, igualmente interesantes.

Recordemos que estos derechos están basados en el decálogo de la psico ética elaborado por Berger, revisado y reformulado por Franca-Tarragó. (Franca-Tarragó O. 2005).

5. El paciente tiene derecho a ser informado (de la escuela psicológica a la que pertenece el terapeuta, de los posibles objetivos terapéuticos, de las técnicas que se emplearán, de los posibles riesgos) y del plan de tratamiento, para dar, de esta forma, su consentimiento por adelantado.

Cuando el cliente se presenta por primera vez a la clínica o consultorio, dada nuestra baja cultura psicológica, generalmente no pregunta los aspectos antes mencionados. Sin embargo, es importante que él o la profesional esté preparado para brindar esta información si se le requiere. He observado que algunos profesionales incluyen esta información básica en el consentimiento informado que brindan de entrada a su

cliente. Muchos de nosotros no estamos conscientes de este derecho, y en ocasiones, pese a que nos piden la información, no la brindamos.

Considero conveniente que en la primera o primeras sesiones tengamos clara nuestra visión del problema y, para quienes utilizan diagnóstico, tenerlo ya establecido.

Al haber determinado una impresión clínica o un diagnóstico, es imperativo saber hacia dónde nos dirigimos, cuál es el plan de tratamiento. Y todo plan incluye los objetivos, los procedimientos y la meta que regularmente debe ser consensuada con el cliente. Este último aspecto es bastante discutible, porque tradicionalmente se ha creído que somos nosotros, como expertos, quienes tenemos la verdad absoluta acerca de lo que el cliente necesita. Pero es él el que tendría que decidir qué es lo que quiere alcanzar mediante la ayuda que solicita.

Por ejemplo, una persona deseará resolver sus ataques de ansiedad, pero el terapeuta puede ver que concomitantemente con el problema de ansiedad hay otros problemas que merecen atención, Y querrá irse por estos problemas olvidándose del motivo por el cual fue requerido su apoyo. Este asunto, por demás delicado, debe ser planteado a la

persona. Tendremos que plantearle nuestra manera de formular el problema que le aqueja y consensuar el abordaje.

Con esta manera de trabajar, estaremos cumpliendo con los mandatos éticos, y, según mi opinión, siendo más eficaces y eficientes. Hay mucha discusión acerca de la efectividad de la psicoterapia; considero que puede deberse a que muchas veces no están claros los objetivos a la hora de brindar el servicio. Los servicios psicológicos pueden ser vistos como misteriosos, envueltos en una nebulosa que los hace poco científicos. El misterio queda para épocas medievales. En estos tiempos, son la claridad y la objetividad las que deberían imperar.

6. El paciente tiene derecho a consultar a otros terapeutas y ser referido a otros psicólogos si los necesita.

Cuando un paciente quiere buscar la opinión de otro profesional, debemos alentarlos a que lo haga. Es importante tener las puertas abiertas de manera que el cliente se sienta libre de retirarse, de buscar otras opiniones u otros abordajes. No todos los pacientes son elegibles para una técnica determinada, ni una técnica se aplica a todos los clientes ni a todos los trastornos.

Por otro lado, como profesionales de una disciplina cada vez más amplia y a su vez especializada, es posible que no tengamos conocimiento y experiencia en algunas formas de atención. Podemos, en algunos casos, estar atendiendo a un paciente que durante el proceso evidencia algún trastorno de tipo neurológico, que requiere alguna evaluación especializada por parte de un médico neurólogo o un psicólogo. Es ético enviarlo a una evaluación de este tipo, porque la misma arrojará datos importantes que complementan nuestro trabajo y favorecen al cliente.

7. El paciente tiene derecho a que sus datos respecto al proceso terapéutico se guarde en registro seguro, (que proteja su privacidad). Tiene derecho también a poder disponer de copias para otros profesionales si él así lo desea, (y si con eso no se causan daños desproporcionados para su salud psíquica, mayores de los que se podrían esperar con la negativa de información).

Este aspecto podría ser dado por obvio, en el sentido que la información está resguardada... Sin embargo, he tenido la experiencia de trabajar en instituciones en las cuales los expedientes están a la mano de secretarios, archivista y/o otros profesionales, por lo que la privacidad del paciente está en riesgo. Por ello es importante tomar las precauciones debidas, y si el expediente está al alcance de otras personas deberíamos consignar en él una información muy escueta, para proteger a nuestro cliente.

Si el cliente solicita copia de su expediente para otro profesional,

es importante evaluar si esta acción no va ser dañina para él mismo. Por supuesto que el expediente, como tal, no debería hacerse público sin haber obtenido antes el consentimiento y la autorización del interesado, y de haber evaluado con él los riesgos de que esta información se haga pública.

Tengo conocimiento de un caso en el cual el profesional envió, a un juzgado, además del informe respectivo, las pruebas psicológicas de su cliente, sin que se las hubieran solicitado. Este procedimiento me parece inadecuado. Una prueba psicológica en manos ajenas al profesional puede ser mal interpretada, o tergiversados sus resultados. El cuidado con este material debe ser extremo tanto si se trata tanto de adultos como de adolescentes y niños y niñas. Un profesional debe planificar concienzudamente cuál va a ser el manejo y el resguardo del material de sus clientes. Inclusive, debe prever qué sería de este material si él falleciera.

8. El paciente tiene derecho a la privacidad y a la confidencialidad, (siempre que no se deriven daños graves contra terceros o contra sí mismo en lo que concierne a la vida o a la integridad personal).

El tema de la confidencialidad y privacidad ha sido tratado en este mismo espacio, por lo que nos referiremos únicamente al aspecto que se conoce como la excepción a la regla o levantamiento de la confidencialidad. Estamos ante el caso en el que la vida del cliente o de terceros está en peligro: plan e intento de suicidio o de homicidio. En ambos casos, el profesional puede levantar

la confidencialidad. Consideremos, por ejemplo, el caso de una joven que está poniendo en peligro su vida mediante prácticas bulímicas, o el caso de alguien que pretenda matar a su cónyuge. La ley también obliga a denunciar los casos de abuso a menores, por lo que el profesional estaría obligado a poner en conocimiento de las autoridades cuando tiene sabe que un niño o niña está siendo víctima de abuso en el hogar, aunque esto represente que los padres lo retiren de la clínica.

Como observamos, la práctica de la psicología exige de los profesionales no solo pericia, sino también juicio y honorabilidad en todos los sentidos.

Notas: Los textos que aparecen entre paréntesis fueron agregados por el autor, Franca-Tarragó al original de Berger.

Este artículo tiene continuación. Ψ

Referencias

- Colegio de Psicólogos de Guatemala (2010). *Código de Ética*. Guatemala: Autor.
- Franca-Tarragó, O. (1996). *Ética para psicólogos. Introducción a la Psicoética*. 5ª. Edición Desclée De Brouwer.



Procedimiento de selección de material para su publicación

El Consejo Editorial de Revista Psicólogos del Colegio de Psicólogos de Guatemala, como ente regulador del contenido de la misma, considera todos los artículos enviados, sin embargo, se basa en los siguientes criterios para la selección de los artículos a ser publicados: el material enviado no debe haber sido publicado en ningún otro medio de publicación impresa o electrónica; el mismo no debe estar bajo revisión editorial de otro medio de publicación impresa o electrónica; el material debe ser original en su totalidad; el material enviado deberá contener el nombre del autor o autores y los lugares o instituciones de trabajo o de los cuales son miembros. El material deberá contener las fuentes bibliográficas en base a las normas sugeridas. El material deberá contener el correo electrónico, teléfonos de contacto y si es nacional, el número de colegiado; el autor nacional deberá ser colegiado activo para optar a publicar su material investigativo o artículo enviado.

Todo material deberá ser enviado a la siguiente dirección:

consejoeditorial@colegiodepsicologos.org.gt

El Consejo Editorial se encarga de revisar el material enviado e informará al autor, una vez autorizado, vía electrónica o telefónica, la fecha o el número de edición en la cual será publicado dicho material.

Instrucciones para los autores

El Consejo Editorial de Revista Psicólogos del Colegio de Psicólogos de Guatemala invita a la comunidad profesional colegiada local, regional, nacional e internacional a contribuir con los siguientes tipos de trabajos: Artículos originales, científicos, de reflexión, de revisión, artículos cortos, reportes de caso, revisión de temas, traducciones, escritos reflexivos no necesariamente derivados de investigación y reflexiones bibliográficas.

La revista busca la difusión de aportes obtenidos de la investigación, trabajos de campo, experiencias laborales y trabajo creativo de colegas e interesados por las disciplinas psicológicas y los saberes afines.

Características a considerar para su publicación

- La Revista del Colegio de Psicólogos de Guatemala publica trabajos en el abordaje de problemas de carácter básico y aplicado en todas las áreas de la psicología.
- Artículos sobre las diversas disciplinas de la psicología: clínica, social, educativa, deportiva e industrial y demás ramas.
- Resultados de investigaciones realizadas sobre la psicología, si no fueran inéditos, colocar los créditos respectivos. Lo anterior solamente

en caso de investigaciones, los trabajos deben ser inéditos y originales, dirigidos a informar, formar, divulgar o presentar resultados de investigación en las áreas de la psicología o profesión afín. No se admiten aquellos que hayan sido publicados total o parcialmente en otra revista u otro medio impreso o electrónico.

- Contar con los respectivos permisos del propietario patrimonial cuando haya recibido algún pago o financiamiento por la elaboración del artículo o parte de él. El colegio de Psicólogos no se encargará de realizar estas gestiones, ni asumirá responsabilidad ante demandas que surjan del incumplimiento de lo indicado. Si envía imágenes (fotografías o ilustraciones) las mismas deberán ser autorizadas por el autor de las mismas en dado caso no sean autoría del profesional que escribe; la autorización de ellas deberá hacerse constar por escrito, incluyendo los derechos de autor y los créditos del mismo.

Lineamientos a seguir para la redacción de artículos

- El manuscrito debe estar acompañado de una carta en que se presente brevemente la naturaleza, valor académico y alcances del artículo y se declare que el manuscrito no ha sido sometido a ninguna otra publicación, y que los datos en el contenido no ha sido publicados previamente. Dicha carta debe ser firmada por el o los autores.
- Su extensión oscilará entre las 5,000 a 20,000 caracteres sin espacio, que son (esta última cifra) aproximadamente 4.500 palabras en letra Times New Roman o en letra Arial a 12 puntos a doble espacio –región abierto-. Incluyendo las referencias, tablas, y gráficos. Con margen de 2.5 cm.

- Puede contar con uno o varios autores.

- En la primera página del documento se debe incluir: título del artículo, el nombre y grado académico del autor, vinculación institucional –si la hubiese-, referencia bibliográfica si requiere y el correo electrónico de los autores.

- El artículo deberá incluir un resumen (abstract) del mismo que no excedan las 120 palabras. Así mismo, el autor deberá incluir al final del resumen, 5 palabras clave. Los resúmenes y palabras clave deberán incluirse en idioma español e inglés.

- Las ilustraciones y fotografía se entregarán en formato digital (TIFF o JPG) en alta resolución (300 DPI). Se debe indicar el sitio en que deben ir en el texto, las dimensiones, el número que les corresponde, el título y el texto del pie de imagen (si hubiera). Deberá adjuntarse el (los) permisos para la publicación de imágenes que no sean de la propiedad intelectual o patrimonial del autor.

- Al final del documento se debe incluir el listado de las referencias ordenado alfabéticamente siguiendo las normas internacionales de la APA y debe guardar una relación exacta con las citas que se presentan en el texto.

- Las citas, referencias, tablas y figuras seguirán el Manual de Estilos de la American Psychological Association (APA) en su quinta edición. (En español). Para mayor información ingrese a los siguiente links:

- <http://www.psiencia.org/index.php/psiencia/information/authors>

- http://web.me.com/nvaras/RePS/Normas_de_Publicaci%C3%B3n.html

Próximas fechas para la recepción de artículos:

13^a edición
28 de febrero 2014

14^a edición
25 de mayo 2014

