



# Revista Griot

Revista Electrónica  
para Profesionales  
de la Conducta Humana

Universidad de Puerto Rico  
Recinto de Río Piedras  
Departamento de Consejería  
para el Desarrollo Estudiantil

**Junta Editora:**

Luisa Álvarez, Ph.D.  
Arelis Ortíz, Ed.D.  
Mercedes Matos, Ph.D.  
Elizabeth Morales, Ed.D.  
Manuel Rivera, Ed.D.  
Jose Serra, Ph.D.

<http://revistagriot.uprrp.edu>

[revistagriot@upr.edu](mailto:revistagriot@upr.edu)  
[revistagriot@gmail.com](mailto:revistagriot@gmail.com)

787-764-0000 Exts. 86500 / 86501



UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO RECINTO DE RÍO PIEDRAS



ISSN 1949-4742

VOLUMEN 7, No. 1, 2014

# Revista Griot

Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil  
Decanato de Estudiantes  
Universidad de Puerto Rico

Dr. Uroyoán Ramón Emeterio Walker Ramos  
Presidente

Dr. Carlos E. Severino Valdez  
Rector  
Recinto de Río Piedras

Dra. Mayra Chárriez Cordero  
Decana de Estudiantes  
Decanato de Estudiantes

Dra. María I. Jiménez Chafey  
Directora

Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil

## Junta Editora

Luisa Álvarez Domínguez, Ph.D.  
Directora de la Revista

Arelis Ortiz, Ed.D.  
Mercedes Matos Matos, Ph.D.  
Manuel Rivera Acevedo, Ed.D.  
José Serra Taylor, Ph.D.  
Editores

## Junta Asesora

Gloria Asencio Toro, Ph.D.  
Departamento de Psicología  
Universidad Interamericana de Puerto Rico

Frances Boulon-Díaz, PhD  
Universidad Interamericana de Puerto Rico

Dra. Rosa Ana Clemente Estevan  
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas  
Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación  
Universida Jaume I, Valencia, España

Dra. Haydee Domínguez Rodríguez  
Programa Graduado Orientación y Consejería  
Universidad Central de Bayamón

Dra. Mabel T. López Ortíz  
Departamento de Trabajo Social  
Universidad de Puerto Rico

Dra. Priscila Negrón Morales  
University of Phoenix

Dra. Yarimar Rosa Rodríguez  
Instituto de Investigaciones Psicológicas  
Facultad de Ciencias Sociales  
Universidad de Puerto Rico

Dra. Norma Maldonado Santiago  
Psicóloga Clínica y Catedrática Asociada  
Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico

Dra. Mari Rosa Bruno  
Facultad de Educación  
Universidad de Puerto Rico

Dra. Beatriz Rivera Urrutia  
Escuela Graduada de Consejería en Rehabilitación  
Universidad de Puerto Rico

Dra. Carmen Rivera Medina  
Instituto de Investigaciones Psicológicas  
Facultad de Ciencias Sociales  
Universidad de Puerto Rico

Dr. Richard Roessler  
University of Arkansas

Dra. Carmen M. Rosado Pacheco  
Departamento de Estudios Graduados  
Facultad de Educación  
Universidad de Puerto Rico

Revista Griot

© 2014 Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil. Distribución gratuita.

Envíese los artículos para publicación a la dirección de correo electrónico [revistagriot@gmail.com](mailto:revistagriot@gmail.com).

Revista Griot (ISSN 1949-4742)  
Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil  
Decanato de Estudiantes, UPR - Río Piedras  
PO BOX 23137  
San Juan, PR 00931-3137  
Tel: 787-764-0000 Exts. 86500, 86501  
Fax: 787-763-4885

La Revista *Griot* es publicada una vez al año por el Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil (DCODE) del Decanato de Estudiantes de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. En cada número de la revista se presentan Artículos de Investigación que pueden incluir estudios tanto cuantitativos como cualitativos al igual que Teórico-Prácticos sobre otros asuntos profesionales. Los artículos sobre prácticas y estrategias en la consejería deben proveer una descripción clara del método, técnica, acercamientos o programa junto a una justificación adecuada y recomendaciones para la implementación en la práctica profesional. Aquellos sobre asuntos profesionales deben presentar un análisis profundo y discusión de asuntos vigentes relacionados a la práctica profesional. Todos deben estar escritos siguiendo las guías vigentes de estilo y redacción de la American Psychological Association (APA) tanto en contenido como en formato.

## Política Editorial

La [Revista Griot](#) y el [Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil](#) adscritos al [Decanato de Estudiantes](#) de la [Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras](#) publican artículos de investigación, estudios de caso, teórico-prácticos y reseñas de libros en las disciplinas de consejería, psicología y trabajo social.

El profesional que someta artículos para publicación en la [Revista Griot](#) debe conocer que los mismos serán evaluados por un cuerpo de árbitros. El proceso de arbitraje está fundamentado en la revisión de los pares. Por tal razón la Junta de la [Revista Griot](#) respetará y aceptará las decisiones de los árbitros de manera que se mantenga la transparencia de este proceso. Para esto ha incorporado el sistema doble ciego donde los autores y árbitros serán anónimos.

Cada artículo se somete a la revisión anónima de por lo menos dos evaluadores, miembros de la Junta Asesora. Se requiere la aprobación de la mayoría de los evaluadores y de la Junta Editora para determinar la publicación de un artículo. Se le notificará al autor o autora la determinación final de publicación vía correo electrónico y/o postal. Los colaboradores aceptan que la [Revista Griot](#) publica sus textos en formato electrónico, incluyendo la Internet, para efectos de indización en bases de datos.

La Junta Editora llevará a cabo una pre-selección de los artículos recibidos tomando en consideración que todo artículo sometido a publicación deberá seguir las normas y guías de estilo establecidas por la más reciente edición del *Publication Manual of the [American Psychological Association](#)* (APA). Los artículos deben ser inéditos, es decir, no haber sido publicados anteriormente sus originales. Cada autor es responsable intelectual del contenido de su escrito, por lo cual releva a los integrantes de la Junta Editora y de la Junta Asesora de cualquier error u omisión de dicho contenido mediante documento escrito. Se aceptan artículos en español y en inglés. Además deben incluir un resumen de no más de 250 palabras e incluir de tres (3) a cuatro (4) palabras claves en inglés y español.

Todo artículo debe venir acompañado de una breve nota biográfica del autor o autores que incluya su nombre, preparación académica, afiliación institucional y la posición que ocupa, dirección postal y electrónica. La Junta Editora de la [Revista Griot](#) se reserva el derecho de seleccionar los artículos que serán publicados por tanto la acción de someter artículos no garantiza que serán incluidos en la Revista.

La dirección electrónica a la cual deben enviar los artículos para publicación es: [revista.griot@upr.edu](mailto:revista.griot@upr.edu) o [revistagriot@gmail.com](mailto:revistagriot@gmail.com) y deben ser dirigidos a la Junta Editora Revista Griot, una vez se haga la preselección, la Junta Editora someterá los trabajos a la revisión crítica de dos árbitros y una vez culminado el proceso de evaluación, Junta Editora informará por escrito a los autores su decisión y recomendaciones de los evaluadores.

La [Revista Griot](#) no reserva los derechos de publicación de los artículos. Los autores podrán distribuir su propio material en cualquier otro medio, siempre y cuando sea sin fines comerciales, informando a la Junta Editora que el trabajo será publicado nuevamente y dando el crédito correspondiente a la [Revista Griot](#). La publicación de la [Revista Griot](#) por su carácter gratuito no da derecho a remuneración económica alguna a los autores. Los lectores podrán reproducir y distribuir los artículos o colaboraciones de la [Revista Griot](#) siempre que sea sin fines comerciales, no se les hagan alteraciones al contenido y se cite su origen con información completa: nombre del autor, Revista Griot, volumen, número y página.

La Junta Editora, la Junta Asesora y la [Universidad de Puerto Rico](#) no se hacen responsables de las ideas y opiniones expresadas por los autores de los artículos o colaboraciones. Tampoco tiene control ni se hace responsable de los enlaces e hipertextos que en algunos artículos, posibiliten el acceso a prestaciones y servicios ofrecidos por terceros. Esta política editorial y de publicación no es reflejo de la posición oficial del [Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil](#), ni del [Decanato de Estudiantes](#) u otras instancias de la Universidad de Puerto Rico.

VOLUMEN 7, No. 1, 2014

# Índice

---

## CARTA DE LA JUNTA EDITORA

Introducción al Volumen 7, Número I Junta Editora Revista Griot	6
--	---

---

## ARTÍCULOS

Relación entre la espiritualidad, el bienestar físico y el bienestar psicológico de los estudiantes universitarios Sandra I. Morales Arroyo, Ed.D, CPL	7
El significado que un grupo de mujeres puertorriqueñas le adscribe al divorcio en su vida: Un estudio fenomenológico María de los Ángeles Cabello León, Ed.D., MCR	19
Desarrollo Histórico del Programa de Rehabilitación Vocacional de Puerto Rico: 1920 al presente José Velázquez Altagracia, MCR Ángel Villafañe Santiago, Ed.D. Maribel Báez Lebrón, Ph.D. Carmen Ortiz Mojica, MCR	37
Enfoque feminista de consejería: perspectivas generales para abordar a la consejería profesional desde un entendimiento teórico-práctico Mariwilda Padilla Díaz, Ed.D.	61
La adherencia terapéutica en el tratamiento y la rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud María L. Díaz Porto Robles, Ph.D, CRC	73
Integración de los/as trabajadores/as con discapacidad en las organizaciones Maribel Báez Lebrón, PhD., MRC, CRC	85
Los Retos y Desafíos del Síndrome de la Tourette en la Psicología: Agenda del Presente y Futuro Eduardo Luis Rodríguez Ramos, Psy.D. Emily Rosa Matos, MA	97

---

## RESEÑA

Reseña del texto: Origen, desarrollo y naturaleza de los intereses del Dr. Gabriel Cirino Genera Shirley E. González Tardí, Ed.D., CPL	107
--	-----

### Introducción al Volumen 7, Número 1

Una vez al año nuestras profesiones se reúnen en convenciones o asambleas para tomar el pulso de su marcha, adelantar en la educación continua, conocer nuevas iniciativas e identificar áreas que requieren atención urgente. Las convenciones proveen un espacio para el intercambio de ideas, la renovación de estilos profesionales de ayuda y la necesaria recreación de hombres y mujeres profesionales que diariamente son retados por situaciones de sufrimiento, dolor, desesperanza y el deseo de una vida mejor. Tanto las actividades programadas como los encuentros casuales de pasillo favorecen el crecimiento de los profesionales y de cada una de estas profesiones asociadas con la salud y la conducta humana.

Pero, ¿y el resto del año? ¿Cuáles son los espacios de encuentro en los que no sólo se pueden discutir ideas asociadas con nuestras profesiones sino examinar y evaluar el curso que sigue nuestra sociedad y pronunciarnos con respecto a ellas? ¿Cómo podemos hacer realidad la dimensión proactiva de nuestras profesiones y no vernos limitados a reaccionar, corregir o incluso prevenir conductas no saludables? En efecto, si nuestro trabajo y nuestras iniciativas se quedan en este último renglón corremos el riesgo de estar apagando fuegos en vez de fomentar estilos de vida conducentes al bienestar individual y social.

Los artículos recogidos en la presente edición de nuestra Revista identifican áreas de reflexión y campos de acción de gran importancia que reclaman un diálogo ininterrumpido de nuestra parte y no algo que se limite a encuentros anuales, por importantes que sean. La relación entre la espiritualidad, el bienestar físico y el psicológico; el significado del divorcio para un grupo de mujeres; el entendimiento teórico-práctico de la consejería desde la óptica feminista; la adherencia o no adherencia al tratamiento dentro del contexto psicosocial y socioeconómico en que ocurre; el reconocimiento de la exclusión de las personas con diversidad funcional en el mundo laboral como un paso importante para lograr la integración social y la equidad, responden a temas que reclaman una mayor comprensión y respuesta por parte de las profesiones de ayuda. Recuperar la memoria histórica, tal y como lo refleja el artículo sobre el desarrollo del Programa de Rehabilitación Vocacional en Puerto Rico evidencia una conciencia histórica en la que el pasado y el futuro son elementos esenciales en la estructuración de nuestras respectivas historias. Saber de dónde venimos y con qué contamos propicia un mayor fortalecimiento profesional que necesariamente impactará a todos los sectores y poblaciones que ayudamos. De forma más específica, entender el síndrome de tourette y los retos o desafíos que presenta a los profesionales de la salud invita al desarrollo de acercamientos que consideran las necesidades particulares de quienes lo enfrentan. Finalmente, la reseña de un libro que aborda el tema de los intereses vocacionales nos ofrece una valoración crítica de sus contenidos como punto de partida para el diálogo que proponemos en ésta edición de la Revista.

Sin lugar a dudas, la *Revista Griot* abre una vez más el espacio para el intercambio de ideas y la reflexión ponderada. Les invitamos a realizar una lectura del presente número que estimule el compartir nuevos horizontes en nuestras prácticas. Para ello, es imprescindible la respuesta de nuestros lectores. Hace falta que reaccionemos a los planteamientos expuestos en los trabajos publicados a fin de que nuestro acervo profesional continúe enriqueciéndose y las contribuciones que cada profesión hace a la sociedad respondan a una práctica basada en la evidencia al tiempo que son evidencias de una práctica comprometida con la justicia, la Intercesoría, el apoderamiento y el bienestar de nuestro pueblo. Ante ustedes el más reciente número de la Revista.

Junta Editora Revista Griot

## Relación entre la espiritualidad, el bienestar físico y el bienestar psicológico de los estudiantes universitarios

Sandra I. Morales Arroyo, Ed,D, CPL  
Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico  
[simorales@pucpr.edu](mailto:simorales@pucpr.edu)

### Resumen

El propósito de esta investigación descriptiva-correlacional fue determinar la relación entre la espiritualidad, el bienestar físico y el bienestar psicológico de los estudiantes de primer año que estudian en dos universidades de la región oeste de Puerto Rico. Participaron en el estudio 387 estudiantes de primer año de universidad: 181 estudiantes de la Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico y 206 estudiantes de la Universidad Interamericana de Puerto Rico. Los participantes contestaron un cuestionario titulado *Espiritualidad, bienestar físico y bienestar psicológico de los estudiantes universitarios* (EBFSEU). Los resultados evidenciaron una correlación positiva media entre el nivel de espiritualidad, el bienestar físico y el bienestar psicológico de los estudiantes. Se encontraron diferencias significativas entre el nivel de espiritualidad de las féminas en comparación con los varones.

Palabras claves: espiritualidad, bienestar físico, bienestar psicológico, estudiantes universitarios

### Abstract

The purpose of this correlational descriptive investigation was to determine the relationship between spirituality, physical and psychological wellness of freshmen students at two universities in western Puerto Rico. Three hundred eighty-seven students enrolled at Pontifical Catholic University of Puerto Rico (181) and Interamerican University of Puerto Rico (206) were selected to participate in the study. Freshman year students were administered the instrument named *Spirituality, physical wellness and psychological wellness of college students*. Significant relationships between spirituality, physical and psychological wellness of college students were reflected during the study. The results showed significant spirituality differences between genders.

Keywords: spirituality, physical wellness, psychological wellness, college students

**E**l tema de la espiritualidad ha encontrado pertinencia en las últimas décadas a partir de la redefinición del concepto “salud”, presentado por la *Organización Mundial de la Salud*. Los profesionales de la salud han incluido la dimensión espiritual como parte de la definición de salud (McGee, Nagel y Moore, 2003). En el año 1964, OMS define la idea de “salud óptima” como un “estado de completo bienestar físico, mental y

social, no solamente la ausencia de una enfermedad”. Posteriormente, en los años 70, la espiritualidad se considera el núcleo de una visión holística de la salud (McGee et al., 2003). Como consecuencia de este movimiento surgen diferentes modelos en los cuales se incorporó la espiritualidad como una parte vital de la definición de salud. Ejemplo de estos modelos son el *Modelo Hexagonal de Hettler* (Hettler, 1976) y la *Rueda del Bienestar* de Myers, Sweeney y Witmer (2000). En el año 1976 Bill Hettler introdujo el *Modelo Hexagonal de Bienestar*, el cual incluye las dimensiones física, emocional, social, intelectual, ocupacional y espiritual del bienestar. A partir de la transformación de los modelos de bienestar, Myers et al. (2000) destaca a la espiritualidad como el núcleo de las dimensiones que promueven el crecimiento y el desarrollo del ser humano y su óptimo funcionamiento. La espiritualidad es el núcleo de la *Rueda del Bienestar*, la cual promueve las cinco tareas para la vida. Estas tareas son la espiritualidad, el trabajo, el ocio, el amor y la autodirección (Myers et al., 2000). La *Rueda del Bienestar* es el primer modelo fundamentado en la consejería (Myers y Sweeney, 2007). Estos modelos apuntan hacia el funcionamiento óptimo de la salud del individuo mediante la integración de alma, cuerpo y espíritu (Di Monda, 2005).

Myers et al. (2000) plantearon que la espiritualidad promueve el significado y la definición del propósito en la vida del ser humano. A través de la espiritualidad el ser humano fomenta la esperanza y el optimismo en medio de las circunstancias adversas. Le permite al ser humano ser capaz de sentir amor y compasión por los demás y facilita el desarrollo de los valores éticos y morales que la sociedad debe respetar. La espiritualidad permite que las personas alcancen el sentido de trascendencia y conexión con el universo.

Antes se obviaba el tema de la espiritualidad en el campo de la salud por su asociación con la religión (McGee et al., 2003) a pesar de que ambas tienen definiciones distintas. La espiritualidad es un constructo amplio que representa las creencias y valores personales, mientras que la religión se limita a creencias y conductas de una institución que forman parte de la espiritualidad (Myers et al., 2000). Richards y Bergin (2005) afirman que la espiritualidad es como un estado en consonancia con Dios o un ser supremo que gobierna y armoniza el universo. A su vez, la religión hace referencia a las creencias, prácticas y sentimientos teísticos que no necesariamente están relacionadas con una institución o denominación, por ejemplo: asistir a la iglesia, participar de los rituales religiosos o leer las Sagradas Escrituras. La espiritualidad es un componente del bienestar individual, mientras que la religión es solamente un aspecto de la espiritualidad. Entre los elementos de la espiritualidad se incluyen el significado y el propósito en la vida y las creencias e ideas espirituales y religiosas (Myers y Sweeney, 2007).

La espiritualidad es el núcleo del ser humano en el que se agrupan lo síquico y lo físico (Frankl, 2002). La plenitud de la persona se constituye en la integración de lo somático, lo síquico y lo espiritual (Frankl, 1999). Como consecuencia de reconocer la importancia que tiene la integración de estas dimensiones del ser humano, para los años 1990, surgió un interés entre los investigadores por determinar la relación entre la espiritualidad y la salud (Hall, Dixon y Mauzey, 2004). Desde entonces, la espiritualidad ha alcanzado pertinencia en las profesiones relacionadas con la sicología, la psicología pastoral, la

antropología, la sociología y la medicina (Plante y Sharma, 2001). En investigaciones realizadas en Puerto Rico se ha evidenciado que los valores espirituales y las creencias religiosas, como destrezas de afrontamiento, están relacionadas con resultados positivos para la salud física y mental (Quiñones Berríos, 2007; Quintero, 2005; Scharrón del Río, 2005).

La espiritualidad juega un papel importante en la salud de los estudiantes subgraduados (Di Monda 2005, Nelms, 2005, Patneau, 2006, Scharrón del Río, 2005). Existe evidencia empírica de cómo la espiritualidad afecta positivamente el bienestar de los estudiantes universitarios (Bonderud & Fleischer, 2004; Bonderud & Fleischer, 2005b; Nelms, 2005; Patneau, 2006). Nelms (2005) menciona algunas conductas de riesgo relacionadas con los hábitos y las actitudes negativas que afectan la salud de los estudiantes universitarios, tales como el consumo de alcohol y cigarrillo, la embriaguez, el uso de calmantes, la depresión, entre otros. En efecto, la religiosidad y la espiritualidad reducen en las personas la incidencia de depresión, ansiedad y abuso de sustancias (Plante y Sharma, 2001). En Puerto Rico, Scharrón del Río (2005) afirma que los estudiantes universitarios perciben la espiritualidad como algo significativamente más importante que la religión.

Como consecuencia del énfasis en el bienestar integral, las instituciones de educación superior han implementado programas de prevención y promoción de la salud. Estos programas están orientados a promover estilos de vida saludables como la mejor alternativa para una vida de calidad. Los programas de promoción de la salud van dirigidos a fortalecer las dimensiones del bienestar del ser humano como parte integral de la misión de las instituciones de educación superior (Di Monda, 2005). Durante el proceso de transición de la escuela superior a la universidad, los estudiantes enfrentan una serie de retos y experiencias que requieren la toma de decisiones responsables. En ocasiones, el hecho de encontrarse lejos de sus familias y amistades, el ambiente social de la universidad, las nuevas amistades, el estrés y los sentimientos de frustración, provocados por las exigencias académicas y los cambios en sus hábitos de salud, afectan la espiritualidad y el bienestar de los estudiantes (La Fontaine, Neissen y Parsons, 2006).

Patneau (2006) indica que el bienestar espiritual tiene suma importancia en la vida de los estudiantes subgraduados e influye en las decisiones que realizan diariamente así como con la relación con las demás dimensiones del bienestar; en la autoestima, el manejo del estrés, cómo enfrentan los conflictos, las personas con las cuales se relacionan, el cuidado del ambiente y la conducta sexual. También ocurre con la seguridad personal, la práctica del ejercicio físico, la ejecución académica y el consumo de alcohol y cigarrillo. Como consecuencia, los hábitos de salud desarrollados por los estudiantes y las decisiones que diariamente toman determinan los años y la calidad de vida futura (Fahey, Insel & Roth, 2003), por lo cual, para servir adecuadamente a los estudiantes universitarios es importante mantener una posición de apertura hacia sus inquietudes y experiencias espirituales (Scharrón del Río, 2005).

El bienestar es un proceso dinámico que optimiza la integración de lo físico, mental y espiritual y los resultados de este proceso (Myers y Sweeney, 2007). Es una alternativa

en comparación con el modelo tradicional para el tratamiento de desórdenes físicos y mentales (Myers et al., 2000). Plante y Sharma (2001) definen el bienestar como un constructo multidimensional que incluye moral, satisfacción por la vida y congruencia en las expectativas y el logro de las metas. También afectan de manera positiva y negativa el ánimo, los síntomas relacionados con el estrés, la autoestima, los valores y la conducta social. A su vez, se ha evidenciado consistentemente la relación entre la espiritualidad y la salud física y mental a través de una variedad de investigaciones (Plante y Sherman, 2001; McGee et al, 2003; Nelms, 2005).

Mediante la revisión de literatura se ha identificado una variedad de características que identifican a las personas con el bienestar físico y psicológico. Los profesionales del campo de la salud y del bienestar definen las personas con salud física como personas que tienen un estilo de vida proactivo, el cual incluye nutrición, rutina de ejercicios, responsabilidad en el cuidado de su salud y seguridad, hábitos de relajación, pueden manejar el estrés y evitar el uso y abuso de alcohol, drogas y cigarrillos (Hettler, 1980; Myers et al., 2000). Relacionado con las personas que poseen salud emocional, Patneau (2006) afirma que éstas se caracterizan por la habilidad de reconocer, aceptar y manejar sus sentimientos. Experimentan emociones positivas y negativas como optimismo, amor, empatía, honestidad, miedo, coraje, gozo, autoconfianza, autocontrol, sinceridad e integridad. Además, tienen la habilidad de expresar sus sentimientos, identificar desafíos y encontrar una solución a sus problemas emocionales (Hettler, 1984).

La profesión de la consejería está fundamentada en los valores que apoyan la prevención, el desarrollo óptimo y el funcionamiento positivo (Myers y Sweeney, 2007). La *American Counseling Association*, (ACA, 1989; citado en Myers y Sweeney, 2008) expone en la resolución “el desarrollo físico, intelectual, social, ocupacional, emocional y espiritual es la meta para todos los individuos en la sociedad; ... apoya las políticas y programas que promueven la salud y el bienestar óptimo... en la sociedad (p. 482). Al considerar la estrecha relación entre la salud física y mental, se puede afirmar que el proceso de consejería, enfocado en la prevención de la salud mental del cliente, afecta el bienestar emocional y el físico. La consejería orientada al desarrollo y prevención del bienestar del cliente tiene un efecto relevante en la incidencia de las enfermedades mentales y físicas, la cual repercutirá a lo largo de toda su vida (Myers, 1992). Los servicios de consejería de las universidades contribuyen eficazmente a promover el desarrollo integral de los estudiantes. Al evaluar el bienestar de los estudiantes universitarios, los consejeros profesionales deben considerar el desarrollar un programa de actividades para promover con efectividad el bienestar como una prioridad en su vida (La Fontaine et al., 2006).

### *Método*

### *Participantes*

Los participantes del estudio fueron los estudiantes de primer año de universidad, mayores de 18 años de edad. Estaban matriculados y aprobaron 30 créditos o menos el semestre en el cual se realizó el estudio. La población de este estudio estuvo constituida

por estudiantes de dos recintos universitarios de la región oeste de Puerto Rico, específicamente en la Universidad Interamericana de Puerto Rico, Recinto de San Germán y la Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico, Recinto de Mayagüez. Participaron en el estudio 387 estudiantes de primer año: 206 estudiantes de la UI y 181 de la PUCPR. La tabla I presenta el perfil de los participantes.

Tabla I

*Perfil de los participantes*

<b>Variables</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Sexo</b>	
F	54.9
M	45.1
<b>Programa de estudios</b>	
Grado Asociado	13.8
Bachillerato	85.2
Admisión Especial	1.0
<b>Promedio</b>	
3.50-4.00	24.1
2.50-3.49	53.7
1.60-2.49	17.5
0-1.59	4.7
<b>Concentración</b>	
Psicología	5.2
Ciencias Sociales	12.5
Administración de Empresas	24.7
Ciencias Naturales	25.5
Trabajo Social	6.3
Música	1.9
Educación	6.3
Artes	4.9
Pre- ingeniería	1.4
Enfermería	11.4

*Nota: n=357; Distribución porcentual del perfil de los participantes. Variables del perfil; sexo, programa de estudios, promedio y concentración.*

El perfil de los participantes de esta investigación se constituyó de un 54.9% féminas y 45.1% varones. El 13.8% de los participantes estudiaban un grado asociado, el 85.2% un programa de bachillerato y el 1% pertenecían al programa de admisión especial. Relacionado con el promedio de los estudiantes con créditos aprobados, el 24.1% de los participantes tenían un promedio de 3.50-4.00; el 53.7% un promedio de 2.50-3.49; el 17.5% un promedio de 1.60-2.49; el 4.7% un promedio entre 0-1.59. El 5.2% de los participantes estudiaba sicología; el 12.5%, ciencias sociales; el 24.7%, administración de

empresas; el 25.5%, ciencias naturales; el 6.3%, trabajo social; 1.9%, música; 6.3%, educación; 4.9%, artes; 1.4%, pre-ingeniería y el 11.4%, enfermería.

### *Instrumento*

El instrumento que se utilizó en el estudio fue un cuestionario desarrollado por la investigadora, titulado *Espiritualidad, bienestar físico y bienestar psicológico de los estudiantes universitarios* (EBFSEU). El cuestionario EBFSEU consistió de cuatro partes: la planilla de información personal y tres escalas. Cada escala incluye 25 reactivos para medir el nivel de espiritualidad, bienestar físico y bienestar psicológico de los participantes. La escala de espiritualidad mide el sentido de propósito, el sentido de trascendencia, el sistema de valores (Ej. responsabilidad, respeto, amor al prójimo, optimismo) y la creencia en un Ser Superior. El bienestar físico evalúa la nutrición, la rutina de ejercicios, la actitud responsable en el cuidado propio de su salud y el manejo del estrés. Para medir el bienestar psicológico se analizaron el amor propio, el sentido de control, las ideas realistas, una conciencia emocional y sentido del humor. Se determinó la validez del cuestionario mediante un panel de seis expertos. Se llevó a cabo un estudio piloto para determinar el coeficiente de confiabilidad del cuestionario EBFSEU. La confiabilidad del instrumento fue de .89.

### *Procedimiento*

Luego de obtener la autorización de la Junta de Revisión Institucional de la UIPR y de la PUCPR, la investigadora realizó un estudio piloto con una muestra de estudiantes de primer año similar a la que participó en la investigación, los cuales estaban matriculados en un curso programado para estudiantes de primer año en la PUCPR, Recinto de Ponce. Los participantes completaron el cuestionario titulado EBFSEU. Una vez se llevó a cabo el estudio piloto y se obtuvo el coeficiente de confiabilidad, se seleccionó de forma aleatoria las secciones de los cursos de inglés y español en las cuales se administró el cuestionario. Las autoridades universitarias informaron por escrito a los profesores asignados a dichas secciones sobre la participación de los estudiantes y la fecha de la administración del cuestionario. La información recopilada en los cuestionarios que contestaron los participantes se sometieron a un análisis estadístico para contestar las preguntas de investigación que se plantearon en el estudio. El análisis de los resultados se realizó mediante el programa “*Statistical Package for Social Sciences*” (SPSS) Versión 19.0. El análisis estadístico incluyó correlación múltiple, estadística descriptiva (media), correlación Pearson y t test.

### *Análisis y discusión de los hallazgos*

Los resultados del estudio reflejan un promedio de 4.27 de 5.00 en los estudiantes de primer año, lo cual representa alto nivel de espiritualidad. Estos resultados evidencian la importancia que tiene la espiritualidad en la vida de los estudiantes universitarios. Son consistentes, además, con los resultados del estudio de Scharrón del Río (2005) la cual encontró que el 80% de los estudiantes universitarios consideran que la espiritualidad es muy importante o extremadamente importante en sus vidas. A su vez, los participantes del estudio de Quiñones Berríos (2007) expresaron que la espiritualidad les ayudó a

manejar situaciones personales y lograr sus metas académicas. Incluso, afirmaron que la espiritualidad les ayudó a manejar la ansiedad, liberar el estrés y sobrellevar la carga académica.

El nivel de bienestar físico que mostraron los estudiantes de primer año fue de 3.69 de 5.00, lo cual representa un nivel moderado. En el estudio de Durán, Castillo y Vio del R (2009) los estudiantes de primer año indicaron un menor consumo de tabaco, alcohol y un mejor estado nutricional, una mayor percepción de bienestar y vida sexual. En este estudio, el consumo de tabaco, alcohol y la conducta sexual están relacionados con el bienestar físico. Contrario a estos resultados, La Fontaine et al. (2006) evidenciaron un bajo nivel en la nutrición y manejo del estrés en estudiantes de primer año de universidad.

Relacionado con el nivel de bienestar psicológico los estudiantes de primer año reflejaron un promedio de 4.36 de 5.00. Estos resultados demuestran un alto nivel de bienestar psicológico en los participantes, lo cual es similar con los hallazgos del estudio de La Fontaine et al. (2006) en el cual se evidencia un alto nivel de amor y sentido de valía en estudiantes de primer año de universidad. Asimismo, en el estudio de Myers, Willse y Villalba (2011), los resultados demuestran que los participantes poseen un alto nivel de bienestar psicológico, lo cual sugiere que éstos han experimentado un desarrollo óptimo, específicamente en los constructos de: la autoestima y las ideas realistas. La tabla 2 presenta el nivel de espiritualidad, bienestar físico y bienestar psicológico de los participantes.

Tabla 2

*Nivel de espiritualidad, bienestar físico y bienestar psicológico de los participantes*

<b>Variables</b>	<b>Promedio</b>	<b>Nivel</b>
Espiritualidad	4.27	Alto
Bienestar físico	3.69	Moderado
Bienestar psicológico	4.36	Alto

*Nota: El nivel de espiritualidad, bienestar físico y bienestar psicológico se determinó según los parámetros establecidos por la investigadora. Niveles de las variables; muy alto= 5.00 - 4.50; alto= 4.50 - 4.00; moderado= 3.99 - 3.00; bajo= 2.99 - 2.00; muy bajo= 1.99 - 1.00.*

Los hallazgos de este estudio demostraron una correlación positiva débil entre el nivel de espiritualidad y el bienestar físico de los estudiantes (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2007). Los resultados de la prueba de correlación de Pearson reflejaron una correlación significativa,  $r = .293$ , con un nivel de significancia de  $p=.000$ . Estos resultados sugieren que la espiritualidad le da a los estudiantes subgraduados significado y sentido de propósito a su vida, desempeña un papel importante en las tareas que realizan diariamente, les ayudaba a manejar el estrés y, además, influye en las decisiones que tomaban sobre la salud (Patneau, 2006). En Puerto Rico en el estudio

realizado por el Consorcio de Recursos Universitarios Sembrando Alianza de Alerta a las Drogas, el Alcohol y la Violencia en Puerto Rico (CRUSADA), los estudiantes universitarios han identificado los riesgos a la salud y los valores como factores de protección para no beber alcohol o hacerlo con moderación, no usar otras drogas y abstenerse de relaciones sexuales. Señalaron, además, las creencias espirituales como una fuente de fortaleza para lidiar con las situaciones difíciles (Vélez, 2010).

Los resultados de la prueba de correlación de Pearson reflejaron, además, una correlación positiva media entre el nivel de espiritualidad y el bienestar psicológico de los estudiantes (Hernández Sampieri et al. (2007),  $r = .491$ , con un nivel de significancia de  $p = .000$ . Estos resultados sugieren que mientras mayor es el nivel de espiritualidad, mayor es el bienestar psicológico (Bonderud & Fleischer, 2004). El sentido de propósito y el optimismo están relacionados con la percepción que tienen los participantes del bienestar. El optimismo está positivamente asociado con la salud; es un predictor del bienestar psicológico (Adams, Bezner, Drabbs, Zambrano y Steinhardt, 2000). Por su parte, Johnson y Hayes (2003) demostraron que los estudiantes que experimentaban aflicción con problemas relacionados con la espiritualidad y la religión, también experimentaban aflicción por la pérdida de relaciones, violaciones sexuales, confusión de valores, ausencia del hogar y pensamientos suicidas.

Los resultados de la Prueba t fueron significativos,  $t(384) = 3.57$ , con un nivel de significancia  $p < .05$ . Se encontró diferencias significativas entre el nivel de espiritualidad de las féminas en comparación con los varones. Las féminas reflejaron un nivel de espiritualidad más alto ( $M = 69.8$ ,  $DE = 7.30$ ) en comparación con los varones ( $M = 66.77$ ,  $DE = 9.57$ ). Las investigaciones han evidenciado que las féminas exhiben una mayor tendencia relacionada con el sentido de propósito, el cual es un constructo de la espiritualidad, en comparación con los varones (Molasso, 2004). Sugiere también que las féminas tienen un nivel mayor de espiritualidad, involucramiento en obras de caridad, ecuanimidad y visión ecuménica del mundo que los varones (Bonderud & Fleischer, 2005a). La tabla 3 presenta el nivel de espiritualidad de los estudiantes de acuerdo con el sexo.

Tabla 3

*Nivel de espiritualidad de los estudiantes de acuerdo con el sexo*

<b>Espiritualidad</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>Prueba t</b>
Femenino	69.83	7.30	3.57*
Masculino	66.77	9.57	

*Nota:  $p < .05$ ;  $t(384) = 3.57$ ; Media= medida de tendencia central; DE= desviación estándar. Femenino= féminas; Masculino=varones. Féminas ( $M = 69.8$ ,  $DE = 7.30$ ) y varones ( $M = 66.77$ ,  $DE = 9.57$ ).*

El análisis de correlación múltiple reveló una correlación positiva media entre el nivel de espiritualidad, el bienestar físico y el bienestar psicológico de los estudiantes de primer año (Hernández Sampieri et al., 2007). El coeficiente de correlación múltiple obtenido fue .495, con un nivel de significancia  $p = .000$ . Los resultados reflejan una relación positiva entre la espiritualidad y el bienestar físico. Mostraron, además, un alto nivel de espiritualidad y bienestar psicológico similar al estudio de Bonderud & Fleischer (2005 b). Estos hallazgos son contrarios a los resultados del estudio de Bonderud & Fleischer (2004), el cual reveló una disminución significativa en el bienestar físico y psicológico y hábitos relacionados con la salud de los estudiantes que se inician en la Universidad. Similar a este estudio, los participantes del estudio de Di Monda (2005) reflejaron un estilo de vida emocionalmente balanceado. Ellos expresaron que tienen un propósito de vida y casi siempre se perciben a sí mismos positivamente. La tabla 4 presenta el coeficiente de correlación entre la espiritualidad, el bienestar físico y el bienestar psicológico.

Tabla 4

*Coeficiente de correlación entre la espiritualidad, el bienestar físico y el bienestar psicológico*

Variables	r	
	Bienestar físico	Bienestar psicológico
Espiritualidad	.293*	.491*
Bienestar físico	_____	.485*
Bienestar psicológico	.485*	_____

Nota:  $p = .000$ ;  $r$ =coeficiente de correlación Pearson; correlación entre espiritualidad y bienestar físico=.293; correlación entre espiritualidad y bienestar psicológico= .491; coeficiente de correlación entre bienestar físico y bienestar psicológico= .485.

El coeficiente de correlación entre la espiritualidad y el bienestar físico fue de .293. A su vez, se evidenció una correlación entre la espiritualidad y el bienestar psicológico de .491. Los resultados revelaron un coeficiente de correlación de .485 entre el bienestar físico y el bienestar psicológico. En conclusión, el análisis de correlación múltiple demostró una correlación estadísticamente significativa a un nivel de significancia de .000 entre las variables.

### Conclusiones

Sustentado en los resultados de la presente investigación, se presentan las siguientes conclusiones. La espiritualidad ha encontrado relevancia en el tema de la salud y el bienestar como un elemento inherente que unifica las demás dimensiones del ser humano. Se han desarrollado una variedad de modelos de bienestar que incluyen la espiritualidad como un aspecto esencial para la salud. Estos modelos contribuyen a concienciar a las personas sobre la importancia de alcanzar estilos de vida saludable. Los autores sugieren que las personas que tienen un alto nivel de espiritualidad tienen la

capacidad de tomar decisiones responsables que afectarán positivamente la salud y el bienestar de éstos.

En las pasadas cuatro décadas ha surgido un interés por investigar la relación que tiene la espiritualidad con las otras dimensiones del bienestar en diferentes poblaciones. Las investigaciones sobre la espiritualidad de los estudiantes universitarios han revelado resultados positivos, específicamente los de primer año. Se evidencia, además, la importancia que tiene la espiritualidad en la vida de estudiantes universitarios puertorriqueños. En este estudio los estudiantes de primer año evidencian un alto nivel de espiritualidad y bienestar psicológico, lo cual sugiere que la espiritualidad tiene efectos positivos en la salud mental de éstos. Más aún, mientras mayor es el nivel de espiritualidad, mayor es la probabilidad de tener una perspectiva positiva al lidiar con las situaciones difíciles que presenta la vida cotidiana: tomar decisiones responsables y tener una vida de calidad. También, se evidencia una correlación positiva entre la espiritualidad, el bienestar físico y el bienestar psicológico, lo cual sugiere una integración saludable del alma, el cuerpo y el espíritu de los participantes del estudio.

Para concluir, el tema de la espiritualidad tiene una profunda relevancia en el campo de las profesiones de la conducta humana. La consejería profesional como profesión de ayuda tiene la meta de contribuir al bienestar de las personas que conforman la sociedad. El bienestar, reconocido a través de las diferentes dimensiones, representa un paradigma que debe ser incluido en la evaluación de los clientes que reciben el servicio de consejería. Para atender efectivamente las necesidades de los estudiantes universitarios, los consejeros profesionales deben considerar la espiritualidad, integrada en los modelos de bienestar, como marco de referencia en el proceso de ayuda.

#### Referencias

- Adams, T.B., Bezner, J.R., Drabbs, M.E., Zambrano, R. J., & Steinhardt, M.A. (2000). Conceptualization and measurement of the spiritual and psychological dimensions of wellness in a college population. *Journal of American College Health*, 48 (4), 165-173. <http://dx.doi.org/10.1080/07448480009595692>
- Di Monda, S. (2005). A comparison of undergraduate student behaviors in six dimensions of wellness and their grade point average. (Doctoral dissertation). Available from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 317651)
- Durán A. S., Castillo A. M., y Vio del R., F (2009). Diferencias en la calidad de vida de estudiantes universitarios de diferente año de ingreso del campus Antumapu. *Revista Chilena de Nutrición*, 36(3), 200-209.
- Fahey, T.D., Insel, P.M., & Roth W.T. (2003). *Fit and well*. San Francisco, CA: McGraw Hill.
- Frankl, V. (1999). *El hombre en busca de sentido último*. (I. Custodio, Trad.). Barcelona: Paidós. (Publicación original 1997)

- Frankl, V. (2002). *La voluntad del sentido: Conferencias escogidas sobre logoterapia*. (M. J. Eckel, Trad.). Barcelona: Herder. (Publicación original 1982)
- Hall, C., Dixon, W., & Mauzey, E. (2004). Spirituality and religion: Implications for counselors. *Journal of Counseling and Development*, 82, 504-507. <http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6678.2004.tb00339.x>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2007). *Fundamentos de metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hettler, B. (1980). Wellness promotion on a university campus. *The Journal of Health Promotion and Maintenance*, 3, 77-95.
- Hettler, B. (1984). Wellness: Encouraging a lifetime pursuit of excellence. *Health values: Achieving High Level Wellness*, 8, 13-17.
- Hettler, B. (2014). Hettler model of wellness. Retrieved from [www.hettler.com](http://www.hettler.com).
- Bonderud, K. & Fleischer, M. (2004). New study of college students finds connection between spirituality, religiousness, and mental health. Retrieved from [http://www.spirituality.ucla.edu/docs/news/release\\_health.pdf](http://www.spirituality.ucla.edu/docs/news/release_health.pdf)
- Bonderud, K. & Fleischer, M. (2005a). College students spirituality and religiousness varies by race and gender. Retrieved from [http://www.spirituality.ucla.edu/docs/news/release\\_race\\_gender.pdf](http://www.spirituality.ucla.edu/docs/news/release_race_gender.pdf)
- Bonderud, K. & Fleischer, M. (2005b). College students report high levels of spirituality and religiousness: Major study has implications for colleges, health, and politics. Retrieved from [http://www.spirituality.ucla.edu/docs/news/release\\_study3.pdf](http://www.spirituality.ucla.edu/docs/news/release_study3.pdf)
- Johnson, C.V., & Hayes, J. A. (2003). Troubled spirits: Prevalence and predictors of religious and spiritual concerns among university students and counseling center clients. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 409-419. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.50.4.409>
- La Fountaine, J., Neisen, M., & Parsons, R. (2006). Wellness factors in first year students. *American Journal of Health Studies*, 21 (4), 214-218.
- McGee, M., Nagel, L., & Moore, M.K. (2003). A study of university classroom strategies aimed at increasing spiritual health. *College Student Journal*, 37(4), 583-594.
- Molasso, W. R. (2004). *A study to compare Chickering y Reisser's (1993) Vector 6, developing purpose and Frankl (1959) purpose in life*. (Doctoral Dissertation). Available from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 31461075)
- Myers, J.E. (1992). Wellness, prevention, development: The cornerstone of the profession. *Journal of Counseling and Development*, 71, 136-139. <http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6676.1992.tb02188.x>

- Myers, J.E., Sweeney, T.J., & Witmer, M (2000). The wheel of wellness counseling for wellness: A holistic model for treatment planning. *Journal of Counseling and Development*, 78, 251-266. <http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6676.2000.tb01906.x>
- Myers, J.E., & Sweeney, T. J. (2007). *Wellness in counseling: An overview*. Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Myers, J.E., & Sweeney, T.J. (2008). Wellness counseling: The evidence base for practice. *Journal of Counseling and Development*, 86(4), 482-493. <http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6678.2008.tb00536.x>
- Myers, J.E., Willse, J.T., & Villalba, J.A. (2011). Promoting self-esteem in adolescents: The influence of wellness factors. *Journal of Counseling and Development*, 89(1), 28-36. <http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6678.2011.tb00058.x>
- Nelms, L. W. (2005). *The relationship between spirituality and the health of college students in the university setting*. (Doctoral Dissertation). Available from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 3177263)
- Organización Mundial de la Salud. (1964). *Documentos básicos* (15<sup>th</sup> ed) Genova, Suiza: Autor.
- Patneau, A.B. (2006). *Spiritual wellness among undergraduate college students*. (Doctoral Dissertation). Available from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 3226149)
- Plante, T., & Sharma, N. (2001). Religious faith and mental health outcomes. In Plante, T., & Sherman, A. (2001). *Faith and health: Psychological perspectives* (pp.240-255). Washington, DC: American Psychological Association.
- Quiñones Berríos, A. (2007). La espiritualidad en el desarrollo personal y profesional de un grupo de estudiantes de medicina en Puerto Rico. *Disertación doctoral no publicada*, Universidad Interamericana de Puerto Rico, Recinto Metropolitano, San Juan, Puerto Rico.
- Quintero, N. (2005). Espiritualidad, salud, y bienestar: Su importancia en la calidad de vida. En Rivera, L. M. y Rodríguez, J. R. (Eds). *Investigaciones eclesiales* (págs.5-23) Hato Rey: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Richards, P.S., & Bergin, A.E. (2005). *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*. (2<sup>nd</sup> ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Scharrón del Río, M. (2005). Espiritualidad, psicología y sintomatología depresiva: Traducción, adaptación y evaluación de las propiedades psicométricas de tres instrumentos de autoinforme sobre la espiritualidad y su relación con la sintomatología depresiva en estudiantes universitarios. *Disertación doctoral no publicada*, Universidad de Puerto Rico, Recinto de Rio Piedras.
- Vélez Morales, M. (2010). *Estudio CRUSADA 2010*. Manuscrito no publicado, Departamento de Servicios Médicos, RUM: Mayagüez, Puerto Rico.

## El significado que un grupo de mujeres puertorriqueñas le adscribe al divorcio en su vida: Un estudio fenomenológico<sup>1</sup>

María de los Ángeles Cabello León, Ed.D., MCR  
Universidad Interamericana de Puerto Rico  
[mcabello@metro.inter.edu](mailto:mcabello@metro.inter.edu)

### Resumen

Esta investigación, de metodología cualitativa, se realizó con el propósito de conocer a profundidad la experiencia de divorcio de diez mujeres puertorriqueñas para descubrir su esencia y significado personal. Las preguntas que guiaron la investigación fueron las siguientes: ¿Cómo fue la experiencia de divorcio en la vida de estas participantes?; ¿Qué emociones se identifican en las narrativas de las mujeres divorciadas puertorriqueñas en torno a su experiencia de divorcio?; ¿Cuáles son las construcciones sociales y culturales en torno al divorcio que surgen de las narrativas de mujeres divorciadas puertorriqueñas?; y ¿Cuál es el significado que le adscribe a su experiencia de divorcio un grupo de mujeres divorciadas puertorriqueñas?. La información se obtuvo mediante entrevistas a profundidad y se analizó utilizando el método Stevick-Colaizzi-Kenn (Moustakas, 1994). Como resultado del análisis de las narrativas emergieron seis categorías: Decisión de divorcio; Estrategias de manejo; Redes de apoyo; El impacto emocional ante el divorcio; Construcción social y cultural del divorcio; y El significado de la experiencia de divorcio. Mediante las entrevistas se logró una comprensión más abarcadora y profunda de la experiencia del divorcio que a su vez podría redundar en nuevas maneras de trabajar con las mujeres divorciadas, considerando la perspectiva sociocultural y de género.

Palabras claves: divorcio; mujeres; significado de la experiencia; perspectiva de género

### Abstract

This research project, of qualitative methodology, was conducted with the purpose of gaining in-depth knowledge about divorce in ten Puerto Rican women in order to discover its essence and personal definition. The questions that guided the research are: How was the divorce experience in the life of these participants?; Which emotions are identified in the narratives of divorced Puerto Rican women regarding their divorce experience?; Which social and cultural constructs arise from the narratives of divorced Puerto Rican women?; and What is the meaning that a group of divorced Puerto Rican women give to the divorce experience? The information was obtained through in-depth interviews and analyzed using the Stevick-Colaizzi-Kenn (Moustakas, 1994) method. As a result of the analysis of the narratives, six categories emerged: the decision to get a divorce, management strategies, support networks, the emotional impact of divorce, the social and cultural constructs of divorce, and the meaning of the divorce experience. These interviews provided a broader, in-depth understanding of the

---

Recibido: 29 de junio de 2014.

Sometido para evaluación: 30 de junio de 2014.

Aceptado para publicación: 24 de septiembre de 2014.

divorce experience, which could also result in new ways of working with divorced women in therapy, considering the sociocultural and gender perspectives.

Keywords: divorce, women, meaning of the experience, gender perspective

**E**l divorcio es uno de los eventos que más impacta a la sociedad puertorriqueña. Basta observar su alta incidencia y el aumento significativo que tiene en los últimos años, para percatarnos de dicho impacto (Cintrón-Bou, Walters-Pacheco & Serrano-García, 2008). Según estadísticas informadas por la Administración de Tribunales de Puerto Rico, durante el año fiscal 2009-2010, se realizaron un total de 14,528 divorcios para una tasa de 66 por ciento de divorcios (Tendenciaspr.com). Por otro lado, en los Estados Unidos de Norteamérica, se estima que el 40 por ciento de los matrimonios contraídos por primera vez terminan en divorcio (Steiner, Suarez, Sellas & Wykers, 2011). Igualmente, España es el tercer país de la Unión Europea en el que más crece el número de divorcios y separaciones en los últimos años con un 59 por ciento, superado solo por Portugal con un 89 por ciento e Italia con un 62 por ciento (Yárnoz & Plazaola, 2007). El aumento significativo del número de separaciones y divorcios podría llevar a pensar que se trata de un acontecimiento “normal y natural” dentro de la sociedad. Sin embargo, el divorcio es y se considera un proceso traumático que va a suponer, necesariamente, un estado de desequilibrio en las personas, sean niños o adultos (De La Torre-Laso, 2005). Varios autores, como Muñoz-Vázquez & Fernández-Bauzó, (1988); Guttmann, (1993) y Clark-Stewart & Brentano, (2006) concurren en que el divorcio es un proceso complejo que provoca profundas emociones y trastornos debido a la variedad de componentes emocionales, económicos, legales y sociales que impactan esta experiencia.

### **La mujer y el divorcio**

El divorcio tiene un impacto significativo en al menos cuatro áreas de la vida de la mujer que pasa por este proceso. Estas son: a) en el bienestar psicológico y emocional, b) en la situación económica y financiera, c) en los arreglos de custodia de los hijos y d) en el aspecto legal. El impacto en estas áreas dependerá del proceso de divorcio y cómo la mujer enfrente el mismo (Thomas & Ryan, 2008). Sobre el bienestar psicológico y emocional, varios autores (Albite-Vélez & Valle-Ferrer, 2003; Castro, 2004; Rodríguez-del Toro, 2005) señalaron que la mujer que pasa por un proceso de divorcio se siente responsable de la relación matrimonial y por ende del fracaso de la misma, ya que la socializaron pensando que si el matrimonio fracasa, ella fracasa. Esto tiene como consecuencia, que aumenten sus tensiones, frustraciones, sentimientos de culpa, miedo, sentimientos de pérdida y otras enfermedades asociadas al estrés como alta presión y ataques cardíacos. Sin embargo, para algunas mujeres el proceso de divorcio también representa una oportunidad de desarrollo y crecimiento que pone fin a una relación conflictiva y en ocasiones abusiva (Crawford & Unger, 2004; Thomas & Ryan, 2008).

En cuanto al impacto económico del divorcio, varios autores (Clarke-Stewart & Brentano 2006; Crawford & Unger, 2004; Colón-Warren, 2004; Vidal-Rodríguez, 2002) señalaron que la mujer sufre más ese impacto que el hombre ya que típicamente se convierte en jefa de familia. Según Colón-Warren, para las mujeres jefas de familia, las desigualdades de género y sociales implican una mayor propensión a la pobreza, que puede agudizarse junto a otras situaciones

problemáticas vinculadas a su estatus particular. Esta representación desproporcionada entre las familias bajo los índices de pobreza se explica tanto por el aumento en este tipo de familia como por su mayor probabilidad de vivir bajo niveles de pobreza, comparado con las familias con ambos miembros de la pareja. El problema fundamental de esta pobreza, según Colón-Warren, no se encuentra propiamente en la jefatura femenina, sino en las condiciones que restringen sus ingresos familiares. La desigualdad de género en nuestra sociedad impone a las mujeres diferencias en poder y oportunidades económicas que aumentan sus probabilidades de pobreza al quedar solas, no importa cual fuera su situación económica anterior. También, aumentan las responsabilidades familiares al quedar usualmente a cargo de la mayor parte de la crianza y los gastos del hogar, al mismo tiempo que no obtienen suficiente apoyo y nuevas oportunidades para asumir estas responsabilidades. Además de la falta de apoyo, escasean las pensiones alimentarias adecuadas, viviendas, servicios legales, médicos y de otra índole, que sean a bajo costo. Esta falta de apoyo se hace cada vez mayor debido a la crisis económica y a las políticas de privatización y de reforma de los beneficios sociales. Finalmente, Colón-Warren destacó que sin ser el único factor que incide en la pobreza, las familias con jefatura femenina tienen, además, menos ingresos por trabajo que las familias con ambos miembros de la pareja.

La responsabilidad de la custodia de los hijos tras la separación o divorcio, señalaron varios autores (Vidal-Rodríguez, 2002; Clarke-Stewart & Brentano, 2006) en la mayoría de las ocasiones recae en la mujer. Según Albite-Vélez y Valle-Ferrer (2003), debido a la ideología de la maternidad, “el nacer mujer pareciera, a primera vista, haber hecho de lo “materno” y la “maternidad” un atributo indisociable de lo femenino” (p. 111). Esto la imposibilita muchas veces de considerarse capaz de tomar decisiones relacionadas con su bienestar, sus intereses y sus deseos; además no deja de sentirse responsable absoluta por los hijos y la familia, concluyen las autoras. Por su parte, Vidal-Rodríguez mencionó que tener la custodia de los hijos implica buscar un centro de cuidado en caso de que la mujer tenga un trabajo asalariado, la supervisión de la educación de éstos y velar por el cumplimiento de la manutención. Esto acarrea mayor estrés para la mujer por lo que se hace necesario que a la mujer divorciada, custodia de sus hijos, se le provean recursos adecuados tanto en agencias gubernamentales, como privadas que puedan satisfacer sus necesidades, concluye la autora.

Finalmente, la mujer que pasa por un proceso de divorcio se enfrenta a un proceso legal que, en ocasiones, la discrimina. Considerando que los sistemas de justicia son un reflejo de la sociedad, cuando se aplica esta idea a la realidad social de Puerto Rico se puede asegurar que, con todos los avances logrados con relación a las luchas y oportunidades obtenidas por la mujer puertorriqueña, aún existe un gran camino por recorrer en la lucha por la erradicación definitiva del discrimen contra ésta. Según Ortega-Vélez (1998), este hecho lo demuestra un informe presentado por una Comisión Especial para investigar el discrimen por género en los Tribunales de Puerto Rico. Este informe reveló que muchas mujeres carecen de acceso adecuado a los tribunales del país debido a que no pueden asumir los costos de la litigación o no pueden superar las dificultades particulares que confrontan en los procesos judiciales relacionados con la familia. En el área de relaciones de familia, la discriminación por razón de género se manifiesta de forma adversa para la mujer. Según William Eich, (en Ortega-Vélez, 1998), la discriminación es la predisposición o tendencia a tratar a la mujer solo por razón de su sexo, que se refleja en actitudes y conductas negativas hacia ella, basadas en creencias estereotipadas sobre la naturaleza y el “rol” del sexo femenino, en vez de sobre la

consideración y evaluación de sus habilidades, experiencias y aspiraciones. Esta discriminación, señaló Ortega-Vélez, perjudica a todos, pero en la mayoría de los casos quienes más la padecen son las mujeres. Estas reciben menos decisiones favorables, menos oportunidades de estar en posiciones de poder y menos respeto en sus interacciones con el sistema de justicia. Los niños pueden lastimarse por los efectos de esa conducta directa contra sus madres pero los hombres también podrían salir lastimados, ya que los efectos de la discriminación contra la mujer van mano a mano con los estereotipos que se desarrollan alrededor del hombre.

Vidal-Rodríguez (2002) indicó que a través de los años, se enfatiza en los efectos nocivos que el divorcio tiene en los niños y en el sistema familiar, pero pocas veces se mencionan los efectos, en ocasiones nefastos, que tiene para la mujer. Algunos de estos son: responsabilidad principal en el cuidado, crianza y supervisión de los niños; suplir todas las necesidades económicas, afectivas, sociales y de vivienda que tengan los hijos ante la ausencia del padre. En la mayoría de los casos, la mujer sufre un descenso económico, no así los hombres; de ahí que Vidal-Rodríguez sugiere que el proceso de divorcio acelera la feminización de la pobreza. También menciona que las madres jefas de familia enfrentan una dificultad principal y es la falta de ingresos suficientes para cubrir las necesidades de la familia. Relacionado con este aspecto, menciona Colón-Warren (2004), que las mujeres jefas de familia sufren las condiciones de la desigualdad de género en el mercado laboral que restringe sus oportunidades de empleo y su movilidad ocupacional e ingresos superiores, haciéndolas más vulnerables a la pobreza. Se entiende, continúa Colón-Warren, que la mayoría de las mujeres divorciadas, separadas o solas, quienes representan una amplia mayoría de mujeres jefas de familia, lo son debido a que las relaciones con la pareja les presenta situaciones de incompatibilidad o conflictos considerados intolerables. Se puede observar que ni la dependencia económica, ni las responsabilidades familiares impiden que un grupo creciente de mujeres se convierta en jefas de familia. Las familias con jefa mujer no deben considerarse “ni problema ni solución”, sino como nuevas formas de convivencia dentro del sistema, además de ser respuestas a condiciones sociales y relaciones de género que no favorecen vidas conyugales más positivas y equitativas, concluye Colón-Warren.

Según Rodríguez-Del Toro (2005), es importante conocer el trasfondo histórico y contextual de estas mujeres para lograr el apoderamiento hacia su pleno desarrollo social, económico y familiar. Además, se debe analizar su trasfondo socializador para concienciar a las mujeres sobre las diferentes ideologías que aprendieron; como por ejemplo: la del “príncipe azul”; la ideología de la maternidad; la idea de que es una persona sumisa y débil y la subordinación ante el hombre, entre otras. Añadió Rodríguez-Del Toro (2011), que escuchar sus voces y adentrarse en su experiencia puede contribuir a que se considere la perspectiva de género, tanto en el análisis del problema bajo estudio como en la educación de generaciones futuras.

Añadió Valdés- Jiménez (2007) que factores asociados al género influyen en la manera en que se vive y valora el proceso de separación. Los problemas que se generan ante la disolución del matrimonio van a elaborarse y enfrentarse en dependencia de patrones socioculturales y modelos de ideología construidos bajo parámetros diferentes para cada género. Esta autora concluye que la intensidad de las emociones, el grado de apego y las estrategias de afrontamiento son diferentes en varones y mujeres, no como características inherentes a su sexo sino como producto de las formas de socialización, identidad de género y marco socio

político en el que se establecen las relaciones entre varones y mujeres. En otras palabras, enfocar la experiencia del divorcio desde la perspectiva de la construcción social del género nos provee una buena base para la comprensión cabal del fenómeno, ya que varios autores (Muñoz-Vázquez & Fernández- Bauzó, 1988; Lund, 1990; Crawford & Unger, 2004; Valdez- Jiménez, 2007), señalaron que gran parte de la carga emocional que impacta este evento tiene que ver con el proceso de socialización relacionado con el género.

Dada la ideología del divorcio dentro de una sociedad patriarcal, cabe preguntar: ¿Cómo es la experiencia de divorcio y qué significado le adscriben mujeres adultas puertorriqueñas?

### **Propósito del estudio**

Considerando las diferentes vertientes e ideologías del divorcio dentro de un contexto eminentemente patriarcal, este estudio con enfoque fenomenológico se realizó con el propósito de conocer a profundidad la experiencia del divorcio de diez mujeres puertorriqueñas con el fin de descubrir su esencia y significado personal. Mediante entrevistas a profundidad y análisis narrativo de las mismas, se obtuvieron las diferentes perspectivas de las participantes para contestar las siguientes preguntas de investigación: ¿Cómo fue la experiencia del divorcio en la vida de estas participantes?; ¿Qué emociones se identifican en las narrativas de las mujeres divorciadas puertorriqueñas en torno a su experiencia de divorcio?; ¿Cuáles son las construcciones sociales y culturales en torno al divorcio que surgen de las narrativas de mujeres divorciadas puertorriqueñas?; ¿Cuál es el significado que le adscriben a su experiencia de divorcio un grupo de mujeres divorciadas puertorriqueñas?

### **Metodología**

En este estudio se utilizó el enfoque fenomenológico para describir qué ocurrió (textura) a las participantes bajo estudio, cómo ocurrió la experiencia (estructura) en su escenario natural, con el fin de comprender su significado (la esencia), (Creswell, 2007). En otras palabras, la textura, la estructura y la esencia de la experiencia de divorcio.

#### **Participantes**

De acuerdo con los criterios de inclusión para seleccionar a las diez participantes de la investigación, todas las participantes estuvieron casadas más de cinco años y pasaron por el proceso de divorcio entre dos a cinco años previos a la investigación. La edad de las participantes fluctuó entre 33-60 años para un promedio de 44.5 años. La mayoría de las participantes provienen o residen en el área metropolitana de Puerto Rico. Por otro lado, nueve de las diez participantes tenían hijos y la mayoría había completado un grado universitario. Ninguna de las participantes tenía pareja al momento de la investigación.

#### **Estrategias para la Recopilación de la Información**

La información del estudio se recopiló mediante entrevistas a profundidad con una guía de preguntas de los temas pertinentes identificados en la revisión de literatura. La misma fue una guía flexible que permitió espacio para añadir, eliminar y ampliar preguntas según fluyeron las entrevistas. Además, con el consentimiento previo de las participantes, las entrevistas se

grabaron en cinta magnetofónica para fines de transcripción *ad verbatim* y análisis del contenido de las mismas.

### Análisis de la información

Mediante un sistema de codificación abierta (Moustakas, 1994), se realizó el análisis de las narrativas del cual surgieron seis categorías principales: Decisión de divorcio; Estrategias de manejo; Fuentes de apoyo; Respuesta emocional ante el divorcio; Construcción social y cultural del divorcio y Significado de la experiencia de divorcio.

### Hallazgos y discusión

Las primeras tres categorías que surgieron de las voces de las participantes: decisión de divorcio, estrategias de manejo y fuentes de apoyo responden a la pregunta inicial de la investigación: ¿Cómo fue la experiencia de divorcio en la vida de estas participantes? A continuación se discuten estas tres categorías.

Primera categoría: Decisión de divorcio

Como todo proceso en el que se tiene que tomar una decisión trascendental, este proceso lo narran las participantes como uno difícil que se caracteriza por una lucha entre la pareja. La lucha incluye desde tener intentos para salvar la relación, hasta discusiones con la pareja, reconciliaciones temporales, dudas sobre el amor hacia la pareja y la preocupación por los hijos de ambos. Sobre este particular, Muñoz-Eguileta (2008) señaló que la decisión de separarse legalmente llega generalmente después de un largo y doloroso proceso donde el conflicto, la ansiedad, una pobre comunicación, la tristeza o el enfado se convierten en partes habituales del día a día. Añadieron Clarke-Stewart & Brentano (2006), que como parte del proceso la pareja se enfrenta a lo siguiente: 1) La separación emocional y psicológica de la pareja y el tener que establecer identidad propia; 2) Si tienen hijos, se convertirán en padres solteros y deben aprender que comparten la paternidad con su ex cónyuge; 3) Tienen que separar sus finanzas y establecer independencia económica; 4) Deben restablecer y reorganizar su red social y 5) Deben llevar a cabo los pasos legales que son requeridos tanto para el proceso de divorcio, como para establecer la custodia de los niños y determinar aspectos financieros sobre la manutención de éstos. Según se desprende de las entrevistas, las diez participantes luego de pasar por un periodo de análisis, decidieron dar el primer paso para la ruptura definitiva de su matrimonio. Además la mayoría lo hizo por la causal de consentimiento mutuo. Esta información es evidenciada con lo expuesto por algunos autores de la literatura consultada como Sakraida, (2005); Clarke-Stewart & Brentano (2006) y Thomas & Ryan (2008) cuando indicaron que, en la mayoría de las ocasiones, es la mujer quien inicia el proceso de divorcio. Según Clarke-Stewart & Brentano (2006), las mujeres son más decididas y aunque tratan por todos los medios de salvar la relación, cuando toman la decisión es final e irrevocable. Precisamente por esto es que según Valdés Cuervo, et al. (2009) la mujer prefiere el divorcio por consentimiento mutuo ya que es rápido, discreto y se utiliza mayormente para terminar una situación difícil e incómoda.

En la primera categoría también surgió como una subcategoría, las razones que tuvieron las participantes para divorciarse. Autores como Clark-Stewart & Brentano (2006) y Määttä

(2011) recalcaron que no existen razones concretas para la separación, sin embargo, de las voces de las participantes surgió que las razones para tomar la decisión de divorciarse fueron diversas, predominando mayormente la infidelidad y el desamor, aunque hubo razones económicas y de maltrato físico. Estas razones coinciden con algunas de las expuestas por Muñoz-Eguileta (2009) cuando señaló como posibles motivos de ruptura conyugal la disminución de la atracción física entre ambos miembros de la pareja, problemas psicológicos o físicos, los celos, la infidelidad, las luchas de poder, expectativas matrimoniales no satisfechas o la intervención inadecuada de los numerosos conflictos que surgen fácilmente en la vida en común. Estos factores van creando tensión y desilusión en la pareja y de esta forma se va erosionando el amor. Por su parte, Cintrón-Bou et al. (2008) identificaron una variedad de situaciones que podrían influenciar negativamente la interacción entre la pareja hasta culminar en la separación; entre ellas mencionan: a) estereotipos y creencias sobre roles de género y sexualidad; b) insatisfacción con las relaciones sexuales; c) nivel socio-económico; d) diferencias de opinión entre el hombre y la mujer; e) distintas interacciones con otros familiares; f) falta de amor; g) problemas emocionales; h) violencia física o emocional; i) uso de alcohol o drogas.

En el último tema de la primera categoría, las mujeres con hijos realzaron el rol que tienen éstos en el proceso de decisión. Para algunas mujeres la decisión debía tomarse rápido para no afectar emocionalmente a los hijos. Por el contrario, hubo otras mujeres que se mantuvieron en la relación pensando que era mejor para los hijos. Esta disyuntiva que enfrentan las mujeres en su rol de madres, podría explicarse por la ideología de la maternidad bajo la cual la mujer antepone el bienestar y las necesidades de sus hijos por encima de los suyos propios. Según Albite-Vélez & Valle-Ferrer (2003), “el nacer mujer pareciera, a primera vista, haber hecho de lo “materno” y la “maternidad” un atributo indisociable de lo femenino” (p. 111). Concurren con este hecho autores como Villamil (2005) y Castro (2004) cuando añadieron que como parte de la construcción social del género, la mujer es socializada pensando que su primera responsabilidad de adulta es su familia y que si su matrimonio fracasa, ella fracasa, no solo como mujer y esposa, sino como madre ya que piensa que una buena madre no separa a sus hijos del padre. Por otro lado, sólo una de las participantes no tenía hijos; sobre este particular Thomas & Ryan (2008), concluyeron que en su investigación, las mujeres que no tuvieron hijos se les hizo más fácil tomar la decisión de divorciarse.

### Segunda Categoría: Estrategias de Manejo

La segunda categoría que surgió en las voces de las entrevistadas describe las estrategias que utilizaron para manejar el proceso de divorcio. Todas las participantes utilizaron una variedad de estrategias que fueron incluidas en las siguientes subcategorías: prepararse para la decisión y realizar actividades de interés. De las narrativas se desprende que la mayoría de estas mujeres se preparó para tomar la decisión de divorcio. Algunas indicaron que buscaron orientación legal, otras buscaron ayuda profesional ya sea con algún consejero, psicólogo o psiquiatra y finalmente, muchas de estas mujeres recurrieron a buscar ayuda espiritual, según fuera su creencia religiosa. Sakarida (2005) evidenció este hecho cuando mencionó que las estrategias que utilizaron las participantes de su investigación, fue buscar ayuda profesional bien sea con el consejero o el psicólogo, grupos de apoyo, círculo de confidentes como amigos y familiares cercanos y finalmente, hablar con personas que tuvieron experiencias similares. Varios autores,

como Guttman (1993); De La Torre- Laso (2005); Clark-Stewart & Brentano (2006) y Thomas & Ryan (2008) concurren también con lo expuesto por las participantes ya que señalan que durante el proceso de divorcio las mujeres se deciden a buscar ayuda profesional de tipo legal, psicológica y espiritual. Relacionado con la estrategia de buscar ayuda espiritual, Steiner et. al. (2011) indicaron que en su investigación se demostró que el bienestar espiritual puede contribuir fuerte y favorablemente al ajuste que tuvieron las mujeres ante el divorcio, lo que coincide con las narrativas de las participantes de esta investigación.

La segunda estrategia de manejo que utilizaron las mujeres divorciadas fue realizar actividades de interés. La mayoría de las entrevistadas realizaron diversas actividades como lo son el ejercicio u otros deportes, lectura y compartir con amistades. La mitad de las participantes tuvieron en el trabajo y en el compartir con amistades otras formas para manejar el divorcio. Por su parte, algunos autores en la literatura consultada destacan que las mujeres divorciadas manejan el divorcio buscando mejorar su salud asistiendo al gimnasio y haciendo ejercicios; también compartiendo con amistades; la lectura de libros de mejoramiento personal, y finalmente, utilizando el trabajo como refugio (Steiner, et al., 2011; Sakranda, 2005).

### Tercera categoría: Redes de apoyo

Las entrevistadas informaron que recurren, o contemplan la búsqueda de apoyo, mediante personas significativas como lo es la familia, amistades y compañeros de trabajo; a través de los profesionales de ayuda como los consejeros, psicólogos y psiquiatras; y a través de los guías espirituales como sacerdotes o pastores. La mayoría de las participantes mencionó que el apoyo de su familia, (padres, hermanos, hijos), fue crucial para que ellas pudieran salir airoso en el proceso de divorcio. De igual forma sus amistades y compañeros de trabajo. Autores como Clark-Stewart & Brentano (2006); Thomas & Ryan (2008) y Valdés-Cuervo et al. (2009) concordaron que el apoyo por parte de la familia y sobre todo, por las amigas y amigos más cercanos resulta en un aliento para las mujeres que pasan por un divorcio. Específicamente Valdés-Cuervo, et al., reiteraron que el principal apoyo que recibieron las mujeres entrevistadas en su investigación fue de parte de los familiares y los amigos. El apoyo familiar, en todos los casos, era el proporcionado por los padres de las mujeres, que generalmente se manifestaba a través de ayuda económica y apoyo emocional. Otro tipo de apoyo es el ofrecido por los amigos, quienes moralmente reconfortaban a estas mujeres tratando de darles ánimo para que se adaptaran más fácilmente a su nueva vida, (Valdés et al. (2009).

La mitad de las participantes de esta investigación indicó que los profesionales de ayuda, además de ser parte de las estrategias que utilizaron para manejar el divorcio, también fueron de gran apoyo dentro de su proceso. Valdés Cuervo et al. (2009) reforzaron esta información ya que afirmaron que la disposición para recibir ayuda de un consejero u otros profesionales de la conducta, trae como resultado una mayor satisfacción con el proceso y los resultados del divorcio.

La ayuda o guía espiritual también resultó ser un gran apoyo para las participantes. De sus voces se desprende que recibieron apoyo de sus respectivos guías espirituales y que este hecho les ayudó a tener un mejor ajuste a su experiencia de divorcio. Steiner, et al., (2011), concluyeron, como resultado de su investigación, que el bienestar espiritual puede estar

estrechamente relacionado con el ajuste al proceso de divorcio. De otra parte, Thomas y Ryan (2008) mencionaron que las participantes de su investigación no recibieron apoyo de sus respectivas religiones. Por el contrario, los autores encontraron que la mayoría de las participantes de su estudio, recibieron el rechazo de dichas religiones como parte del constructo cultural y religioso de que el matrimonio es “hasta que la muerte los separe”.

Las tres categorías discutidas responden a la primera pregunta de esta investigación: ¿Cómo fue la experiencia de divorcio en la vida de estas participantes? Según se desprende de las voces de las participantes, la experiencia fue difícil y conllevó un proceso de toma de decisiones en el cual ellas tomaron la iniciativa guiadas por una diversidad de razones entre las que se destacaron la infidelidad y el desamor. Para manejar esta situación utilizaron una serie de estrategias que las ayudaron a reaccionar positivamente ante su divorcio; primero, se prepararon antes de tomar la decisión buscando asesoría legal, ayuda espiritual y profesional y en segundo lugar, realizaron actividades de interés que les permitieron mantener su buen ánimo y el deseo de reiniciar una nueva etapa de sus vidas. También contaron con una red de apoyo que complementó las estrategias de manejo. La familia, las amistades, sus compañeros de trabajo, los profesionales de ayuda y sus guías espirituales se convirtieron en una red de apoyo que resultó en una mayor fortaleza para las participantes.

En la literatura consultada, autores como Clarke-Stewart & Brentano (2006) y Thomas & Ryan (2008) evidenciaron la información que responde la primera pregunta de la investigación y que es congruente con lo mencionado por las participantes. Los autores mencionan que la experiencia de divorcio provee una oportunidad de crecimiento para la pareja aunque esto no sea aparente en el momento en que se rompe la relación. Clarke-Stewart y Brentano por su parte, señalaron que existe una serie de factores que pueden predecir el ajuste de los adultos al proceso de divorcio. Entre los factores que mencionaron estos autores están los siguientes: una actitud positiva hacia el divorcio, el hecho de ser la persona que inicia el proceso de divorcio, buena salud mental, apoyo de amigos y familiares, recibir ayuda profesional y tener un trabajo valioso y significativo. De los factores señalados, los siguientes son concurrentes con lo expresado por las participantes de esta investigación: el hecho de ser la persona que inicia el proceso de divorcio, apoyo de amigos y familiares, recibir ayuda profesional y tener un trabajo valioso y significativo.

#### Cuarta categoría: Respuesta emocional ante el divorcio

La cuarta categoría contesta la segunda pregunta de la investigación: ¿Qué emociones se identifican en las narrativas de las mujeres divorciadas puertorriqueñas en torno a su experiencia de divorcio? Las narrativas de las participantes pusieron de manifiesto la dimensión emocional que tiene el divorcio en sus vidas, de sus narraciones surgieron dos subcategorías: la respuesta emocional al inicio del proceso y la respuesta emocional después del divorcio. Según las narrativas se desprende que al inicio del divorcio la mayoría de las participantes experimentaron sentimientos de coraje, dolor y frustración. Por su parte, más de la mitad de las participantes manifestó que los sentimientos experimentados después del divorcio fueron alegría y tranquilidad. Esta información coincide con la ofrecida por Muñoz-Vázquez & Fernández-Bauzó (1988), cuando señalaron que ante la pregunta de “¿Cómo se sintió a través del proceso de divorcio?” algunos de los participantes de la investigación, entre ellos mujeres,

respondieron: "deprimido/a", "triste", "con coraje y rabia", "temeroso", "desesperado", "con incertidumbre", "satisfecho", "bien", "nerviosa/o", "dolida, traicionada, miserable", "trago amargo, uno se queda solo", "tranquila", "más maduro" y "alivio". Otros autores presentados en la literatura consultada, como Thomas & Ryan (2008) mencionaron que las participantes de su investigación describieron las emociones que experimentaron al inicio de su proceso de divorcio; las emociones que mencionaron las entrevistadas fueron las siguientes: coraje y miedo. Una vez concluido el mismo, enfrentaron la realidad del divorcio con valentía y positivismo. Määttä (2011), por su parte, señaló que el divorcio produce una carga emocional con incertidumbre e inseguridad, pero provee espacio para los retos y el bienestar. Las emociones que surgieron de las narrativas en la investigación que realizó fueron el odio, el dolor, vergüenza y culpa. Por otro lado, la autora indicó que los sentimientos de pérdida siempre están en la mente de los divorciados. Sin embargo, poco a poco llegan pensamientos que producen bienestar y alivio como es el disfrute de la libertad, el compartir con grupos de apoyo y los deseos de rehacer su vida.

En resumen, la cuarta categoría responde la segunda pregunta de investigación: ¿Qué emociones se identifican en las narrativas de las mujeres divorciadas puertorriqueñas en torno a su experiencia de divorcio? Según la literatura consultada, el hecho de que las cifras de divorcio aumentaran considerablemente no significa que sea un proceso fácil y deseado por las parejas. Es por esa razón que sigue siendo un evento que genera una serie de emociones como la tristeza, la frustración y el dolor, tan profundos que en ocasiones culmina en depresión (Määttä, 2011; Sakrinda, 2005). No obstante, según emergió de las narrativas de esta investigación, poco a poco llega la superación unida a sentimientos de felicidad.

#### Quinta Categoría: Construcción social y cultural del divorcio

La categoría construcción social y cultural del divorcio da respuesta a la tercera pregunta de investigación: ¿Cuáles son las construcciones sociales y culturales en torno al divorcio que surgen de las narrativas de mujeres divorciadas puertorriqueñas? De las narrativas de las participantes dentro de la quinta categoría, surgen dos subcategorías: creencias relacionadas con el divorcio antes y después del mismo y la percepción como mujer divorciada (percepción de los demás y autopercepción). La mayoría de las participantes expone que antes de pasar por el proceso, no pensaban en el divorcio como una opción porque se habían casado para toda la vida; algunas tenían una visión catastrófica del evento y lo veían como un fracaso. Sin embargo, ante la realidad de la experiencia, algunas de las participantes tuvieron la oportunidad de reevaluar sus creencias relacionadas con el divorcio y lo evaluaron como una alternativa o solución ante una problemática de la relación matrimonial. La literatura consultada coincide con las narrativas surgidas de las entrevistas. Autores como Muñoz-Vázquez & Fernández-Bauzó (1988); Cintrón- Bou, et al. (2008) y Vidal-Rodríguez (2002), concurren en que las diferentes vertientes con las que se conceptualiza el divorcio en Puerto Rico están influenciadas por diferentes ideologías. Vidal-Rodríguez especificó que una de estas vertientes concibe el divorcio como la mayor plaga de los problemas sociales del país, ya que le otorga efectos nocivos a la familia y al desarrollo de los hijos. Otra vertiente le otorga al divorcio ser la causa de la delincuencia, los problemas mentales y la deserción escolar. Otras construcciones ideológicas lo ejemplifican como un mal necesario frente al creciente y sostenido cambio económico, social y tecnológico que enfrentan las familias. Continúa la autora diciendo que los

sectores religiosos hablan del divorcio como el causante de todos los males y la destrucción del matrimonio. Igualmente Zamora (2011) indicó que al percibirse el matrimonio como el ideal social, el divorcio es visto como un problema que atenta contra la institución de la familia y el matrimonio. Concluye Zamora que aunque se reconoce el divorcio como un proceso legal, todavía existen sectores conservadores de la sociedad que lo desapruaban puesto que consideran que lo correcto es que perdure el vínculo del matrimonio.

Por otro lado, la mirada contraria del divorcio que surgió luego de la experiencia que tuvieron las participantes, coincide con lo expuesto por Määttä (2011), quien señaló que el divorcio en ocasiones, es la única solución razonable ante un matrimonio conflictivo. Así lo consideraron las participantes cuando de sus narrativas emergió que el divorcio se convirtió en una “alternativa para salir de algo que ya no sirve”.

Dentro de la construcción social y cultural del divorcio surge una segunda subcategoría en la cual las participantes describen la percepción de los demás ante el hecho de ser mujeres divorciadas y cómo éstas se autoperciben como mujeres que pasan por un divorcio. La mitad de las entrevistadas percibe que las demás personas siguen teniendo el estereotipo de la mujer “fácil”. En la literatura consultada se encontraron datos que evidencian algunos de estos hechos. Por ejemplo, Valdés Cuervo, et. al. (2009) indicaron que las mujeres que participaron en su investigación percibían la discriminación, a través del aislamiento y la disminución de las invitaciones a las reuniones sociales. Por su parte, Zamora (2011), corroboró lo expresado por las participantes al mencionar que divorciarse también puede representar una “etiqueta” que significa ser señalada como fracasada, como una persona conflictiva, que no se le toma en serio en relaciones sentimentales formales y por lo mismo se le considera como una persona con quien se pueden tener relaciones sexuales sin compromisos. Para algunas mujeres significa ser vistas como amenaza ante otros matrimonios ya que por el hecho de divorciarse se convierten en “quita maridos”, concluye Zamora. Por otro lado, según las narrativas de las participantes, algunas indican que otras personas las ven como mujeres luchadoras y valientes.

De las narrativas de las participantes de esta investigación emergió su autopercepción como mujeres divorciadas; la mayoría de las participantes indicó que se valora como persona y manifestó su satisfacción con lo que logra. Sobre este particular, la literatura consultada presenta varios autores que concurren con las narrativas que emergieron en esta investigación. Baum, Rahav & Sharon (2005) concluyeron que la mayoría de las mujeres participantes de su estudio se percibió más independiente, con más control en su vida, más responsable y con sentimientos de autoestima alta. Además, se mostraron competentes y dispuestas a enfrentar retos y oportunidades, expresaron satisfacción con sus cambios y perciben los mismos como importantes. Pocas mujeres de la muestra vieron el divorcio como una pérdida de su auto concepto, lo que significa que muchas lo vieron como una oportunidad de desarrollo y crecimiento. Por otro lado, Zamora (2011) coincidió con Baum, et al. (2005) cuando indicó que muchas mujeres, después de la experiencia de divorcio, demuestran autoestima alta, auto aceptación y auto valoración por ser capaces de sobreponerse al divorcio y a superar los problemas que siguieron al evento. Según la autora, se redefinen como personas más maduras o con mayor valía. Concluye la autora que el valor personal se refiere a que el divorcio les proporcionó la oportunidad de conocerse, aceptarse, física y emocionalmente, sentirse capaces

de aprender de la experiencia, con libertad de tomar decisiones, preparadas para hacer otras cosas y retomar sus vidas.

En resumen, la quinta categoría responde a la tercera pregunta de investigación: ¿Cuáles son las construcciones sociales y culturales en torno al divorcio que surgen de las narrativas de mujeres divorciadas puertorriqueñas? Mediante las narrativas de las participantes en esta investigación, surgen las creencias relacionadas con el divorcio producto de su socialización y la influencia cultural. No obstante, después del divorcio la visión cambia en algunos aspectos, pero se desprende de las narrativas que aún existe confusión debido a los constructos sociales. También en sus narrativas emerge la percepción como mujer divorciada, tanto de las otras personas, como de ellas mismas. Algunos autores como Thomas & Ryan (2008) y Zamora (2011) explicaron que debido a que el divorcio culturalmente no tiene una connotación positiva, ser divorciado es una identidad difícil de aceptar. Los autores añaden que para algunas mujeres y hombres el estigma del divorcio puede ser tan fuerte que continúa afectándolos tiempo después de haberse divorciado. La percepción de las entrevistadas en esta investigación demuestra que la construcción social relacionada con el divorcio la absorbe quienes viven esta experiencia y que puede ser tan marcado que continúa manifestándose en las narrativas de las participantes. Expresiones como las que se presentan a continuación son evidencia de la confusión que aún persiste relacionada con las construcciones sociales y que se deben trabajar en el proceso de consejería con estas mujeres:

“...He hecho la asig [sic] la tarea o el estudio por mi parte de a veces decir que soy viuda en vez de divorciada y ver la percepción de la gente como me tratan cuando digo que soy viuda a mi edad vs soy divorciada...” (Participante 1)

“...Yo creo que...al principio más era el miedo mío a eso [pausa], a que la gente me rechazara después no...después fue como que ya no llevo esa etiqueta ahí...si tengo que ponerlo pues lo pongo soy divorciada pero si no soy soltera... (Participante 2)

“...yo siempre digo que soy soltera y no entro en detalles de mi vida. Y lo hago así porque pienso que me van a ver diferente...quizás la que me siento diferente soy yo...por las cosas que siempre se escuchan sobre la mujer divorciada... (Participante 6)

“...No sé pero creo que las otras mujeres nos ven como amenaza...yo siempre trato a los esposos de mis amigas con respeto y de lejos para que no vayan a confundirse...” (Participante 8)

“...me molestaba la palabra “divorciada”...me molestaba que me dijeran “madre soltera” yo no soy madre soltera...me molestaba que me dijeran “no calificas para tal cosa porque esto es para familias” y no me consideraban familia a mí y a mis hijos...” (Participante 9)

#### Sexta Categoría: Evaluación de la experiencia de divorcio

Finalmente, la sexta categoría que emergió de las narrativas de las participantes de este estudio es el significado de la experiencia de divorcio. La misma responde a la cuarta y última pregunta de investigación: ¿Cuál es el significado que le adscribe a su experiencia de divorcio un grupo de mujeres divorciadas puertorriqueñas? Cabe destacar que dentro de esta categoría surgen dos subcategorías a saber: vida posterior al divorcio y ganancia. En la reflexión que realizan las participantes en torno a su vida posterior al divorcio, se desprende que más de la mitad de las entrevistadas describe la misma como una etapa positiva en su vida. Tan es así que la mayoría

de las participantes indicó que tuvo ganancias en lugar de pérdidas como consecuencia del divorcio. Thomas & Ryan (2008) mencionaron que el proceso de divorcio se caracteriza por unas etapas en las cuales las personas cambian a través de los sucesos experimentados y de los aprendizajes obtenidos mediante éstos. Las autoras identifican cuatro fases en el proceso de divorcio; la primera implica incertidumbre como consecuencia del primer impacto por la decisión irrevocable del divorcio. La segunda, es la etapa crítica puesto que implica enfrentar la realidad; es en este período cuando las personas empiezan a buscar información, bien sea legal o confiando en las personas significativas en su vida. La tercera, es el período de transformación, donde se tiende a la reflexión, a la búsqueda de alternativas y a aceptar la realidad. La última fase, brinda nuevos significados a los hechos y permite a la persona comenzar nuevamente. Precisamente como una transformación en su vida es que las participantes de esta investigación describen su experiencia. Frases como “un nacer de nuevo”, “me siento plena”, “mi vida ahora es una vida feliz”, “me morí y ahora renací”, son algunas de las frases con las que las participantes describen su vida posterior al divorcio. Estas narrativas coinciden con lo expuesto por Zamora (2011) quien mencionó que también existen mujeres para quienes el divorcio representa una experiencia que les permite o les brinda la oportunidad de empezar una nueva etapa en sus vidas. En cuanto a las ganancias que tuvieron las participantes relacionadas con el divorcio, frases como “gané autoestima”, “gané libertad”, “gané amor propio”, “gané ser yo...mi libertad”, “gané independencia” son ejemplos que describen su ganancia personal. Autores como Crawford & Unger (2004) y Thomas & Ryan (2008) reafirmaron estas aseveraciones cuando señalan que para algunas mujeres el proceso de divorcio también representa una oportunidad de desarrollo y crecimiento que pone fin a una relación conflictiva y en ocasiones abusiva. Por otro lado, en la investigación realizada por Gregson & Ceynar (2009) las mujeres entrevistadas experimentaron cambios en su apariencia física, en su entorno físico y al deshacerse de los objetos maritales. Aunque estos cambios fueron externos, según los autores tienen un significado importante en el mundo interior de las participantes de su estudio, ya que lo explicaron como una manera de romper con lo que significó la vida de casada, romper definitivamente con la relación que terminó y sus respectivas parejas. Es decir, estos cambios significaron para ellas el inicio de algo nuevo, de una vida diferente a la que llevaban antes de divorciarse. Concluyen los autores que es una manera simbólica de tomar control de su nueva vida e identidad.

Las participantes mencionaron que tuvieron que enfrentar algunas dificultades inherentes a una decisión trascendental como es el divorcio. Problemas económicos, dolor emocional, ser madres y padres para sus hijos y la soledad son los temas que emergen de sus narrativas. Valdés-Cuervo, et. al. (2009) mencionaron que los problemas identificados por las mujeres entrevistadas en su investigación se relacionan con aspectos económicos, emocionales, sociales y la crianza de los hijos. Los señalamientos realizados por Valdés-Cuervo et. al., coinciden con las narrativas de las participantes de esta investigación. Varios autores como Clarke-Stewart & Brentano (2006); Crawford & Unger (2004) y Zamora, (2011) también concurren con lo expresado por las entrevistadas ya que señalaron que para las mujeres divorciadas lo más difícil se relaciona con los hijos; el sacarlos adelante y brindarles estabilidad emocional; también con la soledad vinculada a la falta de apoyo y con la situación económica. Coincide también con Eguiluz-Romo (2004) quien señaló que además del impacto emocional que significa el divorcio, éste afecta económicamente a la mujer por quedar, la mayoría de las ocasiones, a cargo de los hijos. Concluye la autora que, aunque el aspecto financiero es una de las mayores dificultades

que enfrentan las mujeres después del divorcio, el bienestar de los hijos continúa siendo su prioridad.

En resumen, la sexta categoría responde a la cuarta pregunta de la investigación: ¿Cuál es el significado que le adscriben a su experiencia de divorcio un grupo de mujeres divorciadas puertorriqueñas? De las narrativas se desprende que el significado que este grupo de mujeres puertorriqueñas le adscribe a la experiencia de divorcio, está enmarcada en la construcción social del género, producto del proceso de socialización. En cada una de las categorías surgen constructos sociales como la ideología de la maternidad, la visión del rol tradicional de la mujer dentro del matrimonio, la influencia de la religión, la visión catastrófica del divorcio, el estigma de la mujer divorciada, entre otros. Las siguientes expresiones ilustran este hecho:

“...como una inquietud de que yo como que estaba viviendo para esta otra persona, estaba haciendo todo lo que a él le gustaba y me estaba olvidando de mi eh, y para el aniversario ya...” (Participante 5)

“...a uno le da un pequeño dolor en la...en la [sic] vida porque uno se casa no para divorciarse sino para vivir toda la vida y más cuando uno es producto de padres divorciados, este...” (Participante 8)

...una compañera me dijo en una ocasión “no me digas que lo haces por tus hijas, porque si fuera por tus hijas te divorciabas ya, porque esto es lo que le estás enseñando a ellas”. Eso me sacudió bien duro. Ellas están aprendiendo a ser sometidas...Ahí me percaté que fue lo mismo que yo estaba haciendo... y uno [pausa], quiere salvar el matrimonio por los hijos... (Participante 3)

“...Mi base en la iglesia era tan fuerte que yo sentía como...que yo...estaba fallándole a Papá Dios...ay Dios mío. En mi mente yo sentía que yo estaba faltando a la promesa que yo hice...” (Participante 5)

...lo veía no como una solución sino como un problema más grande que me iba a dejar a mí en la calle, que las nenas iban a tener problemas psicológicos, que las nenas iban a salir “preñás” [sic] porque eso es lo que te dice la gente ah él es el padre de tus hijas y está ahí es el respeto es esto o aquello...etc. Pues para mí era un problema mayor no era una este [sic] una solución...con ese...con ese...con eso detrás de la oreja como digo yo pues fue una de las cosas que yo creo me hizo tolerar tanto... (Participante 3)

...Yo creo que...al principio más era el miedo mío a eso [pausa], a que la gente me rechazara después no...después fue como que ya no llevo esa etiqueta ahí...si tengo que ponerlo pues lo pongo soy divorciada pero si no soy soltera. Yo creo que me ven no como divorciada, sino como independiente este fuerte [pausa], y como capaz...capaz de echar una familia hacia delante sola. (Participante 2)

Por otro lado, mediante las narrativas de las participantes se evidencian las cuatro fases que mencionaron Thomas & Ryan (2008) relacionadas con el proceso de divorcio. La primera fase implica incertidumbre como consecuencia del primer impacto por la decisión de divorciarse. Este primer impacto se refleja en las narrativas de la primera categoría en las cuales las participantes mencionan que el proceso de tomar la decisión de divorciarse es “una experiencia difícil”. La segunda fase implica enfrentar la realidad, buscar asesoría legal o buscar apoyo en las personas significativas en su vida. En la segunda categoría surgen las narrativas que concurren con esta fase que mencionaron las autoras ya que las participantes de esta investigación utilizaron diferentes estrategias de manejo, entre las que mencionaron la búsqueda de asesoría

legal y de ayuda profesional. También de la tercera categoría se desprende, que las participantes buscaron el apoyo de las personas significativas en su vida. Por otro lado, la tercera fase, indicaron Thomas & Ryan (2008), es el periodo de transformación, donde se tiende a la reflexión, a la búsqueda de alternativas y aceptar la realidad. Esta fase se puede ver claramente en la tercera categoría ya que es aquí, que surgen las narrativas de las participantes en las cuales buscan redes de apoyo y diferentes alternativas que le ayuden a lidiar con el proceso de divorcio. En la cuarta fase, Thomas & Ryan mencionaron que se le brinda nuevos significados a los hechos y le permite a la persona comenzar de nuevo. La mayoría de las participantes en esta investigación mencionó que la experiencia de divorcio fue difícil pero que resultó ser de ganancia para su vida. Frases como “un nacer de nuevo”, “mi vida ahora es una vida plena”, “gané ser yo...mi libertad”, “gané amor propio”, “gané autoestima” son algunas frases que reflejan este hecho.

En conclusión, de las narrativas emergió que el significado que le adscribe al divorcio este grupo de mujeres puertorriqueñas es el de una experiencia que conlleva un proceso difícil, en el cual se manifiestan una serie de emociones pero que con las estrategias de manejo que utilizaron las participantes y el apoyo recibido, lograron transformarlo en ganancia.

## **Conclusión**

El divorcio fue un proceso difícil y significativo para las participantes de esta investigación. Según la literatura consultada, se puede concluir que el divorcio es un proceso complejo que provoca diversas emociones debido a la variedad de componentes emocionales, económicos, legales y sociales que impactan la experiencia. Estos componentes se vieron en las categorías que emergieron de las narrativas de las participantes, evidenciando así la información obtenida de la literatura revisada. A continuación se presentan una serie de implicaciones que sugiere esta investigación.

En primer lugar, esta investigación plantea implicaciones importantes para la mujer divorciada ya que en su experiencia podría identificarse con las participantes del estudio. La experiencia de las participantes de este estudio, evidenciada en los temas que emergieron del proceso de entrevistas, representa una fuente de apoyo para la mujer que esté pasando por el proceso de divorcio. En segundo lugar, este trabajo también es una manera de validar los sentimientos y el significado que cada mujer confiere a su experiencia particular con el divorcio ya que la información principal proviene de las propias protagonistas de la experiencia. En tercer lugar, la información que emergió en este estudio plantea un reto para los profesionales de la conducta, particularmente de pareja y familia, hacia la búsqueda de alternativas para trabajar con este sector tan importante de la población. Según Rodríguez-Del Toro (2005), los profesionales de la conducta debemos enfrentar nuestras propias visiones de género y re-educarnos para romper con los paradigmas tradicionales. Estos paradigmas perpetúan el sexismo y los estereotipos sobre los hombres y las mujeres, responsables de continuar reproduciendo el machismo y la discriminación por género (p. 321)

Es decir, este reto implica que los profesionales de la conducta y los educadores deben hacer introspección, autoevaluación y de ser necesario, romper con los constructos sociales relacionados con el género que resultan perjudicables. Este desafío, además de ser un proceso

de análisis interno, también puede hacerse a través de la educación continua requerida por las juntas que regulan las profesiones de la conducta (consejeros, psicólogos). Se pueden incluir adiestramientos de desarrollo profesional y modelos de intervención que incluyan la perspectiva de género.

## Referencias

- Albite-Vélez, L., & Valle-Ferrer, D. (2003). La ideología de la maternidad en la subjetividad femenina: mecanismo de opresión y violencia doméstica. En L. M. Martínez y M. Tamargo (Eds.), *Género, sociedad y cultura*. (pp. 110-133). San Juan, P. R: Publicaciones Gaviota.
- Baum, N. Rahav, G. & Sharon, D. (2005). Changes in the Self-Concepts of Divorced Women. *Journal of Divorce and Remarriage*. 43. 47-67. doi: 10.1300/J087v43n01\_03.
- Castro, I. (2004). *La pareja actual: Transición y cambios*. Argentina: Lugar Editorial.
- Cintrón-Bou, F. N. Walters-Pacheco, K. Z., & Serrano-García, I. (2008). Cambios... ¿Cómo influyen en los y las adolescentes de familias reconstituidas? *Revista Interamericana de Psicología*. 42. 91-100.
- Clark-Stewart, A., & Brentano, C. (2006). *Divorce: Causes and Consequences*. Yale University Press: New Heaven–London.
- Colón-Warren, A. E. (2004). Incremento en las mujeres jefas de familia y feminización de la pobreza en Puerto Rico. Ponencia presentada en Reunión de Latin American Studies Association, Las Vegas, Nevada, 7-9 de octubre de 2004. Recuperado de [lasa.international.pitt.edu/members/.../ColonWarrenAlice\\_xCD.pdf](http://lasa.international.pitt.edu/members/.../ColonWarrenAlice_xCD.pdf) el 13 de octubre de 2011.
- Crawford, M. & Unger, R. (2004). *Women and gender: A feminist Psychology*. New York, NY: Mc Graw Hill.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among Five Traditions*. Thousands Oaks, CA: Sage publications, Inc.
- Datos y Estadísticas de Puerto Rico y sus Municipios (2011). Recuperado el 12 de octubre de 2011, de [www.tendenciaspr.com](http://www.tendenciaspr.com)
- De la Torre-Laso, J. (2005). Las relaciones entre padres e hijos después de las separaciones conflictivas. *Apuntes de Psicología*. 23. 101-112. ISSN 0213-3334.
- Eguiluz-Romo, L. (2004). Las mujeres y el divorcio: Una Visión de Género. *Revista del CEHIM*. 1(1). 5- 14. Recuperado de [http://www.filo.unt.edu.ar/rev\\_digitales.htm](http://www.filo.unt.edu.ar/rev_digitales.htm) el 9 de enero de 2009, ISSN: 1668-8600.

- Gregson, J., & Ceynar, M.L. (2009). Finding "Me" Again: Women's Postdivorce Identity Shifts. *Journal of Divorce and Remarriage*. 50. 564-582.
- Guttman, J. (1993). *Divorce in Psychosocial Perspective: Theory and Research*. New York, NY: Mc Graw Hill.
- Lund, K. L. (1990). A Feminist Perspective on Divorce Therapy for Women. *Journal of Divorce*. 13. 57-68. doi: 10.1300/J2799v13n03\_05.
- Määttä, K. (2011). The throes and Relief of Divorce. *Journal of Divorce and Remarriage*. 52. 415-434. doi: 10.1080/10502556.2011.592425.
- Moustakas, C. (1994). *Phenomenological Research Methods*. Thousands Oaks, CA: Sage publications, Inc.
- Muñoz-Eguileta, A. (2009). Personas divorciadas: Análisis de las características del proceso de ruptura. *Intervención Psicosocial*. 18. 65-74. ISSN: 1132-0559.
- Muñoz-Vázquez, M., & Fernández Bauzó, E. (1988). *El divorcio en la sociedad puertorriqueña*. Rio Piedras: Ediciones Huracán.
- Ortega-Vélez, R.E. (1998). *Mujer, historia y derecho: El proceso de divorcio*. San Juan: Ediciones Situm.
- Rodríguez-Del Toro, V. (2005). Una mirada a las mujeres jefas de familia: Retos para las psicólogas y psicólogos. *Revista Puertorriqueña de Psicología*. 16. 315-323.
- Rodríguez-Del Toro, V. (2011). La lucha por la perspectiva de género. *Revista Kálathos*. 1. p. 1-11. Recuperado de [http://kalathos.metro.inter.edu/Num\\_9/La%20lucha%20por%20la%20perspectiva%20de%20genero.pdf](http://kalathos.metro.inter.edu/Num_9/La%20lucha%20por%20la%20perspectiva%20de%20genero.pdf)
- Sakraida, T. J. (2005). Common Themes in the Divorce Transition Experience of Midlife Women. *Journal of Divorce & Remarriage*. 43, 69-88.
- Steiner, L.M. Suarez, E. C. Sells, J. N. & Wykes, S. D. (2011). Effect of Age, Initiator Status and Infidelity on Women's Divorce Adjustment. *Journal of Divorce and Remarriage*. 52. 33-47. doi: 10.1080/10502556.2011.534394
- Thomas, C. & Ryan, M. (2008). Women's Perception of the Divorce Experience: A Qualitative Study. *Journal of Divorce & Remarriage*. 4(3), 210-224
- Valdés-Cuervo, A. A. Basulto-Moreno, G. & Choza-Concha, E. (2009). Percepciones de mujeres divorciadas acerca del divorcio. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 14(1). 23-35. ISSN: 0185-1594.

- Valdés-Jiménez, Y. (2007). Impacto Psicológico del divorcio en la mujer. Una nueva visión de un viejo problema. Recuperado de <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/> el 11 de enero de, 2009.
- Vidal-Rodríguez, Z. (2002). *La mujer en Puerto Rico: Retos, demandas y perspectivas ante un nuevo milenio*. San Juan: Editorial Edil.
- Villamil, B. (2005). La construcción del rol de la mujer en Puerto Rico: Tres perspectivas generacionales. *Hómines*. 20. 337-348.
- Yárnoz, S., & Plazaola, M. (2007). Una intervención grupal enfocada desde la teoría del apego con personas divorciadas: evaluación subjetiva de los participantes post intervención y un año después. Recuperado de [www.aperturas.org/revistas.php?n=010](http://www.aperturas.org/revistas.php?n=010) el 12 de octubre de, 2011.
- Zamora Carmona, G. (2011). *Divorcio y Género: diferencias de la ruptura conyugal*. Disertación doctoral Universidad Autónoma de Nuevo León, México. Recuperada de: [http://eprints.uanl.mx/2796/1/Tesis\\_Gabriela\\_Zamora\\_Carmona.pdf](http://eprints.uanl.mx/2796/1/Tesis_Gabriela_Zamora_Carmona.pdf) el 5 de marzo de, 2012.

## Desarrollo Histórico del Programa de Rehabilitación Vocacional de Puerto Rico: 1920 al presente<sup>1</sup>

José Velázquez Altagracia, MCR  
Colegio de Profesionales de la Consejería en Rehabilitación de Puerto Rico  
[velazquezjoselionel@ymail.com](mailto:velazquezjoselionel@ymail.com)

Ángel Villafañe Santiago, Ed.D.  
Universidad de Puerto Rico  
[angelpr39@gmail.com](mailto:angelpr39@gmail.com)

Maribel Báez Lebrón, Ph.D.  
Universidad de Puerto Rico  
[mbl1385@yahoo.com](mailto:mbl1385@yahoo.com)

Carmen Ortiz Mojica, MCR  
Universidad Central de Bayamón  
[ortizmojicakaje@gmail.com](mailto:ortizmojicakaje@gmail.com)

### Resumen

El propósito de este trabajo es presentar los resultados de una investigación auspiciada por el Colegio de los Profesionales de la Consejería en Rehabilitación de Puerto Rico (CPCR-PR) cuyo objetivo general era presentar el desarrollo del Programa de Rehabilitación Vocacional en Puerto Rico desde sus inicios hasta el presente. Los objetivos específicos de esta investigación fueron: a) demostrar el desarrollo legal, histórico- contextual del Programa de Rehabilitación Vocacional en Puerto Rico; b) describir cómo los cambios en legislación y reestructuraciones impactaron la prestación de servicios; c) identificar los líderes que aportaron a la implantación y a su desarrollo, por décadas y, d) analizar como su desarrollo incide en la profesionalización de la Consejería en Rehabilitación en el País. La metodología es de corte cualitativo. Del análisis de la información se concluye que la transformación del Programa desde su creación ha sido una constante y ha contribuido a ampliar la prestación de servicios y la población a la que sirve al igual que al crecimiento de la profesión de la Consejería en Rehabilitación. Sin embargo, la precariedad económica que enfrentamos presenta nuevos retos que requerirán de nuevas estrategias que promuevan la inserción de las personas con impedimentos en Puerto Rico.

*Palabras claves: Historia, Programa de Rehabilitación Vocacional, Consejería en Rehabilitación*

---

Recibido: 30 de junio de 2014.

Sometido para evaluación: 1 de julio de 2014.

Aceptado para publicación: 20 de octubre de 2014.

## Abstract

The purpose of this paper is to present the findings of research sponsored by the College of Professional Rehabilitation Counselors in Puerto Rico (CPCR-PR) whose overall objective was to present the development of the Vocational Rehabilitation Program in the Island since its inception to the present. The specific objectives of this research were: a) to present the historical context and legal development of the Vocational Rehabilitation Program in Puerto Rico; b) describe how changes in legislation and restructuring has impacted service delivery; c) identify leaders who contributed to the implementation and development of the Program by decades; and d) analyze how development affects the professionalization of Rehabilitation Counseling in the country. The methodology used in this research was qualitative. Analysis of the information concluded that the transformation of the program from its inception has been constant, and has helped to expand the provision of services and the population it serves as the growth of the profession of Rehabilitation Counseling. However, the economic uncertainty faced in the last years presents new challenges requiring new strategies that promote the inclusion of people with disabilities in Puerto Rico.

*Keywords: History, Vocational Rehabilitation Program, Rehabilitation Counseling*

La historia del Programa de Rehabilitación Vocacional de Puerto Rico, hoy Administración de Rehabilitación, está directamente relacionada al desarrollo de la legislación federal en los Estados Unidos de América durante casi un siglo. La aprobación de legislación en el Congreso de los Estados Unidos de América incide en la implantación y desarrollo del Programa de Rehabilitación Vocacional en Puerto Rico. Se mostrará la historia a través de las décadas y se presentarán las poblaciones que se han ido beneficiando de los servicios y el alcance de los mismos. También se identificarán los protagonistas que ayudaron en diferentes etapas del proceso y cómo el desarrollo de esta estructura organizacional contribuyó a su vez a la profesionalización de la Consejería en Rehabilitación en Puerto Rico.

### ¿Qué es el Programa de Rehabilitación Vocacional?

El Programa de Rehabilitación Vocacional surge por mandato de ley a principio del siglo XX en los Estados Unidos de América (EUA). Es un programa de empleo para ciudadanos con impedimentos del sector público, autorizado y reautorizado por el Congreso de los Estados Unidos de América desde el 1920. Tiene como objetivo incorporar o reincorporar a la fuerza laboral a ciudadanos con impedimentos elegibles mediante los servicios ofrecidos en los Estados Unidos y Puerto Rico. A partir de 1973, la Ley de Rehabilitación da prioridad a las personas con impedimentos severos, definido este sector como personas que requieren múltiples servicios por un período de tiempo extendido (Smith, 1992).

El Programa de Rehabilitación Vocacional (PRV) en Puerto Rico está adscrito a la Administración de Rehabilitación Vocacional (ARV) del Departamento del Trabajo y Recursos Humanos. Es la unidad estatal designada para administrar el Programa de Servicios de Rehabilitación Vocacional para personas con impedimentos que resultan elegibles conforme a

los criterios establecidos en el Título I de la Ley Pública 93-112 de 1973, según enmendada, conocida como Ley de Rehabilitación.

La ARV ofrece servicios a las personas con impedimentos elegibles con el objetivo de que se puedan preparar, obtener, retener o mantener un empleo. Fomenta el desarrollo integral de las personas con impedimentos. Orienta a las personas con impedimentos elegibles y a sus familiares, utilizando un equipo interdisciplinario de profesionales en el cual se destaca el consejero en rehabilitación cuyo título de puesto dentro de la agencia es consejero en rehabilitación vocacional (CRV). Hace partícipe a las personas con impedimentos elegibles en el proceso de planificación e implantación de los servicios de acuerdo a sus necesidades. Explora la disponibilidad de servicios comparables como aquellos beneficios en otros programas y agencias de la comunidad (Administración de Rehabilitación Vocacional, 2008). Basado en un Estudio Longitudinal de cinco años dirigido por el Congreso de los EUA en el año 1992 es uno de los programas de empleo del mundo considerado, por muchas personas, como uno de los más costo-efectivos (*National Rehabilitation Association, 2003*).

### Metodología

El diseño de esta investigación fue uno descriptivo cualitativo. Las técnicas utilizadas fueron el análisis de contenido de documentos y entrevistas semi estructuradas realizadas para recopilar la historia del desarrollo del Programa. Entre los documentos revisados se encuentran libros de texto que contienen información sobre el desarrollo histórico del Programa de Rehabilitación Vocacional en Estados Unidos de América, legislación estatal y federal, cartas informativas y normativas del Programa de Rehabilitación Vocacional en Puerto Rico, memorándums, cartas y la historia oral del desarrollo del Programa recopilada durante el año 2008 y 2014 entre otros. La selección de los participantes de las entrevistas semi estructurada fue a través de la técnica bola de nieve a fin de obtener participantes consejeros/as en rehabilitación y otros profesionales de ayuda que ocuparon diferentes posiciones en la Agencia en diferentes momentos históricos. Se entrevistaron ocho consejeros/as en rehabilitación y profesionales de la salud que a través de los años ocuparon posiciones de director de programa, directora de facilidades, directora de divisiones especializadas, directora regional, especialista de empleo, manejador de casos y psicóloga de la Administración de Rehabilitación Vocacional.

### Análisis de los hallazgos

Los objetivos específicos de esta investigación eran a) presentar el desarrollo legal, histórico-contextual del Programa de Rehabilitación Vocacional en Puerto Rico; b) describir cómo los cambios en legislación y reestructuraciones impactaron la prestación de servicios; c) identificar los líderes que aportaron a la implantación y desarrollo del mismo por décadas; y d) analizar cómo su desarrollo incide en la profesionalización de la Consejería en Rehabilitación en el Puerto Rico. A continuación se presentan las respuestas a estos objetivos de forma narrativa y cronológica, comenzando desde el año 1920 al presente.

### Década de 1920: Base Legal del Programa de Rehabilitación Vocacional

Las bases del origen del Programa de Rehabilitación Vocacional en Puerto Rico están alineadas con las primeras leyes del gobierno federal de los EUA dirigida a la provisión de servicios para personas con impedimentos y la relación socio política de los dos países. Entre éstas podemos mencionar la Ley Smith-Hughes de 1917, la cual estableció la Junta Federal de Educación Vocacional para administrar los programas de rehabilitación vocacional para veteranos en los Estados Unidos, siendo ésta la primera población que se beneficia de los servicios de rehabilitación vocacional en los Estados Unidos (Riggan y Maki, 2004; Parker y Szymanski, 1998, 2005; Rubin y Roessler, 2008). Esta ley, a su vez, permite la aprobación de la Ley para la Rehabilitación del Soldado (Smith-Sears Act o *Soldier's Rehabilitation Act*), en el 1918, mediante la cual se crea el Programa de Rehabilitación Vocacional para Veteranos Lesionados que perdura hasta nuestros días. Éste programa surge para atender las necesidades de los veteranos lesionados durante la Primera Guerra Mundial de regresar a la vida productiva y lograr desarrollo máximo de su capacidad residual (Rubin y Roessler, 2008). Posterior a estas dos leyes, entra en vigor la Ley Smith-Fess (1920), que marca el inicio del Programa de Rehabilitación Vocacional para civiles con impedimentos físicos, administrado por la Junta Federal de Educación Vocacional (Riggan y Maki, 2004; Parker y Szymanski, 2005; Rubin y Roessler, 2008). Estas leyes innovadoras y símbolo de justicia social, aprobadas en la década del 20 no fueron extensivas a la población puertorriqueña hasta una década más tarde.

#### Década de 1930 - Implantación del Programa en Puerto Rico

En el año 1931, el Congreso de los Estados Unidos hizo extensivo los beneficios de la Ley Smith-Hughes, a Puerto Rico. La ley facilitó la creación de la Junta Estatal de Instrucción Vocacional mediante la aprobación en Puerto Rico de la Ley de Enseñanza Vocacional conocida como la Ley Núm. 28 de 1931 (Departamento de Educación de Puerto Rico, s.f.). Esta extensión disponía que la Junta Estatal estuviera adscrita a la División de Rehabilitación Vocacional y administraría el Programa de Rehabilitación Vocacional, hoy convertido en Administración de Rehabilitación Vocacional, pero por falta de fondos la prestación de servicios se aplazó varios años (Hernández, 2007).

La historia oral recopilada a través de las entrevistas revela que en Puerto Rico los servicios de rehabilitación vocacional del sector federal comenzaron en el 1934. La primera directora del programa federal fue la consejera Virginia Miranda (Bonilla, 2013b). En el 1936 se inició el programa estatal. El primer director durante este periodo fue el maestro Manuel Hernández (Flax, 1995; Albizu, 2014).

Con el establecimiento del Programa de Rehabilitación Vocacional Estatal se inició la prestación de servicios de consejería en rehabilitación en Puerto Rico a una población creciente con impedimentos físicos congénitos y/o adquiridos. Las primeras oficinas de servicios fueron establecidas en las ciudades de San Juan y Ponce (Bonilla, 2014; Albizu, 2014). Con esta implantación también dieron comienzo las clases domiciliarias para ciegos a fin de que estos pudieran desarrollar destrezas de ambulación, protección personal, lectura en Braille, manualidades y otras actividades del diario vivir.

Para esta época los manejadores de casos que prestaban servicios de rehabilitación eran conocidos como “*Agentes de Rehabilitación*”, hoy día consejeros en rehabilitación. Como parte de sus funciones, ofrecían servicios a personas con condiciones físicas y respiratorias

relacionadas a la tuberculosis (Bonilla, 2014f). Entre las condiciones físicas atendidas se encontraban amputaciones, labios leporinos, paladares fisurados y problemas nutricionales. Los servicios de restauración que ofrecía el Programa incluían cirugía, prótesis dental y terapia del habla para trabajar con el lenguaje expresivo, particularmente de aquellas personas con labio leporino, después del proceso quirúrgico (Albizu, 2014).

En esta época, los Estados Unidos de América estaban atravesando problemas económicos. No obstante, el desarrollo legislativo a favor de las personas con impedimentos continuó. De hecho, el crecimiento fue de tal magnitud que en los EUA se aprobó la Ley Wagner-Payser de 1933. Esta pieza, a diferencia de sus predecesoras, amplía los servicios para todos los Estados, incluyendo a Puerto Rico (Riggar y Maki, 2004; Rubin y Roessler, 2008). Entre los servicios que proveyó se encontraba la creación de una oficina para empleo, estableciendo claramente que la misión de la organización era la inserción o reinserción de la persona con impedimento en la fuerza trabajadora.

De la historia oral se recoge que a través de esta ley en Puerto Rico se desarrollaron los servicios de evaluación de destrezas de vida independiente, académica, así como destrezas de empleo para determinar la empleabilidad y ubicación laboral de los participantes una vez considerada su capacidad funcional (Buono, 2013).

Década de 1940: Integración de la personas con impedimentos mentales en la prestación de servicios

Por disposición de la Ley Barden Lafollette (1943), Ley Pública Núm. 78-113, se amplía la prestación de servicios a la población de personas con trastornos mentales y retardación mental [discapacidad intelectual] y se expanden los servicios de restauración física en los Estados Unidos. Riggar y Maki (2004) señalan que con esta ley el componente de salud mental se fortalece permitiendo la inclusión del diagnóstico de epilepsia y otros servicios de restauración; además de los inicios de los adiestramientos vocacionales a otras poblaciones. Entre los servicios autorizados se incluyen tratamientos o servicios para mejorar la funcionalidad física con intervenciones médicas, terapéuticas y aditamentos o equipos asistidos para las personas con impedimentos visuales (Riggar y Maki, 2004). De la historia oral se desprende que durante ese período en Puerto Rico se incluyen los servicios psicológicos como parte de la prestación de servicios disponibles, siendo la Señora Carmen Roca la primera terapeuta y más tarde la doctora Ermidia Albizu las profesionales que los ofrecieron (Bonilla, 2014f; Albizu, 2014). Con la aprobación de esta Ley también se extendieron a Puerto Rico los servicios de evaluación vocacional incluyendo evaluación de referido, entrevista estructurada, administración de pruebas vocacionales, análisis de resultados y redacción de informes. Con los años, los servicios de evaluación se fueron expandiendo para responder a los cambios legislativos y filosóficos del campo de la rehabilitación vocacional (Albizu, 2014).

En el 1943 se realiza la primera revisión de la Ley de Rehabilitación Vocacional, Ley Pública Núm. 78-113, y se comenzaron a traer los primeros fondos para adiestramiento de personal a Puerto Rico. En esa época se integraron al equipo de trabajo los terapeutas ocupacionales, terapeutas físicos, terapeutas del habla, maestros de educación remediativa y vocacional, y doctores en medicina física. Según la historia oral devela, entre los pioneros se encontraron la señora Blanca Pontón de Coss, primera terapeuta ocupacional y evaluadora vocacional; la

señora Ramona Escabillo, primera terapeuta física; la señora Violeta Miranda, primera terapeuta del habla, y el primer doctor en medicina física, Herman J. Flax (Bonilla, 2013a).

Durante esta década también se logró el reclutamiento y desarrollo del personal del Programa de Rehabilitación Vocacional gracias a la intervención de la Academia. Fue entonces cuando en la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Puerto Rico (UPR) se ofrecían clases de principios de trabajo social durante el verano. Los estudiantes de estos cursos iban a trabajar al Programa de Rehabilitación Vocacional y se les nombraba como “*Especialista en Rehabilitación Vocacional*”. La División no contaba con fondos para adiestramiento en servicio y como alternativa se instituyeron adiestramientos anuales como el medio para el desarrollo del personal. El mismo consistía en un tipo de retiro cada año para el cual se traían especialistas versados en condiciones médicas y otros temas para el manejo del proceso de rehabilitación de la población con impedimentos (Bonilla, 2013a). Por esta razón es que había puestos de “*Agentes de Rehabilitación y Especialistas de Rehabilitación*” en la agencia. Por lo regular, este personal era reclutado entre los maestros de artes industriales, ciencias y otras disciplinas de Puerto Rico. La mayoría de los agentes tenían dos años de educación universitaria en los Estados Unidos de América pero en Puerto Rico la mayoría tenía bachillerato (Bonilla, 2014f). De las entrevistas realizadas a Albizu en el 2014 y a Bonilla en el 2013 se refleja que entre las líderes de la época se encontraba la señora Petroamérica Pagán de Colón, Agente de Rehabilitación, quien poseía un grado de maestra. Su labor era buscar en la comunidad los representantes de los diferentes oficios y contratarlos como tutores para ofrecer adiestramiento en el empleo como barberos, costureras, planchadores, zapateros y herreros, entre otros.

Concurrente con estos procesos, para el año 1946, se abre el primer taller de manufactura de prótesis, abrazaderas y zapatos ortopédicos bajo la supervisión del señor Diego Hernández, en la Ciudad de Río Piedras (Flax, 1995) y surge la Corporación de Industrias de Ciegos (Ley 207, 1948). En marzo de 1948, el Sr. Hernández es sustituido por el señor José Laboy quien fue el primer puertorriqueño certificado como protetista por el *New York University* (Flax, 1995; Bonilla, 2013b).

Durante la década del 40, el desarrollo del Programa de Rehabilitación Vocacional en los Estados Unidos de América sigue ampliándose y lo mismo sucedió en Puerto Rico a mediados de la década cuando en el 1947, finalmente, se logra aprobar la Ley Núm. 414 (1947), mejor conocida como Ley de Rehabilitación Vocacional de Puerto Rico. Con esta ley se proveyeron las bases para la operación del Programa de Rehabilitación Vocacional Estatal y se continuó la ampliación de los servicios a personas con otros impedimentos que no fueran solamente físicos. También se logró un pareo de fondos permanente de 80 y 20 por ciento entre los EUA y Puerto Rico, respectivamente, lo que garantizaba la prestación de servicios a largo plazo siempre y cuando el Programa cumpliera con el logro de las metas programáticas (Flax, 1995; Bonilla, 2013b). Un año más tarde de aprobada la ley se creó la Unidad de Rehabilitación Vocacional para readiestramiento vocacional en el pueblo de Cayey dirigida a personas con historial de tuberculosis certificados como elegibles y el *Lens Grinding Shop* (Taller de pulido de lentes) (Bonilla, 2013b). La Unidad estaba ubicada en el Hospital Antituberculoso de Cayey, que pertenecía al Departamento de Salud.

Década del 50: Desarrollo de estructura organizacional, ampliación de servicios y comienzo de la profesionalización de la Consejería en Rehabilitación

En el año 1953 se establece un nuevo plan de clasificación de personal para el Programa en Puerto Rico y se crean las posiciones de Consejero en Rehabilitación I, II y III en la Oficina Central de Administración de Personal del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Con este plan de clasificación se eliminan las posiciones de Agente y Especialista de Rehabilitación.

A partir de 1954, diferentes profesionales puertorriqueños que completaron su preparación académica en el campo de la conducta humana en los EUA regresaron a Puerto Rico y comenzaron a ofrecer servicios dentro del campo de la rehabilitación puertorriqueña. Entre estos se destacan la doctora Ermida Albizu, quien terminó su grado de maestría en Consejería Psicológica en la Universidad de Wisconsin en Madison EUA y la señora Blanca Irizarry, quien estudió Consejería en Rehabilitación a través de una beca de la agencia pública Fomento Económico de Puerto Rico en la Universidad de Columbia en Nueva York. Estas junto a otras personas comprometidas, fortalecieron los servicios del Programa de Rehabilitación Vocacional y la profesión de Consejería en Rehabilitación de la Isla, promoviendo la educación en esta disciplina (Bonilla, 2013c).

Mientras en Puerto Rico se buscaba capacitar personal, en los Estados Unidos nuevamente, se enmienda la Ley de Rehabilitación Vocacional. Esta enmienda es conocida como la Ley Hill-Burton (1954), Ley Pública Núm. 565, considerada como la primera revisión de mayor amplitud del Programa de Rehabilitación Vocacional desde 1943 (Rubin y Roessler, 2008). Esta enmienda autoriza servicios para las personas con impedimentos más severos o más significativos y permite hacer mejoras a las facilidades de los talleres vocacionales y escenarios de rehabilitación (Parker, Szymanski y Patterson, 2005). También obliga al reclutamiento del personal más cualificado para la prestación de servicios para las personas con impedimentos y el desarrollo de los programas de rehabilitación (Rubin y Roessler, 2008). Con la ley se establece el modelo de prestación de servicios de rehabilitación vocacional que prevalece hasta hoy día. Este modelo tiene una estructura definida para el manejo de casos que permite identificar si se está cumpliendo con las metas programáticas. La *Hill Burton Act (1954)* también establece de manera clara y precisa que el consejero en rehabilitación es el coordinador primario de los servicios de rehabilitación vocacional dentro de este Programa.

En Puerto Rico, por su parte, una vez que la Oficina de Rehabilitación Vocacional expande el programa de prótesis en el 1956, se organiza el primer equipo de medicina de rehabilitación integral conocido como *The First Comprehensive Rehabilitation Medicine Team* (Flax, 1995). Ésta iniciativa comenzó a desarrollarse dos años antes cuando en el 1954 en la unidad habían comenzado a ofrecerse servicios compresivos que surgen del Taller Ortopédico que pertenecía al Programa de Rehabilitación Vocacional, ubicado en la Calle Williams Jones en el pueblo de Río Piedras, Puerto Rico. En esta época se añaden servicios para personas con epilepsia y condiciones mentales. Como consecuencia de estos cambios se amplió la prestación de servicios, lo que requirió el crecimiento administrativo del Programa y el desarrollo de centros especializados (Flax, 1995; de 2013b). Con relación a este asunto, Flax (1995) indica que, consistente con las propuestas principales de la Ley, para el 1956 se organiza el primer equipo de medicina de rehabilitación- integral en la Oficina de Rehabilitación Vocacional en el

Departamento de Instrucción Pública [Departamento de Educación] en Hato Rey con el propósito de ofrecer servicios de fisioterapia y proveer equipos asistidos.

Este mismo año, mediante la Ley Núm. 18 (1956), se creó el Centro de Rehabilitación para Ciegos. Las funciones de este Centro eran determinar las habilidades, intereses vocacionales y limitaciones funcionales de la población con impedimentos visuales de Puerto Rico para establecer la capacidad funcional de estos. A través de ella se ofrecía a la población con estas condiciones servicios para trabajar con el impacto y ajuste a su condición, además de adiestramiento vocacional según sus intereses y aptitudes en aquellos trabajos vocacionales para los cuales demostraban mayor capacidad.

Las entrevistas realizadas a Ermida Albizu y Luis Bonilla (2014) respectivamente, también revelan que aunque las iniciativas de trabajo interdisciplinario comenzaron en 1956 no fue hasta el 1958 que el enfoque interdisciplinario del Programa de Rehabilitación Vocacional formalmente se estableció en la Unidad de Psiquiatría de Rehabilitación Vocacional. Éste estaba ubicado en el Hospital de Psiquiatría en el pueblo de Río Piedras y era dirigido por la señora Carmen Pura Pérez, Terapeuta Ocupacional. Su visión como rehabilitadora permitió que el equipo de rehabilitación vocacional se estableciera tomando en consideración que la Unidad respondía a un enfoque interdisciplinario, cónsono con a la interpretación de las leyes federales discutidas, por lo que fue integrado el componente de la consejería en rehabilitación vocacional. Es ahí que el consejero en rehabilitación realmente se convirtió en el coordinador primario del equipo de rehabilitación. Allí planificaba y coordinaba el programa abarcador de servicios que incluía ayudar al cliente a ser más independiente, reincorporarlo en la comunidad y lograr la meta de empleo, entre otros servicios.

Con estos avances en el proceso rehabilitativo, el Programa de Rehabilitación Vocacional comienza a establecer planes de servicios más abarcadores con una variedad de servicios. Más adelante se fueron desarrollando otras facilidades, como la clínica de epilepsia, donde se comienzan a ofrecer servicios de restauración física (Piñeiro, 2013; Bonilla, 2013b).

En este período y a la par con el desarrollo del Programa de Rehabilitación Vocacional se continúa desarrollando la oferta académica del Programa Graduado de Consejería en Rehabilitación en Puerto Rico. Para el 1956, el Programa de Rehabilitación Vocacional contaba con 18 profesionales con cursos graduados en Consejería en Rehabilitación que luego de graduarse dejaban la agencia para ocupar posiciones donde el salario era más lucrativo. Esto constituía un problema de retención que el doctor Carlos Albizu, fundador del Centro Caribeño de Estudios Postgraduados, (hoy Universidad Carlos Albizu), y el señor Luis A. Bonilla trataron de resolver promoviendo un grado menor mediante el cual las personas interesadas sólo obtendrían un diploma profesional (Bonilla, 2013b). En ese momento se hicieron acercamientos a la Facultad de Educación de la Universidad de Puerto Rico para ampliar el programa pero ésta no mostró interés en el desarrollo del Programa Graduado de Consejería en Rehabilitación (Bonilla, 2014e). Es por eso que a diferencia de los Estados Unidos de América, el programa académico de Consejería en Rehabilitación, una especialidad dentro del campo de la consejería y acreditado por el *Council on Rehabilitation Education (CORE)* está bajo la Facultad de Ciencias Sociales en lugar de la Facultad de Educación.

Fue este momento histórico junto a los eventos acaecidos durante los años 1958 y 1959 los que definieron el futuro filosófico y práctico de la profesión en Puerto Rico. Entre ellos destaca la creación del Programa Graduado de Consejería en Rehabilitación bajo la Facultad de Ciencias Sociales con la aprobación de la Junta Administrativa de la Universidad de Puerto Rico. Este Programa, subvencionado con fondos federales del Departamento de Salud, Educación y Bienestar, buscaba garantizar la provisión del denominado *best qualified personnel* establecido en la ley de rehabilitación estatal y federal para ofrecer servicios a la población con impedimentos en Puerto Rico en los años por venir.

Para este mismo año nace el concepto de *rehabilitation team*, incorporado de los Estados Unidos. El mismo consistía en unas reuniones interdisciplinarias con profesores del campo de la rehabilitación para el manejo, prestación de servicios o toma de decisiones relacionadas al proceso de rehabilitación. En las mismas podían participar los consejeros en rehabilitación, terapeutas ocupacionales, terapeutas físicos, médicos, psicólogos y trabajadores sociales, entre otros (Bonilla, 2014g). Estos cambios integraron el marco filosófico de rehabilitación promovido por el *National Rehabilitation Counselor Association* (NRCA) en la práctica profesional en la cual la participación de diferentes profesionales se considera imprescindible para el logro de la rehabilitación que prevalece hasta nuestros días.

Consistente con este planteamiento, en 1958 el Programa de Rehabilitación Vocacional fue invitado a formar parte del Centro Médico de Puerto Rico. Esta honrosa invitación permitió la creación de una instalación en el complejo hospitalario que abrió sus puertas formalmente el 19 de abril de 1963. Este centro prevalece hasta nuestros días y se distingue por ofrecer servicios interdisciplinarios en forma coordinada a las personas con impedimentos más significativos; resaltando aquellos con espina bífida, paraplejía, tetraplejía, hemiplejía y daño cerebral, entre otros.

Década del 60: Inicio de la profesionalización de la Consejería en Rehabilitación y desarrollo de programas de intervención especializados con equipos multidisciplinarios

Una vez instituido el Programa de Consejería en Rehabilitación en el año 1959 en la Escuela Graduada de Trabajo Social, se autoriza a los estudiantes de consejería a tomar cursos de Trabajo Social y así prepararse en este campo. De ahí la confusión que nos precede por parte de homólogos del campo y clientes que confunden al consejero en rehabilitación con el trabajador social. Sin embargo, aunque hay espacios comunes entre algunas de las áreas de conocimiento las funciones esenciales son diferentes, particularmente dentro del Programa de Rehabilitación Vocacional.

La primera profesora del programa de Consejería en Rehabilitación fue la señora Blanca Irizarry, quien poseía un grado de Maestría en Consejería en Rehabilitación. El ofrecimiento académico era de un diploma profesional de 44 créditos. La primera clase graduanda data del 1963, de la cual se graduaron ocho estudiantes de Consejería en Rehabilitación que fueron reclutados por el Programa de Rehabilitación Vocacional. Algunos de los estudiantes fueron Luis A. Bonilla, Edna Segarra de Armstrong, José Martínez Pacheco, Alba Palmer, Héctor Lespier, Toñita Negrón, y Petroamérica Colón de Pagán, entre otros (Bonilla, 2013a). Esta entrevista también refleja que luego de éstos graduarse como consejeros en rehabilitación se hace un estudio de clasificación en el cual se establecen las categorías del Consejero en

Rehabilitación Vocacional I, II, III, IV, V y VI, por lo que algunos de ellos ocuparon puestos de directores. Posteriormente, algunos egresados del diploma profesional se fueron a EUA para lograr su grado de maestría. Entre estos está el señor Luis A. Bonilla, quien obtuvo el grado de Maestría en Consejería en Rehabilitación con una concentración en Administración de Facilidades para el 1966. Estos fueron cursos combinados a través de la Universidad de Cornell, en Nueva York, lo que le permitió desarrollarse ampliamente y contribuyó a que fuera Secretario Auxiliar de Rehabilitación Vocacional para el año 1976 (Bonilla, 2014f).

En el 1964 se dio en Puerto Rico la oportunidad de utilizar fondos federales adicionales para adiestrar más personal para el manejo de casos. Se ofrecieron becas a ocho personas, las cuales completaron de forma acelerada su Diploma Profesional en Consejería en Rehabilitación ofrecido por la Universidad de Puerto Rico a lo largo de un semestre y un verano. Luego se reclutó otro grupo en igual número, lo que aumentó en forma significativa la cantidad de manejadores de casos en todas las regiones de servicios del Programa de Rehabilitación Vocacional. También se comenzó a propiciar que un número mayor de personas pudiera estudiar hacia la obtención del diploma profesional (Bonilla, 2013d).

Para el 1965, nuevamente se enmienda la Ley de Rehabilitación de Puerto Rico, integrando a la población sorda en la prestación de servicios. Es entonces que se inician los servicios de rehabilitación para sordos en Puerto Rico, con una unidad de rehabilitación especializada en el Colegio San Gabriel de Santurce. Entre los servicios a ofrecer se encontraba el de intérprete que requeriría de una preparación y destrezas particulares. Para esa época, el único profesional con esas competencias dentro de la ARV era el señor Francisco Quintero, Consejero en Rehabilitación, quien conocía del lenguaje de señas y fue enviado a estudiar un curso formal en la Universidad de Tennessee (Matos, 2013; Aldarondo, 2013). Fue intérprete en los primeros talleres vocacionales que se establecieron en el Colegio San Gabriel; colegio que sólo permitía la técnica de labio lectura. Más tarde esta iniciativa sirvió de estímulo para que el Colegio San Gabriel adoptara el *Total Communication System* como modelo de enseñanza, el cual consiste en una combinación de lenguaje de señas con labio lectura y gestos.

Posteriormente, el Programa de Rehabilitación Vocacional envía a un grupo de consejeros en rehabilitación vocacional a un entrenamiento básico de lenguaje de señas por seis semanas a la Universidad de Nueva York. Entre los participantes se encontraban Aida Luz Matos Matos, Jenny Mimoso y Bernardino Bosques, entre otros (Matos, 2013; Aldarondo, 2013).

Por otro lado, estas enmiendas también promovieron la apertura de los centros de rehabilitación de Mayagüez, Ponce y el establecimiento de la Unidad de Servicios Especializados de Rehabilitación para jóvenes con retardo mental [discapacidad intelectual] en Bayamón y Santurce (Hernández, 2007).

Mientras la prestación de servicios en el Programa de Rehabilitación Vocacional y la oferta académica en el campo de la consejería en rehabilitación se ampliaba a finales de los 60, en el 1968 se dio un cambio sociopolítico en Puerto Rico que promovió la transferencia de la División de Rehabilitación Vocacional del Departamento de Instrucción Pública al Departamento de Servicios Sociales (hoy Departamento de la Familia). Mediante la Ley Orgánica del Departamento de la Familia del 30 de junio de 1968, se creó la Secretaria Auxiliar de Rehabilitación Vocacional, la cual estaría a cargo del Programa de Rehabilitación Vocacional.

Este cambio afectó significativamente la operación administrativa del programa ya que de tener una autoridad operacional cuasi independiente, pasó a estar intervenido en todos sus aspectos administrativos y de servicios por entes ajenos a todos los procedimientos, lo que dificultaba la prestación de servicios ágiles (Bonilla, 2013a). Con este cambio, los servicios del programa se vieron como uno de asistencia a personas de bajos recursos dentro del Departamento de Servicios Sociales y no como un programa dirigido a la independencia a través de la colocación en un empleo para las personas con impedimentos.

Sin embargo, las iniciativas programáticas internas se continuaban promoviendo, incluyendo el desarrollo de modelos de prestación de servicios para la población con impedimentos más severos. Respondiendo a las necesidades de estos, se le solicitó a la doctora Ermida Albizu colaborar en el desarrollo del primer Taller Protegido de la División de Rehabilitación Vocacional en el Centro Médico de Río Piedras (Bonilla, 2013a). Estos talleres surgieron como una unidad intermedia para trabajar con aquellas personas con impedimentos más severos donde se les ofrecía evaluación y ajuste en el trabajo dividiéndolos en trabajos diestros, semi-diestros y no diestros. Los servicios incluían el desarrollo de destrezas prevocacionales y estrategias de enseñanza mediante tareas simples y repetitivas (Bonilla, 2013). Estos talleres se fueron expandiendo en diferentes lugares de la isla con éxito hasta que a principios del siglo XXI, bajo la administración de la licenciada María Rosa Iturregui fueron eliminados, dejando prácticamente desatendida una población con múltiples necesidades que ningún otro sector o modalidad de colocación ha podido llenar a cabalidad.

#### Década del 70: Las enmiendas a la Ley de Rehabilitación más importantes del siglo XX

A principio de la década del 70, específicamente para el año 1971, se sometió al Gobierno Federal una propuesta, iniciada por el señor Ángel Pagán Vargas, Secretario Auxiliar Interino, con el fin de desarrollar un proyecto colaborativo para proveer servicios de rehabilitación vocacional a solicitantes y beneficiarios del Programa de Asistencia Pública (APVR) del Departamento de Servicios Sociales. Este acuerdo tomó su base legal en la Sección 4 (a) (2) (A) de la Ley de Rehabilitación de 1978, Ley Pública Núm. 95-602, poniendo a la disposición de la clientela que calificara los servicios de ambos programas (Berrios, et al. 1970). A estos se les preparaba para que obtuvieran su cuarto año y se les capacitaba en alguna ocupación técnica. Este servicio fue fortaleciéndose y ya para el 1973 existía un proceso de educación en el Programa de Rehabilitación Vocacional en Asistencia Pública y Rehabilitación Vocacional (APVR) (Cordero, 2013).

En el año 1973 se aprobó una de las enmiendas más significativas de la Ley Federal de Rehabilitación (1973) conocida como la Ley Pública Núm. 93-112, que cambia la forma de prestar servicios y los roles del consejero en rehabilitación y el cliente. En esta nueva etapa se identifica al consejero en rehabilitación y al solicitante/consumidor como socios en el proceso de rehabilitación, lo que implica participación activa en el desarrollo de los planes de servicio. También se integra el uso de la asistencia tecnológica como parte de la prestación servicios para el logro de las metas vocacionales establecidas. Esto requirió del consejero en rehabilitación vocacional el desarrollo de nuevos conocimientos, destrezas, habilidades y características de personalidad necesarias para desempeñar su trabajo, tarea o actividad y el dominio del proceso de consejería en los que se enfatizaba más en la intervención clínica. Conjuntamente con este proceso se amplían los servicios para poblaciones especiales mediante

la creación de instalaciones (unidades de rehabilitación) de servicios de consejería para personas con impedimentos sensoriales, del desarrollo, emocionales y renales para lo que se desarrollaron talleres vocacionales especializados de acuerdo a cada condición en los municipios de Ponce, Mayagüez, Maricao y Guaynabo (Hernández, 2007).

En 1974, ante la necesidad de capital humano que atendiera las necesidades de la población que recibía servicios del Programa, la licenciada María Cristina Rivera quien había obtenido una Maestría de Facilidades de Rehabilitación con concentración en la Conducta de las Personas con Incapacidades de la Universidad de Wisconsin, desarrolló una propuesta con la Universidad de Puerto Rico para adiestrar a sus empleados en consejería en rehabilitación y que obtuvieran el grado de Maestría en Consejería en Rehabilitación. El Programa Graduado desarrolló un plan de estudio para la obtención de una maestría en Consejería en Rehabilitación con 55 créditos académicos. La Agencia entonces reclutó nuevos empleados con el título de Técnicos en Rehabilitación Vocacional para completar la maestría.

La licenciada María Cristina Rivera en su posición como Directora de la División de Facilidades de la Administración de Rehabilitación Vocacional, continúa fortaleciendo y expandiendo los servicios de evaluación vocacional. Este proceso incluía que a los evaluadores vocacionales que se reclutaban, se enviaran al *Institute of Rehabilitation en Nueva York* para ser adiestrados en evaluación vocacional (Rivera, 2013).

Por otro lado, y consistente con las necesidades identificadas por la licenciada Rivera, se reconoce que para poder ofrecer los servicios a la población sorda a tono con la legislación vigente también se requería de más personal especializado. Es por eso que para 1975 el Programa selecciona a otro grupo de empleados para especializarse en la población sorda y el lenguaje de señas. Entre estos se encontraban Luisa Negrón Abadía, Milton Aldarondo Alfaro, Vivian García y Rafael Maldonado. La señora Aida Luz Matos Matos, quien fuera adiestrada previamente, continúa con sus interés en el lenguaje de señas y obtiene su segunda maestría en Administración, Supervisión y Educación en el área de Sordos de la Universidad de California en Northridge. Luego de estos eventos, la Administración de Rehabilitación Vocacional desarrolla una propuesta en consorcio con la Administración del Derecho al Trabajo (ADT) para adiestrar al personal de consejería en rehabilitación vocacional en lenguaje de señas. En la propuesta se incluía la aportación de maestros especializados que provenían de la Universidad de Nueva York, entre otros (Matos, 2013; Aldarondo, 2013).

Para esta misma época se logró un convenio entre el Programa de Rehabilitación Vocacional y la Corporación del Fondo del Seguro del Estado (CFSE) con el fin de atender obreros lesionados en la agencia. De igual manera se crea otro convenio con el Seguro Social para que el Programa de Rehabilitación Vocacional atendiera a las personas que recibían servicios por incapacidad de acuerdo a las enmiendas a la Ley del Seguro Social (Ley Pública 89-97, 1965), Su fin era reembolsar a las agencias estatales por los costos de los servicios a personas con impedimentos seleccionadas que recibían beneficios del seguro social (Treitel 1973). Desde el 1966, estos acuerdos confirman que el programa estaba en el momento de mayor expansión de su historia, particularmente en Puerto Rico, impactando diferentes sectores (Rivera, 2013).

Un año más tarde, se firma la Ley Núm. 58 de 27 de mayo de 1976, para reglamentar la práctica de la Consejería en Rehabilitación en Puerto Rico y se crea la Junta Examinadora de Consejería

en Rehabilitación, adscrita al Departamento de Estado, años más tarde transferida al Departamento de Salud. La aprobación de esta Ley obliga al Programa de Rehabilitación Vocacional a exigir la licencia expedida por esta Junta a los consejeros en rehabilitación que reclutaba para el puesto de consejero/a en rehabilitación vocacional (CRV) y reconocer a la Consejería en Rehabilitación como una profesión.

En el año 1978, se aprueba la Ley Pública Núm. 95-602 conocida como la *Rehabilitation Comprehensive Services and Development Disabilities Amendment Act of 1978*, con la que el Programa de Rehabilitación Vocacional de Puerto Rico pudo ampliar la prestación de servicios para las personas con impedimentos severos. También permitió establecer nuevos centros, talleres y unidades de rehabilitación para atender esta población.

Década del 80: Expansión e integración de programas y personal de apoyo en el proceso de rehabilitación vocacional

A tono con las enmiendas a la Ley de Rehabilitación de 1978, en el 1981 en Puerto Rico se fortalecen los servicios de terapia recreativa, anotador y lector de ciegos e intérpretes a sordos. También se dieron los primeros pasos para ofrecer servicios de vida independiente tal como estaba establecido en el Título VII de la Ley Federal de Rehabilitación de 1978 y para ofrecer servicios de evaluación vocacional (Hernández, 2007). Fue la señora Blanca Pontón de Coss, primera terapeuta ocupacional y primera evaluadora vocacional quien organiza la primera unidad de evaluación vocacional del Programa de Rehabilitación Vocacional en Puerto Rico (Lugo, 2006).

Durante esta década también se realizaron otros proyectos. Entre estos se encuentran la ampliación de las unidades de evaluación vocacional, la creación del Centro de Rehabilitación para Sordos y el adiestramiento del primer grupo de intérpretes a sordos. Se comenzaron las clases de guiar para personas con impedimentos severos, las clases de educación remediadora y se abrieron la Unidad de Servicios a Personas con Baja Visión, la Unidad de Asistencia Tecnológica y la Unidad de Desórdenes Neurológicos (Hernández, 2007).

Para fortalecer los servicios de apoyo, a mediados de la década de los 80 se reclutó a los asistentes de consejero, quienes asisten al consejero en rehabilitación vocacional en el proceso de manejo de casos. A estos se les requería una preparación de noveno grado y luego de cuarto año (Buono, 2013). Al presente el requisito es un Bachillerato.

Según las entrevistas realizadas y la historia oral recopilada, después de estos eventos comienza a desarrollarse ampliamente el servicio de colocación en empleo en las regiones. En mayo de 1985, el Proyecto de Colocación en Empleo se integró a la División de Adiestramiento y Empleo del Programa de Rehabilitación Vocacional y se convirtió en la Unidad de Servicios de Colocación y Empleo. Finalmente, este servicio es reconocido como la etapa final del proceso rehabilitativo del Programa (Rivera, 2013).

Década del 90: Inicio de cambios en la estructura administrativa y de enfoque en la prestación de servicios

Desde la perspectiva legislativa, la reautorización de la Ley Federal de Rehabilitación de 1992, - Ley Pública Núm.102-569- puso un énfasis considerable en el apoderamiento de las personas con impedimentos en la toma de decisiones al hacerlos partícipes de una selección informada en colaboración con sus consejeros en rehabilitación en la planificación y selección de proveedores de servicios. Esto requirió de un cambio de paradigma y el compartir una visión de trabajo en equipo en el cual el poder en la prestación de servicios es compartido con el cliente hasta el punto de que éste se apodere de su proceso. Otro cambio que surge en 1995, con las enmiendas a la Ley Federal de Rehabilitación, Ley Pública Núm.102-569, está relacionado al nombre adjudicado a los beneficiarios de servicios de la Agencia que a partir de ese momento pasan de ser clientes a consumidores (Patterson y Marks, 1992).

Durante el 1995, el Programa de Rehabilitación en Puerto Rico, además de integrar estos cambios en la prestación de servicios, tuvo otros en el área administrativa y se convirtió en la Administración de Rehabilitación Vocacional. Cuando sucede este evento, la agencia continuaba adscrita al Departamento de la Familia en la Secretaría Auxiliar de Rehabilitación Vocacional que formaba parte del Departamento de Servicios Sociales. Este cambio se dio como resultado del Proyecto de Reorganización Núm. 1, que convirtió al Departamento de Servicios Sociales al Departamento de la Familia, (Administración de Rehabilitación Vocacional, 2005).

En esta década se integran las evaluaciones ecológicas (evaluaciones en escenarios de trabajos reales) para solicitantes/consumidores más severos bajo la modalidad de empleo sostenido; una modalidad de colocación para la población con impedimentos más severos en un empleo competitivo (*Rehabilitation Act of 1998* [Ley de Rehabilitación de 1998]. Pub. L. No. 105- 220. 112). Esto requirió de nuevos protocolos de prestación de servicios, normativas, recursos y guías de intervención.

La historia oral recopilada y la revisión de documentos ilustran que para atender las necesidades de la población y del momento histórico, se creó la Oficina de Servicios a Consumidores Severos en la Administración de Rehabilitación Vocacional dirigida por la señora Dorcas Hernández. Con este esfuerzo se intenta promover la autodeterminación de los solicitantes/consumidores, la participación y desarrollo de la comunidad en la prestación de servicios; de igual forma se refuerzan los servicios de Empleo Sostenido. Esta nueva modalidad de colocación había surgido por disposición de la Ley Federal de Rehabilitación de 1986, Título VI-B, Ley Pública Núm. 99-506, en la que se definen como servicios de apoyo continuo los servicios de avalúo, desarrollo de empleo y colocación para las personas con impedimentos significativos y más significativos, quienes debido a la severidad de su condición no han logrado un empleo en la forma tradicional (regular) o no se han preparado para el mismo. Los servicios de apoyo extendido que requiere esta población, se coordinan con otros recursos externos, (Organizaciones de Base Comunitaria, hoy Programas de Rehabilitación de la Comunidad) con contratos con la Agencia, de acuerdo a la Ley mencionada previamente.

A lo largo de este proceso aumentó el desarrollo de las Organizaciones de Base Comunitaria (OBC), que ofrecen servicios coordinados a la población. También se fomentaron las coordinaciones (alianzas) interagenciales, se expandieron las opciones de selección informada y se aumentó la agilización de los procesos administrativos (*streamlining*), así como los enlaces con

los servicios conforme al Título I, Parte C, Sección 120, de la *Rehabilitation Act of 1998*, Pub. L. No. 105- 220. 112). En 1998, la Ley Federal de Rehabilitación se enmienda nuevamente a través del *Work Investment Act (WIA)*, Ley Pública Núm. 105-220, mejor conocida como WIA. Con su aprobación, la Ley de Rehabilitación de 1973 se convierte en el Título IV de WIA. Esto implica menos fondos y prestación de servicios dentro de una estructurada dirigida al empleo, lo que en Puerto Rico era incompatible con la misión del Departamento de la Familia. Este cambio en legislación influyó en la próxima década a la transferencia de la ARV al Departamento del Trabajo y Recursos Humanos. Con esta enmienda se amplió la prestación de servicios de vida independiente y se desarrollaron nuevos Centros de Vida Independiente en Puerto Rico de acuerdo al Título VII de la Ley de Rehabilitación de 1992 (*Rehabilitation Act of 1992*, Pub. L. 102-569). Este esfuerzo era supervisado por la licenciada María Mercedes Berrios, Consejera en Rehabilitación, representante de la ARV en el Consejo Estatal de Vida Independiente, creado mediante la Sección 705 de la mencionada Ley, y Directora de la Unidad de Servicios Vida Independiente de la ARV. Actualmente hay nuevos centros en los pueblos de Ponce, Arecibo, Carolina y San Germán gracias a la Ley Pública 102-569 de octubre del 1992, conocida como las enmiendas del 1992 a la Ley de Rehabilitación Título I (Capítulo I). Una de las nuevas enmiendas es la Sección 705 que crea el Consejo Estatal de Vida Independiente.

Por su parte, los servicios de adiestramiento regular continuaban ofreciéndose a través de la contratación de las instituciones universitarias y no universitarias. No obstante, dentro del Programa se ofrecían algunos adiestramientos en los talleres vocacionales relacionados al área de repostería, barbería, mecánica, hojalatería, soldadura, talabartería, estilismo, radio y televisión y cafetería, entre otros. Con las reestructuraciones que han pasado en el Programa y los cambios en el mundo ocupacional muchos de estos talleres vocacionales fueron desapareciendo (L. Piñeiro, 2013; y L. Bonilla, 2013b).

A finales de la década de los 90 se dieron otros eventos importantes. Se expandieron las unidades de evaluación vocacional en toda la Isla y se enviaron a estudiar a evaluadores vocacionales y terapeutas ocupacionales para adquirir un grado universitario en evaluación vocacional. Un grupo de consejeros en rehabilitación que poseía un grado de maestría, adquirió una certificación profesional en dicho campo, la cual estaba muy relacionada con la prestación de sus servicios (Hernández, 2007). De acuerdo a Hernández, entre 1992 y 1999, la Agencia también comienza un proceso de reorganización que incluye la creación del Centro de Asistencia Tecnológica denominado por sus siglas como ATREVI por virtud de la Sección 508 de la Ley de Rehabilitación de 1992, Ley Pública Núm. 102-569 y la Ley de Asistencia Tecnológica de 1994, Ley Pública 103-218; el Proyecto Mirada que ofrece servicios a personas de 50 años o más con pérdida visual severa (Título VII, Cap. II, Ley de Rehabilitación de 1992, Ley Pública Núm. 102-569) y el proceso de mecanización que integra a todos los componentes en la prestación de servicios (Hernández, 2007).

Siglo XXI: Reestructuración total en época de estrechez económica

A principios del siglo XXI entra en vigor la nueva Ley de Rehabilitación Vocacional de Puerto Rico, conocida como la Ley Núm. 97 del 10 de junio de 2000. Su propósito fue transferir a la Administración de Rehabilitación Vocacional del Departamento de la Familia al Departamento del Trabajo y Recursos y para derogar la Ley Núm. 414 de 13 de mayo de 1947, según

enmendada, conocida como “Ley de Rehabilitación Vocacional de Puerto Rico”, proveyéndole mayor autonomía fiscal y administrativas en sus operaciones.

La Ley Núm. 97 trastocó la estructura de la ARV debido a la reestructuración que había que hacer para poder estar en la nueva agencia y responder a las enmiendas del 1998 de la Ley de Rehabilitación, Ley Pública Núm.105-220. Esto ocasionó cambios en la prestación de servicios al solicitante/consumidor lo que obligó al consejero en rehabilitación vocacional y otros profesionales que trabajaban en la agencia a considerar otras formas de funcionamiento que requerían cambios en los procesos de trabajo. Con la reestructuración se perseguía aumentar el desarrollo de liderazgo, calidad en los servicios, autosuficiencia y una respuesta proactiva hacia el aumento en la productividad.

La Administración del momento entendía que para el logro de los resultados de ubicación laboral era necesario desarrollar una estructura descentralizada que permitiera que los procesos se dieran con agilidad. Por tal razón, uno de los cambios más significativos fue que los Talleres de Adiestramientos cambiaran a ser Centros de Adiestramientos y Transición al Trabajo (CATT) que todavía respondían a los procesos gerenciales centralizados. Los CATT's, en aquel momento, se caracterizaban por tener un equipo interdisciplinario especializado compuesto por maestros, terapeutas ocupacionales, terapeutas físicos y patólogos del habla entre otros, que ninguna otra agencia estatal poseía dentro de una misma estructura. No obstante, hubo muchas quejas por parte de los consejeros en rehabilitación vocacional con funciones de especialistas de empleo debido a que entendían que los adiestramientos que se ofrecían no iban a tono con el mercado de empleo.

Debido a ésta percepción, la Administración de Rehabilitación Vocacional llevó a cabo un estudio con el fin de analizar el funcionamiento de los CATT's (Administración de Rehabilitación Vocacional, 2002). La recomendación fue la transformación de los centros, el eventual cierre de los talleres de producción (talleres que elaboraban o prestaban algún servicio para la comunidad con un costo determinado) y la desaparición de los adiestramientos sin considerar el impacto en la prestación de servicios a la población con impedimentos más severos. La ausencia de estos centros ha dejado una brecha en la prestación de servicios a la población con impedimentos más significativos que ninguna organización de base comunitaria o programa de rehabilitación de la comunidad ha podido llenar al día de hoy.

Al mismo tiempo que se daban estos cambios, el Centro de Asistencia Tecnológica para la Rehabilitación Vocacional y Vida Independiente (ATREVI) continúa desarrollándose con el nombramiento de la licenciada Rosa Esquilín, Consejera en Rehabilitación como su directora. Bajo su supervisión, ATREVI se convirtió en un centro modelo único en los EUA que tiene sus bases en el modelo de trabajo transdisciplinario y que logró incorporar lo más innovador en asistencia tecnológica de manera que las personas con impedimentos recibieran una evaluación enfocada en aumentar, mantener o mejorar sus destrezas o capacidades funcionales (González, 1999). Para el año 2000 ATREVI coordina la primera Certificación en Asistencia Tecnológica de Puerto Rico en colaboración con la *California State University, Northridge* logrando que 42 personas se especializaran en esta área (Esquilín, 2013).

En este proceso cambia el gobierno de Puerto Rico, hay una nueva administración y se retoma el análisis de la reestructuración de la agencia. De esta acción nacen los Centro de Evaluación

y Ajuste (CAA) eliminando así los CATT's. El modelo desarrollado enfatiza más en los procesos de evaluación y un ajuste con un máximo de tres meses eliminando así los adiestramientos vocacionales. En la reestructuración, las zonas geográficas de prestación de servicios llamadas regiones en Puerto Rico, también se reducen de 10 a 6 (Administración de Rehabilitación Vocacional 2004).

La nueva estructura organizacional de cada región, que prevalece al día de hoy, se compone de tres centros principales: el Centro de Servicios de Consejería en Rehabilitación Vocacional (CSCRV), con un nuevo enfoque dirigido a desarrollar en la gerencia intermedia un liderazgo estratégico (descentralización de toma de decisiones) para lograr el resultado de las metas de empleo. Dentro de este se crea una unidad de enlace comunitario y de los servicios de transición de la escuela al mundo del trabajo (Rivera y Ortiz, 2011). La segunda subestructura es el Centro de Evaluación y Ajuste (CAA), en el que se ofrecen los servicios de evaluación y ajuste prevocacional y vocacional por profesionales de la salud, la conducta y personal de apoyo. La tercera subestructura es el Centro de Apoyo y Modalidades de Empleo (CAME) que es un centro de consultoría que ofrece apoyo al CRV en la colocación de las personas con impedimentos bajo cuatro modalidades de colocación: empleo regular, empleo sostenido, auto gestión económica. Éste incluye compra de equipo ocupacional para negocios, dinero para inversión inicial, puestos de ventas en agencias federales por disposición de la Ley Randolph-Sheppard de 1936, Pub. L. No. 74-732, y la Ley Wagner – O'Day de 1938, Pub. L. No. 75-739, para ubicar ciegos legales y establecer puestos de venta en facilidades del gobierno estatal para poblaciones con impedimentos más severos conocida como la Ley Núm. 140 de 3 de junio de 1976 (Rivera y Ortiz, 2011). La cuarta modalidad de trabajo es el teletrabajo o trabajo a distancia y otros proyectos innovadores como las cooperativas que apenas han progresado dentro de la agencia (Administración de Rehabilitación Vocacional, (2008).

Mientras esta estructura se iba desarrollando, surge un nuevo plan de reclasificación de puestos que alineado con la nueva estructura organizacional. En este se integraron los aspectos programáticos y administrativos. Con estos cambios la agencia se encontraba funcionando hasta que se aprobó la Ley de Emergencia y Estabilización Fiscal del 2009, mejor conocida como Ley 7, que desplazó a miles de trabajadores en las agencias estatales, incluyendo la ARV. Esta Ley desplazó dentro de la Agencia a todos los empleados que tuvieran menos de 13 años de servicio en el sector público sin considerar el impacto que tendría en la prestación de servicios. Los consejeros en rehabilitación fueron excluidos de la ley gracias a la intervención de las organizaciones profesionales de Puerto Rico como el Colegio de los Profesionales de la Consejería en Rehabilitación (CPCR-PR), la Asociación Puertorriqueña de Rehabilitación (APR) y su contraparte en los Estados Unidos, la *National Rehabilitation Association* (NRA). Sin embargo, estas iniciativas no pudieron detener el desplazamiento de muchas personas clasificadas dentro del personal administrativo y de apoyo.

Posteriormente, hubo otra reducción de personal como resultado de la aprobación de la Ley 70 de 2010 que promovía un programa de incentivos, retiro y adiestramiento para los empleados elegibles. Esto coincidió con un proceso de cambio generacional natural o forzado ante los cambios económicos que redujo en gran medida el personal de la agencia, afectando los servicios directos de consejería en rehabilitación vocacional y de apoyo (Ley 70, Programa de Incentivos, Retiro y Adiestramiento, 2 de julio, 2010). Estos eventos expusieron el estado

precario del sistema económico del País y la disminución de ofertas de empleo para la población en Puerto Rico incluyendo a la población con impedimentos que en el 2012 apenas constituía el 1% de la fuerza trabajadora (Báez, 2012). Este suceso también puso en riesgo el pareo de fondos federales y la total implantación del nuevo modelo de prestación de servicios que surgió a principios del siglo XXI y que al día de hoy no ha podido demostrar su total efectividad ante la falta de recursos humanos en algunas regiones y otros recursos. Sin embargo, aún con la crisis fiscal, la agencia sigue ofreciendo servicios con una nómina más reducida y realizando ajustes fiscales que le han permitido continuar cumpliendo con su misión y logro de las metas programáticas en los últimos años.

## Conclusión

Cuando evaluamos detenidamente el desarrollo histórico del Programa de Rehabilitación Vocacional de Puerto Rico, confirmamos cuán atado está al desarrollo legislativo federal. Sin embargo, para ser efectivo ha requerido del desarrollo de estrategias que lo hacen único en comparación con los estados de Estados Unidos. Su estructura organizacional ha evolucionado con los años y ha estado directamente relacionada con los cambios políticos, económicos y sociales del contexto puertorriqueño.

La ARV es un programa que no tiene comparación en el sector público o privado puertorriqueño en la prestación de servicios a la población civil con impedimentos. Cuenta con personal especializado que durante casi un siglo ha ofrecido servicios a miles de puertorriqueños contribuyendo a mejorar su calidad de vida. Al evaluar los cambios legislativos podemos notar que a medida que se hacían las enmiendas a las leyes federales y estatales el Programa se iba expandiendo al igual que las poblaciones a servir. El momento de esplendor económico en Estados Unidos de América es similar al de Puerto Rico por lo que podemos considerar la época del 1954 al 1977 como el periodo de gloria.

Sin embargo, a partir del 1990, comienza un periodo de estrechez económica que pone en peligro la prestación de servicios requiriendo cambios estructurales y toma de decisiones administrativas que se pueden catalogar como acertadas y otras no acertadas. Entre las acertadas vemos el proceso de mecanización y transferencia del programa al Departamento del Trabajo y Recursos Humanos por entender que su meta es cónsona con esta agencia. El desarrollo de la última estructura organizacional que ofrece autonomía a las regiones y el desarrollo de los Centros de Consejería, Evaluación y Ajuste, al igual que, los Centros de Modalidades de Colocación también parecen decisiones acertadas. Sin embargo, es un modelo que no hemos podido ver implantado totalmente; ya sea por falta de recursos humanos como económicos.

Entre los desaciertos se identifica la desaparición de los adiestramientos vocacionales para la población de personas con impedimentos más significativos pues al presente ninguna alternativa en servicio a demostrado ser más efectiva dejando un por ciento de la población a merced de organizaciones privadas con y sin fines de lucro que no necesariamente cuentan con la experiencia y personal especializado para ofrecerles estos servicios. Otro desacierto es la reducción de personal en áreas esenciales sin las que la estructura no puede funcionar a cabalidad y que podría estar atada a la crisis económica.

A pesar de las transiciones, los cambios sociopolíticos y las crisis económicas, la ARV ha demostrado por casi un siglo en Puerto Rico su interés en contribuir a mejorar la calidad de vida de miles de personas con impedimentos desarrollando su potencial, sentido de autoeficacia e independencia, insertándolos a la fuerza trabajadora. El reto en este nuevo milenio estriba en aumentar el número de personas colocadas garantizando su retención, integrar los cambios más recientes de la ley federal (conocida por sus siglas como WIOA) en la prestación de servicios y estructura administrativa puertorriqueña, identificar nuevas modalidades de colocación que permitan continuar ubicando a la población con impedimentos en empleos competitivos, especialmente en momentos de precariedad, así como el desarrollo de destrezas desde etapas más tempranas del desarrollo que permitan cumplir a cabalidad con las meta de empleo competitivo; razón de ser de la agencia.

## Referencias

- Administración de Rehabilitación Vocacional (2002). *Estudio de los Resultados de Empleo en los Consumidores Adiestrados en los Centros de Adiestramiento y Transición al Trabajo de la Administración de Rehabilitación Vocacional años fiscales 1999, 2000,2001*. Departamento del Trabajo y Recursos Humanos, San Juan, Puerto Rico.
- Administración de Rehabilitación Vocacional. (2004). *Plan de Reorganización Administración de Rehabilitación Vocacional*. Departamento del Trabajo y Recursos Humanos, San Juan, Puerto Rico.
- Administración de Rehabilitación Vocacional. (2005, marzo 31). Ponencia para responder a Resolución del Senado 45, “Para ordenar a las Comisiones de Bienestar Social y Comunidades Especiales del Senado del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, realizar una investigación en torno a los alcances del Plan de Reorganización implantado por la Administración de Rehabilitación Vocacional”. Departamento del Trabajo y Recursos Humanos, San Juan, Puerto Rico.
- Administración de Rehabilitación Vocacional (2008). *Comunicación Normativa Núm.: 2009-12, Procedimiento para Proveer Servicios bajo la Modalidad de Empleo a Distancia/Teletrabajo para Consumidores de la Administración de Rehabilitación Vocacional*. Departamento del Trabajo y Recursos Humanos, San Juan, Puerto Rico.
- Administración de Rehabilitación Vocacional. (2008). *Manual del Centro de Servicios de Consejería en Rehabilitación Vocacional*. Departamento del Trabajo y Recursos Humanos, San Juan, Puerto Rico.
- Albizu, E. (2014, marzo, 16 a). Historia Oral con Dra. Ermida Albizu/ Entrevistador: José Lionel Velázquez. Notas de la entrevista en posesión del Lcdo. José Lionel Velázquez, Investigador Principal (entrevista no publicada).
- Albizu, E. (2014, marzo, 18 b). Historia Oral con Dra. Ermida Albizu/ Entrevistador: José Lionel Velázquez. Notas de la entrevista en posesión del Lcdo. José Lionel Velázquez, Investigador Principal (entrevista no publicada).

- Aldarondo, M. (2013, julio, 29). Historia Oral con Lcdo. Milton Aldarondo/ Entrevistador: Ángel A. Villafañe Santiago. Notas de la entrevista en posesión del Lcdo. José Lionel Velázquez, Investigador Principal (entrevista no publicada). .
- Báez-Lebrón, M. (2012). *Análisis de la ideología del trabajo que los medios construyen y co construyen sobre la subjetividad de la discapacidad* (Disertación doctoral inédita). Universidad de Puerto Rico, Río Piedras, Puerto Rico.
- Barden- LaFollette Act of 1943, (Ley Barden-Lafollette), Pub. L No. 78-113, ch. 190, 57 Stat. 374. The new law deleted the word "physical" from the earlier definition and, for the first time, made eligible persons with mental retardation and mental illness. In addition, for the first time, separate state agencies for persons who are blind and visually impaired were established. Recuperado de: [bulk.resource.org/gao.gov/78-113/00019672.pdf](http://bulk.resource.org/gao.gov/78-113/00019672.pdf)
- Berrios, M., De Jesús, L., Maldonado, F., Mendoza, A., Paneto, N., Pérez, E., Zabala, A., (1970). *Factores que intervienen en el proceso de rehabilitación y otro grupo de clientes no rehabilitados pertenecientes al proyecto coordinado de Asistencia Económica y Rehabilitación Vocacional (AP-VR) del Programa de rehabilitación Vocacional del Departamento de Servicios Sociales de la Región de San Juan durante el año fiscal 1972-73* (Tesis de maestría). Disponible en la Escuela Graduada de Consejería en Rehabilitación, Universidad de Puerto Rico.
- Bonilla, L. (2013, agosto, 7 a). Historia Oral con Sr. Luis Bonilla/ Entrevistador: José Lionel Velázquez. Notas de la entrevista en posesión del Lcdo. José Lionel Velázquez, Investigador Principal (entrevista no publicada).
- Bonilla, L. (2013, agosto, 8b). Historia Oral con Sr. Luis Bonilla/ Entrevistador: José Lionel Velázquez. Notas de la entrevista en posesión del Lcdo. José Lionel Velázquez, Investigador Principal (entrevista no publicada). .
- Bonilla, L. (2013, noviembre, 3c). Historia Oral con Sr. Luis Bonilla/ Entrevistador: José Lionel Velázquez. Notas de la entrevista en posesión del Lcdo. José Lionel Velázquez, Investigador Principal (entrevista no publicada).
- Bonilla, L. (2013, noviembre, 14d). Historia Oral con Sr. Luis Bonilla/ Entrevistador: José Lionel Velázquez. Notas de la entrevista en posesión del Lcdo. José Lionel Velázquez, Investigador Principal (entrevista no publicada). .
- Bonilla, L. (2014, marzo, 14e). Historia Oral con Sr. Luis Bonilla/ Entrevistador: José Lionel Velázquez. Notas de la entrevista en posesión del Lcdo. José Lionel Velázquez, Investigador Principal (entrevista no publicada).
- Bonilla, L. (2014, marzo, 16f). Historia Oral con Sr. Luis Bonilla/ Entrevistador: José Lionel Velázquez. Notas de la entrevista en posesión del Lcdo. José Lionel Velázquez, Investigador Principal (entrevista no publicada).

- Bonilla, L. (2014, marzo, 18g). Historia Oral con Sr. Luis Bonilla/ Entrevistador: José Lionel Velázquez. Notas de la entrevista en posesión del Lcdo. José Lionel Velázquez, Investigador Principal (entrevista no publicada).
- Buono, G. (2013, agosto, 14). Historia Oral con Lcda. Giovanna Buono/ Entrevistador: Ángel A. Villafañe Santiago. Notas de la entrevista en posesión del Lcdo. José Lionel Velázquez, Investigador Principal (entrevista no publicada).
- Civilian Vocational Rehabilitation Act of 1920. (Ley de Rehabilitación Vocacional Civil de 1920) [Smith-Fess Act of 1920]. Pub. L. No. 66-236, 41 Stat. 735. (1920). Recuperado de: [www.fofweb.com/History/MainPrintPage.asp?iPin=EADH0645&](http://www.fofweb.com/History/MainPrintPage.asp?iPin=EADH0645&)
- Cordero, S. (2013, agosto 15). Historia Oral con Sr. Samuel Cordero / Entrevistador: Ángel Villafañe Santiago. Notas de la entrevista en posesión del Lcdo. José Lionel Velázquez, Investigador Principal. (entrevista no publicada).
- Departamento de Educación de Puerto Rico (s. f.). *Historia de la Educación Vocacional*. Recuperado de: [www.de.gobierno.pr/historia-de-la-educacion-vocacional](http://www.de.gobierno.pr/historia-de-la-educacion-vocacional).
- Esquilin, R. (2013, Agosto 5). Historia Oral con Lcda. Rosa Esquilín/ Entrevistador: Ángel A. Villafañe Santiago. Notas de la entrevista en posesión del Lcdo. José Lionel Velázquez, Investigador Principal (entrevista no publicada).
- Flax, H. (1995). *Life to Years*. Rockville, Maryland: Editora Corripio, C. González, M. (1999). Recuento de un año de éxitos 1998. *ATREVI en Acción* [Panfleto], Administración de Rehabilitación Vocacional, Departamento del Trabajo y Recursos Humanos, San Juan, Puerto Rico.
- Hernández, D. (2007, enero 29). [Carta enviada a José Lionel Velázquez]. Copia en posesión de José Lionel Velázquez.
- Hill-Burton Act of 1954 (Ley Hill- Burton de 1954), [Enmiendas a la Ley de Rehabilitación de 1954], Pub. L. No. 565, 83d Congress (68 Stat. 652). Recuperado de: [www.cram.com/flashcards/vocational-rehabilitation-act](http://www.cram.com/flashcards/vocational-rehabilitation-act).
- Ley de Enseñanza Vocacional. (1931). Ley Núm. 28. Departamento de Educación de Puerto Rico (s. f.). *Historia de la Educación Vocacional*. Recuperado de: [www.de.gobierno.pr/historia-de-la-educacion-vocacional](http://www.de.gobierno.pr/historia-de-la-educacion-vocacional).
- Ley de Rehabilitación Vocacional de Puerto Rico. Ley Núm. 414. (1947).
- Ley de Corporación de Industrias para Ciegos de Puerto Rico, según enmendada. Ley Núm. 207. (1948). Recuperada de: [www.presupuesto.gobierno.pr/PresupuestosAnteriores/2010](http://www.presupuesto.gobierno.pr/PresupuestosAnteriores/2010)
- Ley Orgánica del Departamento de la Familia, Ley Núm. 171, para crear el Departamento de Servicios Sociales. (1968). Recuperado de: [www2.pr.gov/.../Base%20Legal/Ley171DepartamentoFamilia.pdf](http://www2.pr.gov/.../Base%20Legal/Ley171DepartamentoFamilia.pdf)

- Ley para establecer el Centro de Rehabilitación para Ciegos de Puerto Rico. Ley Núm. 18. (1956).
- Ley para Reglamentar la Práctica de la Consejería en Rehabilitación en Puerto Rico. Ley Núm. 58. (1976).
- Ley para transferir la Administración de Rehabilitación Vocacional del Departamento de la Familia al Departamento del Trabajo y Recursos Humanos. Ley Núm. 97. (2000).
- Ley de Emergencia y Estabilización Fiscal. Ley Núm, 7 (2009). Recuperado de: [www.lex.juris.com/lexlex/Leyes2009/lex2009007.htm](http://www.lex.juris.com/lexlex/Leyes2009/lex2009007.htm)
- Ley de Programa de Incentivos, Retiro y Readiestramiento. Ley 70 de 2010. Recuperado de: [www.lexjuris.com/lexlex/Leyes2010/lexl2010070.htm](http://www.lexjuris.com/lexlex/Leyes2010/lexl2010070.htm)
- Lugo, R. (2006). *Trasfondo Histórico de la Evaluación Vocacional en Puerto Rico. (Disertación doctoral no publicada)*. Universidad Interamericana, Recinto Metropolitano, San Juan, Puerto Rico.
- Matos, A. (2013, julio, 17). Historia Oral con Lcda. Aida Luz Matos/ Entrevistador: Ángel A. Villafaña Santiago. Notas de la entrevista en posesión del Lcdo. José Lionel Velázquez, Investigador Principal (entrevista no publicada).
- National Rehabilitation Association (2003). President McConnell testified before Congress, *Contemporary Rehab, The Newsletter of National Rehabilitation Association*, June 2003, (59) (3) (p.1)
- Parker, R. & Szymanski, E. (1998). Philosophical, historical and legislative aspects of the rehabilitation counseling profession. *Rehabilitation Counseling: Basics and Beyond*. [3rd Ed.]. (p. 1-3). Austin, Texas: Pro-Ed.
- Parker, R., Szymanski, E. & Patterson, J. (2005). *Rehabilitation Counseling: Basics and Beyond*. (4th Ed.). Austin, Texas: Pro-Ed.
- Patterson, J. B. & Marks, C. (1992). The Client as Customer: Achieving Service Quality and Customer Satisfaction in Rehabilitation. *The Journal of Rehabilitation [La Revista de Rehabilitación]*. October-December 1992 (58) (4). Recuperado de la base de datos Free Library – Full Text online Library en [www. Questia.com/library/journal/IG1-1397510/the-client](http://www.Questia.com/library/journal/IG1-1397510/the-client).
- Piñeiro, L. (2013, Julio 31). Historia Oral con Srta. Lourdes Piñeiro/ Entrevistador: Ángel A. Villafaña Santiago. Notas de la entrevista en posesión del Lcdo. José Lionel Velázquez, Investigador Principal (entrevista no publicada).
- Rehabilitation Act of 1973 [Ley de Rehabilitación de 1973], Pub. L. No. 93-112, 87 Stat. 355, 29 U.S.C. 701. Recuperado de: [www.usbr.gov/cro/pdfsplus/rehabact.pdf](http://www.usbr.gov/cro/pdfsplus/rehabact.pdf). (1973).

- Rehabilitation Act of 1978, [Ley de Rehabilitación de 1978], Pub. L. No. 95-602, 92 STAT.2955. (1978). Recuperado de: [mn.gov/mnddc/dd\\_act/.../78-DDA-USH.pdf](http://mn.gov/mnddc/dd_act/.../78-DDA-USH.pdf)
- Rehabilitation Act of 1986. [Ley de Rehabilitación de 1986], Pub. L. No. 99-506, 100 STAT. 1807. (1986). Recuperado de: [www.gpo.gov/.../100 STAT. 1807. Public Law 99-506. 99th Congress. An Act. Oct. 21, 1986](http://www.gpo.gov/.../100%20STAT.%201807.%20Public%20Law%2099-506.%2099th%20Congress.%20An%20Act.%20Oct.%2021,%201986)
- Rehabilitation Act of 1992 [Ley de Rehabilitación de 1992], Pub. L. No. 102-569, 106 STAT. 4430. (1992). Recuperada de: [www.gpo.gov/fdsys/pkg/STATUTE-106/pdf/STATUTE-106-Pg4344.pdf](http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/STATUTE-106/pdf/STATUTE-106-Pg4344.pdf)
- Rehabilitation Act of 1998 [Ley de Rehabilitación de 1998]. Pub. L. No. 105- 220. 112, Stat.936. Recuperado de [www.justice.gov/crt/508/508law.html](http://www.justice.gov/crt/508/508law.html). (1988).
- Riggart, T. & Maki, D. (Eds.) (2004). *Handbook of Rehabilitation Counseling*. New York Springer Publishing Co.
- Rivera, M. (2013, julio 30). Historia Oral con Sra. María Cristina Rivera/ Entrevistador: Ángel A. Villafañe Santiago y José Lionel Velázquez. Notas de la entrevista en posesión del Lcdo. José Lionel Velázquez, Investigador Principal (entrevista no publicada).
- Rivera, D., & Ortiz, C. (2011). Administración de Rehabilitación Vocacional, nuevo enfoque: Enlace Comunitario. [Presentación Power Point].
- Rubin, S. & Roessler, R. (2008). *Foundations of the Vocational Rehabilitation Process*. (6ta ed.). Austin, Tex: Pro-Ed.
- Smith-Hughes Vocational Education Act of 1917. [Ley de Educación Vocacional Smith-Hughes de 1917], Pub. L. No. 64-347, Sess. 2, ch 114, 39 Stat. 929 (20 U.S.C. 11 et esq. (1917). Recuperado de [schell.myweb.uga.edu/history/legis/smithhughes.htm](http://schell.myweb.uga.edu/history/legis/smithhughes.htm)
- Smith, M. (1992). Rehabilitation Act Reauthorization. *CRS Issue Brief* Congressional Research Services- The Library of Congress, Education and Public Welfare Division. Order Code IB92031. Recuperado de: [nm.gov/mnddc/parallels2/pdf/09s/92/92-RAR-MFS.pdf](http://nm.gov/mnddc/parallels2/pdf/09s/92/92-RAR-MFS.pdf) (1992).
- Social Security Act of 1965 [Ley del Seguro Social de 1965] Pub. L. No.89-97, 79 Stat. 286, enacted July 30, 1965. Recuperado de: [www.gpo.gov/fdsys/pkg/STATUTE-79/pdf/STATUTE-79-Pg286.pdf](http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/STATUTE-79/pdf/STATUTE-79-Pg286.pdf) 286. PUBLIC LAW 89-97-JULY 30, 1965. [79 STAT. Public Law 89-97
- Soldier's Rehabilitation Act of 1918 (Smith-Sears Act, 1918) [Ley de Rehabilitación de los Soldados de 1918]. Pub. L. No. 65-178, Sess. 2, ch 107, 40 Stat. 617. (1918).
- Technology-Related Assistance for Individuals With Disabilities Act Amendments of 1994, (Ley de Asistencia Tecnológica de 1994) Pub. L. No.103-218, 108 Stat 50. Recuperado de: Public Law 103-218 103d Congress An Act [www.gpo.gov/fdsys/pkg/STATUTE-108/pdf/STATUTE-108-Pg50.pdf](http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/STATUTE-108/pdf/STATUTE-108-Pg50.pdf)

Treitel, R., Recovery of Disabled After Trust Fund Financing of Rehabilitation. (1973)*Social Security Bulletin*, Recuperado de:  
<http://www.socialsecurity.gov/policy/docs/ssb/v36n2/v36n2p23.pdf>

Vocational Rehabilitation Act of 1920. (Smith-Fess Act of 1920)[(Ley de Rehabilitación Vocacional de 1920) (Ley Smith-Fess de 1920)], Pub. L. No. 66-236, 41 Stat. 735. (1920). Recuperado de: History and Regulation,  
[secure.in.gov/fssa/files/History\\_and\\_Regulations.pdf](http://secure.in.gov/fssa/files/History_and_Regulations.pdf)

Vocational Rehabilitation Act of 1943 (Ley de Rehabilitación Vocacional de 1943) [Barden-LaFollette Act of 1943], Pub. L. No. 78-113, ch. 190, 57 Stat. 374. Recuperado de:  
[bulk.resource.org/gao.gov/78-113/00019672.pdf](http://bulk.resource.org/gao.gov/78-113/00019672.pdf) (1943).

Vocational Rehabilitation Act of 1965 [Ley de Rehabilitación Vocacional de 1965]. Pub. L. No. 89-333, 79 Stat. 1282. (1965). Recuperada de: [www.gov/fdsys/pkg/pdf/STATUTE-79-Pg1282.pdf](http://www.gov/fdsys/pkg/pdf/STATUTE-79-Pg1282.pdf)

Wagner-O'Day Act of 1938 (Ley Wagner O'Day de 1938, Pub. L.75-739, ch.697, §1,52 Stat. 1196. (1938). Recuperada de: Javits Wagner O'Day Act-AbilityOne, [www.abilityone.gov](http://www.abilityone.gov)

Wagner- Payser Act of 1933 (Ley Wagner-Peyser de 1933), Pub. L. No. 73-30 Stat. 113. (1933) Recuperada de: PL 73–30, Approved June 6, 1933 (48 Stat. 113) – Social,  
[ssa.gov/OP\\_Home/comp2/F073-030.html](http://ssa.gov/OP_Home/comp2/F073-030.html)

Workforce Investment Act of 1998. [Ley de Inversión a la Fuerza Trabajadora de 1998], Pub. L. No. 105-220, 112 Stat. 936. (1998). Recuperada de  
[www.doleta.gov/usworkforce/wia/Runningtext.cfm](http://www.doleta.gov/usworkforce/wia/Runningtext.cfm)

## Enfoque feminista de consejería: perspectivas generales para abordar a la consejería profesional desde un entendimiento teórico-práctico<sup>1</sup>

Mariwilda Padilla Díaz, Ed.D.  
Universidad Metropolitana  
[mpadilla19@suagm.edu](mailto:mpadilla19@suagm.edu)

### Resumen:

Este artículo, de carácter documental, describe algunas perspectivas y fundamentos básicos del enfoque feminista utilizado en la consejería profesional. La terapia feminista, de reciente inserción en la disciplina de la consejería, está considerada como un enfoque vanguardista en las profesiones de la conducta humana. Se exponen algunos conceptos y principios teóricos - prácticos del enfoque feminista desde la perspectiva de la consejería profesional. El objetivo principal es contribuir al entendimiento y a la práctica de la terapia feminista en beneficio de aquellos consejeros y consejeras profesionales que interesen incorporar la misma en sus respectivos escenarios de trabajo. Para facilitar la discusión, el tema de la terapia feminista se aborda desde los siguientes constructos: trasfondo histórico, vertientes o corrientes fundamentales del feminismo, principios feministas que guían el proceso de intervención y técnicas para la aplicación del enfoque feminista de consejería.

Palabras claves: consejería profesional, enfoque feminista de consejería, feminismo

### Abstract:

This document based research article describes some of the relevant perspectives that characterize the feminist approach in professional counseling. The feminist approach of recent insertion within the discipline of counseling has been considered a pioneering one. This article presents some of the basic concepts and theoretical principles of the feminist approach. The main objective is to contribute towards the understanding and practice of the feminist approach in counseling, particularly to those professionals who are truly interested in learning or incorporating this approach within their respective work scenarios. To facilitate the discussion, the topic takes into consideration the historical background, principal trends in feminism, feminist principles that guide the counseling intervention process and techniques used within the application of the feminist approach.

Key words: professional counseling, feminist approach in counseling, feminism

---

Recibido: 30 de junio de 2014.

Sometido para evaluación: 1 de julio de 2015.

Aceptado para publicación: 14 de octubre de 2014.

## Trasfondo histórico

**H**istóricamente, se le atribuyó al movimiento feminista organizado de la década de 1960 en los Estados Unidos el desarrollo de ideas sobre los derechos y la igualdad de las mujeres (Corey, 2012). Esa década se caracterizó por la amplia lucha de grupos que reclamaban igualdad y respeto por los derechos civiles de la población residente en ese país. El movimiento feminista organizado se originó en ese contexto de luchas sociales las cuales repudiaron la guerra contra Vietnam, el racismo y el discrimen en general. Uno de los resultados de los principales reclamos en ese movimiento social para las mujeres fue la promoción de una relación de equidad entre los géneros. De tal forma, la teoría feminista se inició con varios movimientos de “hermandad” y de “concienciación” entre grupos de mujeres. Este ambiente de reclamo de justicia propició el desarrollo de la terapia feminista junto a las múltiples críticas a la psicología tradicional por no atender efectivamente las necesidades particulares de las mujeres (Collins, 2002)

El enfoque feminista de consejería tomó como eje central la interacción del género con los siguientes aspectos: clase social, raza y desigualdad. Esto significa que la teoría feminista incorpora planteamientos, prácticas y acciones inherentes a estos aspectos en los que las ideologías, las estructuras sociales y el comportamiento están estrechamente vinculados. Esta base de carácter social es precisamente lo que diferencia a la terapia feminista de todos los demás enfoques teóricos utilizados en la consejería profesional (Evans, Kincade & Marbley, 2005). El enfoque feminista de consejería es uno caracterizado por la diversificación de pensamientos e ideas, como se explicará más adelante este escrito. El marco conceptual-teórico que sustenta el enfoque feminista proviene de las siguientes teorías: diversidad cultural, teoría relacional cultural y la teoría de justicia social (Crethar, Torres Rivera & Nash, 2008). Plantean estos autores que estas tres teorías no solamente convergen en sus objetivos para aspirar a alcanzar la equidad y la justicia en las relaciones dentro de la sociedad, sino que brindan nuevas aportaciones a la disciplina. Además, estas teorías establecen que para las mujeres en particular, la conexión y la relación con los demás juegan un papel central puesto que su sentido de identidad se desarrolla y se solidifica en el contexto de las relaciones. Históricamente, la posición de las mujeres en la sociedad se ha caracterizado por estar en desventaja, lo cual significa que su posicionamiento social se ha caracterizado por la subordinación y la opresión en contraposición a los hombres (Castro, 2004).

El estudio del contexto de las mujeres en relaciones de violencia de pareja fue uno que generó un gran interés y posteriormente contribuyó a establecer algunas de las bases conceptuales para la teoría feminista (Herlihy & Mccollum, 2011). De acuerdo a estas autoras, el análisis del poder y dominio que se manifiesta en las relaciones violentas entre hombres y mujeres fue muy importante para las intervenciones que se realizarían posteriormente en el contexto del enfoque feminista de consejería.

La etiología de la violencia contra la mujeres jugó un papel fundamental en el entendimiento psicológico que caracteriza al enfoque feminista de consejería de hoy día (Brown, 2010). En sus principios, el análisis retó dos grandes planteamientos fundamentales: la angustia psicológica era atribuida a motivos personales mientras que las condiciones resultantes de la violencia contra las mujeres era “aliviada” únicamente por un experto. Las suposiciones para abordar el problema de la violencia contra las mujeres le restaba importancia al perpetrador así como a las

estructuras sociales involucradas. Indica esta autora que la atención que se le atribuyó a las estructuras sociales que influenciaban en los problemas de las mujeres sentó los cimientos para establecer un nuevo acercamiento terapéutico en la consejería profesional. Inicialmente la terapia feminista se dirigió exclusivamente a las mujeres y excluyó a los hombres. Más adelante, cónsono con el elemento de integración, la terapia fue inclusiva a los hombres.

Durante la década de 1980, el enfoque feminista de consejería se consolidó como uno con su propia identidad a la vez que se diversificó en su práctica; incluyendo terapia de grupo y asuntos a tratar como: relaciones abusivas, incesto, desórdenes alimenticios, auto concepto, auto imagen, entre otros (Brown, 2010). Sin embargo, no fue hasta la pasada década que el feminismo se incorpora como una orientación terapéutica validada por el mundo científico (Enns, 2010). El enfoque feminista de consejería de hoy día, ofrece una única perspectiva de entendimiento acerca del proceso de socialización de las mujeres. Dentro de este contexto, se articularon las metas principales y la definición del enfoque feminista de consejería.

La definición del enfoque feminista de consejería reconocida y utilizada por la mayoría de los profesionales de la conducta humana, es la que acuñó Brown (2010): “un enfoque post modernista, integrativo, que enfatiza el análisis de género, de poder y el social como estrategias de cambio”. Según la autora, el enfoque feminista de consejería se nutre además de las siguientes orientaciones teóricas: acercamientos más apropiados al género (*gender fair approaches*), la perspectiva interaccionista y la perspectiva de duración de vida conocida como *Life Span* o ciclo de vida.

Channey y Piercey (1988) señalaron que una meta de la consejería feminista es “liberar a los clientes tanto masculinos como femeninos de las limitaciones destructivas e innecesarias derivadas de las estructuras opresoras sociales en relación a los roles del género” (p.306). Para lograrlo, plantean estas autoras, es indispensable que el consejero(a) pueda auto concientizarse del proceso de socialización de las mujeres e identificar mensajes internalizados que se reflejan en el comportamiento de las clientes para así contribuir al desarrollo de un poder personal y social que provea auto afirmación en la cliente.

El poder personal se refiere al empoderamiento, el cual constituye una de las piedras angulares del enfoque feminista (Herlihy & Mccollum, 2011). Muchos de los asuntos que las mujeres llevan al proceso de consejería son el resultado de los poderes limitados que tienen ellas en la sociedad. Por tanto, el empoderamiento requiere de un proceso de re-socialización en el que se re-enmarquen y se cuestionen las ideas tradicionales del género que mantienen a las mujeres subordinadas y oprimidas en la sociedad. Uno de los mayores desafíos del enfoque feminista de consejería es poder ayudar a sus clientes, a alcanzar dos niveles de empoderamiento: 1) individual o personal 2) colectivo. Este trabajo representa uno de los mayores retos de la práctica del enfoque feminista pues requiere de unas competencias profesionales en adiestramientos especializados en estrategias de empoderamiento, diversidad cultural y justicia social (*American Psychological Association, 2007*).

No se puede señalar a un solo fundador(a) como responsable de la teoría y/o el enfoque feminista de consejería (Corey, 2013). Sin embargo es importante destacar a algunas autoras que han influenciado en el desarrollo de la terapia feminista y han realizado una labor sobresaliente. Enns (2004) destacó a la investigadora Jean Baker Miller, quien examinó en la

década del 1970 desde Wellesley College en Boston el pensamiento tradicional psicoanalítico. La autora concluyó que para el crecimiento emocional era igualmente importante el desarrollo emocional de las mujeres así como el del hombre. Estos planteamientos enfatizaron lo que se conoció teóricamente como el yo en la teoría de relaciones, actualmente reconocida como la teoría relacional cultural (a la que se hace referencia previamente en este artículo).

Enns (2010) afirma que Carol Gilligan examinó la ausencia de las voces de las mujeres en las teorías de desarrollo psicológico, particularmente el desarrollo moral. La publicación de Gilligan (1982), titulada: *En una voz diferente: Teoría psicológica y desarrollo de las mujeres*, causó un gran revuelo por sus planteamientos teóricos que sustentaron que las mujeres percibían la moralidad como un deber de cuidar y ser responsables por los demás, mientras que los hombres percibían la moralidad como el respeto a las justicia. Este planteamiento subrayó la diferencia de roles de género así como la ausencia de las características y percepciones en las teorías de desarrollo psicológico. Gilligan (según citado en Corey, 2013) elaboró tres estadios en el desarrollo moral a los que llamó desarrollo de la moralidad o ética de cuidado.

Otras feministas sobresalientes contemporáneas que han contribuido al desarrollo de la teoría feminista de consejería han sido: Carol Zerbe Enns, Olivia M. Espin y Laura Brown (Corey, 2013; Herlihy & Mccollum, 2011). De acuerdo a estos autores, Carol Z. Enns es profesora de psicología en Cornell College en Iowa. Ha dedicado su tiempo profesional a investigar el impacto de la teoría feminista en las prácticas terapéuticas. Olivia Espin es profesora emérita de Estudios de la Mujer en la Universidad del Estado de San Diego. Sus trabajos académicos de mayor renombre se centran en los estudios psicológicos de dimensiones multiculturales e investigaciones con mujeres latinas. Brown (2010) es miembro fundadora del Instituto de Terapia Feminista; una organización dedicada al mejoramiento de la práctica de la teoría feminista. Además es autora del reconocido libro: *Diálogos subversivos: teoría en la terapia feminista*, publicado en 1994. Las autoras e investigadoras que se nombraron en la presente sección han plasmado una huella en el desarrollo del enfoque feminista. Aunque se exhorta al lector a familiarizarse con las obras e investigaciones de estas autoras, es importante resaltar que existen innumerables esfuerzos y publicaciones por muchas otras mujeres que se han organizado para apoyar las luchas feministas contemporáneas.

### Vertientes o corrientes fundamentales del feminismo

El feminismo es un fenómeno de carácter heterogéneo y polisémico pues tiene diferentes significados y cuenta con múltiples perspectivas o vertientes cuyas interpretaciones varían entre sí. Barrera, Garibi, Guerrero y Montoya (s.f.) señalan que conforme se adelanta el desarrollo de los contextos terapéuticos del enfoque feminista, mayores vertientes van surgiendo, como por ejemplo aquellas relacionadas a las mujeres lesbianas, bisexuales o transgénero; mujeres pertenecientes a tribus indígenas y la orientación ecofeminista, entre otras. Para ejercer un buen desempeño como profesional de la consejería feminista es necesario conocer y entender las perspectivas principales del feminismo que fueron surgiendo a partir de la segunda ola del feminismo.

Las diferentes vertientes que surgen de la segunda ola del feminismo son las siguientes: liberales, culturales, radicales y socialistas (Enns, 2004; Enns, 2010, Brown, 2010). Según estas autoras, las feministas liberales se caracterizan por perseguir una transformación de los roles

tradicionales del género a oportunidades equitativas para mujeres y para hombres. Las metas psicoterapéuticas del feminismo liberal son el empoderamiento personal e individual, el *self-fulfillment* o autorrealización, el poder compartido en la toma de decisiones en las relaciones y la equidad. Las feministas culturales entienden que la solución a la opresión es la “feminización” de la cultura; de forma tal que la cultura se convierta en una más altruista, intuitiva, cooperativa, relacional. La meta psicoterapéutica del feminismo cultural es la transformación de la sociedad hacia el valor de la interdependencia por encima del individualismo.

Las feministas liberales entienden que la opresión se fundamenta en el patriarcado y que éste se debe erradicar por medio del activismo y la equidad de poder. Las metas psicoterapéuticas son transformar las instituciones sociales, aumentar la auto-determinación sexual y procreativa entre las mujeres. Las feministas socialistas comparten la visión con las radicales la meta de cambio social excepto que creen en las opresiones múltiples por lo que los problemas de la sociedad deben de incluir consideraciones de clase, raza, nacionalidad, historia, economía y orientación sexual (Barrera, Garibi, Guerrero y Montoya, s.f).

La tercera ola del feminismo se caracterizó por una visión post modernista. Las feministas que se identifican con esta corriente filosófica proveen un entendimiento sobre diferentes verdades en oposición a una “verdad”. Postulan el fundamento de las “diferencias” en las identidades. El discurso de la igualdad en el contexto de la visión post modernista cambia al discurso de las diferencias: las mujeres no son iguales que los hombres; sino totalmente diferentes. Más aún: las mujeres son diferentes entre sí (Barrera, Garibi, Guerrero y Montoya, s.f.).

Mercado (2004) planteó que en el enfoque post modernista-feminista sobresale una noción de identidad como múltiple y compleja, la cual tuvo la influencia de mujeres negras y de otros grupos de minoría que protestaron en contra de las tendencias dominantes homogéneas adoptadas por las mujeres blancas. De acuerdo a esta visión, la subjetividad asume un papel protagónico. Según la autora, la visión post modernista del feminismo fue influenciada por la teorización post-estructuralista y su análisis de las relaciones sociales en las décadas del 1980 y 1990. Este análisis se centró en el fenómeno de la deconstrucción de la dicotomía sexo-género en la que se argumenta que la definición de ser mujer no es por sí misma sino supeditada al hombre.

Mercado (2004) sostuvo que en el enfoque post-estructuralista-constructivista, se interpreta que el sexo no necesariamente determina el género pues la femineidad se articula como “lo otro” de la masculinidad. Este argumento presupone que las categorías femenino-masculino se convierten en un tema lingüístico o discursivo por lo que no representan una relación puramente social. Squires (2000) sostuvo que la otredad es una categoría fundamental del pensamiento humano. Así pues, se pone de manifiesto un debate no con respecto a si el género es construido o no, sino más bien al grado de apertura que dispongan las estructuras que apoyan la construcción de género para realizar modificaciones en torno a la concepción de las mismas.

Principios feministas que guían el proceso de intervención

La Conferencia Nacional de Adiestramiento y Educación en Perspectivas Feministas, celebrada en 1993, logró un consenso en relación a la diversidad de premisas que conforman a la práctica

feministas (Corey, 2013). A continuación se exponen estos principios según los presenta el autor. El principio número uno es el siguiente: Lo personal es político. Este principio reconoce que las estructuras sociales, políticas y económicas están permeadas por la desigualdad entre los géneros lo que se debe transformar para lograr una sociedad justa y equitativa. De esta forma, las teorizaciones feministas se comprometieron a transformar no sólo a las mujeres sino también a aquellos entes externos que perjudiquen el desarrollo de éstas en la sociedad. El compromiso personal para lograr un cambio social ha sido considerado un acto político.

El segundo principio gira en torno a la acción social o el compromiso a favor del cambio social. Este principio puede ser considerado como uno pragmático pues requiere de una validación y posterior transferencia del conocimiento a la práctica; entiéndase su utilidad. Un practicante del enfoque feminista debe tener unas convicciones de compromiso acción social dirigidas al cambio que pueda modelar y, más allá, que pueda poner en práctica. Este principio es muy significativo pues trasciende el ámbito de la práctica profesional para invitar al terapeuta o consejero(a) a la participación activa para transformar la sociedad. A su vez, promueve la necesidad de un mayor entendimiento de las causas que provocan opresión e inequidad entre los seres humanos.

El tercer principio se refiere a la validación de las experiencias de las mujeres y las niñas. Las experiencias particulares de las mujeres son reconocidas y validadas como unas importantes y diferentes a las experiencias de vida de los hombres. Las experiencias están relacionadas al proceso de socialización y toman en consideración el surgimiento de fenómenos particulares asociados al género, tales como: violaciones sexuales, hostigamiento sexual, violencia doméstica, desórdenes alimenticios, entre otros.

Corey (2013) indica que el cuarto principio alude a la relación entre profesional y cliente. Sugiere que esta relación debe ser una igualitaria y no autoritaria. Esto es así para reproducir una relación libre de estructuras jerárquicas. Durante el proceso terapéutico no se deben recrear manifestaciones de autoridad para que la relación profesional se produzca bajo condiciones que promuevan relaciones justas y equitativas.

El quinto principio se refiere a la reformulación del estrés psicológico. El justo uso de este principio en la consejería feminista es que más allá de etiquetar los síntomas o condiciones de las mujeres, debe considerarse un proceso de re-enmarcación de pensamientos irracionales. Esto significa que la práctica profesional se distancia del contexto patológico para contextualizarse en uno de desarrollo de vida y de superación de eventos de crisis.

El sexto principio que presenta Corey (2013) es el siguiente: Uso de un análisis integrado sobre la opresión en el que todas las formas de esta, son reconocidas. Tanto hombres como mujeres son afectados debido al impacto de la diferenciación en los roles del género. Estas diferencias, así como el efecto sobre la conducta de las personas constituyen un asunto central para el entendimiento de conductas de control y poder. El reconocimiento de las diferentes formas de opresión (racismo, homofobia, clasismo, sexismo, entre otras) es un asunto central para el trabajo con las mujeres porque todas esas formas de opresión influyen profundamente el desarrollo de los seres humanos en la sociedad.

Estos principios, además de constituir una guía para las intervenciones feministas, se pueden considerar como una base fundamental para el desarrollo profesional del consejero(a) que deliberadamente selecciona este modelo en su escenario de trabajo. Las consejeras, investigadoras y postulantes del enfoque feminista ejercen un rol de agentes de cambio social. Las(os) profesionales feministas que realicen una intervención, en vez de asumir un rol de expertos, se convierten en facilitadores que reconocen el poder de sus clientes para entender, expresar y manejar su situación.

En la selección de este enfoque, es necesario que los consejeros (as) se comprometan a experimentar un proceso de autorreflexión intrapersonal en torno a las posturas que asumen de la justicia humana y de la equidad en sus diferentes manifestaciones: raza, clase social o económica, preferencia sexual, entre otros. Es responsabilidad de cada consejero(a) profesional que emplee el enfoque feminista, tener unos niveles de apertura, de compromiso y de concienciación social muy profundos. Este enfoque requiere además de destrezas, la incorporación de valores y significados atribuidos a la realidad o experiencia social.

Técnicas para la aplicación del enfoque feminista de consejería

Cummins (2000) ha señalado que la consejería feminista está mayormente centrada en los valores y no en las técnicas. La autora enfatiza que los adiestramientos en las técnicas feministas son muy necesarios para enriquecer la práctica profesional de la consejería. Partiendo del contexto de diversidad que permea al enfoque feminista de consejería, la manera más adecuada para emplear estrategias y técnicas de intervención es utilizando una perspectiva ecléctica. Es importante señalar que la Terapia Centrada en la persona de Carl Rogers y la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis han constituido piedras angulares para la aplicación del enfoque feminista de consejería (Wills & Risman, 2006).

La Terapia Centrada en la Persona de Carl Rogers (1980) tiene gran correspondencia con el enfoque feminista de consejería en los siguientes aspectos: enfatiza la importancia de la atención al cliente con verdadera autenticidad, estimula un ambiente facilitador en el que tanto la cliente como el consejero(a) tienen total apertura hacia los temas a tratar durante el proceso de intervención, el rol del consejero(a) se caracteriza por brindar empatía de forma genuina para brindar aceptación positiva incondicional y por último, la relación se debe caracterizar por una de mutualidad; sin reproducir relaciones jerárquicas o que reflejen poder.

La Terapia Racional Emotiva (TRE) de Albert Ellis (1994) tiene gran influencia en el enfoque feminista de consejería. La TRE estudia la dimensión cognoscitiva del ser humano y se enfoca en suscitar cambios de pensamientos irracionales. El proceso de socialización de las mujeres está estrechamente vinculado a la internalización de creencias acerca de los roles del género. Por tanto, la reestructuración cognoscitiva juega un papel importante en la aplicación del enfoque feminista de consejería. La refutación de las creencias irracionales abarca tres pasos: 1) ayudar al cliente a descubrir las creencias irracionales y las emociones auto devaluatorias; 2) debatir la verdad o falsedad de sus creencias (determina la validez de las hipótesis o teorías; 3) el diálogo socrático.

Haciendo uso de la TRE como enfoque cognoscitivo y con el objetivo de trabajar hacia la deconstrucción del género tradicional, se recomienda específicamente la técnica de

confrontación con el uso de preguntas socráticas. Algunas preguntas socráticas que pueden abonar al esclarecimiento de los roles tradicionales o de los estereotipos del género pueden ser las siguientes: ¿Eso te hace lógica? ¿Es eso cierto? ¿Por qué no? ¿Puedes probarlo (proveer prueba)? ¿Por qué eso tiene que ser así? ¿Pudieras estar sobre generalizando? ¿Dónde está escrito eso? ¿Ves inconsistencia entre tus creencias? ¿Cuál es la lógica que eso está siguiendo? Describe qué pasaría si... ¿Por qué debes o tienes que hacerlo o creerlo? ¿Mientras creas eso, cómo te sentirás? ¿Qué pudiera significar eso en tu persona? Es necesario recordar que estas preguntas de confrontación cognoscitiva combinan la persuasión con el razonamiento lógico. Además, es una de las pocas situaciones en consejería en las que se utilizan muchas preguntas abiertas y el por qué (Ivey & Ivey, 2003). Es importante prestar particular atención a los siguientes elementos: interferencias arbitrarias, maximización y minimización, abstracción selectiva y el pensamiento dicotómico.

Las técnicas de dimensión afectiva también pueden contribuir a lograr intervenciones efectivas en la aplicación del enfoque feminista de consejería. Entre estas se recomienda el inventario de emociones. El inventario de emociones es una lista de una amplia gama de emociones que los clientes reportan en sus sesiones de consejería. Los clientes deben ser instruidos para identificar sentimientos relacionados a su experiencia de vida durante los últimos tres meses de su vida (Hackney & Cormier, 2001). Esta técnica resulta muy efectiva para la identificación de emociones relacionadas a conductas de opresión que puede experimentar la cliente como resultado de relaciones dominantes y de control sobre su persona.

Los indicadores verbales afectivos (*verbal affective cues*) también pueden constituir una técnica afectiva beneficiosa pues clasifica los sentimientos en cuatro estados mentales: Estado Mental Positivo; Estado Mental Agresivo/Defensivo; Estado Mental de Miedo y Ansiedad; y Estado Mental Espiritual/Existencial (Hackney & Cormier, 2001). Esto ayuda al cliente a delimitar e identificar sus sentimientos verdaderos. El empleo de la técnica de gráfica de porcentajes puede ser un gran complemento porque le presenta al cliente de forma muy gráfica y visual, los sentimientos preponderantes que están manifestando ante su situación. Además, las técnicas de enfoque son utilizadas para fomentar y facilitar la introspección de forma que los problemas puedan ser clarificados y conceptualizados por el (la) cliente. Las mismas se recomiendan para el trabajo a nivel individual en la consejería feminista.

Hackney & Cormier (2001) plantean que la técnica de reversión de roles resulta en una estrategia de cambio efectiva particularmente para entender la posición del otro. Para aquellas mujeres que experimentan patrones de sumisión, esta técnica puede llevarlas a un nivel satisfactorio de auto percatación. Además, la biblioterapia y la videoterapia son estrategias que a través de la discusión y las reflexiones profundas ayudan a desarrollar niveles más altos de concienciación y empoderamiento, elementos claves en el enfoque de consejería feminista.

Entre las técnicas de la terapia Gestalt que contribuyen a las intervenciones feministas se encuentran el alter ego, o el “otro lado de uno mismo”, la silla vacía, la relación yo-tú y asuntos pendientes (Woldt & Toman, 2005). El *alter ego* se refiere a la noción de que cada uno de nosotros tiene otra dimensión de nuestra personalidad que es más consciente, más honesta, más perceptiva con los motivos personales, valores y agendas ocultas. En este ejercicio el consejero asume el rol del cliente (*public self*) y el cliente se convierte en su alter ego. El resultado de esta técnica es que el cliente introduce situaciones, refuta auto-racionalizaciones y

se cuestiona auto-motivos en el encuentro terapéutico con su yo. Se recomienda no utilizar esta técnica temprano en la relación terapéutica pues requiere de un análisis profundo del problema o situación, tomando en consideración todas sus dimensiones. Además, la relación del (la) cliente y consejero (a) debe estar bien solidificada. La silla vacía es una técnica simple pero poderosa que tiene mucho que aportar a la clarificación de sentimientos de los clientes femeninos y masculinos. Aunque principalmente esta técnica trabaja con el manejo de pérdida, es necesario aclarar que la pérdida se manifiesta en múltiples dimensiones y que no necesariamente se suscribe a eventos de muerte únicamente.

La relación de yo-tú es una técnica en la que se le solicita al cliente que mencione el nombre de la persona a quien se va a dirigir (Woldt & Toman, 2005). Con el empleo de esta técnica se intenta desarrollar conciencia de la diferencia entre hablarle a su interlocutor y hablar delante de él o ella. Los autores recomiendan que el consejero(a) o profesional de la conducta humana ausculte lo siguiente: ¿En qué medida estás evitando tocarlo con tus palabras? consejero(a) debe observar la ocurrencia de alguna evitación fóbica por medio de los gestos, el tono de voz o en el rehuir o en el esquivar de su mirada. Esta técnica puede ayudar en el proceso de empoderamiento del (la) cliente para que tome decisiones asertivas y afirmativas. La técnica de asuntos pendientes: me hago responsable permite al cliente darse cuenta de cuáles son sus necesidades para satisfacerlas mejor; y de no lograr satisfacerlas, responsabilizarse de ello para obtener un mejor manejo asuntos relacionados a la culpa y al poder.

Otra terapia que pudiese contribuir muy positivamente al desarrollo de las intervenciones feministas es la Terapia de la Realidad de Glasser. El sistema *WDEP* (*Wants, Doing, Evaluation, and Planning*) es una técnica sistemática que ayuda al cliente a colocarse en perspectiva para desarrollar planes y asumir responsabilidad (Wubbolding, 2011). Esta terapia ha sido muy efectiva para el trabajo con hombres agresores. También ayuda a identificar maneras específicas para cambiar estrategias fallidas y convertirlas en opciones de éxito. Para auscultar la información relacionada a los *Wants*, se recomienda preguntar: ¿Si fueras la persona que desearías ser, que tipo de persona serías? Para auscultar la información relacionada al *Doing* se pudiese preguntar: ¿Qué es lo que le frena o impide para hacer los cambios que quieres?, ¿Qué le está funcionando?, ¿Hacia dónde quiere dirigirse? Un buen plan debe contener los siguientes elementos: ser simple, alcanzable, medible, inmediato, controlable y realista.

La terapia narrativa de Michael White (2007) ofrece varias alternativas en el uso del enfoque feminista. La narrativa en el contexto terapéutico busca la reconstrucción del problema o situación de la misma vida del cliente. Se dirige hacia la construcción de una versión de la vida, que puede ser frágil en sus inicios por lo que necesita ser fortalecida para enriquecer los significados experienciales del (la) cliente. Esta terapia se centra en la descripción tanto de la influencia que el problema ha tenido y tiene en la vida del (la) cliente, como en la influencia que la persona tiene en el problema y los cambios en la concepción de su subjetividad. Usualmente se le pregunta a la persona acerca aquellas ocasiones en las que ha salido victoriosa frente al problema o dificultades similares o por el contrario. La función de las preguntas radica en generar soluciones y nuevas formas de describir el problema por medio de preguntas que pueden ir desde lo reflexivo hasta lo directivo. Específicamente, la técnica de despersonalización del problema, en la que se separa el problema de la persona, atribuyéndole una “personalidad” externa, puede ser muy útil. Esta técnica descansa en el planteamiento teórico de que cuando

se externaliza el problema, el mismo se interpreta desde una óptica diferente por lo que se generan soluciones más efectivas y realizables.

Una mirada a la teoría de Alfred Adler (Schultz, & Schultz, 2009) provee dirección en la utilización de técnicas adicionales para la consejería feminista. Algunas de las más pertinentes son: la confrontación de discrepancias y la reorientación de problemas. La confrontación de discrepancias consiste en observar al (la) cliente en sus discrepancias o contradicciones entre su conducta y creencias, sentimientos y formas de relacionarse y las ideas internas que el (la) cliente dice tener y lo que hace realmente con el objetivo de formular hipótesis tentativas. La técnica de reorientación de problemas enseña al (la) cliente a concretar sus problemas, generar un abanico de posibles soluciones, escoger una, ponerla en práctica, comprobar los resultados y revisar todo el proceso si la misma no funcionó adecuadamente. Se recomienda llevar a cabo un análisis del estilo de vida y del interés social del cliente ya que los hallazgos resultantes pudiesen brindar datos reveladores sobre las percepciones, pensamientos y/o sentimientos del (la) cliente en torno a los roles del género, el proceso de socialización al que estuvo expuesto(a) o a la posible reproducción de patrones sexistas.

### Conclusión

La incorporación del enfoque feminista en la consejería profesional ha sido un tema caracterizado como vanguardista porque cónsono con el concepto de *avant-garde*, este enfoque postula planteamientos innovadores y pragmáticos. El enfoque feminista de consejería emergió como un movimiento social y según se fue posicionando en la disciplinas de la conducta humana, se nutrió de otras perspectivas con fundamentos esencialmente sociales, culturales y relacionales. Esto requiere que el consejero(a) profesional que desee incorporar este enfoque a su práctica reflexione sobre sus competencias, sus ideologías y sobre su rol como un verdadero agente de cambio social. El (la) consejero profesional debe conocer otros enfoques teóricos estrechamente relacionados a la justicia social y a la diversidad multicultural en beneficio de su mejor desempeño como consejero(a). Las múltiples perspectivas del enfoque feminista de consejería trajeron consigo la necesidad de un consenso ante la diversidad de posturas feministas, incluyendo el pensamiento post modernista el cual ha generado cambios significativos en el discurso del feminismo que preponderaba desde la década del 1970. El resultado del consenso profesional ante la diversidad de vertientes feministas fue el establecimiento de cinco principios básicos para guiar las intervenciones en el proceso de consejería. Estos principios, a su vez, incorporaron técnicas de carácter ecléctico en la práctica de la consejería feminista. El enfoque feminista de consejería nos pone de manifiesto un nuevo paradigma profesional que se encuentra en pleno desarrollo y se sustenta con una amplia gama de seria literatura científica. A la vez, este enfoque necesariamente invita a la reflexión debido a su trascendencia como movimiento social de derechos humanos. La incorporación del enfoque feminista a la consejería ha implicado una nueva acepción del ser humano dirigida hacia un entendimiento y hacia una validación del ser humano en un contexto de justicia social y equidad.

### Referencias

American Psychological Association. (2007). Guidelines for psychological practice with girls and women. *American Psychologist*, 62, 949-979.

- Barrera, L., Garibi, C., Montaya, M., & Guerrero, M. (s.f.). De "El feminismo" a "Los feminismos": Propuesta incluyente para grandes luchas. *Debate Feminista*, 41(21), 64-74.
- Brown, L.S. (2010). *Feminist therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Brown L.S. (2006). Still subversive after all these years: The relevance of feminist therapy in the age of feminist based practice. *Psychology of Women Quarterly*, 30, 15-24.
- Castro, I. (2004). *La Pareja Actual Transición y Cambios*. Buenos Aires: Lugar Editorial, SA.
- Chaney, S. & Piercy, F. (1988). A feminist family therapy behavior checklist. *American Journal of Family Therapy*, 16, 305-318.
- Collins, K. A. (2002). *An examination of feminist psychotherapy in North America during the 1980s*. *Guidance & Counseling*. 17(4), 105-112.
- Corey (2013). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. Belmont, California: Brooks Cole.
- Crethar, H.C., Torres Rivera, E. & Nash, S. (2008). *In search of common threads: Linking multicultural, feminist and social justice paradigms*. *Journal of Counseling and Development*, 86, 269-280.
- Cummins, A. (2000). Teaching novice counseling responses to novice female counselors. *Counselor and Education Supervision*. 40 (1), 47-58.
- Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy revised*. New York: Kesington.
- Enns, C.Z. (2004). *Feminist theories and feminist psychotherapies: Origins, themes and diversity* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Haworth
- Enns, C.Z. (2010). *Locations, feminism and feminist social identity analysis*. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(4), 333-339.
- Evans, K., Kincade K.M. & Marbley A.F. (2005). Feminism and Feminist Therapy: Lessons from the past and hopes for the future. *Journal of Counseling and Development*, 83 (3), 269-278.
- Hackney, H.L. & Cormier, S.L. (2001). *The Professional Counselor: A process guide to helping*. Massachusetts: Allyn & Bacon.
- Herlihy, B. & Mccollum, V.J. (2011). *Feminist Theory*. En D. Cappuzi & D.R. Gross (Eds), *Counseling and Psychotherapy: Theories and interventions* (5<sup>th</sup> ed. pp. 313-333). Alexandria, Virginia: American Counseling Association.

- Ivey, A. & Ivey, M.B. (2003) *Intentional interviewing and counseling: Facilitating client development in a multicultural society*. California: Brooks/Cole.
- Lamas, M. (2006). *Feminismo, transmisiones y re-transmisiones*. Taurus: México, DF.
- Martínez Ramos, L. M. & Tamargo López, M. Eds. (2003). *Género, sociedad y cultura*. Colombia: Publicaciones Gaviota.
- Mercado, M. (2004). Feminist theorizing in time and space: A study from Mesoamerica. *Agriculture, Society and Development*, 1 (2) 111-131.
- Rogers, C. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Schultz, D. & Schultz, S.E. (2009). *Theories of personality* (9<sup>th</sup>.ed.). Belmont, CA: Wadsworth, Cengage Learning.
- Squires, J. (2000). *Gender in political theory*. UK. Polity Press and Blackwell Publishers. White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York: Norton.
- Wills, J. & Risman, B. (2006). The visibility of feminist thought in family studies. *Journal of Marriage and Family*. 68, 690-700.
- Woldt, A. & Toman, S. (2005). *Gestalt Therapy: History, theory and practice*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Worell, J. & Johnson, D.M. (2001). Feminist approaches to psychotherapy. In J. Worell (Ed.), *Encyclopedia of women and gender: Sex similarities and differences and the impact of society on gender* (pp. 425-437). New York: Academic Press.
- Wubbolding, R.E. (2011). *Reality therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

## La adherencia terapéutica en el tratamiento y la rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud

María L. Díaz Porto Robles, Ph.D, CRC  
Catedrática Auxiliar y Consejera en Rehabilitación Certificada  
[maria.diaz-porto@upr.edu](mailto:maria.diaz-porto@upr.edu)

### Resumen<sup>1</sup>

Este artículo pretende concienciar a los profesionales de la conducta y la salud sobre el significado de una conducta de adherencia o de adherencia deficiente al tratamiento y cómo los factores psicosociales y socio económicos influyen en que se presente la misma en los consumidores / clientes y/o participantes. De esta manera se puedan identificar los factores presentes en nuestros clientes y seleccionar las estrategias más adecuadas para cada caso en particular y así minimizar la conducta para continuar con el tratamiento recomendado. De esta forma, tratamos de que el cliente pueda trabajar en la modificación de esa conducta y a su vez minimizar los costos que conlleva el que no pueda cumplir con el tratamiento o terapia prescrita.

Palabras claves: adherencia terapéutica, adherencia deficiente, factores, estrategias.

### Abstract

This article aims to educate behavioral and health professionals on how in the behavior of clients, both psychosocial and economic factors have a direct impact in treatment adherence and collaboration. In this way, factors present in our clients can be identified and selected strategies most suitable for each case in particular can be applied so they can continue with the recommended treatment. In this manner we can treat those clients so they can work on their behavior modification and at the same time, minimize the costs involved in therapy, one of the reasons why the patient may not comply with the prescribed treatment or therapy.

Key words: Therapeutic Adherence, Non adherence, Compliance, Strategies

**E**l presente trabajo pretende concienciar a los profesionales de la salud y rehabilitación, especialmente a los consejeros en rehabilitación, sobre la conducta de la *adherencia terapéutica* y sus implicaciones, además de exponer cómo la conducta de adherencia influye en el tratamiento prescrito y en el proceso de rehabilitación del cliente. Se pretende también mencionar las consecuencias socioeconómicas y psicológicas que surgen como resultado de una conducta de no adherencia o adherencia deficiente al tratamiento tanto para el cliente como para el profesional de la salud y conducta. Por último, se ofrecen

---

Recibido: 30 de junio de 2014

Sometido para evaluación: 1 de julio de 2014

Aceptado para publicación: 25 de octubre de 2014

algunas estrategias que podemos utilizar junto a nuestros clientes para minimizar una adherencia deficiente al proceso de ayuda.

### Surgimiento del concepto de adherencia

El concepto de la adherencia al tratamiento no es uno nuevo. Los autores Ortego, López y Álvarez (2004, p.1) de la Universidad de Cantabria, España, refieren que es a partir de los años 70 que el estudio de la adherencia adquiere un mayor interés empírico. Refieren que a partir de ese año surgen diversos estudios que ponen de manifiesto una serie de consecuencias negativas asociadas al incumplimiento de las prescripciones de medicamentos. Éstas se pueden agrupar en cuatro áreas: incrementos en los riesgos, morbilidad y mortalidad; (2) aumento en la probabilidad de cometer errores en el diagnóstico y tratamiento; (3) crecimiento del coste sanitario (costo en servicios de salud); y (4) desarrollo de sentimientos de insatisfacción y problemas en la relación que se establece entre el profesional de salud y el cliente. Todo ello hace necesario que los profesionales de la salud adopten estrategias dirigidas a prevenir o disminuir la falta de adherencia. Los autores citan a Ferrer (1995), quien llevó a cabo una revisión bibliográfica de la literatura estadounidense disponible al momento sobre el concepto de la adherencia, encontrando que se usaba indistintamente el término *compliance* o cumplimiento y *adherence* o adhesión. Por otra parte, Ortega (2004) menciona a los autores Rodríguez, Martín, Martínez y Valcárcel (1990) quienes hacen referencia de que la adherencia implica una gran diversidad de conductas, entre las cuales se incluye desde el formar parte del programa de tratamiento y continuar con el mismo hasta desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo, acudir a las citas médicas, ingerir correctamente los medicamentos y realizar correctamente el régimen terapéutico prescrito. Además de implicar una diversidad de conductas y cambios de conducta, la adherencia puede ocurrir en cualquier momento (al inicio, durante o al finalizar el programa terapéutico) o algunas circunstancias como por ejemplo: el cliente se adhiere bien a la recomendación de no ingerir alcohol cuando está en casa, pero los fines de semana no cumple la recomendación; cumple con ciertas prescripciones o recomendaciones, pero con otras no. Por ejemplo, el que una persona con diabetes dependiente de insulina se adhiere al tratamiento de inyectarse la insulina, pero no se adhiere a la dieta recomendada.

Por otra parte, otro de los aspectos que se ha presentado como un asunto de importancia (*issue*) por muchos años en la comunidad médica internacional, ha sido sobre quién recae la responsabilidad de que un tratamiento prescrito sea efectivo o no, señalando al cliente como el único responsable de que el tratamiento para su enfermedad sea exitoso o no. Diversos profesionales de la salud, especialmente los farmacéuticos, médicos, enfermeras y profesionales de la conducta denominaron por años este concepto de diversas formas tales como: *concordancia*, *compliance*, *no compliance*, *cliente cumplidor* y *no cumplidor*. Este nombre se le otorga al cliente que no sigue las instrucciones médicas dadas, que demuestra una falta de compromiso o interés con su tratamiento, específicamente con la ingesta de los medicamentos prescritos o el realizarse los análisis de laboratorios requeridos. Es por esta razón que observamos que la mayoría de las investigaciones científicas realizadas sobre el cumplimiento o no cumplimiento del cliente son dirigidas a determinar la presencia de la conducta solamente por el uso de los medicamentos tal y como son prescritos, el completar los análisis de laboratorio y/o la asistencia a sus citas médicas.

En su artículo *Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente*, la doctora Martin (2006, p.1) refiere de que a pesar de los grandes avances diagnósticos y terapéuticos ocurridos a nivel mundial no se han resuelto los problemas relacionados con el cumplimiento o seguimiento por parte del cliente hacia el tratamiento médico indicado. Señala además que el surgimiento de medicamentos altamente eficaces y con menos efectos secundarios para enfermedades como el cáncer, diabetes, hipertensión, asma, etc. no logra el compromiso del cliente para dar continuidad a su tratamiento. Ésta podría ser una razón por la cual en la actualidad se está dando un mayor énfasis a la conducta de adherencia o adherencia deficiente en todos los ámbitos profesionales y no sólo en el médico. Martin (2006, p.1) expone que una *adherencia deficiente* es el resultado de: (a) dificultad en iniciar el tratamiento dado, (b) suspensión temporera o abandono de los medicamentos o terapias prescritas, (c) errores en la omisión de las dosis de los medicamentos, (d) equivocarse al ingerir los medicamentos en las horas y/o dosis indicadas, (d) no modificar su estilo de vida necesario para mejorar en su estado de salud física o emocional, y (e) posponer el hacerse las pruebas médicas indicadas, entre otros. Dada las serias implicaciones que puede tener esta conducta del cliente, es que expongo la evolución del concepto y cómo este influye de una manera u otra en nuestras profesiones.

### Evolución del concepto

Declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) como un problema de salud pública mundial, las tasas de adherencia terapéutica a los tratamientos en enfermedades crónicas se sitúan alrededor de un 50% de los casos. Esta cifra es considerablemente menor en los países sub-desarrollados, lo que significa que la adherencia deficiente al tratamiento es mayor en estos países.

### Definición de la Adherencia terapéutica

La adherencia terapéutica fue descrita originalmente por los autores Sackett y Haynes, quienes en 1975 enunciaron la clásica definición como:

“el grado de coincidencia del comportamiento de un cliente en relación con los medicamentos que ha de tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida con las recomendaciones de los profesionales de la salud que le atienden” ( Alonso, Arroyo, Ávila, Aylon

Gangoso, Martínez, Mateo, Morera, Pérez, Rodríguez, Saiz, Sevillano M. y Siguin, 2006, p.31).

Alonso, Arroyo, Ávila, Aylon, Gangoso, Martínez, et al (2006), revisaron únicamente las peculiaridades de la adherencia terapéutica farmacológica. No obstante, señalan que el término adherencia, aun resultando imperfecto resalta por encima de todo la participación activa del cliente en la toma de decisiones, obteniendo el concepto adeptos en el consenso profesional internacional. Otros términos definen con distintos matices el mismo concepto como por ejemplo, la *concordancia* que enfatiza el acuerdo y la armonía que ha de existir en la relación médico-cliente, mientras que el *cumplimiento*, un término más clásico ha sido criticado por entenderse que remite a las actitudes paternalistas y de obligación pasiva por

parte del cliente. Una forma sencilla de clasificar la falta de adherencia terapéutica según los autores puede ser la siguiente:

- a) *primaria* – se refiere cuando la prescripción médica no se retira de la farmacia.
- b) *secundaria*- cuando se alteran la dosis correctas de los medicamentos, el cambio en los intervalos de las dosis, el olvido en la administración del fármaco, un aumento en la frecuencia de las dosis o la suspensión del tratamiento antes del tiempo recomendado.

### Proyecto sobre Adherencia Terapéutica a los Tratamientos a largo plazo

Ante la diversidad de nombres y definiciones dadas para esta conducta del cliente, su influencia en los tratamientos prescritos para las enfermedades crónicas y cómo se ha convertido en uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo es que la Organización Mundial de la Salud (OMS) encomendó a un grupo internacional de diversos profesionales de la salud para que estudiaran el concepto. El objetivo del mismo fue elaborar un término y una definición uniforme afines a todas las profesiones de la salud y que no se etiquetara al cliente como el único responsable de esa conducta. Es en el 2004, que la OMS presentó los hallazgos del estudio titulado: *Proyecto sobre Adherencia Terapéutica a los tratamientos a largo plazo*. El resultado de este estudio fue definir el término de adherencia terapéutica como:

“el grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida) corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”. Esto significa un compromiso mayor de parte del cliente más allá de tomarse los medicamentos prescritos (OMS, 2004; Sección 1, p.9).

### Factores psicosociales que influyen en la adherencia terapéutica

Ante la difícil situación socioeconómica que enfrentamos en nuestro país, es de suma importancia que los profesionales reconozcamos e identifiquemos la existencia de estos factores en nuestros clientes, con el ánimo de seleccionar las intervenciones adecuadas que lleven a disminuir las barreras que puede estar enfrentando y que influyen en la adherencia terapéutica o que presente una adherencia deficiente al tratamiento prescrito.

En el estudio encomendando por la OMS, se reformuló la definición de la *adherencia terapéutica* en el cual la responsabilidad no recae únicamente en el cliente sino en algunos factores psicosociales identificados que intervienen directamente en dicha conducta. Se reconoce que la adherencia terapéutica es un fenómeno *multidimensional* que puede presentarse en algunos momentos del tratamiento y el cual es determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de dominios o factores, de los cuales aquellos relacionados con el cliente son sólo una parte. La creencia común de que el cliente es responsable exclusivamente de su tratamiento, es errónea pues no toma en consideración cómo otros factores pueden afectar el comportamiento de las personas/ clientes y la capacidad de adherirse a su tratamiento. Estos factores son: (a) factores socioeconómicos, (b) factores relacionados con el sistema o el equipo de salud, (c) factores relacionados con la

enfermedad, (d) factores relacionados con el tratamiento, (e) factores relacionados al cliente (OMS, 2004, p.47). Los factores identificados por la OMS son:

- a) *Factores socioeconómicos:* Aunque no se ha comprobado sistemáticamente que el nivel socioeconómico es un factor predictivo independiente de la adherencia, éste puede colocar a los clientes en una posición de tener que elegir prioridades para dirigir los recursos limitados disponibles para satisfacer las necesidades de otros miembros de su familia. En el informe presentado por la OMS (2004) se menciona que algunos de los factores que tienen un efecto considerable en la adherencia terapéutica son: (1) el estado socioeconómico deficiente, (2) la pobreza, (3) el analfabetismo, (4) el bajo nivel educativo, (5) el desempleo, (6) la falta de redes de apoyo social, (7) las condiciones de vida inestables, (8) la lejanía del centro de tratamiento, (9) el costo elevado del transporte público, (10) el alto costo de los medicamentos, (11) las situaciones ambientales cambiantes, (12) la cultura y (13) las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento, (14) la disfunción familiar y (15) algunos factores socio demográficos como la edad y la raza (OMS, 2004; Capítulo 5, p.48).
- b) *Factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria (de salud):* Existen pocas investigaciones sobre la relación de este factor con la adherencia terapéutica, sin embargo es reconocida su importancia y el efecto positivo de una buena relación médico-cliente en ésta. Otros factores que también influyen en la adherencia desde esta perspectiva son: (1) el efecto negativo que puede tener el que los servicios médicos (o de salud en general) recibidos sean deficientes, (2) la inexistencia de un seguro o plan médico, (3) la falta de conocimiento o adiestramiento del equipo de los profesionales de la salud sobre el manejo y control de las enfermedades crónicas, (4) el poco personal profesional disponible para atender a los clientes, recargándolos de trabajo y teniendo como consecuencia que las consultas médicas sean breves. Así como, (5) la poca capacidad del sistema de salud para que los profesionales puedan educar a los clientes sobre su enfermedad y (6) el auto cuidado. (7) Finalmente, hay que mencionar la falta de conocimiento de los profesionales sobre la conducta de la adherencia del tratamiento.
- c) *Factores relacionados con la enfermedad:* Esta área se relaciona a las exigencias particulares de la enfermedad que aqueja al cliente. Destacan (1) la gravedad de los síntomas, (2) el grado o severidad de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), (3) el progreso de la enfermedad y (4) la disponibilidad de tratamientos efectivos. repercusión de la no adherencia al tratamiento o adherencia deficiente depende de la prioridad que el cliente le dé a su tratamiento.
- d) *Factores relacionados al tratamiento:* Entre los factores que más influyen en la adherencia están: (1) la complejidad del régimen médico, (2) la duración del tratamiento, (3) los fracasos de tratamientos anteriores, (4) los cambios frecuentes en el tratamiento, (5) los efectos colaterales y (6) la disponibilidad del apoyo médico para tratarlas.
- e) *Factores relacionados al cliente:* Estos incluyen (1) los recursos disponibles que el cliente tiene, (2) sus actitudes, (3) sus creencias, (4) el conocimiento, (5) las percepciones y (6) las expectativas de éste acerca de su enfermedad. Igualmente, (7) la motivación del cliente para buscar y continuar con el tratamiento, (8) la confianza (auto eficacia) en su

capacidad para involucrarse en su comportamiento terapéutico de la enfermedad, (9) las expectativas con respecto al resultado del tratamiento y (10) las consecuencias de una adherencia deficiente interactúan en el comportamiento de la adherencia. Aunque no se comprende cómo estos interactúan en la adherencia, hay constancia de que los siguientes factores influyen en ella: (a) el estrés psicosocial, (b) la angustia por los efectos adversos del tratamiento, (c) la baja motivación para continuar con el tratamiento prescrito, (d) el conocimiento y (e) la inadecuada habilidad para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento, (f) el no percibir la necesidad de tratamiento, (g) las creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento, (h) la incredulidad en el diagnóstico, (i) la falta de percepción de riesgo para la salud relacionado con la enfermedad, (j) el no interpretar bien las instrucciones del tratamiento, (k) la baja asistencia a citas de seguimiento (físico o psicológico), (l) la desesperanza, y (m) los sentimientos de negación; el temor a la dependencia en otros, la ansiedad provocada por el complejo régimen de medicamentos y el sentirse estigmatizado por la enfermedad.

La conducta de la adherencia terapéutica es un factor determinante para la efectividad del tratamiento porque si ésta es deficiente atenúa el beneficio clínico óptimo. Una buena adherencia terapéutica ayuda a mejorar la efectividad de las intervenciones encaminadas a promover los estilos de vida saludable, a modificar los regímenes alimentarios, a aumentar la actividad física, entre otros y de las intervenciones farmacológicas para la reducción de riesgos (OMS, 2004).

El estudio realizado por la OMS (2004) manifiesta que existen pruebas fehacientes que sugieren que los programas educativos dirigidos al auto cuidado ofrecidos a clientes con enfermedades crónicas mejoran su estado de salud y reducen la utilización y los costos médicos. Cuando el auto cuidado y los programas de adherencia se combinan con el tratamiento regular y la educación sobre la enfermedad, se observa una mejoría significativa en las conductas del cliente que fomentan la salud, se le presta mayor atención a los síntomas cognitivos, a la comunicación con el equipo de profesionales de la salud y a las discapacidades. Además, resulta en una reducción en el número de las hospitalizaciones y en las consultas clínicas.

A pesar de que el nombre de la *adherencia terapéutica* no es nuevo, es relativamente poco conocido, nos hemos mantenido en responsabilizar únicamente al cliente por los resultados de su tratamiento. Con esto no deseamos descartar que ciertamente hay sus excepciones, ya que hay clientes que consideran el esfuerzo y la dedicación que invertimos para asistirlos en su proceso rehabilitativo. Así como, otros clientes que no creen o responden a las indicaciones dadas, ciertamente actuando con una falta de interés o irresponsabilidad. Pero debemos recordar que cada cliente y sus circunstancias son únicas.

No obstante, reiteramos nuevamente que ante la crisis socioeconómica que está atravesando nuestro país es necesario que todos los profesionales tomemos en consideración los cinco factores que pudieran influir directa o indirectamente en la respuesta (conducta) del cliente ante el tratamiento dado. Es muy fácil decir que el cliente no tiene interés en su tratamiento y/o rehabilitación, pero es nuestro deber auscultar y profundizar un poco más en la entrevista inicial o de seguimiento sobre las posibles

situaciones de cada cliente que entiendan podría interferir con las indicaciones médicas /clínicas ofrecidas. Los profesionales de la salud y rehabilitación siempre tenemos en cuenta que nuestro cliente es único y así debe ser evaluado. A tales efectos, Gillum y Brasky en Ortego (2004) refieren que mientras más complicado sea el régimen terapéutico recomendado, más posibilidades existen para que el cliente no cumpla o se adhiera a su tratamiento.

Consideramos de suma importancia que los profesionales de la conducta, la salud y rehabilitación tomen en consideración la situación actual que está enfrentando la Isla, dado que, sin importar la clase socioeconómica, las personas tienen que seleccionar entre los recursos económicos con los que cuentan, qué cuentas pagan o no, cuántas medicinas pueden comprar, a qué especialista visitan y cuándo lo hacen, los alimentos que pueden comprar o no y si cuentan con esa red de apoyo social y familiar, los medios de transportación, entre otros. El tener un conocimiento mayor de estas situaciones nos puede ayudar a determinar si ese cliente podrá cumplir con el tratamiento estipulado o no, si tendrá una adherencia terapéutica o no al plan de tratamiento. También nos alertaría a modificar un poco el régimen terapéutico con metas a corto plazo para que el cliente pueda adherirse a las recomendaciones dadas.

### Implicaciones de la no adherencia terapéutica y adherencia deficiente

Conforme a las definiciones mencionadas anteriormente, reconocemos que la *adherencia terapéutica* es uno de los factores que determinan el éxito de un tratamiento para cualquier enfermedad (entiéndase física o mental). La conducta de no adherencia terapéutica o una adherencia deficiente tiene como resultado: (a) un aumento en los costos médicos, (b) el número de análisis de laboratorios innecesarios, (c) el cambio en las dosis o en los tipos de medicamentos, (d) los cambios en los planes de servicio, de rehabilitación o tratamiento que debe hacer el profesional, (e) las visitas continuas del cliente a las salas de emergencia, a los consultorios médicos o a los centros de rehabilitación, así como (f) las hospitalizaciones recurrentes, (g) el deterioro de la salud, (h) el surgimiento o la exacerbación de los problemas emocionales y (i) en casos severos la muerte del cliente.

### Otros factores relacionados a la conducta de adherencia

En el año 2003, el doctor Mahmoud Loghman-Adham llevó a cabo el meta análisis *Medication Non Compliance in Patients with Chronic Diseases: Issues in Dialysis and Renal Transplantation*, a pesar de que el énfasis del mismo es en las personas con enfermedad renal crónica, especialmente en los que reciben tratamiento de diálisis y trasplante, se citan autores que hacen referencia a unas conductas que podrían afectar la adherencia terapéutica en cualquier enfermedad o tratamiento. En el estudio se citan los autores como Christensen, Wiebe, Benotsch y Lawton (1996), Dabbs, Kim, Yookyung, Hamdan-Mansour, Thibodeau y Curry (2006) y Graffeo, Cotlar, Silvestri y Lynette (2006), los cuales señalan que la percepción del cliente sobre quién tiene el *control de su salud (locus of health control)* es un factor determinante en la manifestación de una conducta de adherencia a su tratamiento. Por otra parte, las creencias y actitudes del cliente sobre su tratamiento son consideradas como uno de los factores predictivos más relevantes en la conducta de adherencia terapéutica.

Loghman-Adham cita en su meta análisis el estudio realizado por Neame y Hammond (2005) para describir la relación entre las creencias del cliente sobre su tratamiento, encontrando que a mayor creencia en la necesidad del tratamiento para mantener un buen estado de salud, mayor es la conducta de adherencia al mismo. Por otro lado, si el cliente tiene dudas sobre la efectividad del tratamiento, sus efectos secundarios y el uso de estos por un prolongado tiempo, mostrará una conducta de no adherencia. En el mismo estudio el autor cita otros autores que han realizado investigaciones que señalan algunos factores adicionales relacionados a la conducta de no adherencia terapéutica como lo son:

(a) *el número de las hospitalizaciones* – según Paris, Muchmore, Pribil, Zuhdi y Cooper (1994), esta variable tiene una relación directa con la conducta de no adherencia terapéutica, ya que los clientes que no cumplen con las prescripciones médicas son los que están hospitalizados por más tiempo y cuentan con un alto número de reingresos.

(b) *el apoyo familiar* – la ausencia del apoyo familiar aumenta los trastornos psicológicos en los clientes (Dew et. al. (2001), Frazier, Tix, Klein y Arikian (2000), Stukas, Dew, Switzer, Di Martini, Kormos y Griffith (1999). De acuerdo a Dew et. al., (2000), Hirth y Stewart (1994), la falta de apoyo familiar es uno de los predictores más relevante en la falta de una conducta de adherencia terapéutica por parte de los clientes.

(c) *los estilos de afrontamiento* - Carver y Scheirer (1994); Christensen (2000), Folkman (2004), Sica, Novara, Dorz y Sanavio (1997); Isel, Reminger y Pin-Hsiao (2006), encontraron que los diversos estilos de afrontamiento influyen directamente en la conducta de la adherencia terapéutica de la persona hacia su régimen médico. Refieren que la relación entre la adherencia terapéutica y los estilos de afrontamiento que utiliza el cliente para afrontar su estado de salud es una de las áreas psicológicas que ha recibido muy poca atención. Se ha encontrado que las personas utilizan una serie de estrategias que le llevan a adoptar conductas que le ayudan a afrontar su estado de salud, el ajuste a su tratamiento y su bienestar en general. En específico, la adherencia terapéutica mejora cuando el cliente prefiere utilizar un estilo de afrontamiento congruente con las exigencias de un tratamiento médico particular. Comprender el uso de los mecanismos psicológicos y los procesos utilizados por los clientes ayuda a desarrollar modelos de intervención para modificar estos mecanismos y aumentar la conducta de adherencia

Desde el 2003 se realiza el *Estudio de la Adherencia en la Esquizofrenia*, grupo de trabajo perteneciente al Proyecto ADHES (formado por 400 médicos especialistas de toda España), quienes se encuentran estudiando y desarrollando diversas actividades para mejorar la adherencia al tratamiento en los clientes con esquizofrenia en España ya que se ha encontrado que hasta el 60% de los clientes con esquizofrenia refleja una conducta de falta de adherencia al tratamiento. Este grupo de profesionales pone de relieve la falta de adherencia terapéutica como la responsable de un gran número de consecuencias: recaídas y/o nuevas hospitalizaciones, la exacerbación de la sintomatología y el empeoramiento del pronóstico de la enfermedad, el aumento de la utilización de recursos sanitarios (salud), la pérdida de la calidad de vida del cliente y su entorno, el empeoramiento del funcionamiento social del cliente. Los psiquiatras consultados aseguran que la *falta de conciencia de la enfermedad* es el factor no farmacológico principal que puede dificultar la adherencia terapéutica de los clientes

con esquizofrenia (Berbes y Asociados, 2003, p.1). También se considera que la *falta de apoyo familiar y/o social*, así como el *consumo de sustancias tóxicas* (drogas y/o alcohol) son factores no farmacológicos muy importantes que pueden dificultar la adherencia al tratamiento. Así mismo, la *presencia de efectos secundarios* es considerada por los especialistas como un factor muy importante que puede dificultar la adherencia terapéutica de los clientes. También se establece que el abandono total de la medicación por parte del cliente, así como dejar de tomar más del 80% de la medicación prescrita, se consideran las dos situaciones relacionadas con el tratamiento farmacológico en las que es más necesaria una intervención para mejorar la adherencia terapéutica. Es muy importante intervenir cuando el cliente presenta un cumplimiento parcial (aproximadamente el 50% de la medicación) o cuando se desconoce el nivel de cumplimiento, así como ofrecer tratamientos para mejorar los problemas de adherencia (Berbes y Asociados, 2003, p.1). Los resultados de una conducta de no adherencia al tratamiento repercuten en la salud y vida del cliente y en la economía de la salud del país donde reside, por los altos costos médicos incurridos.

### Recomendaciones para estudiar la adherencia terapéutica

Al trabajar con la temática de la adherencia terapéutica es imprescindible mencionar a las autoras Sluijs, Vam Dulmen, Van Dijk, De Ridder, Heesdink y Bensing (2006), quienes llevaron a cabo el estudio *Patient Adherence to Medical Treatment: A Meta Review*, en el cual desarrollaron un foro con expertos internacionales en el tema de adherencia terapéutica como: Barbui, Bender, Byrne, Connor, Devine, DiMatteo, Giuffrida, Haskard, Haynes, Merinder, Roter, Schroeder, Takiya, Van Dam, Van der Wal, Van Eijken, Vergouwen, Vermeire, Wild, y Yildiz. Los expertos hicieron unas recomendaciones dirigidas a la forma en que se debe comprender y atender este concepto. Estos concluyen que:

- a) la adherencia terapéutica debe verse como una forma de comportamiento del cliente y no como una patología que se debe curar;
- b) es importante que esta conducta sea enfocada en el cliente y no en el médico;
- c) es necesario identificar cuando un cliente presenta una conducta de no adherencia terapéutica de forma intencional y no intencional. Es imprescindible distinguir entre estos patrones de conducta, ya que los clientes en algún momento de su tratamiento podrían mostrar ambas. Esto porque la adherencia se da en un continuum que varía con el tiempo;
- d) Uno de los elementos importantes es la calidad de la relación médico- cliente en la que debe existir una atmósfera que permita la discusión de las alternativas terapéuticas, los aspectos relacionados a la adherencia terapéutica y que junto al cliente se planifique el plan de tratamiento y seguimiento;
- e) es importante incorporar el uso de los recursos tecnológicos para apoyar el tratamiento, ya que éstos ayudan a monitorear y ajustar las dosis de los medicamentos y otras terapias prescritas;
- f) los factores psicológicos y no los cognitivos, más las opciones de tratamiento que se le presenten al cliente, son las variables que determinarán la adherencia al tratamiento:

negación, el temor a la dependencia en otros, la ansiedad provocada por el complejo régimen de medicamentos y el sentirse estigmatizado por la enfermedad;

- g) la necesidad de desarrollar un modelo teórico enfocado en los factores individuales del cliente, ya que los modelos existentes están enfocados hacia grupos de clientes con determinadas condiciones médicas, sin tomar en cuenta las necesidades individuales de estos que pueden estar influyendo en esa conducta.

### Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica

En su artículo *Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en las patologías clínicas*, Orueta (2005, p.41) expone una serie de aspectos que deben estar presentes en toda intervención con los clientes. Estos son: (a) *no culpabilizar* – es de suma importancia no culpar, ni regañar al cliente por este no haber cumplido con el tratamiento; (b) *individualización de la intervención* – dado a que la adherencia tiene un origen multifactorial, es necesario establecer intervenciones individuales, basadas en las características de la enfermedad y las del cliente; (c) *fortalecimiento de la relación* – es importante establecer una adecuada relación y comunicación con el médico y/o equipo de salud, donde el cliente sienta la confianza y libertad de exponer sus preocupaciones y preguntar acerca de su tratamiento y salud; (d) *participación de distintos profesionales*- para la educación del cliente sobre su enfermedad y tratamiento y la intervención con éxito para evitar la conducta de adherencia deficiente, deben ser incluidos otros profesionales como la enfermera, el farmacéutico, los profesionales de la conducta, etc.

Orueta (2005, p.42) recomienda como estrategias de intervención lo siguiente: (a) *intervenciones simplificadoras del tratamiento* - esto es simplificar o facilitar el tratamiento tratando de evitar el que este interfiera en la vida diaria del cliente. Esto incluye el hacer accesibles las citas, reducir el número de fármacos, etc., (b) *intervenciones educativas* – educar y orientar al cliente sobre su enfermedad y el tratamiento, disminuye la no adherencia al tratamiento. Este es un cliente informado que puede tener el control de su tratamiento; (c) *intervenciones de apoyo familiar /social*- varios estudios refieren que los clientes que residen solos tienden a demostrar no adherencia o adherencia deficiente al tratamiento. El tener apoyo familiar/social puede aumentar la conducta de adherencia, ya que estos son orientados sobre el tratamiento y la manera de asistir a sus familiares/amigos; (d) *intervenciones de refuerzo conductual* – algunos estudios citados por el autor revelan que el cliente cree que el tratamiento indicado incidirá de manera positiva en la evolución de su proceso, cuando este se considera responsable, habrá una tendencia a seguir el mismo según le fue indicado. Por este motivo, las intervenciones de los profesionales están encaminadas a mejorar la capacidad del cliente en el manejo de su proceso mediante técnicas de responsabilización, autocontrol y refuerzo conductual.

En resumen, las estrategias de intervención recomendadas son: (a) promover la relación médico-cliente, (b) simplificar el tratamiento lo más posible, (c) informar al cliente sobre su enfermedad y tratamiento, (d) Incluir al cliente en el plan terapéutico, (e) ofrecer información escrita, (f) involucrar a la familia en el proceso, (g) hacer uso de diferentes métodos a manera de recordatorio, (h) reforzar periódicamente al cliente por los logros alcanzados, (i) fijar metas periódicas, (j) investigar periódicamente el grado de cumplimiento

del cliente, (k) incentivar al cliente y (l) llamar al cliente si este no acude a su cita (Orueta, 2005, p.44).

## Conclusiones

A través de todo el escrito, se ha demostrado la importancia que debemos otorgarle a los factores que inciden en un cliente para que mantenga una conducta adherente hacia su tratamiento. Como profesionales de la conducta y la salud, debemos tomar en cuenta las señales que puede presentar alguno de nuestros clientes que afecte la evolución de su tratamiento, llevándolo a una conducta de adherencia deficiente o no adherencia. Existen varios instrumentos y formas de entrevistar a los clientes para determinar si continúan con el régimen prescrito. En la inmediatez y rapidez con que vivimos y atendemos a nuestros clientes, podemos pasar por alto estas señales. Es importante estar atentos para redirigir las metas de su tratamiento propuesto junto al cliente, a corto plazo y que sean medibles para determinar el éxito de las estrategias que hemos seleccionado. Por último y no menos importante, recordarnos que el cliente es un ser único, al igual que sus circunstancias, por lo que su tratamiento debe ser único e individualizado.

## Referencias

- Alonso, M.A., Arroyo J. Ávila L., Aylon R., Gangoso A., Martínez H., Mateo C., Morera T., Pérez A., Rodríguez C., Saiz L., Sevillano M. & Siguin R. (2006). *Adherencia Terapéutica. Boletín Electrónico Salud Madrid: Notas Fármaco Terapéuticas*, Vol. 13, Numero 8, 2006, p.31-38. Editores Servicio Madrileño De Salud, Gerencia De Atención Primaria. En: [www.infodoctor.org/notas/NF2006-8.pdf](http://www.infodoctor.org/notas/NF2006-8.pdf).
- Alonso, MA, Álvarez J, Arroyo J, Ávila L, Aylón R, Gangoso A, Martínez H, Mateo C, Morera T, Pérez A, Rodríguez C, Saiz LC, Sevillano ML, Siguín R. (2006), *Adherencia terapéutica: estrategias prácticas de moda*. Editor: Servicio Madrileño de Salud. Gerencias de Atención Primaria, Áreas 1, 2, 3, 5 y 7. ISSN: 1575-5487  
[Http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobtable=MungoBlobs&blobcol=urldata&blobkey=id&blobwhere=1181245436984&ssbinary=true&blobheader=application/pdf](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobtable=MungoBlobs&blobcol=urldata&blobkey=id&blobwhere=1181245436984&ssbinary=true&blobheader=application/pdf)
- Barbés Asociados (2003). *Adherencia Terapéutica En Esquizofrenia* Congreso Español de Psiquiatras.  
[Http://www.acceso.com/Display\\_Release.html?id=34694&Content=Rele&Type=Category&Categ=C&Name\\_Cat=Sanidad](http://www.acceso.com/Display_Release.html?id=34694&Content=Rele&Type=Category&Categ=C&Name_Cat=Sanidad).
- Christensen, Wiebe, Benotsch y Lawton (1996). *Psychosocial Treatment for Medical Conditions: Principles and Techniques (2003)*. Edit by Schein, Bernard, Spitz & Muskin. Taylor and Frances Books Publisher. Cap. *Determinants of adherence*.  
[http://books.google.com.pr/books?id=0NSbffyBEXsC&pg=PT154&dq=Christensen,+Wiebe,+Benotsch+y+Lawton+\(1996\)&hl=es&sa=X&ei=94yxU4zkE5KlqAbZ94LwCw&ved=0CDMQ6AEwAw#v=onepage&q=Christensen%2C%20Wiebe%2C%20Benotsch%20y%20Lawton%20\(1996\)&f=false](http://books.google.com.pr/books?id=0NSbffyBEXsC&pg=PT154&dq=Christensen,+Wiebe,+Benotsch+y+Lawton+(1996)&hl=es&sa=X&ei=94yxU4zkE5KlqAbZ94LwCw&ved=0CDMQ6AEwAw#v=onepage&q=Christensen%2C%20Wiebe%2C%20Benotsch%20y%20Lawton%20(1996)&f=false)
- Dabbs, Annette; Kim, Yookyung; Hamdan-Mansour, A.; Thibodeau, Anecia; Curry, K. (2006). Health Locus of Control after Lung Transplantation: Implications for Managing

Health. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, Volume 13, Number 4, December, 2006, pp.378389.

[Http://www.jdnr.ju.edu.jo/.../Health%20Locus%20of%20Control](http://www.jdnr.ju.edu.jo/.../Health%20Locus%20of%20Control)

Loghman-Adham M. (2003). Medication Non Compliance in Patients with Chronic Diseases: Issues in Dialysis and Renal Transplantation. *The American Journal of Managed Care*, Vol. 9 No. 2. Febrero 2003, 155-171.

<Http://www.Ajmc.Com/Article.Cfm?Menu=1&Id=76>

Martin Alfonso Libertad (2006). Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Revista Cubana de Salud Pública*, Volumen 32, Número 3, Ciudad de La Habana, Julio – Septiembre, 2006

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662006000300013&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662006000300013&script=sci_arttext)

Organización Mundial De La Salud (OMS), 2004. *Proyecto Sobre Adherencia Terapéutica A Los Tratamientos A Largo Plazo*.

<Http://www.Paho.Org/Spanish/Ad/Dpc/Nc/Adherencia-Largo-Plazo.pdf>

Ortego María del Carmen, López González Santiago y Álvarez Trigueros María (2004). La Adherencia al Tratamiento. Curso en línea de la Universidad de Cantabria, España. [http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf-reunidos/tema\\_14.pdf](http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf-reunidos/tema_14.pdf)

Orueta Sánchez R. (2005). Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, Volumen 29, Número 2, pp.40-48.

[https://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol29\\_2EstrategiasMejora.pdf](https://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol29_2EstrategiasMejora.pdf).

Sluijs, Vam Dulmen, Van Dijk, De Ridder, Heesdink y Bensing. *Nivel Revista* (2006). Patient Adherence to Medical Treatment: A Meta Review, pp.1-142. ISBN 90-6905-7980. <Http://www.Nivel.Nl/Pdf/Patient-Adherence-To-Medical-Treatment-A-Meta-Review.pdf>.

Sotoca Momblona y Codina Jane (2006). Como mejorar la adherencia al tratamiento. *Jano* 28 Abril – 4 mayo, Número 1605, pp.39-40. En [www.doyma.es/jano](http://www.doyma.es/jano) .

## Integración de los/as trabajadores/as con discapacidad en las organizaciones

Maribel Báez- Lebrón, PhD., MRC, CRC  
Universidad de Puerto Rico  
[mbl1385@yahoo.com](mailto:mbl1385@yahoo.com)

### Resumen<sup>1</sup>

En este artículo teórico-práctico se ilustra la exclusión de las personas con discapacidad de la fuerza laboral puertorriqueña y al mismo tiempo su potencial para aportar al desarrollo de las organizaciones y la sociedad. Los objetivos específicos de este escrito son a) redefinir el constructo de discapacidad desde la perspectiva conceptual y legal; b) analizar la participación y barreras que inciden en la inserción de las personas con discapacidad en el mercado laboral y c) plantear la aportación de las personas con discapacidad al desarrollo organizacional. El análisis presenta el sentir de patronos puertorriqueños del sector público y privado acerca del reclutamiento de las personas con discapacidad y el reconocimiento del potencial de estos. Este análisis también plantea una invitación y reto a los académicos, científicos sociales y profesionales de la salud a promover la integración social de las personas con discapacidad reconociendo su valía y dignidad rompiendo con creencias estigmatizadoras y limitantes sobre la discapacidad y la persona que la posee.

*Palabras claves:* Discapacidad, Barreras, Ganancia para las Organizaciones, Trabajo Asalariado

### Abstract

In this theoretical and practical article the exclusion of people with disabilities of the Puerto Rican labor force is illustrated as well as its potential to contribute to the development of organizations and society. The specific objectives of this paper are a) redefine the construct of disability from the conceptual and legal perspective; b) analyze the participation and barriers that affect the integration of people with disabilities in the labor market and c) raise the contribution of people with disabilities to organizational development. The analysis considers the experience of Puerto Rican employers from both the public and private sector on the recruitment of people with disabilities and their acknowledgment of the potential of these. This analysis also raises an invitation and challenge to academic, social scientists and health professionals, to promote the social integration of people with disabilities recognizing their worth and dignity, breaking stigmatizing and limiting beliefs about disability and the person who has it.

*Keywords:* Disability, Barriers, Employment, Organization's Profit

---

Recibido: 30 de junio de 2014.

Sometido para evaluación: 1 de julio de 2014.

Aceptado para publicación: 23 de octubre de 2014.

Este artículo surge de una presentación realizada a un grupo de estudiantes de nivel subgraduado del área de la Psicología Industrial Organizacional de la Universidad de Puerto Rico y su interés en identificar las ganancias de integrar a las personas con discapacidad o diversidad funcional dentro de las organizaciones. Los objetivos específicos de este escrito son a) redefinir el constructo de discapacidad desde la perspectiva conceptual y legal; b) analizar la participación y barreras que inciden en la inserción de las personas con discapacidad en el mercado laboral y c) plantear la aportación de las personas con discapacidad al desarrollo organizacional.

### Constructo de discapacidad

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) define la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que están diagnosticadas con alguna enfermedad y los factores personales y ambientales que le limitan en el desempeño de las tareas del diario vivir y roles establecidos socialmente; estos incluyen estudiar y trabajar, entre otros. Éste es un constructo dinámico que trasciende el modelo médico tradicional y enfatiza en aspectos biopsicosociales y ecológicos que van evolucionando considerando el momento histórico y contexto.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011) plantea que para entender el concepto de discapacidad hay que definir primero los conceptos de defecto e impedimento. El defecto hace referencia a "toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica" o "una alteración anatómica o funcional que afecta a un individuo en la actividad de sus órganos." El impedimento o limitación funcional es "la consecuencia de una deficiencia, sobre las actividades físicas, intelectuales, afectivo-emocionales y sociales" o "toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano." La incapacidad o discapacidad es "la pérdida de la capacidad funcional secundaria, con déficit en un órgano o función, que trae como consecuencia una minusvalía en el funcionamiento intelectual y en la capacidad para afrontar las demandas cotidianas del entorno social". La importancia de estos conceptos radica en que nos ayudan a entender que las personas pueden tener la pérdida de una función pero ésta no necesariamente constituye una discapacidad. Esto, en principio, puede parecer confuso, especialmente cuando en Puerto Rico tenemos tantas piezas legislativas estatales y federales que definen la discapacidad desde diferentes perspectivas. Sin embargo, lo importante es reconocer que la discapacidad es una característica del individuo que no debe determinar quién es y su valor.

Por otro lado, es importante clarificar que aunque en términos legales el nombre no hace la cosa, en Puerto Rico, el término legal que prevalece es impedimento. Sin embargo, dependiendo de la pieza legislativa a la que se haga referencia la definición puede variar. En los últimos años, un movimiento creado por un grupo de personas con discapacidad en España propuso la sustitución del constructo de discapacidad por *diversidad funcional* (Romañach y Lobato, 2005).

El modelo de *la diversidad* propone claves para construir una sociedad en la que todas las mujeres y hombres vean preservada plenamente su dignidad. Una sociedad en la que la diversidad, y en concreto la diversidad funcional, sea vista como una diferencia con valor y no como una carga independientemente de la edad a la que se produzca. Una sociedad en la que exista la igualdad de oportunidades y nadie sea discriminado por su diferencia. En definitiva, una sociedad más justa en la que todas las personas sean bienvenidas, aceptadas y respetadas por el simple hecho de ser humanos (Palacios Rizzo y Romañach Cabrero, 2006: citado en Arnau, s.f, p. 223-224).

Según Arnau (s.f.) este paradigma tiene como punto de partida la "dignidad inherente" ("dignidad intrínseca"), a fin de que pueda integrar a todas las realidades humanas con diversidad funcional. Este nuevo enfoque rompe, por tanto, con la clásica dicotomía (biomédica): "discapacidad"/"capacidad". Ello es fundamental para no dejar en los márgenes a determinadas personas con diversidad funcional, sobre todo, cuando no se pueden representar a sí mismas y, cuando sus "capacidades" pueden verse seriamente restringidas a causa de la propia diversidad funcional.

En algunos programas graduados de la academia y los programas de vida independiente el término se está utilizando en sustitución de la palabra impedimento o discapacidad. Actualmente diferentes proyectos en el senado proponen la sustitución de los últimos por el primero trayendo a la discusión puntos a favor y en contra sobre su uso desde la perspectiva de académicos y proveedores de servicio directo. Sin embargo, este movimiento que comenzó en España ha trascendido la península al punto de que se está utilizando en diferentes lugares del mundo incluyendo a Puerto Rico. Es un concepto que continua evolucionando pues recientemente el mismo grupo que acuñó el término en España está abogando por el cambio del constructo propuesto hace varios años de diversidad funcional por el de *divertad*. Este concepto hace alusión a la diversidad funcional pero también reconoce el derecho de cada uno a la dignidad. Esto ha planteado la necesidad de la población con diversidad funcional o discapacidad de apoderarse y determinar cómo quiere que se les llame pues tradicionalmente es el Otro en representación de la sociedad el que ha hecho esta determinación estableciendo, a su vez, las categorías y criterios de inclusión o exclusión.

Entre las categorías se encuentran los impedimentos congénitos o adquiridos. Los congénitos son las condiciones con las que se nace y las adquiridas son aquellas que surgen en cualquier momento de la vida. Éstas pueden traer limitaciones funcionales en diferentes áreas de la vida pero no todas constituyen una discapacidad. La determinación de ésta es un proceso individualizado y prescriptivo que hay que poner en contexto considerando la interrelación de factores internos del individuo y externos del ambiente. La existencia de otras condiciones, pronóstico de la condición, estrategias de afrontamiento, impacto, proceso de adaptación psicosocial y barreras de actitud, de comunicación, tecnología, arquitectónicas y recursos disponibles, entre otros. Los impedimentos también pueden ser clasificados como visibles, no visibles, físicos, mentales, sensoriales y cognitivos. Independientemente de la clasificación o la definición este no determina quién es el individuo pues la discapacidad o diversidad funcional es una característica que no determina quién es la persona.

Desde la perspectiva legal dentro del ámbito del mundo del trabajo asalariado una persona con impedimento o discapacidad se define como una *Persona con una limitación que satisface los*

*requisitos, destrezas, experiencias, educación y otros aspectos relacionados al trabajo u ocupación para la cual aspira. Puede realizar las tareas esenciales del puesto con o sin acomodo razonable (ADA, 1990, 2008). El acomodo razonable, por su parte, es una adaptación o cambio lógico hecho a una ocupación o ambiente de trabajo de manera que resulte en una oportunidad de empleo para una persona con impedimento calificada y que le permita realizar las tareas esenciales de la ocupación (ADA, 1990, 2008).*

Existen múltiples leyes estatales y federales que promueven la inserción de las personas con discapacidad en el mercado laboral desde principios del siglo XX. Entre éstas están:

- la *Fair Labor Standards Act* (1938) que establece requisitos mínimos federales de horas de trabajo, salarios equitativos y pago de horas extras. Tiene requisitos que cubre a las personas con impedimentos físicos y mentales en áreas de trabajos protegidos y resguardados.
- El *Small Business Act* de 1953 permite que personas con impedimentos compitan para fondos designados y establece dos programas prestatarios dirigidos hacia la asistencia de las personas con impedimentos.
- El Acta de Rehabilitación de 1973, por su parte, en la Sección 503, enmendada, 29 U.S.C. §793, ("Sección 503"), exige a los contratistas del gobierno federal que cumplan con los planes de acción afirmativa y tomen acciones positivas para el empleo de individuos calificados con discapacidades.
- La sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, enmendada, 29 U.S.C. §791, ("Sección 501"), exige a los departamentos y dependencias del gobierno federal que tengan un programa de acción afirmativa para la contratación, colocación y progreso de los individuos con discapacidades.
- La Sección 504, enmendada, 29 U.S.C. §794, ("Sección 504"), también prohíbe la discriminación por la discapacidad en cualquier programa o actividad que esté recibiendo asistencia financiera federal.
- La Sección 504 confiere importancia fundamental a la ejecución de estas disposiciones en aquellas dependencias federales que extienden ayuda financiera al programa o actividad.
- La *Job Training Partnership Act* – JTPA (1982) enmendada por el *Workfoce Investment Act* (1998) tiene como objetivo principal adiestrar y ubicar a personas desventajadas económicamente en la fuerza laboral a través de los consorcios (Department of Labor, 2012).
- La *American with Disabilities Act* (1990, 2008), conocida como la pieza magistral del siglo XX, prohíbe el discrimen en el empleo en contra de personas competentes con impedimentos, tanto en el sector privado como en los gobiernos estatales y locales. Aplica a negocios o agencias con 15 empleados o más. Estas leyes antidiscrimen, al igual que la Carta de Derechos que prohíbe el discrimen por razón de impedimento, son fiscalizadas por el *Equal Employment Opportunity Commission* (EEOC).

En el contexto estatal puertorriqueño los derechos que protegen a la población con discapacidad están consignados en la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico (1952) que promueve la igualdad y reconoce el valor de todos los seres humanos. Sin embargo, esto no ha sido suficiente para garantizar los derechos de estos. El incumplimiento de los derechos constitucionales ha requerido del desarrollo de leyes anti discrimin que promuevan, garanticen y fiscalicen ese derecho. Entre las leyes existentes se encuentra la Ley de Prohibición de Discrimen contra Impedidos [persona con impedimentos], también conocida como la Ley Núm. 44 de 2 de Julio de 1985, según enmendada. Esta ley faculta al Secretario del Departamento del Trabajo y Recursos Humanos a velar por el cumplimiento de esta ley en beneficio de las personas con impedimentos físicos, mentales o sensoriales en instituciones que reciban o no fondos federales y del ELA, en actividades como reclutar, ascender, suspender o despedir, así como en las condiciones de empleo como salario, adiestramiento, beneficios y otros aspectos del empleo. Prohíbe el discrimen en el empleo contra toda persona cualificada con impedimentos y aplica a patronos con menos de 15 empleados. En su momento fue una ley de avanzada que antecede a ADA y aplica a sectores que la ley federal no cubre como son las microempresas. En el año 1986 se aprueba la Ley 72 que concede deducciones especiales a patronos de empresas privadas que empleen personas con impedimentos físicos severos.

Diez años más tarde se aprueba la Ley 81 del 27 de julio de 1996, conocida como la Ley de Igualdad de Oportunidades de Empleo para Personas con Impedimentos, que establece derechos y fija penalidades (Ruíz, 2006). Aplica a Corporaciones públicas o cuasi públicas y a toda persona que opere negocios en Puerto Rico con 15 empleados o más. A principios del siglo XXI se aprueba la Carta de Derechos de las Personas con Impedimentos, conocida como Ley 238 de 2004, que integra derechos que ya estaban consignados en otras leyes en una sola pieza y amplía el alcance y las penas.

Estas leyes son fiscalizadas por la Unidad Anti discrimen (UAD) adscrita al DTRH. Con estas leyes estatales y federales se reconoce el derecho de las personas con discapacidad a vivir en igualdad, participar de todas las actividades de la vida y trabajar. Su integración dentro de las organizaciones no es sólo cuestión de actitud sino que es un mandato de ley. Sin embargo, la participación de estos en la fuerza trabajadora, entre 2009 y 2012, apenas constituía el 1% de la fuerza trabajadora (Báez-Lebrón, 2012).

Participación y barreras que inciden en la participación de las personas con discapacidad en el mercado laboral puertorriqueño

En el 2002, la oficina de planificación de la Oficina del Procurador de las Personas con Impedimentos (OPPI) llevó a cabo un estudio sobre los empleados con impedimentos que laboraban en las agencias del gobierno. Invitaron a 66 agencias a participar del estudio, de las cuales 44 accedieron (OPPI, 2003). Esta participación constituyó el 64.7 % del universo de las agencias gubernamentales en Puerto Rico. En este estudio se encontró que el porcentaje de reclutamiento de personas con impedimentos era sólo de un 2.02 % en las agencias. Para agosto del 2006, el Departamento del Trabajo y Recursos Humanos de Puerto Rico realizó una encuesta especial para identificar el estado de empleo de la población civil no institucional, mayor de 16 años de edad que incluía a las personas con impedimentos. Se encontró que ésta ascendía a 2, 984,000 (Departamento del Trabajo y Recursos Humanos, 2006). Para esa misma fecha la cantidad de personas con impedimentos, identificadas por el Departamento del Trabajo, prestas

para emplearse era de 283,000 y sólo fueron empleadas 12,000. Sin embargo, en Puerto Rico el 18.6% de la población tiene algún impedimento entre 21 a 64 años (Reporte del Estado de Discapacidad, 2011).

Según los resultados de una encuesta realizada por el DTRH y OPPI en marzo de 2012, 300,000 personas con 16 años o más indicaron tener algún impedimento. Esta cifra representa el 9.4 por ciento de la población civil no institucional de 16 años o más de Puerto Rico para esa época (3,194,000). El estado de empleo y desempleo para las personas con impedimento indicaba que el 3.5 por ciento, en ese momento, participaba en el mercado laboral. La cantidad de personas con impedimento en el grupo trabajador, para ese año, se estimó en 10,000 personas, de los cuales 6,000 eran hombres y 4,000 mujeres. Los hombres reflejaron una tasa de participación laboral de 3.7 por ciento, levemente mayor que la de las mujeres con un 3.1 por ciento lo que representa el 0.9 por ciento del empleo total de Puerto Rico en marzo de 2012 (1,083,000). Esto constituye menos del 1% de la población con discapacidad en Puerto Rico y no considera el grupo de trabajadores lesionados que en algún momento desarrollan una condición que degenera en una discapacidad.

Durante el 2010, en los datos de la Oficina de Salud y Seguridad Ocupacional (OSHA) se registraron 33,600 lesiones y enfermedades ocupacionales (Departamento del Trabajo y Recursos Humanos, 2010). De este total, 28,200 ó 83.9 por ciento fueron lesiones y el por ciento restante (5,400 ó 16.1 por ciento) fueron enfermedades. La mayoría de las enfermedades (83.3 por ciento) fueron reportadas en la categoría de Otras enfermedades. Entre las enfermedades detalladas se incluyen desórdenes y enfermedades de la piel y condiciones respiratorias con un 7.4 por ciento (Departamento del Trabajo y Recursos Humanos, 2010). Estas condiciones físicas, por lo regular, surgen como resultado de un accidente laboral o exposición a un ambiente de trabajo que puede acarrear riesgos tanto a la salud física y/o mental del trabajador. En ocasiones, el resultado para éste incluye la pérdida de la habilidad para desempeñar las tareas esenciales de la ocupación e incapacidad laboral donde el trabajador no puede compensar las limitaciones desarrolladas ni transferir sus destrezas residuales para desempeñarse en un nuevo puesto.

Los datos presentados confirman la inequidad en la participación laboral del grupo de personas con discapacidad, a quienes de forma contradictoria protegen múltiples leyes; sin embargo, aún están excluidos del mercado laboral. Aunque en el sistema jurídico se pretende garantizar la equidad y justicia para todos los seres humanos, de modo que alcancen un desarrollo justo, armónico, equitativo, civilizado y favorable, sustentado en los valores del derecho, la igualdad, la solidaridad, la libertad y la justicia social, estos no se evidencian en los datos presentados. Esta realidad responde a múltiples factores internos y externos al individuo. Entre los internos se encuentran la estabilidad de la condición, las competencias que poseen (KSAP'S) y el exceso o falta de apoyo familiar (Darío y otros, 2002 citado en Cruz y Maldonado, 2009). La falta de estabilidad de la condición puede incidir directamente con la productividad y motivación al trabajo, el segundo en la calidad o capacidad para desempeñar las tareas esenciales y la tercera ya sea por sobreprotección o falta de apoyo puede incidir desfavorablemente en la integración y participación del trabajador dentro de la cultura organizacional. Entre los factores externos se encuentran el prejuicio, la crisis del mercado laboral y los problemas de accesibilidad (Báez, 2012; Szymanski y Parker, 2009). El primero no permite que el trabajador cualificado pueda competir

en igualdad de condiciones, el segundo representa el gran reto de los trabajadores en estos momentos de precariedad económica y el tercero está relacionado con el primero ya que la accesibilidad puede referirse tanto a aspectos arquitectónicos como de actitud.

### Ganancia para las organizaciones, el Estado y los trabajadores con discapacidad

Sin embargo, no todo está perdido pues en cada momento histórico ha habido líderes y grupos dispuestos a hacer la diferencia y abogar por la integración de la población con discapacidad en diferentes ámbitos; particularmente en el mercado laboral. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha desarrollado una campaña denominada "*The Ability Factor*" donde se promueve la habilidad del trabajador con discapacidad y no su inhabilidad. El blog Empresa y Discapacidad también enfatiza sobre la ganancia de tener un trabajador con discapacidad. Entre estas ganancias se identifican los incentivos salariales; la imagen social de la empresa; la responsabilidad social empresarial y cumplir con los planes de acción afirmativa.

Para el Estado, el beneficio de tener un trabajador con discapacidad en el mercado laboral estriba en la reducción de gastos, mayores recaudos y el cumplimiento de ley. Entre los beneficios para el/la Trabajador/a con discapacidad se encuentra el reconocimiento de su potencia - capacidad de ser y hacer (Báez-Lebrón, 2012), su participación e integración, reconocimiento a su dignidad y justicia social.

Parte de estas posturas se ilustran en un estudio realizado por la Oficina de Personas con Impedimentos en Puerto Rico entre 2002-2003 con diferentes patronos (OPPI, 2003). De los encuestados, el 82.22 % mencionó haber seleccionado de forma mayoritaria a las personas con impedimentos físicos para trabajar en sus empresas. El 49.35 %, de los empleados con impedimentos se encontraban en el rango de entre 41 y 54 años de edad y la mayoría eran del sexo femenino para un 51.40 %. Los puestos de trabajo que ocupaban en orden descendente incluían posiciones clericales (26.83%), puestos técnicos (22.52%), administrativos (14.12%), de supervisión (11.32%), mantenimiento (8.51%), y otros (16.70%).

La mayoría, que constituye el 58.19 %, tenía un ingreso que fluctuaba entre \$11,000 y \$25,000 al año. Sin embargo, la mayoría de los empleados en puestos clericales recibían salarios entre \$11,000 y \$18,000, por debajo del nivel del salario promedio que asciende a \$25,000 aproximadamente. Al evaluar el desempeño de los empleados con impedimentos se encontró que un 49.9 % de los patronos clasificó su desempeño entre bueno, muy bueno y excelente. El 72.80% de los representantes de las agencias también indicaron que las personas con impedimentos que allí laboraban eran productivas, lo que demuestra el potencial de la población.

En otro estudio, sobre los factores asociados a la empleabilidad y ubicación laboral bajo la modalidad de empleo sostenido de las persona con diagnóstico de Síndrome Down, De Jesús (2008) integra a la discusión la perspectiva de un grupo de patronos. Entre los resultados se encontró que el perfil de los trabajadores con esta condición y que están bajo la modalidad de empleo sostenido en la mayoría son: "jóvenes entre 21-24 años que mayormente vienen del programa de transición de la escuela al trabajo y que cuentan con apoyo familiar" (De Jesús, 2008). Entre las fortalezas de estos identificadas por los patronos se menciona que "tienen deseos de trabajar, de ser productivos, buena asistencia, buena puntualidad, motivación al relacionarse con otras personas en el ambiente laboral y lealtad a la compañía".

En otro estudio sobre los factores que influyen en la retención en el empleo de personas con impedimento desde la perspectiva de un grupo de patronos del sector privado donde se utilizó la técnica de grupo focal también se encontró que “los patronos han tenido una buena experiencia al emplear a personas con impedimento... a pesar de la recesión económica que sufre el país.” (Hernández, 2010). También que “...los patronos emplean a las personas con impedimentos según la necesidad de la empresa y para un puesto en específico con la expectativa de que puedan realizar bien su labor” (Hernández, 2010). La condición o impedimento de la persona no se utiliza para determinar la selección de la persona, ya que la selección se basa en las calificaciones académicas y la experiencia que convierten al consumidor en un candidato idóneo.

En otro estudio de metodología cuantitativa sobre la actitud gerencial en el reclutamiento de personas con impedimentos en Puerto Rico, Ruíz y Córdoba (2011), encontraron que el 84% de los participantes está entre totalmente de acuerdo y de acuerdo de que las personas con discapacidad producen una calidad adecuada de trabajo. El 71% de los participantes está entre totalmente de acuerdo y de acuerdo de que la experiencia contratando personas con impedimento ha sido positiva. El 20% respondió de forma neutral. Finalmente, el 79% de los participantes está entre totalmente de acuerdo y de acuerdo de que la contratación de personas con discapacidad tiene un efecto positivo en la imagen pública de la empresa.

También se encontró que los profesionales de recursos humanos entienden que el reclutar este grupo de personas tiene un efecto positivo en la imagen pública de la empresa, ve apropiado que el empleado con discapacidad trabaje directamente con el cliente y que la misma no va a generar actitudes negativas en los clientes o consumidores (Ruíz y Córdoba, 2011). Estas investigaciones demuestran el sentir de personas con capacidad de opinión que se han dado la oportunidad de trabajar con la población y le han dado la oportunidad a estos de demostrar su potencia – capacidad de ser y hacer dentro del contexto laboral y dan fe de su capacidad y aportación al logro de la misión y metas programáticas de la organización

## Conclusión

En este ensayo teórico se ilustra la exclusión de las personas con discapacidad de la fuerza laboral pero al mismo tiempo su potencial para aportar al desarrollo de las organizaciones y la sociedad. La revisión de literatura y las investigaciones presentadas demuestran el sentir de patronos sobre la integración de personas con discapacidad en las organizaciones dentro del contexto puertorriqueño donde el la capacidad de ser y hacer de la población es reconocido. Sin embargo, todavía hay mucho trabajo por hacer pues de acuerdo al Departamento del Trabajo y Recursos Humanos, en este momento histórico, apenas un 3.5% de la población forma parte de la fuerza trabajadora. Nuestra responsabilidad como académicos, científicos sociales y profesionales de la salud estriba en enfrentar los retos que lo planteado anteriormente constituye. Entre los retos que enfrentamos todos, particularmente, los profesionales del campo de la Psicología del Trabajo y las Organizaciones y la Consejería en Rehabilitación que represento; se encuentran:

- Romper con creencias estigmatizadoras y limitantes sobre la discapacidad y la persona que la posee.
- Trascender la visión de que la PI/O es una psico-técnica cuyo papel ideológico estriba en apoyar al Estado y empresas con fines de lucro para clasificar a las personas, hacer que

trabajen de forma eficiente, en menos tiempo y al menor costo (García-Ramos, 1995; 2002; Pulido Martínez, 2004; 2011).

- Promover el estudio del trabajo como constructo social y cultural que debe ser estudiado en función de la propia historicidad y de los actores/actrices que lo viven en diferentes tiempos y espacios.
- Promover la inserción de las personas con discapacidad o diversidad funcional a la fuerza trabajadora.
- Incorporar en el proceso de socialización organizacional un programa de sensibilización y transición que facilite la inserción de las personas con discapacidad o diversidad funcional a la cultura organizacional de manera que se propicien procesos efectivos de integración y participación de la minoría de mayor crecimiento a nivel mundial.

## Referencias

Americans With Disabilities Act, as amended {Acta de los Americanos con Impedimentos, según enmendada}, 104 Stat. 327 (1990).

Americans With Disabilities Act, as amended {Acta de los Americanos con Impedimentos, según enmendada}, 104 Stat. 327 (2008).

Arnau, M. (s.f.). Comités de bioética: nuevos desafíos para la inclusión de la diversidad funcional. Monografía, p. 223-224. Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos91/comites-bioetica-nuevos-desafios-inclusion-diversidad-funcional/comites-bioetica-nuevos-desafios-inclusion-diversidad-funcional.shtml>

Báez-Lebrón, M. (2012). *Análisis de la ideología del trabajo que los medios construyen y co construyen sobre la subjetividad de la discapacidad*. Investigación doctoral sin publicar. Universidad de Puerto Rico, Río Piedras, Puerto Rico.

Bureau of Labor and Statistics. (2011). *Puerto Rico Labor Force*. Recuperado en [http://www.bls.gov/eag/eag.pr.htm#eag\\_pr.f.1](http://www.bls.gov/eag/eag.pr.htm#eag_pr.f.1)

Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. (1952). Artículo II- Carta de Derechos. *Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico*. Recuperado de <http://www.lexjuris.com/lexprcont.htm>

Cruz, M. y Maldonado, A. (2009). *Factores que facilitan la retención de empleo de consumidores referidos a los programas de rehabilitación en la comunidad*. Tesis de Maestría no publicada. Escuela Graduada de Consejería en Rehabilitación, UPRRP.

De Jesús, W. (2008). *Factores asociados a la empleabilidad y colocabilidad bajo la modalidad de empleo sostenido de las persona con diagnóstico de síndrome de down*. Tesis de Maestría no publicada. Escuela Graduada de Consejería en Rehabilitación, UPRRP.

- Departamento del Trabajo y Recursos Humanos (2006). Estado de Empleo de la Población Civil No Institucional de 16 años y más. *Encuesta Especial Personas con Impedimentos en Puerto Rico*; Departamento del Trabajo y Recursos Humanos; Negociado de Estadísticas del Trabajo; División de Grupo Trabajador, 1-2.
- Departamento del Trabajo y Recursos Humanos (2010). *Personas con Impedimentos en Puerto Rico*. Encuesta Especial. Recuperado en <http://www.dtrh.gobierno.pr/pdf/>
- Departamento del Trabajo y Recursos Humanos de Puerto Rico (2011 a). Informes Estadísticos del departamento del Trabajo y Recursos Humanos. Población Civil no Institucional de 16 años en adelante durante el año 2009. *Revista Empleo y Desempleo Puerto Rico*, 3, 1-9. Recuperado:[http://tendenciaspr.uprrp.edu/trabajo/Empleo/Poblacion\\_civil\\_no\\_institucional.htm](http://tendenciaspr.uprrp.edu/trabajo/Empleo/Poblacion_civil_no_institucional.htm)
- Departamento del Trabajo y Recursos Humanos (2011). Estado de Empleo de la Población Civil No Institucional de 16 años y más. *Revista Empleo y Desempleo Puerto Rico*, 3, 1-9. Recuperado en [http://www.dtrh.gobierno.pr/pdf/Empleo\\_Desempleo\\_Marzo\\_2011.pdf](http://www.dtrh.gobierno.pr/pdf/Empleo_Desempleo_Marzo_2011.pdf)
- Departamento del Trabajo y Recursos Humanos (2012). Estado de Empleo de la Población Civil No Institucional de 16 años y más. *Encuesta Especial Personas con Impedimentos en Puerto Rico*; OPPI y Departamento del Trabajo y Recursos Humanos; Negociado de Estadísticas del Trabajo; División de Grupo Trabajador, 1-2. [http://www.oppi.gobierno.pr/Censo\\_DTRH\\_PERSONAS\\_IMPEDIMENTO%20PR\\_2012.pdf](http://www.oppi.gobierno.pr/Censo_DTRH_PERSONAS_IMPEDIMENTO%20PR_2012.pdf)
- Department of Labor. (2012). Removal of Job Training Partnership Act Implementing Regulations. *Federal Register*, Volume 77, Number 250, p.76861-76862. Recuperado de <https://webapps.dol.gov/federalregister/HtmlDisplay.aspx?DocId=26562&AgencyId=15&DocumentType=2>
- Equal Employment Opportunity Commission (EEOC). (s.f.). Recuperado de <http://www.eeoc.gov/>
- Employment and Disability Institute (2011). *2011 Disability Status Report*. Cornell University. [http://www.disabilitystatistics.org/StatusReports/2011-PDF/2011-StatusReport\\_US.pdf?CFID=1967887&CFTOKEN=17793837&jsessionid=843032f5e510ac08cf52b727f2ad65762344](http://www.disabilitystatistics.org/StatusReports/2011-PDF/2011-StatusReport_US.pdf?CFID=1967887&CFTOKEN=17793837&jsessionid=843032f5e510ac08cf52b727f2ad65762344)
- Fair Labor Standards Act of 1938, as amended [29 U.S.C.A. § 201 et seq.], US Department of Labor (1938). Recuperado de <http://www.dol.gov/whd/regs/statutes/FairLaborStandAct.pdf>
- García-Ramos, T. (1995). *Sociología de la Psicología: Determinantes sociológicos de los orígenes de la psicología industrial*. (Disertación doctoral no publicada). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.

- García, T. (2002). La Psicología Industrial Organizacional (PIO). ¿Para qué? Apuntes sobre la historicidad de la PIO para un análisis discursivo en la era postrabajo. *Revista Psychikós*, Departamento de Psicología, Universidad de Puerto Rico.
- Hernández, M. (2010). *Factores que influyen la retención en el empleo de personas con impedimento desde la perspectiva de un grupo de patronos del sector privado: un grupo focal*. Tesis de Maestría no publicada. Escuela Graduada de Consejería en Rehabilitación, UPRRP.
- Ley 238 de 2004. Carta de Derechos de las Personas con Impedimentos. Recuperado en <http://www.lexjuris.com/lexlex/leyes2004/lexl2004238.htm>
- Ley 72 de 1986. Ley de Incentivo Patronal Incentivo Patronal. Recuperado de <http://laconsejeria.blogspot.com/2006/05/leyes-de-puerto-rico-que-son-para.html>
- Ley 44 de 1985. Ley de Prohibición de Discrimen contra Impedidos, según enmendada. Recuperado de <http://www.lexjuris.com/LEXMATE/Impedidos/lexl1985044%20Ley%20para%20Impedidos.htm>
- Oficina del Procurador de Personas con Impedimentos (OPPI). (2003). *Estudio de empleados con impedimentos en las agencias de gobierno 2002-2003*. Oficina de Planificación. Puerto Rico.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (s.f.). *El Factor Habilidad: contratar a personas Con discapacidad favorece la actividad comercial*. Recuperado de [http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/multimedia/video/public-service-announcements/WCMS\\_237876/lang--en/index.htm](http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/multimedia/video/public-service-announcements/WCMS_237876/lang--en/index.htm)
- Organización Mundial de la Salud. (2013, septiembre). *Discapacidad y Salud*. Nota descriptiva N°352. Recuperado en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Resumen del Informe Mundial de la Discapacidad*.
- Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial. Recuperado en [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf)
- Pulido -Martínez, H. (2004). En búsqueda de una psicología crítica en los ámbitos laborales. *Universitas Psychologica* [en línea], 3. Recuperado de [sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/descarga.php?id=98](http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/descarga.php?id=98)
- Pulido-Martínez, H. (2011). Psicología y trabajo: una relación bajo examen. En B.P. Ballesteros de Valderrama y H. Escobar-Melo (Eds.). *Psicología y Política Públicas. Aportes desde la Academia*, 123-144. Bogotá. Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
- Rehabilitation Act of 1973 [Ley de Rehabilitación de 1973], Pub. L. No. 93-112, 87 Stat. 355, 29 U.S.C. 701. Recuperado de: [www.usbr.gov/cro/pdfsplus/rehabact.pdf](http://www.usbr.gov/cro/pdfsplus/rehabact.pdf). (1973).
- Rehabilitation Act of 1973 [Ley de Rehabilitación de 1973], Pub. L. No. 93-112, 87 Stat. 355, 29 U.S.C. 791, 793, 794. (1973) Recuperado de: [www.usbr.gov/cro/pdfsplus/rehabact.pdf](http://www.usbr.gov/cro/pdfsplus/rehabact.pdf).

- Romañach, J. y Lobato, M. (2005). Diversidad Funcional: nuevo término para la lucha por la dignidad del ser humano. *Bioética y Diversidad*. Recuperado en [http://www.foroindai independiente.org/files/documentos/bioetica/Bioetica\\_y\\_diversidad\\_funcional%20discapacidad.pdf](http://www.foroindai independiente.org/files/documentos/bioetica/Bioetica_y_diversidad_funcional%20discapacidad.pdf)
- Ruíz, D. y Córdova, M. (2011). La actitud gerencial en el reclutamiento de personas con impedimentos en Puerto Rico. Recuperado de [http://quest.uprrp.edu/Quest\\_files/ProceedingsQ9/Poster\\_session/actitudes\\_gerenciales\\_discapacitados.pdf](http://quest.uprrp.edu/Quest_files/ProceedingsQ9/Poster_session/actitudes_gerenciales_discapacitados.pdf)
- Ruíz, I. (2006, julio). Leyes relacionadas al empleo de las personas con impedimentos. *Revista Jurídica de LexJuris Puerto Rico*, 9 (2). Recuperado de <http://www.lexjuris.com/revista/opcion1/2006/Empleo%20de%20las%20Personas%20con%20Impedimentos.htm>
- Small Business Act as amended of 1953. {Ley de Pequeños Negocios, según enmendada } Pub. L. No. 85-536, *Policy of Congress*. 15 USC 631.(1953). Recuperado de [http://www.sba.gov/sites/default/files/Small%20Business%20Act\\_0.pdf](http://www.sba.gov/sites/default/files/Small%20Business%20Act_0.pdf)
- Szymanski, E. y Parker, R. (2009). *Work and Disability*. [3rd. Ed] Austin, Texas: Pro-ed.
- Unidad Antidiscrimen de Puerto Rico (septiembre, 1999). *Revista UAD*. UAD: agencia delegada de EEOC, I (1), 11-12, 14-23 Departamento del Trabajo y Recursos Humanos de Puerto Rico.
- Workforce Investment Act, as amended of 1998. {Acta de Inversión a la Fuerza Trabajadora, según enmendada}, 112 Stat. 936 (1998).

## Los Retos y Desafíos del Síndrome de la Tourette en la Psicología: Agenda del Presente y Futuro<sup>1</sup>

Eduardo Luis Rodríguez Ramos, Psy.D  
Universidad de Puerto Rico  
eduardo.rodriguez13@upr.edu

Emily Rosa Matos, MA  
Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico  
erosa.matos@gmail.com

### Resumen

El Síndrome de Tourette ha sido poco estudiado en Puerto Rico. Los niños diagnosticados con el síndrome manifiestan condiciones neurológicas y congénitas que ocasionan problemas de comportamiento en el entorno social y educativo. Se estima que unos 200,000 norteamericanos padecen de la forma más severa del síndrome y esta cifra continua en aumento. El Capítulo de Puerto Rico de la *Tourette Syndrome Association* indicó que al 2006 unas 35 familias tienen algún miembro que padece de este trastorno en la isla pero no cuentan con los servicios necesarios para manejar la misma. Estas estadísticas son las únicas existentes al presente. La revisión de literatura demuestra que en Puerto Rico no existen programas para capacitar, identificar e intervenir con personas diagnosticadas con el síndrome de la Tourette. Los profesionales de la psicología deben estar comprometidos con los nuevos retos de concientización sobre el trastorno de manera que puedan ejercer su profesión de forma apropiada. Se recomienda desarrollar talleres para los profesionales de la psicología a raíz de los nuevos cambios presentados por el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 2013)*, que estén dirigidos a la identificación del síndrome, a los diagnósticos y a las técnicas de intervención así como a la psicoterapia del cliente y sus familiares. En el artículo se presentarán estadísticas y algunas recomendaciones que arrojó la revisión de literatura estudiada, basada mayormente en los folletos preparados por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América que pueden ser utilizadas en el diseño de planes e intervención confiables que permitan atender las necesidades de los clientes con el Síndrome de la Tourette y las de sus familias.

Descriptores: Síndrome de la Tourette, profesionales de la salud, conocimiento, trastornos, desórdenes asociados

### Abstract

Tourette's Syndrome has been barely researched in Puerto Rico. The children diagnosed with this syndrome present congenital and neurological symptoms that can cause behavioral problems that affect their learning capabilities and the development of social skills. It has been estimated that about 200,000 North Americans suffer the most severe traits of the condition

---

Recibido: 2 de junio de 2014.

Sometido para evaluación: 1 de julio de 2014.

Aceptado para publicación: 24 de septiembre de 2014.

and this number is still increasing up till today. The Puerto Rican Chapter of the Tourette Syndrome Association indicated that by 2006 about 35 families had a member that presented the symptoms of this disorder but lacked the necessary resources to manage and treat them adequately. These statistics are the only existing data available at the present. Research shows that in Puerto Rico there are no programs designed to identify, educate, and treat people with Tourette's Syndrome. It is the duty of the psychology health professionals in the Puerto Rican society to be committed to attend the important task of promoting awareness and education about Tourette's Syndrome. It is advisable to elaborate seminars and conventions to educate the professionals in the psychology field based on the changes presented by the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (American Psychiatric Association, 2013) to enhance knowledge about the process of identification, diagnosis, intervention and psychotherapeutic techniques. This article provides statistics and offers various recommendations based mainly on the literature provided by the Center for Disease Control and Prevention which can be useful to develop a reliable plan to manage the necessities of the Tourette clients and their families in Puerto Rico.

**Keywords:** Tourette's Syndrome, health professionals, knowledge, disorder, associated disorders

Los profesionales de la psicología están comprometidos con el desarrollo del conocimiento sobre la conducta humana, con mejorar la comprensión que las personas tienen de sí mismas y de los demás, y con utilizar dicho conocimiento para promover el bienestar humano en su contexto social (Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico, 1998). Además, tienen un rol importante en el ejercicio de su profesión al enfrentar diferentes retos relacionados con su disciplina. El Síndrome de la Tourette es uno de estos retos ya que es una condición poco estudiada en Puerto Rico, con grandes implicaciones para la práctica de la psicología. Por su naturaleza y consecuencias, afecta la salud y el desarrollo de las personas que lo padecen. El rechazo y la marginación que estas personas experimentan agravan mucho más su situación al ver cómo su calidad de vida se empobrece, las oportunidades de relacionarse socialmente y de conseguir un empleo satisfactorio son escasas y el sentimiento de aislamiento y soledad aumentan. Tanto los psicólogos como otros profesionales de la salud están llamados a intervenir en este asunto, ya sea como parte de un proceso de ayuda o como agentes de cambio, creando conciencia acerca de la condición y las limitaciones que conlleva.

Auger (2008) informa que en la Isla se desconoce cuántas personas viven día a día con vocalización o movimiento corporal súbito e involuntario ocasionado por el Síndrome de la Tourette. El Capítulo de Puerto Rico de la *Tourette Syndrome Association* (APR & TSA), creado en el 2006, revela la presencia de la condición en miembros de al menos 35 familias residentes en Puerto Rico. Los estudios de investigación llevados a cabo por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (2013) revelan que el Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades del Desarrollo en Estados Unidos ha identificado un déficit de conocimientos y recursos que la salud pública debe subsanar para aumentar el conocimiento y tratamiento de personas con el Síndrome de la Tourette. La carencia de conocimiento acerca de esta condición justifica y exige un estudio dirigido a describir el desarrollo del síndrome así como los síntomas que se asocian con otros trastornos. Asimismo, un estudio que describa y evidencie

los efectos y consecuencias de este trastorno ofrecería una base científica fundamental para la psicología y otros profesionales en el campo. Este acercamiento conlleva examinar la historia sobre la condición y los tratamientos diseñados a lo largo del tiempo.

### Historia

El Síndrome de la Tourette es un trastorno neurológico caracterizado por movimientos repetitivos e involuntarios cuya emisión de sonidos vocales se denominó como tics, por lo que también es conocido como la enfermedad de tics. El trastorno lleva el nombre del doctor Georges Gilles de la Tourette, neurólogo, quien en 1885 diagnosticó la enfermedad (Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares, 2012).

Los primeros síntomas del Síndrome de la Tourette se suelen observar entre los cinco y diez años de edad. Los tics usualmente empeoran durante momentos estresantes o de gran emoción y tienden a disminuir cuando la persona está tranquila o concentrada en una actividad. (CDC, 2013) La severidad o frecuencia de los tics contribuye al rechazo por parte de otras personas, lo que a corta edad puede suponer consecuencias graves en la escuela y entre los pares, afectando adversamente el desarrollo social de los niños, niñas y adolescentes.

### Prevalencia

Según el Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares, (2012), se calcula que 200,000 norteamericanos padecen de la forma más severa del Síndrome de la Tourette. De este número, una de cada 100 personas con la condición presenta síntomas más leves y menos complejos, tales como tics motores o vocales crónicos o los tics pasajeros de la niñez. Aunque el Síndrome de la Tourette puede manifestarse como condición crónica con síntomas que persisten durante toda la vida, la mayoría de las personas que padecen del mal presentan los síntomas más severos durante los primeros años de la adolescencia y van mejorando al avanzar hacia la fase más tardía de la adolescencia y posteriormente en la adultez.

### Etiología Genética

La etiología del Síndrome de la Tourette aún no ha sido identificada en su totalidad. No obstante, el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (2013), establece que este trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., cocaína) o a otra afección médica (p.ej., síndrome de Huntington, encefalitis posviral). En algunas familias se ha detectado un patrón hereditario, compatible con un rasgo genético autosómico recesivo (Llera, 2009). Al examinar factores de riesgo y causas, las investigaciones y los estudios genéticos actuales indican que el Síndrome de la Tourette es heredado por un gen dominante, con un 50% de probabilidad de que los padres transmitan el gen a sus hijos (CDC 2013). Los niños varones con estos genes tienen tres o cuatro veces mayor probabilidad de presentar los síntomas de la condición que las niñas.

El Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares (2012) indica que en las personas con el Síndrome de la Tourette presentan anomalías en ciertas regiones del cerebro (incluyendo los ganglios basales, lóbulos frontales y corteza cerebral), los circuitos que hacen interconexión con esas regiones y los neurotransmisores (dopamina,

serotonina y norepinefrina) que llevan a cabo la comunicación entre las células nerviosas. Otros estudios han sugerido que el Síndrome de la Tourette es un trastorno complejo desde el punto de vista genético que posiblemente sucede como resultado del efecto de la interacción entre múltiples genes y factores ambientales (CDC 2013). Al presente, los científicos están estudiando otras causas y factores de riesgo ambientales que pueden estar contribuyendo al Síndrome de la Tourette. García et al. (2006) presentaron un estudio indicando que pueden existir diferencias en la definición fenotípica de los individuos afectados. Aunque hasta el momento se acepta que el Síndrome de Gilles de la Tourette y sus trastornos asociados forman parte de un mismo espectro de trastornos que comparten la misma etiología genética común, estos últimos tienen una alta prevalencia en la población. No obstante, su presencia en las familias puede deberse a otras causas, incluidos los factores ambientales.

### Síntomas del Síndrome de la Tourette

Como ya se ha indicado, el Síndrome de la Tourette es una combinación de movimiento crónico y tics vocales (Halgin & Krauss, 2009). Se caracteriza por movimiento o vocalizaciones involuntarias, rápidas y recurrentes. Para el Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares (2012), los tics del Síndrome de la Tourette se clasifican entre simples y complejos. Los tics simples son movimientos repentinos, breves y repetidos que involucran un número limitado de grupos musculares, mientras que los tics complejos son patrones de movimientos específicos que abarcan varios grupos musculares.

El Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares, (2012) identifica y presenta algunos ejemplos de los tics simples: parpadeo, gestos visuales poco comunes, muecas faciales, encogimiento de hombros, sacudir la cabeza o los hombros, carraspear la garganta repetidamente, olfatear o hacer gruñidos. Por otra parte, en los tics complejos podrían estar presentes las muecas faciales combinadas con torceduras de la cabeza, encogimiento de hombros, manoseo de objetos, brincar, saltar, agacharse, retroceder o doblar el cuerpo. Existe un pequeño porcentaje de personas con la condición que profieren obscenidades (llamado coprolalia). Estos casos son los que producen mayor discapacidad y rechazo por parte del resto de la población (Halgin & Krauss, 2009).

### Síntomas y trastornos asociados

El Síndrome de la Tourette a menudo está acompañado de otras afecciones relacionadas, tales como el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDHA), y el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) entre otros problemas manifestados en el comportamiento y la conducta. La combinación del Síndrome de la Tourette y estas otras afecciones conlleva un mayor riesgo de padecer o manifestar problemas sociales, de comportamiento y de aprendizaje. Precisamente, esta combinación de síntomas de otros trastornos puede complicar el diagnóstico y el tratamiento del Síndrome de la Tourette (CDC, 2014). Esta realidad genera mayores retos, no sólo para las personas que padecen la condición sino también para la familia y los profesionales de la psicología.

Los resultados de un estudio realizado por el CDC (2014) indican que el 79% de los niños que recibieron el diagnóstico del Síndrome de la Tourette también recibieron otros diagnósticos médicos, tanto del de comportamiento como otros relacionados con el desarrollo evolutivo. En

los niños con Síndrome de la Tourette, el 64% tuvo trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH); el 43% problemas de comportamiento, como el Trastorno de Oposición Desafiante (ODD) o Trastornos Conductuales (CD); el 40% presentó problemas de ansiedad; el 36% depresión; y el 28% retrasos evolutivos que afectan la capacidad del aprendizaje. Ante esta situación, los profesionales de la psicología se enfrentan a nuevos retos para auscultar la presencia de otros trastornos y los problemas que presentan los niños con el Síndrome de la Tourette a fin de identificar e interpretar cómo los mismos le afectan en su desarrollo integral ya sea de naturaleza personal, social y educativa. Como resultado se espera intervenir psicológicamente de manera efectiva y apropiada para atender los retos que cada situación presenta.

### El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales y el Síndrome de la Tourette

Al igual que otros trastornos de la infancia, la definición del Síndrome de la Tourette ha experimentado cambios. Uno de estos cambios fue la eliminación del término "estereotipado". Este cambio busca establecer una diferencia entre el Síndrome de la Tourette y el Trastorno de Movimientos Estereotipados (Martínez & Rico, 2013). Mientras en esta última condición están presentes los movimientos impulsivos, rítmicos, autoestimulantes, calmantes e intencionales, no sucede lo mismo en el caso de personas con el Síndrome de la Tourette. (*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*, 2000). Otra de las modificaciones está en el criterio B del manual citado, indicando la presencia de los tics de forma persistente durante doce meses. Además, se elimina el término de período libre de tics para mantener la confiabilidad en el diagnóstico (Martínez & Rico 2013).

Según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (2013), para que el diagnóstico del Síndrome de la Tourette se sostenga, debe incluir cada uno de los siguientes criterios:

- a. Los tics motores múltiples y uno o más tics vocales han estado presentes en algún momento durante la manifestación de la condición, aunque no necesariamente de forma concurrente.
- b. Los tics pueden aparecer intermitentemente en frecuencia pero persisten durante más de un año desde la aparición del primer tic.
- c. Comienza antes de los dieciocho años.
- d. La condición no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., cocaína) o a otra afección médica (p.ej., enfermedad de Huntington, encefalitis posviral).

### Tratamiento del Síndrome de la Tourette

Se ha observado que algunos fármacos ayudan a disminuir los tics producidos por el Síndrome de la Tourette. Estos fármacos aumentan los neurotransmisores de Dopamina y pueden disminuir los tics. Entre estos se encuentran la levodopa y el pergolide, agonista del receptor de dopamina que ha puesto en duda la hipótesis de la supersensibilidad del receptor de dopamina.

Frecuentemente la morbilidad principal no se origina en los tics, sino en las manifestaciones asociadas, como los comportamientos obsesivos compulsivos, trastorno por déficit de atención y otros trastornos de comportamiento o de aprendizaje, y es entonces en estos otros trastornos en los que se debe enfocar el profesional de la salud (Calderón González y Calderón Sepúlveda, 2003).

Según el CDC (2014), los medicamentos no eliminan los tics por completo pero ayudan a controlar los síntomas cuando éstos interfieren con el funcionamiento de quien lo padece. No existe un medicamento universalmente aplicable para todas las personas por lo que es importante médicamente el tratamiento adecuado para cada persona en particular, ya que en ocasiones los efectos secundarios podrían ser de mayor complejidad que la misma condición. El objetivo médico es aplicar el mejor tratamiento y por consiguiente el medicamento y las dosis que produzcan los mejores resultados con los menores efectos secundarios posibles CDC (2014).

Además de estos tratamientos las intervenciones psicológicas pueden aportar y contribuir a la salud del cliente. La terapia conductual es un tratamiento que específicamente opera de manera funcional en las personas con el Síndrome de la Tourette ya que les ayuda a modificar y a controlar sus tics. Según el CDC (2014), la terapia conductual lleva a las personas a reducir el número, la gravedad y el impacto de los tics mediante técnicas de inversión de hábito y técnicas de relajación. Lavoie (2011) informa que la terapia conductual ejerce un efecto positivo no sólo sobre los tics, la conducta y los pensamientos, sino también sobre la actividad cerebral. La terapia lleva a la restauración cognitiva y modifica aquellos aspectos fisiológicos y conductuales relacionados con la condición.

#### Necesidad de adiestramiento

La revisión de literatura demuestra que en Puerto Rico no existen programas de adiestramientos dirigidos a los profesionales de la salud ni a los educadores para que éstos aumenten su conocimiento sobre el Síndrome de la Tourette. Proveer experiencias educativas que capaciten a los psicólogos ha sido particularmente limitante en la identificación del síndrome y el desarrollo de técnicas de psicoterapia y educativas. Evidencia de esto es el estudio de Rodríguez et al. (2007), con los maestros en Puerto Rico el cual indica que el Departamento de Educación de Puerto Rico no cuenta con los recursos ni las estrategias necesarias para identificar a los niños con síntomas asociados al diagnóstico del Síndrome de la Tourette. Por consiguiente, resulta difícil el poder ubicarlos en una corriente de Educación Especial. De ahí que se haga imperiosa la necesidad de capacitar a los psicólogos y otros profesionales de manera tal que puedan identificar a las personas con el Síndrome de la Tourette y brindarles la orientación e intervención necesarias.

El CDC (2014) reconoció que el diagnóstico y el tratamiento del Síndrome de la Tourette podrá mejorar cuando los proveedores de atención médica y los educadores cuenten con la información actualizada y precisa acerca de la condición. Un dominio de la información resultaría idóneo para la práctica y ejercicio de la psicología con los clientes asociados al síndrome. Otro elemento de vital importancia para unas intervenciones y tratamientos exitosos es conocer directamente la experiencia de las personas que padecen esta condición y aquellas otras personas que forman su entorno familiar, escolar, laboral o social, resaltando la

singularidad de cada persona con esta condición y la importancia de diseñar un tratamiento que se ajuste a sus necesidades.

El CDC (2014) señala que el Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades del Desarrollo se unió a la Asociación del Síndrome de Gilles de la Tourette (TSA) para proveer programas educativos y capacitar a médicos, profesionales relacionados a la salud personal de las escuelas, así como a pacientes con el Síndrome de la Tourette. Los programas se crearon con el propósito de aumentar la concientización sobre el Síndrome de la Tourette y de mejorar la educación de aquellos que viven con el mismo, sus cuidadores y los que trabajan con ellos con el fin de que estas personas fueran más aceptadas y logaran tener éxito en la escuela y en el trabajo (CDC, 2014). Actualmente, el Programa Alcance en los CDC y la TSA han puesto en marcha más de 250 programas educativos para 32,000 profesionales y miembros de la comunidad en los cincuenta estados de los Estados Unidos, así como en Washington, D.C., las Islas Vírgenes de EE. UU., Puerto Rico y Canadá (Educación y capacitación CDC, 2014).

Los profesionales de la psicología deben estar comprometidos con los nuevos retos de concientización e intervención con pacientes que presentan el Síndrome de la Tourette. De esta manera ejercerán la profesión de forma competente, profesional y ética para lograr una educación y calidad de vida apropiada de las personas que tienen la condición así como ayudar a sus cuidadores. Educar a los profesionales de la psicología y a la comunidad en general acerca del Síndrome de la Tourette contribuye a minimizar las limitaciones emocionales, personales y sociales de las personas afectadas ya que esta acción se presenta como una alternativa de naturaleza preventiva para los profesionales de la psicología y la comunidad en general. Es una oportunidad que promueve la intervención psicológica ante una condición que impacta a la salud en la sociedad actual.

### Conclusiones Generales

La falta de oportunidades educativas que enfrentan los profesionales de la psicología en relación al diagnóstico del Síndrome de la Tourette representa limitaciones para emplear y desarrollar herramientas útiles para el entendimiento, identificación y tratamiento adecuado para las personas con dicha condición. En Puerto Rico, la identificación de niños o adolescentes con el Síndrome de la Tourette debe formar parte de la práctica de los profesionales de la psicología en Puerto Rico. Es importante que estos ofrezcan información a los que padecen el Síndrome de la Tourette, a sus familiares, el área escolar y la comunidad en general, así como reconocer los síntomas del Síndrome de la Tourette y los trastornos asociados. Jurado Chacón y Jurado Chacón, (2002) indicaron que los diferentes profesionales relacionados con la salud (médicos, farmacéuticos, psicólogos, enfermeros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales, entre otros) y los educadores de enseñanza intermedia deben recibir formación académica sobre esta condición. Estos autores indican que es importante que los profesionales conozcan cómo pueden identificar los tics, el déficit de atención con hiperactividad y los trastornos obsesivos compulsivos y el proceso de aprendizaje de sus pacientes. En este sentido, los psicólogos están ante un gran reto para la práctica e intervención profesional. El mismo consiste en reconocer e identificar la necesidad de diagnosticar estas condiciones en cada uno de los clientes. El profesional de la psicología debe reconocer y ser empático en cuanto la naturaleza de cada una de las condiciones antes identificada y cómo las mismas, en una manera

u otra, afecta el comportamiento de éstos en su contexto personal, social y educativo. Por consiguiente, y teniendo en cuenta las condiciones, características y necesidades de cada caso, es pertinente diseñar y establecer las estrategias, el modelo, las técnicas de intervención psicológicas y educativas. Se espera que mediante la intervención psicológica el cliente aprenda a manejar cada una de las condiciones de manera que modifique su conducta y actitudes, desarrollando confianza en sí mismo e interaccionado positivamente en su contexto social. Además se espera que logre un desarrollo integral óptimo.

### Recomendaciones

Para desarrollar el conocimiento sobre el Síndrome de la Tourette es importante capacitar a los profesionales de la psicología para que estos puedan promover el bienestar individual y social. Por medio de la educación, Jurado Chacón y Jurado Chacón (2002) indican que se puede brindar diversos servicios dirigidos a:

- a. Crear conciencia de la conducta del cliente de manera tal que él mismo esté consciente de cuán necesaria e importante es la ayuda psicológica y cómo se beneficiaría de un tratamiento.
- b. Incrementar la autoeficacia del cliente para que él mismo desarrolle sus habilidades y destrezas dirigidas a manejar la condición y lograr su pleno desarrollo.
- c. Psicoterapia para disminuir el estrés, la ansiedad y la depresión. Esto puede contribuir a reducir la gravedad de los tics, no como mecanismo directo sino más bien al reducir las condiciones comórbidas que los exacerban. Capacitar al cliente mediante el aprendizaje de destrezas o habilidades como lo es la relajación para reducir el estrés que exacerba los tics; de esta manera se contribuirá a manejar los mismos y enfrenar los retos y tareas que le depara la vida.
- d. Reforzar la conducta del cliente mediante el reconocimiento y el apoyo social, de manera que aumente la autoconfianza y la motivación. Por consiguiente el cliente adoptara un comportamiento social adecuado y una autoestima positiva.

En resumen, el conocimiento documentado del Síndrome de la Tourette y de los servicios pertinentes para los clientes forma parte integral del campo de la psicología y permitirá aplicarla con sentido y adecuación. Asimismo, habrá que reconocer que una aplicación bien encaminada de dicho conocimiento y servicios redundará en el compromiso de los profesionales de la salud. Finalmente, la divulgación y discusión de las investigaciones de los especialistas de esta condición neurológica promoverá el desarrollo de técnicas, estrategias y modelos de instrucción psicológica para los pacientes del síndrome Gilles de la Tourette.

### Referencias

Auger, Carmen., (2008, febrero 10). Trastorno afecta a 35 familias en la Isla. *Primera Hora*. Recuperado de <http://www.primerahora.com/noticias/puerto-rico/nota/trastornoafectaa35familiasenlaisla-234802>

- Calderón González, R. & Calderón Sepúlveda, R.F. (2003). Síndrome de la Tourette: espectro clínico y tratamiento. *Revista de Neurología*, 36(7), 679-688. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/3607/o070679.pdf>
- Center for Disease Control and Prevention (2013). Datos sobre el Síndrome de Tourette. Recuperado de <http://www.cdc.gov/ncbddd/Spanish/tourette/facts.html>
- Center for Disease Control and Prevention (2014). Datos y estadísticas. Recuperado de <http://www.cdc.gov/ncbddd/Spanish/tourette/data.html>
- Center for Disease Control and Prevention (2014). Educación y capacitación. Recuperado de <http://www.cdc.gov/ncbddd/Spanish/tourette/education.html>
- Center for Disease Control and Prevention (2013). Estudios de Investigación. Recuperado de <http://www.cdc.gov/ncbddd/Spanish/tourette/research.html>
- Center for Disease Control and Prevention (2013). Factores de riesgo y causa. Recuperado de <http://www.cdc.gov/ncbddd/Spanish/tourette/riskfactorr.html>
- Center for Disease Control and Prevention. (2014). Otros problemas y afecciones. Recuperado de <http://www.cdc.gov/ncbddd/Spanish/tourette/otherconcerns.html>
- Center for Disease Control and Prevention.. (2014). Tratamientos. Recuperado de <http://www.cdc.gov/ncbddd/Spanish/tourette/treatments.html>
- García Cerén, J., Valencia Duarte, A., Cornejo, J., Carrizosa, J., Cuartas, J., Zuluaga Espinosa, N., Bedoya, G., & Ruiz Linares, A. (2006). Análisis de ligamiento genético del síndrome Gilles de la Tourette en una familia colombiana. *Revista de Neurología*, -42- (4), 211-216. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/3607/o070679.pdf>
- Halgin, P.R., & Krauss W. S. (2009). *Psicología de la anormalidad: Perspectivas clínicas en los trastornos psicológicos* (5<sup>ta</sup> ed.). México: McGraw-Hill/Interamericana editores, S.A. de C.V. 404.
- Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares. (2012). Recuperado el (25-mayo-2014). Recuperado de [http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/sindrome\\_de\\_tourette.htm?css=print](http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/sindrome_de_tourette.htm?css=print)
- Jeste, D.V., Lieberman, J.A., Fassler, D. & Peele R. (2013). *DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5th ed.). American Psychiatric Association. Washington, DC. London, England.
- Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico. (1988). *Revista Puertorriqueña de Psicología*, (1998). 5(1), 71-82. Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico.

- Jurado Chacón, D., & Jurado Chacón, S. (2002). La educación del paciente, la familia y el entorno en el Síndrome de Tourette. *1<sup>er</sup> Congreso Nacional de Síndrome de Tourette y Trastornos Asociados*. Asociación Andaluza de pacientes con Síndrome de Tourette y Trastornos Asociados. (pp.78-89). Recuperado de [http://www.tourette.es/userfiles/files/publicaciones/Congreso\\_Tourette%20Libro\\_.pdf](http://www.tourette.es/userfiles/files/publicaciones/Congreso_Tourette%20Libro_.pdf)
- Lavoie, M. (2011, abril). La terapia cognitivo conductual puede ser eficaz en el tratamiento del síndrome de Tourette. *International Journal of Cognitive Psychotherapy*, (1), 34-35. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/tratamientos/psicoterapias-144/cognitivo-conductual/la-terapia-cognitivo-conductual-puede-ser-eficaz-en-el-tratamiento-del-sindrome-de-tourette/>
- López-Ibor Aliño, J.J., & Valdes Miyar, M. (2002). DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Barcelona: Masson, 130.
- Llera, V.A. (2009). Síndrome de Tourette. *Guía de Recursos de Enfermedades Raras*. (93-94). IntraMed: Ed. 1<sup>ra</sup>. Recuperado de [http://www.intramed.net/userfiles/file/guia\\_web1.pdf](http://www.intramed.net/userfiles/file/guia_web1.pdf)
- Martínez, B., & Rico, D. (2013) DSM-5 ¿Qué modificaciones nos esperan?. Recuperado de [http://portal.uned.es/pls/portal/docs/page/uned\\_main/launiversidad/vicerrectorados/extension/dicap/recursos/publicaciones/documentosprivados/dsm%20v%que%modificaciones%20%esperan%5d.pdf](http://portal.uned.es/pls/portal/docs/page/uned_main/launiversidad/vicerrectorados/extension/dicap/recursos/publicaciones/documentosprivados/dsm%20v%que%modificaciones%20%esperan%5d.pdf)
- Rodríguez Ramos, Eduardo Luis., Veray Alicea, Jaime., & García, Aida. (2007). *Diseño de programa de capacitación a maestros/as en estrategias de enseñanza y el manejo de niños/as diagnosticados/as con Síndrome de la Tourette de 7 a 12 años*. Disertación Doctoral, Universidad Carlos Albizu, San Juan, P.R.

## Reseña del texto: Origen, desarrollo y naturaleza de los intereses del Dr. Gabriel Cirino Genera

Shirley E. González Tardí, Ed.D., CPL  
Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico  
[sgonzalez@pucpr.edu](mailto:sgonzalez@pucpr.edu)

### Resumen<sup>1</sup>

El propósito de la reseña fue realizar una evaluación y valoración crítica de la obra *Origen, desarrollo y naturaleza de los intereses*. El texto resulta ser una excelente exposición del *Modelo General del Desarrollo de Intereses* del Dr. Gabriel Cirino Genera (2013). Dicha obra es de gran valor teórico y práctico para el campo de la consejería profesional y otras disciplinas. Desde la perspectiva teórica el texto ayuda a los profesionales de diferentes campos del saber a comprender mejor el origen y desarrollo de los intereses en los seres humanos, así como la naturaleza de estos. Desde la perspectiva práctica, suministra a los profesionales de la conducta detalles valiosísimos para intervenir más acertadamente con sus clientes. El texto ayuda a concienciarse de lo trascendental que es descubrir en una persona sus habilidades o destrezas, valores ocupacionales y cualidades personales (actitudes), para facultarlas a desarrollar una vida laboral plena.

Palabras claves: Intereses, desarrollo, consejería.

### Abstract

The purpose of this review was to present a critical evaluation of the book *Origin, development, and nature of the interests*. The referred text has an excellent description of the model: *General Model of the Interest Development* of Dr. Gabriel Cirino Genera (2013). Dr. Genera's work provides theory and practice of great value to the counseling profession and other related disciplines. From the theoretical perspective his text provides a better understanding of the origin and development of human related interests as well as their nature. From the counseling profession practice viewpoint, it provides the tools for assertive intervention with clients. This literary work provides useful learning experiences concerning interests of clients. It also stresses the relevance of understanding the transcendental component in the exploration of the abilities and skills, occupational values, individual qualities and attitudes that aid in a rewarding lifelong working experience.

Key Words: Interests, development, counseling.

---

Recibido: 20 de junio de 2014.

Sometido para evaluación: 30 de junio de 2014.

Aceptado para publicación: 6 de octubre de 2014.

**A**ntes que todo, es preciso definir operacional y teóricamente el constructo que está bajo la consideración de este artículo: los intereses ocupacionales o vocacionales. Los intereses son definidos operacionalmente por el Dr. Gabriel Cirino Gerena (2013) como las reacciones de agrado, indiferencia o desagrado a una categoría de actividades y ocupaciones. En cambio, teóricamente se ha definido como la necesidad aprendida de realizar diferentes tipos de actividades.

De acuerdo a Cirino Gerena, los intereses son un grupo de necesidades psicológicas que el ser humano debe satisfacer tanto en el ambiente laboral, como en el tiempo de ocio. De esta forma los intereses influyen y median una gran parte de las actividades o dinámicas que los seres humanos realizan a lo largo de su existencia. Por lo tanto, al seleccionar una carrera en la juventud o adultez temprana la persona debe considerar sus intereses como uno de los atributos particulares y esenciales al elegir a qué se dedicará durante su vida. De esta forma, la expectativa de desempeños en un empleo y el sentido de adecuación hacia el mismo podría tener un gran efecto en el desarrollo de aquellos intereses que la persona experimentó en las etapas más tempranas de su vida: la infancia y la niñez.

Cabe destacar, que existe abundante evidencia, de acuerdo a Cirino Gerena, de que los patrones de intereses tienden a estabilizarse o afianzarse durante la adolescencia y la adultez temprana, pero tienden a cambiar muy poco en la adultez de un ser humano. Sin embargo, es muy poco lo que se conoce al presente de por qué y cómo ocurre esta estabilización, lo que sí se sabe es que los intereses tienen un componente cognitivo y afectivo. Todo esto es importante, ya que como puede observarse, los intereses son un tema central en la mayoría de las personas. Por consiguiente, muchas de las decisiones trascendentales del ser humano se fundamentan en sus intereses particulares.

#### Análisis del texto

El texto bajo escrutinio y análisis es uno expositivo. Si se considera lo que significa este término, se puede decir que supone definir, informar, explicar, aclarar, discutir, probar y recomendar algo de lo que se está argumentando. Por consiguiente, la función primordial del texto se centra en ofrecer una explicación en relación a un tema, de importancia, que este caso son los intereses. Finalmente, el exponer significa contestar preguntas como las siguientes: ¿Qué es?, ¿Cuál es su importancia?, ¿Qué significa?, ¿Qué importancia tiene? y ¿Cómo se hace?

El Dr. Gabriel Cirino Gerena inició el texto con unas nociones históricas bastante generales del origen y desarrollo de los intereses vocacionales que emergen en los seres humanos. Igualmente lo hace al escribir de algunas de las teorías de la consejería de carreras que han emergido desde que se inició el campo de la orientación y consejería a nivel profesional. A juicio de la autora de este artículo, la obra hubiese sido de mayor valor para los profesionales que se inician en el campo de la consejería profesional y de

la psicometría, si se brindara un trasfondo histórico mucho más extenso en estas secciones del texto. De esta forma, el manuscrito lograría convertirse en un libro de texto para algún curso relacionado a la consejería de carreras o de la psicometría. Sin embargo, de la forma en que está plasmada la información, el texto sólo sirve como un libro de referencia para algunos temas de los bosquejos temáticos de uno o varios de los cursos de los programas de consejería profesional u orientación como se le denomina en otros países del mundo como son España y los territorios de América Central y Sur América (en esas regiones se le denomina al campo, como orientación educativa y profesional u orientación educativa y ocupacional), así como, de los programas de psicología.

Sin ánimo de desmerecer el gran mérito y valor que tiene este texto para la población puertorriqueña e hispanoparlante, parece ser que la intención del autor era plasmar su propia teoría del origen, desarrollo y naturaleza de los intereses, lo cual es muy apreciable y valioso, puesto que existen pocos textos escritos por hombres y mujeres puertorriqueños que esbocen sus hipótesis y teorías dentro del campo de la consejería de carreras.

La obra del Dr. Gabriel Cirino Gerena viene a llenar un vacío y espacio dentro de varios campos profesionales de la salud mental, como son la consejería profesional, la consejería en rehabilitación, la psicología industrial y la psicología clínica, entre otros. Al presente, se ha escrito muy poco en relación a este tema, por lo que hay una gran necesidad de seguir investigando y escribiendo de esta temática, así como, de otros temas análogos dentro de estos campos profesionales, ya que permiten abordar aspectos sociales y culturales de la sociedad puertorriqueña. El texto de Cirino Gerena es un compendio del trabajo de gran parte de su vida laboral. Si bien es cierto que la investigación no es una faena fácil en ningún país, no es menos cierto, que en Puerto Rico resulta más difícil llevar a cabo una labor investigativa, puesto que este asunto no ha sido uno vital para ninguna de las administraciones gubernamentales de Puerto Rico desde que emergió como una nación.

Es importante mencionar que Cirino Gerena en su obra expone la variedad de métodos que se han utilizado a lo largo del tiempo para medir los intereses ocupacionales o vocacionales. El título del texto explica de una forma resumida los primeros temas que se exponen en dicho texto. Igualmente, son los temas fundamentales del manuscrito en los cuales se abunda en las primeras secciones del texto, por lo que este título resulta muy pertinente para su obra. Por otro lado, los títulos de los ocho capítulos y de las tres partes que constituyen el texto son también claros y concisos.

El lenguaje utilizado por el autor en su generalidad es comprensible. Aunque sobre todo favorece en gran manera el que el texto contenga un glosario antes de las referencias del libro en el cual se definen un considerable número de conceptos mencionados a lo largo del texto. Por otra parte, el texto está escrito en su totalidad en primera persona. De esta forma da la impresión de que el autor tenía el objetivo de aproximarse de una manera estrecha a sus lectores, máxime que el texto es el fruto de

su labor investigativa. Además, para este tipo de trabajo a un autor le resulta más conveniente escribir en primera persona, a pesar de que esto le resta cierta formalidad en relación a la forma y estilo en que se escribe un texto.

El texto de Cirino Gerena (2013) en su totalidad consta de tres partes y la obra está dividida en ocho capítulos. La Parte I, lleva por título *Trasfondo histórico y medición*. Esta parte del libro es la más extensa, ya que en ella se plasma un trasfondo de la historia y etiología del tema de la medición de los intereses ocupacionales, de las teorías de la consejería de carreras y de los inventarios de intereses vocacionales que se han creado hasta el presente en los Estados Unidos de América, Puerto Rico y otros países hispanoparlantes. Dicha parte contiene tres capítulos. El Capítulo 1 fue denominado como *Breve trasfondo histórico*. El Capítulo 2 se nombró *Teorías sobre intereses* y el Capítulo 3 se llamó *Medición de los intereses: Desarrollo y características de los inventarios*.

La Parte II del texto se identificó como *Origen, cambio, desarrollo y naturaleza de los intereses* y esta consta de dos capítulos: *Bases para una nueva teoría* (Capítulo 4) y *Sobre el origen, desarrollo y naturaleza de los intereses* (Capítulo 5). Al comparar la extensión de las tres partes de la obra, ésta es la menos voluminosa, pero contiene algunas secciones que resultan algo repetitivas, principalmente en el Capítulo 5. De hecho, ese capítulo contiene dos resúmenes en los cuales se recapitula algunas ideas en dos ocasiones diferentes, lo cual resulta redundante en algunos momentos, por lo que convendría revisar este capítulo en una futura edición del texto. La Parte III del texto, se designó *Investigaciones realizadas a base de la teoría*, y consta de tres capítulos. El Capítulo 6 lleva por título *Investigaciones iniciales: Las categorías de intereses*. El Capítulo 7 se nombró *Investigaciones basadas en la teoría: El desarrollo del aspecto afectivo de los intereses*. Finalmente, el Capítulo 8 se denominó *Consideraciones finales*. Esta parte del texto inicia con las suposiciones e hipótesis esbozadas por el autor de la obra en relación al desarrollo de los intereses. Como puede observarse, esta parte del texto incluye la tesis o teoría propuesta por Cirino Gerena del trabajo de su vida. En dicho capítulo resume las investigaciones que el autor ha llevado a efecto para llegar a sus enunciados teóricos.

#### Sinopsis del texto

El Capítulo I, designado como *Breve trasfondo histórico* ilustra el origen, la etiología y desarrollo teórico de los intereses vocacionales que surgen en las personas. De acuerdo al Dr. Gabriel Cirino Gerena, las primeras teorías relacionadas a los intereses se desarrollaron antes de la década de los años treinta, pero se ampliaron con mayor ímpetu en la década de los años setenta. Cabe recalcar, que como consecuencia del gran éxito obtenido con el estudio y desarrollo de las pruebas psicológicas de inteligencia, se aplicaron los mismos principios, métodos y estrategias de estas pruebas, al estudio, medición y normalización de los inventarios de intereses vocacionales. Esto fue así, dado que los intereses miden los sentimientos de la conducta dirigida a ciertos estímulos, nombrados como objetos y actividades. Conjuntamente, una gran diversidad de investigaciones ha evidenciado que los hallazgos de los resultados de las pruebas de

inteligencia y de las distintas escalas de aptitudes, son muy estables a través del tiempo. De esta manera, los inventarios de intereses coleccionan los estimados que hace una persona de sus sentimientos de agrado, indiferencia y desagrado hacia ciertas actividades que puede realizar o de los indiscutibles objetos que puede manejar o manipular en un trabajo remunerado.

En su obra, el Dr. Gabriel Cirino también enfatizó en el Capítulo I que existen diferentes tipos de intereses, según varios teóricos como son: Douglas H. Freyer y Donald E. Super. El autor de la obra, mencionó que en la década de los años 30, Douglas H. Freyer reconoció dos tipos de intereses: los intereses objetivos y los intereses subjetivos. En términos generales, las medidas objetivas tratan de determinar cuán fuerte son las medidas de los intereses que se mantienen a lo largo del tiempo, la distancia, el fracaso o el éxito de una persona. Las medidas subjetivas suponen el preguntarle a la persona su opinión personal al respecto. Por otro lado, Donald E. Super identificó cuatro tipos de intereses, pero una década más tarde, estos son: los expresados, los manifestados, los examinados o los inventariados.

Los intereses expresados son aquellos que la persona expresa oralmente cuando se le pregunta en relación a sus intereses. Por consiguiente, estos se revelan o manifiestan verbalmente. En cambio, los intereses manifestados son aquellos que se infieren de la conducta de la persona, a través de su participación en ciertas actividades o del comportamiento exteriorizado en un grupo. Por su parte, los intereses examinados son aquellos que se miden mediante una prueba de conocimiento o a través del vocabulario en diferentes materias. Por último, los intereses inventariados son aquellos que son medidos mediante un cuestionario o inventario de intereses desarrollados científicamente.

El Capítulo 2, titulado *Teorías sobre intereses* aborda diferentes teorías que explican el origen de los intereses de acuerdo a las investigaciones que han elaborado una variedad de teorizantes. De esta forma, en dicho capítulo se exponen algunos de los modelos del desarrollo de los intereses vocacionales más conocidos por los consejeros profesionales, aunque lastimosamente no están todos. Entre las ideas más prominentes reseñadas por Cirino Gerena (2013) en el Capítulo 2, se encuentran las siguientes:

- 1) Los intereses son el producto de la interacción entre factores endocrinos y neurológicos heredados, por un lado, y por la oportunidad y la valoración social, por el otro.
- 2) Los intereses tienen su origen en la niñez y dependen del ambiente emocional creado por los padres y las motivaciones. Por lo tanto, las primeras reacciones de agrado, indiferencia o desagrado que experimenta un infante, son el producto de estímulos relacionados a las urgencias biológicas. Eventualmente, mediante el aprendizaje asociativo la persona aprende a reaccionar afectivamente a los estímulos sociales.

- 3) Las habilidades promueven el desarrollo de intereses. De hecho, estos últimos correlacionan moderadamente con las habilidades. En cambio, el aprendizaje de los intereses tienen factores hereditarios en interacción con el ambiente por lo que los intereses involucran tres elementos esenciales: las cogniciones, las conductas y el ambiente (físico y social), los cuales determinan en forma recíproca y dinámica el desarrollo de los mismos.

El Capítulo 3, nombrado *Medición de los intereses: Desarrollo y características de los inventarios* expone que la medición mediante inventarios de intereses está inevitablemente atada a las teorías de intereses. Cirino Gerena (2013) discute tres de los inventarios de intereses de mayor trayectoria en la historia de los Estados Unidos de Norteamérica, el de Edward Kellog Strong desarrollado en la década de los años 20, el de Frederic Kuder creado en la década de los años 60 y el de John Lewis Holland desarrollado en la década de los años 50 y mejorado en la década de los años 80. Cabe mencionar, que las escalas del inventario de intereses de Strong no están basadas en ninguna teoría. No empecé a esto, algunas de las mayores ventajas de las escalas ocupacionales de Strong son las que siguen:

- 1) Las escalas por ocupaciones son una forma económica de combinar los intereses relevantes en una ocupación.
- 2) La inclusión de algunos reactivos sutiles, cuyo contenido no puede ser asociado racionalmente con una carrera, son efectivos para reducir la posibilidad de una respuesta fingida. Por ejemplo, “jugar golf” con su asociación con la profesión de un doctor en medicina.
- 3) Los problemas de la interpretación de intereses se subsanan al agrupar las escalas de aquellos intereses que son similares, porque se puede hablar de áreas de mayor interés antes de dialogar de intereses específicos en las ocupaciones.
- 4) Una de las fortalezas de las escalas Strong es que se ha demostrado que la similitud del patrón de respuesta del cliente con el de las personas en una ocupación, está relacionada con la satisfacción y permanencia en la ocupación.

Cabe enfatizar, que las escalas de la primera versión del inventario de intereses Strong para hombres agrupó las siguientes clasificaciones: ciencias biológicas, ciencias físicas, supervisión técnica, oficios técnicos y diestros, servicio social, estético-cultural. Las escalas para mujeres congregó las siguientes clasificaciones: musicales-de actuación, arte, verbal-lingüísticos, servicio social, verbal-científicos, militares-gerenciales, comerciales, economía, doméstica, salud y servicios relacionados.

En relación al inventario de intereses de Kuder, una de sus mayores ventajas es que posee escalas homogéneas de intereses, o sea, miden áreas de intereses al igual que las escalas lógicas o teóricas. En otras palabras, esto quiere decir que el tipo de agrupación de los reactivos para representar una dimensión de intereses es a base de la naturaleza

de los reactivos. Por ende, todos los reactivos incluidos en una escala comparten un mismo contenido. Las categorías o clasificaciones de están contenidas en el inventario de intereses Kuder son las que siguen: aire libre, manual, cómputos, científica, persuasiva, artística, literaria, musical, servicio social y de oficina. En las escalas Kuder, los intereses son actividades que trascienden una ocupación en particular, porque son comunes a las diferentes carreras. Por consiguiente, en las escalas homogéneas, cada reactivo se considera un indicador de una tendencia a preferir un tipo de actividad.

En último lugar, el beneficio que posee el inventario de intereses de Holland es que consiste ser un inventario de personalidad que mide distintos tipos de personalidad. Las categorías incluidas en este instrumento son: realista, investigativa, artística, social, empresarial y convencional. Al presente, existe evidencia empírica de que los tres tipos de inventarios reseñados son escalas válidas y confiables.

Según Cirino Gerena (2013), en los países Latinoamericanos se utilizan traducciones en español de los inventarios de intereses de Edward K. Strong (incluyen regularmente alrededor de 30 escalas), Frederic Kuder (incluyen 10 escalas) y John L. Holland (incluyen 6 escalas). De hecho, dadas las características psicométricas de dichos instrumentos, todos los inventarios que existen al presente, son variantes de estos. Cabe recalcar que en el 1970, en Puerto Rico se instauró por primera vez, el *Inventario Puertorriqueño de Intereses Vocacionales*. Este instrumento, comparte características del inventario creado por Strong y del inventario desarrollado por Kuder. Ocho años después de haber sido establecido, se le modificó su nombre a *Inventario Cirino de Intereses (ICI)*. Con el devenir del tiempo, en el 1983, se publicó el *Sistema Cirino para la Planificación Ocupacional*, el cual incluye el *Inventario Cirino de Intereses* y una variedad de autoevaluaciones como son: las de habilidades, las de valores ocupacionales y las de rasgos de personalidad.

El Capítulo 4, designado como *Bases para una nueva teoría* intenta exponer la teoría del desarrollo de los intereses del autor del texto. En esencia, el capítulo comienza con un resumen de lo que se sabe y no se conoce de los intereses. De acuerdo a Cirino Gerena han pasado casi tres cuartos de siglo de investigaciones en la medición de los intereses, en las cuales, se han alcanzado avances sustanciales. Sin embargo, su origen y desarrollo sigue siendo algo restringido al presente. Para Cirino Gerena, los vectores o líneas investigativas en relación a los intereses ocupacionales han seguido dos vertientes paralelas, aunque dichas vertientes investigativas no convergen una con la otra. La primera vertiente conjetura el examen de las categorías básicas de los intereses y la relación entre estas. La segunda vertiente está relacionada con el examen de los factores que promueven el desarrollo del aspecto afectivo de los intereses, una vez este acontece. Esto significa que se investigan aquellos factores que aumentan los sentimientos de agrado, indiferencia o desagrado hacia las actividades, eventos, objetos (cosas) y experiencias ocupacionales. En el capítulo se menciona también que hay diferencias importantes en los intereses de los hombres y las mujeres por lo que los creadores de los inventarios de intereses deben tratar sobre todo de reducir los elementos sexistas en los reactivos e intentar dirigirse a obtener la equidad entre los

sexos. Por otro lado, Cirino Gerena (2013) ha enfatizado en diferentes partes del texto, en relación a la importancia de incluir instrucciones concretas en los inventarios de intereses para intentar que el examinando o la examinanda distinga entre los intereses y otras características humanas y para que no concluya que tiene la habilidad para cada ocupación. De igual forma, en este capítulo se exponen cómo el autor del texto extiende que se originan los intereses, qué son los intereses, cuál es su naturaleza de los mismos, cómo estos cambian, cómo se desarrollan y cómo se definen los mismos. También se presenta el origen, cambio y desarrollan de conceptos relacionados a los intereses y la justificación para la creación de una nueva teoría de esta naturaleza.

El Capítulo 5, titulado *Sobre el origen, desarrollo y naturaleza de los intereses* muestra las necesidades psicológicas que explican el origen y desarrollo de los intereses. En este capítulo, el autor planteó cuál es la naturaleza psicológica de los intereses y cómo se convierten en rasgos o disposiciones personales. Por esta razón, los inventarios de intereses se pueden utilizar para medir la personalidad. Para Cirino Gerena, la mayoría de los supuestos o principios que éste propone no son nuevos, sino que se sustenta en otros investigadores y teóricos que le han precedido. Entre los supuestos esenciales de su nueva teoría se encuentran los siguientes:

- 1) Los intereses surgen en la niñez como parte del esfuerzo del ser humano por organizar el mundo a base de conceptos clasificatorios. Por lo tanto, los conceptos clasificatorios de actividades corresponden a las áreas de intereses y las ocupaciones, mientras que las ocupaciones incluyen actividades heterogéneas. El desarrollo de afecto hacia las mismas se centra en dos o más categorías de actividades incluidas en cada ocupación.
- 2) Inicialmente surge un número reducido de categorías amplias. Sin embargo, a medida que los infantes (niños y niñas) se desarrollan cognitivamente, surgen categorías más específicas y complejas. Las categorías amplias y las más específicas coexisten y pudieran considerarse como niveles de especialidad de los conceptos.
- 3) Las necesidades psicológicas se satisfacen al realizar actividades apropiadas a cada necesidad. La satisfacción de dicha necesidad resulta en un sentimiento de placer ligado a la necesidad.
  - a) La *necesidad de competencia* se satisface cuando la persona realiza un tipo de actividad que le permite obtener información, aprender, demostrar o desarrollar sus capacidades, completar una tarea con éxito. El tipo de actividad que satisface la necesidad de competencia varía de una persona a otra dependiendo de los atributos de la persona (las capacidades, los rasgos de personalidad y los valores, entre otros), de características sociales como su cultura, sexo y nivel social. El sentirse competente produce en un ser humano, sentimientos de satisfacción y placer.

- b) La *necesidad de autonomía* se satisface cuando la persona lleva a cabo una actividad que le permite tomar control de una situación, tomar decisiones y reafirmar que es una persona única y distinta a las demás. El tipo de actividad que satisface la necesidad de autonomía varía de una persona a otra dependiendo de aspectos sociales y culturales. El sentirse autónomo, en control de una situación, produce en la persona sentimientos de satisfacción y placer.
  - c) La *necesidad de aprobación y afiliación* (pertenencia) se satisface cuando la persona realiza una actividad que resulta en reacciones de aprobación por parte de las personas significativas. El tipo de actividad que satisface la necesidad de aprobación y pertenencia varía de una persona a otra, dependiendo de aspectos sociales y culturales. El sentirse que la actividad realizada es aprobada por el grupo en que se desempeñó también produce aprobación y que se es parte de un grupo, produce sentimientos de satisfacción y placer.
- 4) Hay diferencias individuales en la intensidad con que se tienen las necesidades psicológicas. Cirino Gerena (2013) postuló en el capítulo que existen como mínimo tres niveles de intensidad de intereses: alta, promedio y baja. Por lo tanto, existiendo por lo menos tres necesidades básicas y tres niveles de intensidad, existen al menos nueve patrones o percentiles diferentes que distinguen a las personas.
  - 5) Las personas buscan sus intereses en el medio ambiente y prestan atención a las actividades que le permitan satisfacer sus necesidades psicológicas. El interés en una actividad particular surge cuando la persona percibe que realizando dicha actividad (en la realidad o fantasía) puede satisfacer una o más de sus necesidades psicológicas. Esa percepción le lleva a anticipar la satisfacción que podría recibir al realizar la actividad.
  - 6) Los niños pequeños no pueden o no se les permite realizar la mayoría de las actividades que le interesan por lo que, para satisfacer sus necesidades psicológicas, recurren a los juegos, la observación de modelos que le permiten realizar las actividades vicariamente al identificarse con dichos modelos, y a la fantasía.

En el Capítulo 5, también se definen las variables incluidas en la teoría de Cirino Gerena, las necesidades psicológicas como son la necesidad de competencia, la necesidad de autonomía y la necesidad de aprobación y afiliación, entre otros aspectos. La necesidad de competencia se define como la inclinación a controlar, modificar y dominar el medio ambiente y superar los retos y obstáculos que este supone. En cambio, la necesidad de autonomía se define como aquella necesidad que tiene el ser humano para afirmar su identidad personal, de desarrollarse como ser único, particular, con características individuales que le distinguen de los demás; de tener control de sus actuaciones. Por su

parte, la necesidad de aprobación implica el deseo de que el grupo al cual se desea pertenecer, endose y acepte las acciones que esta realiza. Simultáneamente, Cirino Gerena (2013) postuló las hipótesis que fundamentan su teoría y el *Modelo General del Desarrollo de Intereses* de su Teoría. Dicha teoría se sustenta en una perspectiva social-cognitiva, aunque no explica concretamente cómo surgen los intereses en el ser humano.

El Capítulo 6, titulado *Investigaciones iniciales: Las categorías de intereses* recapitula en las investigaciones formales que llevó a cabo el Dr. Cirino Gerena. En dicho capítulo explicó claramente las tres investigaciones que realizó para construir su *Modelo General del Desarrollo de Intereses* enfocado en una perspectiva social-cognitiva. Cirino Gerena escribió, además, en relación a la metodología investigativa que utilizó en sus investigaciones: población, descripción de la muestra, instrumentos de investigación y el procedimiento llevado a cabo en cada estudio científico realizado. De la misma manera, el autor discutió los análisis estadísticos que utilizó en el proceso de establecer la validez y confiabilidad de las escalas de sus inventarios de intereses, así como, de cada uno de los instrumentos desarrollados. Además, Cirino Gerena señaló algunas de las limitaciones de sus investigaciones.

El Capítulo 7, designado como *Investigaciones basadas en la teoría: El desarrollo del aspecto afectivo de los intereses* comienza con la discusión que Cirino Gerena hace en relación con otra investigación que hizo (la cuarta), la cual es necesaria para poder ilustrar parte de los supuestos, deducciones y conclusiones de su teoría. Este capítulo plasma la metodología investigativa que usó y los resultados de esa investigación para seguir profundizando en su *Modelo General del Desarrollo de Intereses*.

El Capítulo 8, titulado *Consideraciones finales* ilustra cuál es la función principal de una teoría y el poder cumplir con la rigurosidad de lo que constituye ser una buena teoría. Los principales requisitos para ello, son los siguientes:

- 1) Incluir una serie de hipótesis que estén sujetas a corroboración mediante la investigación científica.
- 2) Debe contribuir a desarrollar un mejor entendimiento del campo, al explicar las observaciones existentes.
- 3) Debe permitir que se genere nuevo conocimiento.

De acuerdo a Cirino Gerena, la función primordial de una teoría es ayudar a conceptualizar un campo del saber y relacionar de forma coherente una serie de observaciones que de otra manera parecerían datos inconexos. Por otro lado, el autor del texto trata de responder afirmativamente a las siguientes preguntas: ¿Cuán amplia es la teoría?, ¿Son lógicamente consistentes los componentes de la teoría?, ¿Con qué claridad se presentan los supuestos teóricos?, ¿Se pueden medir los conceptos propuestos?, ¿Incluye hipótesis

que puedan someterse a verificación científica?, ¿Cuán bien explica los hechos que se conocen?, y ¿Permite obtener nuevos conocimientos?

### Conclusión

El propósito de esta reseña fue realizar una evaluación y valoración crítica de la obra *Origen, desarrollo y naturaleza de los intereses* del Dr. Gabriel Cirino Gerena (2013). Una vez completado este análisis, se puede concluir que el texto del Dr. Gabriel Cirino Gerena, constituye una obra de gran valor teórico y práctico para el campo de la consejería profesional, entre otras disciplinas. Desde la perspectiva teórica, el texto ayuda a los profesionales de diferentes campos del saber a comprender mejor el origen, desarrollo y naturaleza de los intereses en los seres humanos y muy particularmente en la cultura puertorriqueña. Desde la perspectiva práctica de la profesión, suministra a los docentes, estudiantes y profesionales, detalles muy valiosos para intervenir más acertada y pertinentemente con sus clientes. Por lo tanto, este texto permite conocer detalles significativos de las teorías de consejerías de carreras y de los inventarios de intereses, instrumentos potencialmente valiosos dentro de la práctica profesional.

En conclusión, el libro resulta ser sumamente importante para aquellos profesionales que trabajan con clientes en el campo de la consejería profesional y consejería en rehabilitación, dado que una de las metas principales de la consejería de carreras es precisamente propiciar experiencias de aprendizaje de los intereses, particularmente en áreas no tradicionales para un sexo u otro. Por otro lado, este texto ayuda a los profesionales a concienciarse cada vez más de lo importante que es enseñarles a los clientes en los procesos de intervención, el descubrir cuáles son sus habilidades o destrezas, los valores ocupacionales y las cualidades personales (actitudes), entre otros aspectos, para facultarlos a desarrollar una vida laboral plena en un ambiente de cambios constantes, como los que acontecen en la sociedad moderna.

Por último y no menos importante, una de las mayores contribuciones del texto es que presenta un marco teórico conciso y explícito de cómo surgen los intereses. Dicho marco teórico contiene supuestos teóricos importantes para el suministro de los servicios de la consejería de carreras. Cada uno de los ocho capítulos escritos por Cirino Gerena (2013), ayuda a explicar aspectos medulares relacionados al origen, desarrollo y naturaleza de los intereses en un ser humano. Por lo tanto, se les provee a los lectores, especialmente a los principiantes de los programas de consejería profesional, consejería en rehabilitación y psicólogos, a desarrollar una idea más amplia de una teoría que aborde elementos socioculturales de la sociedad puertorriqueña.

El texto incluye los conceptos centrales de la teoría de Cirino Gerena, los cuales están claramente definidos. Al mismo tiempo, contiene hipótesis específicas, fundamentadas en las investigaciones formales. Sin embargo, como se especificó anteriormente, es muy poco lo que se conoce de por qué y cómo ocurre la estabilización de los intereses en una persona. Igualmente, falta profundizar en relación a lo que ocurre en la mente de las personas cuando responden a un inventario de intereses. Para investigar este

aspecto, habría que considerar las siguientes cuatro interrogantes que plasmó Cirino Gerena en su obra: 1) ¿qué se hace?, 2) ¿a quién o a qué se dirige la acción?, 3) ¿para qué se realiza? y 4) ¿en qué tipo de ambiente se hace? Si bien es cierto que el texto resulta ser una excelente exposición del *Modelo General del Desarrollo de Intereses*, no es menos cierto, que son muchas interrogantes a las que hay que responder aún en el ámbito de los intereses. A pesar de las grandes virtudes del texto, a juicio de la autora de este artículo, la obra de Cirino Gerena debe ser revisada en el futuro, para eliminar aquellos aspectos que resultan redundantes dentro de la obra.

#### Referencias

Cirino Gerena, G. (2013). *Origen, desarrollo y naturaleza de los intereses*. Hato Rey, PR: Publicaciones Puertorriqueñas, Inc.