

Volumen 1 / No. 1
Marzo, 2015

INCLUSIÓN

Revista Profesional del Colegio de los Profesionales de la Consejería en Rehabilitación de Puerto Rico, Inc.

*Colegio de los Profesionales de la
Consejería en Rehabilitación de
Puerto Rico, Inc.*



INCLUSIÓN

Revista Profesional del Colegio de los Profesionales de la Consejería en Rehabilitación de Puerto Rico, Inc.

Volumen 1
No. 1
Marzo, 2015

Colegio de los Profesionales de la Consejería en Rehabilitación de Puerto Rico, Inc.



Tabla de Contenido

<i>Rehabilitación en adicción a sustancias: Indicadores de riesgo y estrategias de manejo durante el proceso de recaída de la mujer dependiente a sustancias</i> Amarilys Cortés Castillo	1
<i>Inclusión social de la persona con discapacidad intelectual: Barreras y recursos para su logro</i> Rául Rivera Colón	10
<i>Exploración de la Consejería en Puerto Rico: ¿Hacia dónde nos dirigimos?</i> María del C. Rodríguez Morales	17
<i>El grado de resiliencia de los estudiantes con discapacidades de una universidad privada del área de Puerto Rico y el nivel de ejecución en su aprovechamiento académico</i> Sandra D. Pietri Montalvo	27
<i>Evaluación del Cuestionario Millon para la medicina conductual y diagnóstica “Millon Behavioral Medics Diagnostic”- MBMD</i> María L. Díaz-Porto Robles	34

Mensaje Presidenta del CPR

Saludos!

*Es con sumo placer que les presento la primera edición de un sueño hecho realidad, nuestra Revista Profesional **Inclusión**.*

Hace varios años un grupo de compañeros se unieron para discutir asuntos propios de nuestra profesión y entre ellos la importancia de la investigación y la divulgación. A través de la divulgación de investigaciones relevantes a nuestro contexto podemos avanzar en el conocimiento y desarrollo de nuevas estrategias de prestación de servicios de calidad. Además, las publicaciones en revistas profesionales nos permiten solidificar el campo de la rehabilitación.

Espero que la lectura de Inclusión sea una de su agrado y que contribuya a su desarrollo profesional. Recuerden que la revista representa un foro de divulgación de información propia del campo de la rehabilitación y los exhorto a colaborar para el éxito de la misma.

No puedo finalizar sin ofrecer mi más sincera felicitación y agradecimiento por todo el esfuerzo dedicado y el compromiso demostrado por parte de cada una de las personas que estuvieron involucradas en cada fase de este proyecto y que hoy se ha concretizado.



Lesley Odette Irizarry Fonseca, Ph.D. CRC

Mensaje Presidenta Comisión de Publicidad



Con gran entusiasmo y motivación presentamos la primera edición de la Revista Profesional Inclusión. Un proyecto que se ha logrado publicar gracias a la colaboración de una diversidad de profesionales, principalmente del área de la Consejería en Rehabilitación.

Deseo resaltar la colaboración de Yashira Cortés Pabón, José Lionel Velázquez Altagracia, Ángel A. Villafañe Santiago, Josué Giménez Santana, Marie Lee Loperena Montalbán y Dalila Luyanda Santiago, quienes colaboraron en diferentes etapas para el desarrollo y formación de esta Revista Profesional.

Esta primera edición cuenta con cinco artículos sometidos por profesionales de la Consejería en Rehabilitación, quienes abordan temas de rehabilitación en adicción a sustancias, inclusión social, exploración de la Consejería en Puerto Rico, resiliencia en estudiantes con discapacidades y evaluación del cuestionario Millon Behavioral Medics Diagnostic. Agradecemos cada una de sus colaboraciones y aportaciones a nuestra clase profesional.

Te invitamos a unirte al grupo de profesionales que aportan con sus trabajos investigativos al enriquecimiento del campo de la Rehabilitación y al mejoramiento del trabajo que brindamos a la población que servimos en diversos escenarios.

María del C. Rodríguez-Morales, MRC

JUNTA EDITORA

Editora Principal

Elba Ríos González

Miembros Junta Editora

Noel Estrada Hernández

Roberto L. Frontera Benvenutti

Ernesto Pérez Cartagena

Abraham Pérez Valentín

Beatriz Rivera Urrutia

Carmelo Rodríguez Pérez

COMISIÓN DE PUBLICIDAD

Presidenta

María del C. Rodríguez Morales

Miembros

Zulmary Larregui Dennis

Marie Lee Loperena Montalbán

Deila Meléndez Avilés

Colaboradores

Gretchen M. Carrasquillo Ramos

Ileana M. Martínez Lugo

Marisabel Ortiz Robles

Arelis Soto Santiago

Edwin Veléz Santiago

Colegio de los Profesionales de la Consejería en Rehabilitación de Puerto Rico, Inc.

P.O. Box 194329 • San Juan, PR 00919-4329

Tel: (787) 751-2280

Fax: (787) 754-5800

Correo electrónico: cpcr.pr@gmail.com

Comisión de Publicidad: publicidad.cpcr@gmail.com

Página web: <http://cpcr-pr.org>

Rehabilitación en adicción a sustancias: Indicadores de riesgo y estrategias de manejo durante el proceso de recaída de la mujer dependiente a sustancias

Amarilys Cortés Castillo

Consejera en Rehabilitación

En este artículo se pretende hacer una exposición teórica y crítica sobre la temática de adicción a sustancias en Puerto Rico desde el campo de la consejería en rehabilitación. Esto, presentando un abordaje crítico y práctico sobre los indicadores de riesgo y las estrategias de manejo durante el proceso de recaída de la mujer dependiente a sustancias. Con los presentes postulados teóricos y revisión de literatura, se pretende obtener un mayor conocimiento sobre el campo de estudio de la adicción a sustancias, que permita el desarrollo de tratamientos efectivos y viables alineados a las necesidades específicas de la mujer dependiente a sustancias en Puerto Rico.

Palabras claves: *adicción a sustancias, proceso de recaída, indicadores de riesgo, estrategias de manejo, mujer dependiente a sustancias*

This article aims to make a theoretical and critical discussion of the issue of substance abuse in Puerto Rico from the field of rehabilitation counseling. This presented in a critical and practical approach on risk indicators and management strategies during relapse process of substance abuse population from the perspective of the substance dependent women. With these theoretical postulates and literature review, the aim is to obtain more knowledge about the field of study of substance addiction, allowing the development of effective and viable treatments aligned to the specific needs of the women population of substance addiction in Puerto Rico.

Keywords: *substance addiction, relapse process, risk indicators, management strategies, substance dependent women*

En Puerto Rico la adicción a sustancias representa una problemática multifactorial presente y latente en nuestra sociedad. La institución Hogares CREA Inc. de Puerto Rico es una organización privada sin fines de lucro establecida hace 40 años, con el propósito de ofrecer servicios al adicto a drogas y alcohol para reintegrarse a la sociedad como ciudadano útil, productivo y responsable de su existencia y del sostenimiento de su familia. Esta institución describe que el problema de las drogas es:

uno epidémico que impacta a todos los sectores de nuestra sociedad y la mayoría de los países del mundo. No es particular de una raza, color, edad, sexo, clase social, preparación académica, área residencial (zonas urbanas y rurales), ni de un sistema político, económico y social en particular. Es un problema multifactorial, complejo, donde muchos factores inciden tales como: emocionales, psicológicos, sociales, económicos, legales y políticos (Hogar CREA, s.f.).

Por su parte, El *National Institute of Drug Abuse* (NIDA, 2011) lo define como: “una enfermedad crónica del

cerebro, a menudo con recaídas, caracterizada por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas a pesar de las consecuencias nocivas para la persona adicta y para los que le rodean”. A ésta también se asocian una serie de alteraciones en la conducta, percepción, juicio crítico, entre otros. Además la persona presenta tolerancia y síndrome de supresión a esa sustancia lo que le llevan a desarrollar una adicción (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacoterapia Costa Rica, 2010).

La Organización Mundial de la Salud define la dependencia a sustancias como:

...un estado psíquico y a veces también físico producido por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por comportamientos o reacciones que incluyen el uso compulsivo de la sustancia, continuo o periódico, para provocar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar determinado por su ausencia (Arturo, 1996 citado en Sánchez, 2006).

Es una condición que no presenta una causa exacta, por lo tanto, ha sido asociada a múltiples factores precipitantes. Entre estos se encuentran: la genética, la presión de grupo, la ansiedad, la depresión, el estrés ambiental, entre otros (Medline Plus, 2010).

Por su parte, la Ley Núm. 67 de 1993 que crea la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción [ASSMCA] define a la persona con dependencia a sustancias como:

toda persona que habitualmente usa cualquier droga narcótica de forma tal que ponga en peligro la moral, la salud, la seguridad o el bienestar público o que está tan habituado al uso de drogas narcóticas que haya perdido el auto-control con relación al uso de las mismas (Ley 67 de 1993, p. 2).

La persona adicta a sustancias, va a pasar por una serie de etapas significativas que van a determinar su tipo de consumo: uso, abuso y dependencia.

El uso se considera cuando la persona consume la sustancia de forma ocasional, para satisfacer la curiosidad o la presión de grupo. Por otro lado, el abuso se considera cuando una persona mantiene un consumo continuo de una o varias sustancias, por lo que comienza a descuidar las obligaciones del diario vivir como: tareas del hogar, trabajo, relaciones interpersonales entre otras. Por su parte, la dependencia se considera cuando la persona presenta una necesidad compulsiva por consumir la sustancia y un patrón repetitivo de auto administración de la misma.

La adicción a sustancias está relacionada a diferentes factores de riesgo. Según plantea Clayton (1991) citado en Rhodes et al. (2003), el factor de riesgo se define como “un atributo individual, característica individual o contexto ambiental que aumente la probabilidad de uso o abuso de drogas...” El *National Institute of Drug Abuse* (NIDA, 2011) identifica tres factores de riesgo para el uso, abuso y dependencia a sustancias: la constitución biológica, el entorno o medio ambiente y la etapa de desarrollo en que se encuentre el individuo.

La constitución biológica se refiere, a la genética del ser humano, la cual puede propiciar algunos efectos en la conducta del ser humano que pueden ser resultado de un patrón de adicción a sustancias. El entorno o medio ambiente se refiere a lo que es la familia, amistades, nivel socioeconómico y calidad de vida, que son factores que forman el diario vivir del ser humano y por lo tanto van a ser importantes en la influencia sobre una persona adicta a sustancias. Por último, la etapa de desarrollo se refiere a las etapas críticas del ser humano, como es la etapa de la

adolescencia. En esta etapa del desarrollo el individuo se encuentra en un proceso de autodeterminación e identificación donde no es niño/a ni tampoco es adulto/a. Los requerimientos y expectativas sociales en ocasiones ejercen una presión que junto a los factores antes mencionados pueden tener un mayor impacto, y le puede llevar a la experimentación, uso, abuso y dependencia a sustancias.

Dentro del proceso de adicción a sustancias, uno de los aspectos que más ha sido estudiado es el proceso de recaída. Según Tims, Leukefeld y Platt (2001) la recaída es un factor persistente en el proceso de adicción a sustancias que puede ser visto como parte del proceso de aprendizaje y que también puede llevar a una recuperación. En el estudio de Daley (1987) se define la recaída como: “el ‘evento’ de reanudación de abuso de sustancias después de un periodo de abstinencia o el ‘proceso’ de volver al abuso de sustancias...” El proceso de recaída es complejo y se compone de una serie de factores que van a interactuar entre sí. Los factores que se presentan en el estudio de Daley (1987) son: factores afectivos, conductuales, cognitivos, ambientales, fisiológicos y espirituales basados en el tratamiento. Estos factores van a incidir en el proceso de recaída de un individuo adicto a sustancias. Tims et al. (2001), a su vez presentan otros factores que van a ser determinantes en el proceso de recaída: factores individuales, factores farmacológicos/fisiológicos y factores ambientales.

Los factores individuales se refieren a las características del individuo y a sus estados internos. Estos se refieren a los estados emocionales que puede experimentar una persona: ansiedad, depresión, coraje, entre otros. Por otra parte, los factores farmacológicos/fisiológicos, se refieren a la exposición de algún evento que pueda provocar algún cambio psicológico, y que como resultado puede causar en el individuo cierta susceptibilidad a la sustancia, lo que es denominado como el *craving*. El concepto de craving ha sido muy debatido dentro del estudio de la adicción a sustancias, debido a que se puede analizar desde diferentes perspectivas. Según Marlatt y Gordon (1985) citado en Larimer, Palmer y Marlatt (1999), el concepto de “urge” y craving, se define como: “... *urge*, como un reciente impulso a iniciar en un acto de alcohol, mientras que craving, se define como el deseo subjetivo de experimentar los efectos o consecuencias de este tipo de actos...” Por tanto, se entiende que el concepto de craving, explica lo que el individuo, en su carácter subjetivo, puede experimentar en momentos donde necesite la sustancia, lo cual es relevante para el conocimiento del proceso de recaída de un individuo que presente problemas de adicción a sustancias.

Por otro lado, los factores ambientales, se refieren a factores como: conflictos interpersonales, relaciones interpersonales estresantes y presión de grupo. Estos factores ambientales, se deben a los estresores del entorno que a su vez van a tener un impacto directo en el proceso de adicción de un individuo adicto a sustancias. El proceso de recaída como hemos podido observar, es un complejo e individual para cada individuo que atraviesa por un patrón de adicción a sustancias, de ahí la importancia de conocerlo desde la perspectiva teórica y fenomenológica.

Según las investigaciones realizadas se ha encontrado que la mayoría de las personas que atraviesan un proceso de adicción, desarrollan estrategias de manejo particulares para salir de la crisis. Estas estrategias de manejo pueden ser desarrolladas por el individuo o ser establecidas por un modelo o tratamiento. En el estudio de Aleixandre, Del Río y Pol (2004) se identificó una serie de estrategias de afrontamiento definidas como: “habilidades específicas puestas en práctica por el sujeto para evitar el consumo”. Las estrategias de manejo presentadas en el estudio son las siguientes: “Decir que no quiero cuando me ofrecen”, “Evitar lugares y personas relacionadas con las drogas”, “Pensar en las consecuencias negativas que acarrea el consumo” y “Simplemente no llevar dinero”. En la práctica clínica, se ha encontrado que la educación sobre la condición, la búsqueda de apoyo, la confrontación efectiva y las técnicas terapéuticas a nivel individual y grupal pueden ser estrategias de manejo viables, y de gran utilidad para establecer un plan de rehabilitación efectivo con la población adicta a sustancias. Sin embargo, es de importancia conocer cómo cada persona trabaja su adicción y las estrategias de afrontamiento pre mórbidas que puede utilizar en su proceso de recuperación, puesto que hay que señalar que este es un proceso individual.

En un informe de SAMSHA (2007), citado en Brady, Back y Greenfield (2009), se plantea que el factor de sexo se ha omitido en los estudios a pesar de que las mujeres adictas a sustancias conforman un 30% de las admisiones para tratamiento. Sin embargo, podemos constatar que a través de la historia, en el campo de la investigación sobre la adicción a sustancias, se ha observado que el enfoque de estudio se ha concentrado en el sexo masculino. Esto sin considerar, la complejidad y la manifestación de la adicción a sustancias en el género femenino. Con relación a esta variable, Covington (2008), en su estudio plantea que el género moldea el contexto en el que las mujeres viven y por lo tanto sus vidas. Además, menciona que los factores sociales y ambientales son determinantes en las diferencias de género. Señala que las diferencias de género no son innatas y no se pueden cambiar, son

adsritas por la sociedad y por tanto relacionadas a roles que se ejercen en la misma. La mujer y el hombre representan diferentes roles en la sociedad. Por tanto, el hombre y la mujer que presentan un patrón de adicción a sustancias, también van a atravesar por un proceso e impacto particular, entre otros factores a su género que parte de una construcción social.

A través de la historia, la mujer, ha pasado por una serie de cambios que han determinado su posición y rol social. En la actualidad se le conoce como la mujer del siglo 21, pero para llegar hasta aquí, ha tenido que retar el *estatus quo*, luchar y evolucionar; al punto que hoy día, representa a un grupo mayoritario que ha realizado importantes cambios en la estructura social, familiar y laboral (Daza, 2006). De un rol pasivo, pasó a uno activo. Esto se ilustra en la cita de Daza (2006) que establece claramente que, “... ese rol pasivo cambió a un rol protagónico en este nuevo tiempo...” También destaca que “Lejos quedaron aquellas épocas en las que la única opción viable para una mujer era el matrimonio y los hijos”. “Si bien no se trata de negar el aspecto fundamental que posee el desarrollo de un proyecto familiar tanto para el hombre como para la mujer, es cierto que, actualmente, las mujeres han adquirido un protagonismo relevante dentro de la vida”. Esto nos dice, que la mujer ha diversificado su rol en la sociedad, el cual ha trascendido de ser sólo vista como la cuidadora del hogar, a ser vista en otros roles de la sociedad como lo pueden ser: jefa de familia, empresaria, educadora”, entre otros. Esto le brinda oportunidades a la mujer, al igual que una serie de retos y estresores que en ocasiones las llevan a desarrollar conductas mal adaptativas y patológicas, entre éstas las conductas adictivas.

Las investigaciones realizadas dentro del campo de la adicción a sustancias indican que existen diferencias marcadas en cómo puede presentarse un patrón de adicción a sustancias en una mujer y un hombre. Según Zlupko, Kauffman y Dore (1995) se ha encontrado que dentro de las diferencias se encuentran los patrones de uso de drogas, las características psicosociales y las consecuencias fisiológicas del uso de drogas. El patrón de uso de drogas de la mujer se diferencia en diversos aspectos. Se ha encontrado que las mujeres utilizan drogas como: los tranquilizantes, los sedantes, las drogas psicoactivas entre otras, más que los hombres. También se ha encontrado que la forma de uso de sustancias se diferencia entre el hombre y la mujer. Esto debido a que la mujer tiende a utilizar sustancias en privado y el hombre tiende a utilizarlas de forma pública.

En cuanto a las características psicosociales en Zlupko,

Kauffman y Dore (1995) se señala que se ha encontrado que las mujeres, a diferencia de los hombres, presentan estresores interpersonales que provienen de su responsabilidad por el hogar y sus hijos/as. En cuanto a las consecuencias fisiológicas del uso de drogas en la mujer, se ha encontrado que las mujeres con problemas de adicción a sustancias son más propensas que los hombres a enfermarse más rápido y a presentar condiciones como: hipertensión, anemia, desórdenes gastrointestinales, entre otros. También se ha encontrado que la mujer usuaria a sustancias presenta complicaciones de reproducción, lo cual puede traer como consecuencia problemas como: infertilidad, infecciones vaginales y partos prematuros.

En un informe presentado por ASSMCA para el año fiscal 2011-2012, sobre el Programa Residencial de Mujeres, se presenta un perfil de la mujer con problemas de adicción a sustancias. En éste se describe a la mujer con problemas de adicción a sustancias, como usualmente entre las edades de 41-50 años, soltera, puertorriqueña, con un nivel académico de cuarto año y que no trabaja. Además, la presentan con algún tipo de trastorno mental, la mayoría con un diagnóstico dual.

Por otra parte, en el estudio de Rivera-Oquendo (2007) donde se utilizó una muestra de mujeres puertorriqueñas dependientes a sustancias, se encontró que las mujeres adictas a sustancias presentaban una tendencia al desarrollo de depresión y baja autoestima. Esto se relaciona, con la presión social que enfrentan y con los múltiples roles que desempeñan como madre y esposa.

En el proceso de adicción a sustancias, la mujer va a ser impactada por diferentes factores precipitantes que van a tener un efecto directo en su conducta adictiva. Según el estudio de Metz (2009), entre los factores de riesgo identificados se encuentran: personales, familiares y sociales. Los factores de riesgo personales se refieren a factores a nivel individual, que van a tener un impacto negativo en el proceso de adicción a sustancias de una mujer, los cuales pueden incluir: estrés, pobre salud, depresión, entre otros. En los factores de riesgo familiares se incluyen: historial familiar de adicción a sustancias, violencia doméstica e historial de abuso físico o sexual, que puede llevar a un trauma, lo cual en muchos de los casos de mujeres con problemas de adicción a sustancias es perjudicial. Por último, los factores de riesgo sociales incluyen: pobreza, estigma, prejuicios y violencia en la comunidad, entre otros.

La mujer que presenta un cuadro de adicción a sustancias puede ser impactada por los factores de riesgo antes mencionados, lo que a su vez puede propiciar una recaída

y afectar su proceso de recuperación. Por lo tanto, es necesario que para trabajar con esos factores de riesgo, deben identificarse y desarrollarse estrategias de manejo efectivas. En el estudio de Metz (2009), se presentaron varias estrategias de manejo, en tres categorías, que pueden ser utilizadas con esta población. Estos incluyen: los factores de protección personal, los factores de protección familiar y los factores de protección social. Los factores de protección personal se refieren a lo que la mujer en su carácter individual puede trabajar de forma positiva para su recuperación. Entre las áreas mencionadas se encuentran: la espiritualidad, trabajar con su autoestima, comunicación efectiva y motivación. En cuanto a los factores de protección familiar, se incluye la importancia del apoyo familiar que debe recibir, para así poder trabajar con su adicción de forma positiva. Por último, los factores de protección social se refieren a los recursos sociales y comunitarios que brindan apoyo a esta población, como lo pueden ser los programas comunitarios que brindan apoyo a las mujeres adictas a sustancias para trabajar con su estigma. La utilización de estas estrategias de manejo son esenciales, para evitar y trabajar en un proceso de recaída de una mujer con problemas de adicción a sustancias.

Según se menciona en el estudio de Sun (2007), la recaída es una parte normal del proceso de adicción a sustancias y no debe ser vista como un fracaso. Por lo tanto, es importante conocer los factores de riesgo y las estrategias de manejo dentro del proceso de recaída de una mujer con problemas de adicción a sustancias, para así poder obtener las herramientas efectivas, que permitan crear tratamientos viables a tono con las necesidades de esta población. En el estudio de Sun (2007) se presentan una serie de factores que contribuyen a describir los componentes del proceso de recaída en una mujer dependiente a sustancias. Entre los factores presentados por Sun (2007) se encuentran: la baja autoestima y hombres, los conflictos interpersonales o emociones negativas, la poca habilidad de romper con el vínculo de la red social de los usuarios y/o para establecer un vínculo con una red social no usuaria y la falta de conocimiento sobre su adicción y sobre estrategias de manejo para la prevención de las recaídas.

Baja autoestima y hombres

La baja autoestima es un tema crucial en mujeres con abuso de sustancia. Éstas presentan un cuadro, en el que la mujer siente que no tiene valor y que no tiene ningún propósito. En muchos de los casos, es abandonada por su pareja, lo que afecta más su estado de ánimo y autoestima. También se ha encontrado que, en muchos casos, la mujer representa el rol de ama de casa y cuando se presenta la

problemática de abuso de sustancia y es dejada por su pareja, ésta se queda sin nada. Por esta razón es doble el impacto, debido a que presenta la problemática del abuso de sustancia y su pérdida de identidad. En muchas de las situaciones, el rol del hombre es crucial en cómo las mujeres trabajan con su adicción. Esto debido que para muchas mujeres el hombre es el sostén del hogar y su única realidad.

Conflictos interpersonales o emociones negativas

Los conflictos interpersonales se presentan como el indicador de mayor impacto para el desarrollo de una recaída. Entre los conflictos interpersonales y emociones negativas que se pueden presentar en la mujer se incluyen: las pobres destrezas de comunicación, los problemas con la pareja o diagnóstico dual de alguna condición no tratada. En estos casos la mujer puede sentirse perdida, que lo ha perdido todo y que no existe nada de significado en su vida, lo que la lleva a una recaída y a enajenarse de la realidad.

Poca habilidad de romper con el vínculo de la red social de los usuarios o para establecer un vínculo con una red social no usuaria

En el proceso de adicción a sustancias, se debe considerar el retirarse de los grupos claves donde existía el ciclo adictivo, para así lograr una rehabilitación satisfactoria. En este caso, a la mujer le resulta más difícil romper con este lazo creado por su grupo, debido a que su identidad en ocasiones es definida por éste. En la sociedad, la mujer va construyendo su identidad a base de los roles establecidos, los cuales postulan la necesidad de formar relaciones, que le permitan formar parte de ésta. Por esta razón, el romper con las relaciones afines a su adicción a sustancias representa romper con lo que ella es y cree de sí misma. Entre las razones por las que no buscan relacionarse con otros grupos se incluyen sus sentimientos de vergüenza y la percepción de ausencia de valor que las lleva a verbalizar que no sirven para nada. Además, se ha encontrado que a las mujeres que no tienen un empleo y que han estado en el hogar sin trabajar se les hace más difícil romper el ciclo.

Falta de conocimiento sobre su adicción y sobre las estrategias de manejo para la prevención de las recaídas

El individuo que es adicto a alguna sustancia, en mucha de las ocasiones no se considera un adicto. La persona se convence a sí misma de que utiliza la sustancia en momentos de necesidad y nada más. Lo interesante, es que a medida que va pasando el tiempo, la persona puede buscar mayores momentos que ameriten el consumo, lo cual puede llevar a un problema de adicción. Por otro lado, existe la creencia de que una vez más, no va a tener

ningún daño. En uno de los relatos documentado en el estudio, se refiere que una mujer expresó que “pensó que el utilizar la droga una sola vez más iba a ser el fin, pero todo lo contrario, recayó a la adicción a sustancias”. Por esta razón, la persona con adicción, debe conocer cómo se manifiesta su adicción y cómo puede manejarla desde su propio marco de referencia.

En el campo de la adicción a sustancias, también se han planteado una serie de modelos de intervención para trabajar con la población adicta a sustancias. El Modelo Transteórico establecido por Prochaska y DiClemente en el 1984, es uno de los modelos teóricos más utilizados dentro del campo de la adicción a sustancias. Este modelo se enfoca en presentar el proceso de cambio que atraviesa una persona con problemas de adicción. Según la investigación de Migneault, Adams y Read (2005), este modelo ha sido utilizado para proveer una organización teórica que permita poder explicar el proceso de cambio en una persona. El proceso de cambio es definido por las etapas del proceso de cambio que incluyen: la etapa de la pre contemplación (no está consciente que tiene un problema), la contemplación (considera que tiene un problema y comienza a visualizar el cambio), la preparación (se prepara para un cambio próximo), la acción (está lista para hacer los cambios necesarios) y el mantenimiento (mantener los cambios establecidos) (Velásquez, Maurer, Crouch & DiClemente, 2001). Los procesos que surgen en cada una de las etapas ocurren de forma interactiva, debido a que cada una de ella se complementa entre sí.

Por otro lado, en el campo de estudio de adicción a sustancias, también se ha utilizado el modelo de la entrevista motivacional para trabajar con individuos que presentan la problemática de adicción a sustancias. Este modelo promueve que el individuo pueda encontrar la forma de poder comprometerse al cambio. Según es presentado en el estudio de Solomon y Fioritti (2002), la entrevista motivacional es una técnica para asistir a los individuos para que se conviertan en entes activos en el proceso de lidiar con sus problemas. Esta técnica, permite que se ayude al individuo a construir y mantener un compromiso de cambio y establecer un plan de acción para poner el cambio en acción. Según Miller y Rollnick (1999)

la entrevista motivacional es una aproximación destinada a ayudar a pacientes a que adquieran un compromiso y alcancen el deseo de cambiar. Se basa en estrategias que surgen de la consejería (*counseling*) centrada en el paciente, la terapia cognitiva, la teoría de sistemas, y la psicología social de la persuasión (p.7).

Este enfoque, le permite al profesional de ayuda centrarse en las metas del individuo y a base de esto crear sus estrategias de intervención.

Ambos modelos terapéuticos ofrecen aportaciones significativas para el tratamiento de la población con problemas de adicción a sustancias. El Modelo Transteórico establecido por Prochaska y DiClemente, ha sido un modelo que ha sentado las bases concretas en el campo del estudio de la adicción a sustancias. Los planteamientos de este modelo han servido para poder establecer un conocimiento de las etapas cruciales y significativas que experimenta un individuo con problemas de dependencia a sustancias al momento de realizar un cambio. Esto ha contribuido al conocimiento y entendimiento de esta problemática desde un marco de referencia sustancial y determinante, a individuos con problemas de adicción a sustancias, a sus familiares y a los profesionales de la salud que puedan tener sobre la misma y el desarrollo de estrategias de afrontamiento.

Por su parte, el Modelo de Entrevista Motivacional desarrollado por Miller y Rollnick en el 1991, presenta un enfoque donde se utilizan una serie de técnicas, que permiten integrar en el individuo con problemas de adicción a sustancias, el concepto de la motivación, lo cual le permitirá lograr un cambio significativo. Este modelo ha sido utilizado con esta población de forma efectiva debido, a que permite que el individuo con problemas de adicción a sustancias, pueda conocerse más a sí mismo y comprender que tiene las herramientas necesarias para realizar un cambio. Ambos modelos terapéuticos comparten el fundamento de la realización de un cambio por un individuo con problemas de adicción a sustancias. Además, plantean la necesidad de ese cambio, para que así se logre una recuperación efectiva y significativa.

En la adicción a sustancias, la recaída ha sido considerada como parte crucial e importante dentro del proceso que experimenta un individuo con problemas de adicción a sustancias. Marlat (1985) citado en Tims, et al. (2001), plantea que la recaída ha sido asociada a estados emocionales negativos o a eventos estresantes. Por lo tanto, se ha trabajado en intervenciones efectivas, que vayan dirigidas a trabajar con este aspecto en particular. Por ende, uno de los modelos de mayor utilidad para trabajar con el proceso de recaída ha sido el Modelo cognitivo-conductual de Marlatt. Según es planteado en Larimer, Palmer y Marlatt (1999), este modelo está basado en la psicología social-cognitiva e incorpora el modelo conceptual de la recaída y una serie de estrategias cognitivas y conductuales para prevenir episodios de recaída.

Según Blasco, Martínez-Raga, Carrasco y Didia-Attas (2008), el modelo se enfoca en contextualizar “la existencia de factores tanto personales como situacionales y presenta la recaída como una pérdida de control ante una situación de alto riesgo”. Las situaciones de alto riesgo se presentan en tres grupos que son: “estados emocionales negativos, conflictos interpersonales y presión social”. Por tanto, según refiere Marlatt (1999),

el individuo anticipa los efectos positivos inmediatos de la actividad (consumir la sustancia), una anticipación fundamentada en experiencias anteriores, mientras ignora o no presta atención a las consecuencias negativas involucradas a largo plazo. Estas expectativas de las consecuencias positivas son un determinante principal del abuso de sustancias. (citado en Blasco, Martínez-Raga, Carrasco & Didia-Attas, 2008, p. 368).

El enfoque de este modelo, va dirigido a trabajar con la existencia de factores personales y situacionales, los cuales van a contribuir a la pérdida de control en una situación de alto riesgo que como consecuencia produce la recaída. Por tanto, el modelo se enfoca en trabajar desde una perspectiva cognitivo-conductual, en el desarrollo de capacidades de afrontamiento dirigidas al desarrollo del control atencional, para así disminuir el desarrollo de una recaída. Esto sugiere que existen tratamientos viables para la población de individuos con problemas de adicción a sustancias durante su proceso de recaída, los cuales ofrecen diferentes enfoques efectivos para lograr una rehabilitación exitosa.

En el campo de estudio de la dependencia a sustancias, se ha demostrado que las mujeres que enfrentan problemas de adicción a sustancias, presentan un cuadro de referencia distintivo y específico a su género y a su contexto social. Por lo tanto, en el estudio de Covington (2008) se presenta un modelo llamado: *Women's Integrated Treatment (WIT)* el cual está basado en la estipulación de principios de servicios encaminados al género en específico, una base teórica e intervenciones terapéuticas multidimensionales. Este modelo presenta un cuadro descriptivo, sobre cómo se correlaciona en la mujer, la adicción a sustancias con un trauma desarrollado por un evento de abuso físico o sexual. Esto debido a que se ha encontrado que la mayoría de las mujeres que presentan problemas de adicción a sustancias, han sufrido algún tipo de violencia o abuso.

En uno de los primeros estudios realizados en mujeres con problemas de adicción a sustancias y trauma se encontró que el 74% de estas mujeres reportaron abuso sexual, el 52% abuso físico y el 72% abuso emocional. Por otra parte, en un informe presentado por ASSMCA para el año

fiscal 2011-2012, sobre una población de mujeres recibiendo tratamiento en el Residencial de Mujeres de San Juan, se presenta que un 60.3% informó que tenían un historial de algún tipo de maltrato en la niñez. Esto demuestra la importancia, de que los enfoques terapéuticos a las mujeres que presenten problemas de adicción a sustancias, estén dirigidos a cubrir las necesidades particulares que presenta esta población. Este modelo fue utilizado en una muestra de mujeres dependientes a sustancias de un programa residencial y los resultados destacaron que hubo una disminución en síntomas depresivos y asociados con el trauma. Los resultados de la investigación sugieren que este modelo puede resultar efectivo, para el ofrecimiento de tratamientos que vayan encaminados a las necesidades específicas de la población de mujeres adictas a sustancias, durante su proceso de recaída (Covington, 2008).

Por otra parte, la psiquiatra Judith Herman, (1997), citada en Covington (2008), trabaja un modelo terapéutico de tres etapas para la recuperación de un trauma. Las tres etapas que se presentan son: seguridad, recuerdo/duelo y reconexión. La etapa de seguridad enfatiza que las mujeres con problemas de adicción a sustancias presentan la necesidad de sentirse seguras. Por tanto, el profesional de la salud, debe proveer un espacio terapéutico donde la paciente se sienta segura y en control. En la etapa del recuerdo/duelo la mujer se enfoca en recordar el trauma pasado. Durante esta etapa, el enfoque es en lo perdido a raíz del evento traumático. Se menciona que, aunque hay mayor riesgo de presentar una recaída en esta etapa, los profesionales de la salud deben enfocarse en brindar estrategias de manejo efectivas que le permitan trabajar con estos factores. Finalmente, la etapa de reconexión se enfoca en el desarrollo de un nuevo yo y crear un nuevo futuro, lo que a muchas mujeres les toma años de recuperación.

Según se destaca en Covington (2008) este estudio, en muchos casos la mujer con problemas de adicción a sustancias, van a presentar algún tipo de trauma. Por lo que, es necesario que en los programas de tratamiento, se reconozcan estos factores y se trabaje con la mujer con problemas de adicción a sustancias desde su marco de referencia. Según se postula en el estudio, en un programa de tratamiento dirigido a esta población, se deben reforzar tres áreas: educar sobre lo que es adicción a sustancias y trauma, normalizar sus reacciones y proveer estrategias de manejo. Estos factores pueden ser determinantes en el éxito de un proceso terapéutico para una mujer con problemas de adicción a sustancias.

Aportación al campo de la Consejería en Rehabilitación

Con los presentes postulados teóricos y la revisión de literatura, se pretende obtener un mayor conocimiento sobre el campo de estudio de dependencia a sustancias, el cual es de gran importancia para nuestra sociedad. Particularmente para los profesionales del campo de rehabilitación, familiares y la sociedad en general sobre el proceso de recaída en mujeres dependientes a sustancias. Además, esto podría contribuir al desarrollo de tratamientos efectivos y viables que vayan encaminados a las necesidades específicas presentadas por esta población.

Conclusiones

De acuerdo al análisis crítico de la revisión de literatura expuesta, se concluye que la temática de adicción a sustancias es una problemática presente y latente en nuestra sociedad. Por tal razón, debe ser estudiada a mayor profundidad por los profesionales de la salud, entre estos el profesional de la consejería en rehabilitación. Esto para permitir un abordaje crítico y fenomenológico que permita el estudio holístico de las necesidades particulares y específicas de la población de mujeres dependientes a sustancias en Puerto Rico. Lo que a su vez, pueda contribuir al desarrollo de tratamientos efectivos y viables para trabajar con las necesidades particulares de esta población.

En el proceso de rehabilitación en adicción a sustancias, es de importancia que los profesionales de la salud, entre éstos el profesional de la consejería en rehabilitación, consideren la complejidad, la manifestación y el contexto histórico y cultural de la adicción a sustancias, desde un abordaje crítico, práctico y fenomenológico sobre los procesos y las necesidades particulares de la población con adicción a sustancias de nuestro país teniendo presente el factor sexo y género. En el campo de la consejería en rehabilitación, es de importancia establecer estudios que presenten un abordaje crítico y práctico sobre la identificación de los factores de riesgo y las estrategias de manejo asociadas al proceso de recaída tomando en consideración el factor sexo y/o género. Esto para poder contextualizar desde una mirada crítica los diferentes efectos que tiene esta problemática en el individuo adicto a sustancias y su ambiente, en específico la mujer dependiente a sustancias.

Limitaciones

De acuerdo a la revisión de literatura y el análisis crítico realizado, se puede señalar que dentro del campo del estudio de adicción a sustancias de Puerto Rico, Estados Unidos y otros países, son pocos los estudios que señalen

un abordaje crítico y fenomenológico sobre los procesos de recaída de la población de adicción a sustancias, en específico de mujeres dependientes a sustancias. Esto presenta una gran limitación debido a que representa un reto mayor el poder sustentar información o datos relevantes sobre la temática expuesta que a su vez permitan realizar análisis de investigación comparativos que contengan datos o información que presenten validez y confiabilidad.

Recomendaciones

Por lo antes expuesto, se recomienda que se realicen estudios dentro el campo de la rehabilitación de adicción a sustancias, que permitan el conocimiento de las necesidades particulares de la población de adicción a sustancias, en específico de la mujer dependiente a sustancias de Puerto Rico. Esto considerando el individuo y el ambiente dentro del contexto histórico y cultural de nuestra sociedad. El profesional de la consejería en rehabilitación debe convertirse en un ente activo en el proceso de rehabilitación de la población adicta a sustancias, para que así se promueva el desarrollo de tratamientos efectivos y viables que vayan alineados a las necesidades y características específicas presentadas por la población de adicción a sustancias, en específico de la mujer dependiente a sustancias en Puerto Rico.

Referencias

- Aleixandre, N. L., Del Río, M. P., & Pol, A. P. (2004). *Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis*. Universidad de las Islas Baleares. Palma Mallorca, España.
- Blasco, J., Martínez-Raga, J., Carrasco, E., & Didia-Attas, J. (2008). Atención y craving o ganas compulsivas. Avance en su conceptualización y su implicación en la prevención de recaídas. *Revista Adicciones*, 20 (4), 365-376. Recuperado de: <http://www.adicciones.es/files/blasco.pdf>
- Brady, K.T., Back, S.E., & Greenfield, S.F. (2009). *Women & Addiction: A Comprehensive Handbook*. The Guilford Press.
- Covington, S.S. (2008). Women and Addiction: A Trauma-Informed Approach. *Journal of Psychoactive Drugs. SARC Supplement 5*.
- Daley, D. C. (1987). Relapse Prevention with Substance Abusers: Clinical Issues and Myths. *National Association of Social Workers Inc.* 138-142.
- Daza, C. (2006). *El papel de la Mujer en la empresa del siglo XXI*. Recuperado de: www.camilodaza.com/el-papel-de-la-mujer-en-la-empresa-del-siglo-xxi
- Estadísticas de ASSMCA. (2012). *Características epidemiológicas y socio demográficas de la clientela atendida en el año fiscal 2011-2012 (por regiones) - Características Socio demográficas y Epidemiológicas de la Clientela Atendida en el Programa Residencial Mujeres San Juan durante el Año Fiscal 2011-2012*. Recuperado de: <http://apps.assmca.gobierno.pr>
- Hogar Crea Inc. (s.f.) *Historia de la Adicción*. Recuperado de: <http://hogarcreainc.org/>
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia- Costa Rica (2010). *Etapas de Consumo*. IAFA, San José, Costa Rica.
- Larimer, M.E., Palmer, R.S., & Marlatt, A.G. (1999). Relapse Prevention: An Overview of Marlatt's Cognitive-Behavioral Model. *Alcohol Research & Health*, 23(2).
- Ley de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción. Ley Núm. 67. (1993). Recuperado de: [http://www2.pr.gov/agencias/assmca/sobrenosotros/Documentos/baseLegalASSMCA\[1\].pdf](http://www2.pr.gov/agencias/assmca/sobrenosotros/Documentos/baseLegalASSMCA[1].pdf)
- Medline Plus (2010). *Farmacodependencia*. Recuperado de: <http://www.nlm.nih.gov>
- Metz, H. (2009). *Life stories of substance abusing mothers: Assessing potential protective factors in becoming drug free*. Pro Quest Dissertations and Theses.
- Migneault, J.P., Adams, T.B., & Read, J.P. (2005). Application of the Transtheoretical Model to substance abuse: historical development and futures directions. *Drug and Alcohol Review*, 24, 437-448
- Miller, R. M., & Rollnick, S. (1999). *La Entrevista Motivacional: Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Ediciones Paidós SAICF. Buenos Aires.
- Nida Info Facts. (2011). *El Abuso de drogas y la drogadicción*. National Institute on Drug Abuse.
- Rivera-Oquendo, W. J. (2007). *Puerto Rican Young Woman's Substance Abuse: A qualitative study of young female cocaine and heroin users ages 18 to 35 from San Juan metropolitan area*. ProQuest Dissertations and Theses.
- Rhodes, T., Lilly, R., Fernández, C., Giorgino, E., Kemmesis, U. E., Oseebard, H. C., Lalam, N., Faasen, I., & Spannow, K. E. (2003). Risk factors associated with drug use: the importance of 'risk environment'. *Informa Health Care*, 10(4).
- Sánchez, L. A. (2006). *Mito & Realidad de la Drogadicción*. San Pablo. Bogotá, Colombia.
- Solomon, J., & Fioritti, A. (2002). Motivational intervention as applied to system change: the case of dual diagnosis. *Substance use & misuse*, 37, 1833-1851.
- Sun, A.P. (2007). Relapse among Substance-Abusing Women: Components and Process. *Substance Use & Misuse*, 42, 1-21.
- Tims, F.M., Leukefeld, C.G., & Platt, J.J. (2001). Relapse + Recovery in Addictions. Yale University.
- Velásquez, M.M., Maurer, G.G., Crouch, C. & DiClemente, C.C. (2001). *Group Treatment for Substance Abuse: A Stages of Changes of Change Therapy Manual*. The Guilford Press. New York.
- Zlupko, L. N., Kauffman, E., & Dore, M. M. (1995). Gender Differences in Drug Addiction and Treatment: Implications for Social Work Intervention with Substance-Abusing Women. *Social Work*, 40.

Amarilys Cortés Castillo

*Estudiante de la Escuela Graduada de Consejería en
Rehabilitación de la Universidad de Puerto Rico,
Recinto de Río Piedras.*

Correo electrónico: ama_cortes@yahoo.com

Inclusión social de la persona con discapacidad intelectual: Barreras y recursos para su logro

Raúl Rivera Colón

*Catedrático Auxiliar de la Escuela Graduada de Consejería en Rehabilitación
Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras*

La posición de la persona con discapacidad intelectual en el contexto social ha tenido una evolución que va desde la ignorancia, marginación y exclusión social hasta la presencia e integración en ciertos ámbitos de la sociedad. Sin embargo, aún es necesario reconocer y validar la diversidad en todas sus manifestaciones para lograr la inclusión social que promueva la igualdad de acceso y facilite activamente la participación de las personas con discapacidad intelectual en la sociedad. Este artículo proporciona una breve visión del concepto de inclusión social y cómo se podría implementar considerando las particularidades de la población con discapacidad intelectual. Además, se contrasta entre los conceptos de exclusión e inclusión social y se presentan algunas de las barreras que se interponen ante el logro de la inclusión social. Para finalizar se mencionan algunos recursos que, de ser bien implementados, podrían resultar en la inclusión social de las personas con discapacidad intelectual.

Palabras claves: inclusión social, discapacidad intelectual, exclusión social

The social position of a person with intellectual disability has evolved from been the object of ignorance, alienation, and social exclusion to become a part of society. However, this has not been enough. It is still necessary to acknowledge and validate diversity in order to achieve social inclusion, to promote equal access and participation of people with intellectual disability in society. This article provides a brief overview of the concept of social inclusion and its implementation for people with intellectual disabilities. A contrast between social inclusion and exclusion is made and barriers to social inclusion are discussed. To conclude, resources useful for social inclusion of people with intellectual disabilities are discussed.

Keywords: social inclusion, intellectual disabilities, social exclusion

Las personas con diversidad funcional representan una parte significativa de la población. La Ley Núm. 250 del 2012 establece que en Puerto Rico aproximadamente 950,000 personas tienen algún tipo de impedimento que les limita en una o más áreas de la vida. Esto implica que más de una cuarta parte de la población general del país necesita atención especial para el desarrollo de sus capacidades, lo cual les coloca en una posición de desventaja social y económica. Las personas con discapacidad intelectual, en particular, generalmente presentan condiciones que limitan significativamente su funcionamiento social. Esto las expone a problemas como la pobreza, la marginación y otras formas de privación (Yeo, 2001). Debido a las desventajas que enfrentan en salud, educación, estatus socio económico, entre otras, se quedan al margen de la sociedad, alejados de las actividades comunitarias y de la participación plena en sociedad. A su vez, están sujetas al estigma y a la discriminación que son transmitidos a través de las actitudes sociales, perpetuándose una posición de prejuicio y dependencia. Las actitudes sociales se

convierten entonces en una de las mayores barreras para que las personas con discapacidad intelectual logren la inclusión social.

La inclusión social es un reflejo de las oportunidades, servicios y actitudes presentes en sociedad para cualquier grupo de personas. De ahí que la participación en sociedad esté mediada por las oportunidades que se le proveen en la educación, el empleo, la vida en comunidad, el deporte, la recreación, la transportación, y el desarrollo de relaciones interpersonales, entre otras. Muchas de estas oportunidades están sujetas a la cantidad y calidad de servicios públicos y privados disponibles. En el caso de las personas con discapacidad intelectual la sociedad no les provee los recursos esenciales para su inclusión social.

La inclusión social de las personas con discapacidad intelectual implica que existen oportunidades reales para que todas las personas participen, en la medida de sus posibilidades, en todo lo que una comunidad tiene para ofrecer. La inclusión social también ofrece la oportunidad

para que las personas con discapacidad intelectual puedan desarrollar relaciones significativas y prepararse para la vida cotidiana en comunidad. Por otra parte, la inclusión social ayuda a reducir cualquier temor y el desconocimiento que existe de las discapacidades entre aquellos que no tienen una discapacidad (Shah, 2007). El propósito de este artículo es presentar un panorama general de lo que es la inclusión social y su impacto en las personas con discapacidad intelectual.

Tanto en la legislación federal como en la legislación establecida en Puerto Rico se promueve la inclusión social. En Estados Unidos la *Americans with Disabilities Act* y la Ley de Rehabilitación prohíben el discrimen contra la población con diversidad funcional por razones de discapacidad. Esto garantiza que a ninguna persona con diversidad funcional se le niegue servicios o se excluya de participar de cualquier programa o actividad llevada a cabo con fondos federales o que reciba o se beneficie de ayudas económicas federales. La Ley de Rehabilitación, en particular, cambió la política pública dando a las personas con discapacidad el acceso igual a la educación, el empleo, la salud, y otras oportunidades. En Puerto Rico la Ley Núm. 238 del 2004, Carta de Derechos de las Personas con Impedimentos tiene como finalidad asegurar el derecho a la igualdad de oportunidades para todas las personas con diversidad funcional. Esto incluye la eliminación de barreras que impidan la inclusión social para lograr educación, empleo y el desarrollo de una vida plena. Es así como en el país se ha desarrollado política pública que reconoce el derecho de las personas con diversidad funcional a la inclusión social. El marco filosófico de la inclusión social es establecido por la Ley Núm. 238, a través de los siguientes seis principios:

- (1) todas las personas son valiosas y pueden contribuir a la vida en esta sociedad; (2) todas las personas tienen habilidades, talentos y dotes; (3) todas las personas pueden desarrollarse con sujeción a sus capacidades; (4) los impedimentos son una creación social, las personas no son impedidas sino que los sistemas impiden a las personas; (5) el único descriptor recomendado es el nombre y cualquier otra forma de llamar a una persona es esconder la realidad de que no sabemos qué hacer; y (6) que el sentido común es lo más importante (Ley Núm. 238 del 2004, p. 2).

De esta manera en Puerto Rico se promueve que la inclusión social sea la base de la prestación de servicios de todas las agencias e instrumentalidades. Sin embargo, a pesar de los logros legislativos desarrollados a favor de la participación social de las personas con diversidad funcional, éstos continúan enfrentando la exclusión social (Hall, 2009).

Exclusión social

La exclusión social lleva a las personas fuera de la sociedad e impide su participación provocando marginación y otros tipos de privación. Muchas veces esto es el resultado de la discriminación y el estigma que se desarrolla en la sociedad. Aunque actualmente las personas con discapacidad intelectual experimentan mayor inclusión social, el apoyo social que reciben para su total participación varía notablemente y, en muchas instancias, aun se percibe la exclusión social. Muchos todavía sufren discriminación directa debido a las actitudes de los demás (Partington, 2005).

De acuerdo con McCarthy (2003), “la lucha contra la discriminación abierta y encubierta continúa”. Esto implica que las personas con discapacidad intelectual han sido separados de la sociedad y se mantendrán segregados, debido a los prejuicios y la intolerancia a la que son expuestos. Incluso las restricciones de participación impuestas por la sociedad limitan la consecución de los roles sociales típicos para los jóvenes y adultos con discapacidad intelectual (Bigby, Fyffe & Ozanne, 2007). Las personas con discapacidad han expresado que la discriminación en contra de ellas está tan arraigada en nuestra sociedad que se da por sentado supuestos y normas que fomentan la exclusión social y mantienen la invisibilidad (McCarthy, 2003). Muchas personas con discapacidad intelectual han sido excluidas de las interacciones cotidianas que las personas sin discapacidades tienen la oportunidad de experimentar. Esto ha generado que las personas con discapacidad intelectual desarrollen menos habilidades, baja autoestima, detrimento de la salud y dificultad para hacer valer sus derechos (Yeo, 2001).

El enfoque individual del modelo médico de la discapacidad ha contribuido a la falta de autodeterminación y defensa de las personas con discapacidad (Yeo, 2001). El modelo médico conceptualiza la discapacidad del individuo como una patología (enfermedad o deficiencia) y establece soluciones médicas y técnicas como maneras de aliviar el deterioro. Existe la creencia extendida, por el modelo médico, que las personas son dependientes por su condición personal, por su diversidad funcional. Desde esta perspectiva, para las personas con discapacidad intelectual las facultades cognitivas son la causa de la dependencia y lo que debe repararse. Esto contribuye a la exclusión social, ya que se crea la percepción errónea de que la persona con discapacidad intelectual no puede participar por las limitaciones funcionales que le impone su condición.

Definición y descripción de la inclusión social

Generalmente se vincula el término integración al concepto de inclusión social, sin embargo estos conceptos tienen significados e implicaciones diferentes. La integración es definida como estar físicamente presente en los lugares que son frecuentados por el público general (Cummins & Law, 2003). Esto implica variables como: el número de actividades realizadas dentro de la comunidad, el número de relaciones personales, la frecuencia de acceso a los recursos de la comunidad, el número de actividades de ocio realizadas fuera de la casa, y el bienestar subjetivo (Cummins & Law, 2003). Por otro lado, la inclusión social hace alusión a la percepción de ser aceptado y reconocido como un individuo, en la medida que participa en las actividades, la calidad de las relaciones interpersonales y el apoyo recibido para llevar a cabo actividades diarias (Lysaght, Cobigo & Hamilton, 2012). Es así como la inclusión procura la participación total de la persona con discapacidad en diversos contextos de la sociedad.

El término inclusión históricamente ha estado asociado al ámbito de la educación especial pero intenta alterar la educación para todos los alumnos, no sólo los estudiantes de educación especial (Kavale, 2000). No obstante, continúan los cuestionamientos respecto al éxito de los procesos de inclusión debido a la poca evidencia empírica existente. Nikolarai et al. (2005) argumentan que hay un efecto dominó en el que la concepción errónea de inclusión impacta el diseño de la política pública, que en última instancia determina cómo la inclusión debería funcionar. Por desgracia, en su opinión, la inclusión se basa en la conceptualización histórica de la discapacidad, que sostiene que algunos individuos pueden participar mientras que otros son excluidos por no poseer el potencial para la participación plena en sociedad o por las barreras que le impone la sociedad. Para evitar dicha exclusión se ha propuesto el modelo social de la discapacidad el cual atribuye responsabilidades al ambiente del individuo para alcanzar su inclusión social.

De acuerdo con Lysaght, Cobigo y Hamilton (2012) el modelo social concibe la discapacidad como un problema social y define la inclusión social como una interacción entre factores ambientales y las características personales que permiten a una persona: acceso a bienes y servicios públicos; experiencia eligiendo roles sociales que son valorados de acuerdo a la edad, y la cultura; ser reconocido y gozar de confianza por su rol en la comunidad; y tener un capital social a través del cual recibe apoyos.

Crawford (2003) analiza específicamente la inclusión social y sugiere que hay dos factores claves para la

inclusión social: (a) que las personas con discapacidad quieran ser socialmente incluidos, lo que significa que quieran participar en situaciones valoradas socialmente; y (b) que quieran estar involucradas en las relaciones interpersonales de confianza mutua, de aprecio y respeto a nivel de la familia, los/as compañeros/as y la comunidad. Es así como vemos que la inclusión social se basa en nociones de pertenencia, aceptación y reconocimiento, y conlleva la realización de una participación plena e igual en los aspectos económicos, sociales, culturales y políticos de la sociedad. Se trata de reconocer y valorar la diversidad; de la producción de sentimientos de pertenencia mediante el aumento de la igualdad social y la participación de las poblaciones diversas y desventajadas. En particular, la inclusión social promueve la participación en actividades comunitarias y el desarrollo de una amplia gama de apoyos sociales, así como la participación en actividades culturalmente valoradas, es decir, el empleo y la crianza de los/as hijos/as, entre otras (Abbot & McConkey, 2006).

Inclusión social de la persona con discapacidad intelectual

La experiencia de inclusión social de las personas con discapacidad intelectual es variada en cuanto a sus interacciones y relaciones con personas de la comunidad en general. Las personas con discapacidad intelectual podrían contar con pocas conexiones sociales o amistades (Lemay, 2006). La mayor parte de su tiempo en el trabajo y en la comunidad lo invierten con otros individuos con discapacidades, no suelen socializar o participar en actividades con adultos que no tienen discapacidades (Lysaght, Cobigo & Hamilton, 2012).

Hall y Kramer (2009) llevaron a cabo un meta-análisis de 15 estudios cualitativos para explorar cómo las personas con discapacidad experimentan la inclusión social. El análisis reveló que las personas con discapacidad consideran los siguientes seis factores como críticos para su inclusión social: (1) ser aceptado y reconocido como un individuo más allá de la discapacidad; (2) tener relaciones personales con la familia, amigos y conocidos; (3) estar involucrado en actividades recreativas, de ocio y otras actividades sociales; (4) tener una residencia adecuada; (5) tener un empleo; y (6) tener un sistema de apoyos (familia, cuidador, servicio educativos, de salud, etc.).

La inclusión social de las personas con discapacidad intelectual implica tener pleno acceso a las actividades, a los roles sociales y a las relaciones interpersonales (Partington, 2005), así como valorar la presencia y participación en la sociedad (Lemay, 2006). La inclusión social es la igualdad de acceso a los lugares físicos y la

igualdad de oportunidades para acceder y comprender el contenido intelectual. Por eso es importante que, por ejemplo los lugares públicos cuenten con rótulos pictóricos que faciliten la comprensión.

La inclusión social es también un sentido de pertenencia que se deriva de las amistades. Tener interacciones positivas, así como el desarrollo y mantenimiento de una red de amistades es un aspecto importante de la inclusión social. Ésta también es vista como tener un rol social significativo en la familia, lugar de trabajo, y en la comunidad. Los roles sociales de las personas con discapacidad intelectual ayudan a sentir que pertenecen y son parte legítima de su comunidad. Sin embargo, una realidad para las personas con discapacidad intelectual es que mientras van entrando en edad más se reducen sus oportunidades de desarrollar un rol social (Lemay, 2006).

Los jóvenes y adultos con discapacidad intelectual experimentan limitada inclusión social, porque no hay suficientes actividades en la comunidad que sean adecuadas para éstos. Son personas que cuentan con menor número de opciones para desarrollar actividades ya que frecuentemente, aun teniendo cuerpos desarrollados, son tratados como niños y a su vez excluidos. Gaylord y Hayden (1998) encontraron que los individuos con discapacidad intelectual tienen acceso limitado a la educación post-secundaria y a la participación en comunidad. Muchos jóvenes y adultos con discapacidad intelectual no pueden participar en los eventos sociales y recreativas de una comunidad porque carecen de amistades que provean apoyo, transporte, ingresos económicos suficientes, asistencia personal, o el conocimiento de cómo encontrar y participar en actividades recreativas.

Barreras para la inclusión social

A pesar de los movimientos legislativos y el desarrollo de servicios a favor de las personas con discapacidad intelectual, el discrimen y la estigmatización social continúan siendo una barrera gigante para que estas personas puedan alcanzar la inclusión social. Jahoda y Markova (2004) realizaron una investigación sobre el estigma social en la que entrevistaron a 28 personas con discapacidad intelectual sobre el estigma social. Los autores encontraron que los individuos con discapacidades intelectuales leves tuvieron experiencias sociales similares de rechazo, discriminación y prejuicios. Todos los participantes mencionaron preocupación en cuanto a su aceptación social en la comunidad en general. Esta barrera que promueve la exclusión social también puede concretarse a través del rechazo, los insultos verbales, el abuso físico y la indiferencia (Hall, 2005). Las personas

con discapacidad utilizan autoexclusión para evitar estas barreras y las experiencias negativas asociadas. Al respecto Hall (2005), informa que: “Una sensación de seguridad y un tipo de “inclusión” se puede lograr mediante la autoexclusión de los espacios y de las actividades realizadas por la mayoría”.

Del mismo modo, la familia para evitar la estigmatización y discriminación, por el “qué dirán”, también puede convertirse en una barrera para que las personas con discapacidad intelectual logren la inclusión social. Yeo (2001) señala que la familia puede ser vista como negligente o irresponsable al dar a un/a niño/a con discapacidad una participación en actividades de trabajo cotidianas (por ejemplo, tareas de limpieza). Se percibe como poco probable que el/la niño/a pueda mantener una familia en el futuro. Como resultado, a los/as niños/as con discapacidades intelectuales a menudo se les imponen menos demandas debido a las bajas expectativas sobre sus habilidades (Lord & Hutchison, 2007; Yeo, 2001; Yeo & Moore, 2003). Además, debido a las bajas expectativas sobre sus habilidades, los/as niños/as con discapacidad se encuentran en desventaja, ya que están excluidos de muchas de las interacciones diarias que los/as niños/as sin discapacidades experimentan y que les permiten adquirir habilidades sociales básicas de la vida. Yeo (2001) comenta que en particular en los países en desarrollo, los niños/as con discapacidad son excluidos de las actividades con sus compañeros/as sin discapacidad por temor a que puedan estigmatizar a la familia o por percibir que no es una inversión que valga la pena. Como resultado, muchos niños/as con discapacidad crecen hasta convertirse en adultos con contactos sociales y redes de apoyo naturales muy limitados.

Por otra parte, “si [los/as niños/as con discapacidades] no están incluidos en la comunidad, sus compañeros/as sin discapacidad pueden no estar conscientes de su existencia, y mucho menos de sus valores y derechos como ciudadanos”. (Yeo & Moore, 2003, p. 574). Debido a las preocupaciones, problemas familiares, y los limitados apoyos sociales, muchas personas con discapacidad intelectual pierden las oportunidades de empleo por carecer de la experiencia, la educación, las cualificaciones y la confianza para obtener un trabajo (Yeo & Moore, 2003). Esto coloca a las personas con discapacidad en mayor riesgo de pobreza y fomenta una mayor exclusión de la sociedad (Yeo, 2001).

En Puerto Rico muchas personas con discapacidad logran acceder a programas de educación especial. Sin embargo, si la discapacidad es de tal severidad que resulta en muchas limitaciones sustanciales probablemente el/la

niño/a será ubicado en algún programa de “vida independiente” donde no alcanza un grado escolar. Por lo general, los/as niños/as en dichos programas no se integran con los estudiantes de la corriente regular y la mayoría de las veces termina con retrasos en el desarrollo de habilidades académicas, sociales y hábitos de trabajo. Esto resulta en un problema, ya que la falta de escolaridad limita las oportunidades y lleva a la principal causa de la pobreza, que es el desempleo y el subempleo (Jongbloed & Crichton, 1990). Las personas con discapacidad son excluidas con mayor frecuencia debido a las barreras físicas y sociales que enfrentan para acceder al empleo y la implantación de políticas públicas inadecuadas. Dado que el empleo es también la base de la condición social y política, la persona con discapacidad que no logra emplearse no tiene poder en la sociedad (Jongbloed & Crichton, 1990). Por esto, continuamente las personas con discapacidad son excluidas de los procesos políticos y legales, lo que contribuye a la falta de capacidad para hacer valer sus derechos y reduce sus oportunidades de generar ingresos, llevándolos a niveles de pobreza (Yeo, 2001).

Abbott y McConkey (2006) demostraron que para los adultos con discapacidad intelectual la falta de habilidades y destrezas personales son barreras en su integración social. Estas habilidades pueden incluir la poca automotivación, el poco conocimiento sobre cómo mantener un estilo de vida saludable y las pobres destrezas de alfabetización y aritmética. La comunidad también presenta muchas barreras para los jóvenes adultos con discapacidad intelectual. Abbott y McConkey (2006) refieren que los participantes de su estudio informaron que factores como la ubicación de su casa, la falta de transporte accesible y el tener pocas actividades comunitarias disponibles son barreras que enfrentaron para el logro de la inclusión social. Además experimentaron las actitudes negativas de los demás en la comunidad, no tener acceso a lugares de trabajo y no contar con los apoyos necesarios.

Recursos para la inclusión social

Las oportunidades de inclusión social están relacionadas con la cantidad y calidad de apoyos que se les proveen a las personas con discapacidad intelectual. La provisión de apoyos de los diversos sectores de la sociedad es esencial para el logro de la inclusión social. Al respecto, Parr (2007) refiere que la provisión de apoyo en la comunicación, la atención al medio ambiente y el acceso a oportunidades puede aumentar la inclusión social. Abbott y McConkey (2006) condujeron grupos focales con adultos que tienen discapacidad intelectual para discutir su inclusión social. En el estudio, los participantes relataron

experiencias tanto positivas como negativas, lo que sugiere que la inclusión social es una realidad variable. Cada individuo necesita diferentes tipos de apoyo y cuenta con fortalezas únicas que deben ser consideradas a la hora de seleccionar las experiencias a las que serán expuestos (Hall, 2009).

La familia es uno de los recursos más importantes para las personas con discapacidad intelectual, ya que son quienes mejor conocen las necesidades y se pueden convertir en una fuente de apoyos que brinda oportunidades para la inclusión social (Mactavish, Mahon & Lutfiyya, 2000). A los esfuerzos de la familia se deben unir los profesionales y proveedores de servicios que deben brindar apoyos en lugar de convertirse en cuidadores y tomar conciencia de las oportunidades de formación disponibles para los jóvenes adultos con discapacidad intelectual (Abbott & McConkey, 2006). Para promover su inclusión social, las personas con discapacidad intelectual necesitan mejorar continuamente sus capacidades y habilidades personales. Para lograr esto, es necesario el acceso a una formación vocacional u ocupacional adecuada, la orientación sobre los estilos de vida saludable y la provisión de apoyos para socializar (Abbott & McConkey, 2006).

Otro recurso al que pueden acceder las personas con discapacidad intelectual para lograr la inclusión social son los servicios de empleo sostenido. A través de los apoyos provistos por adiestradores de empleo las personas con discapacidad intelectual pueden desarrollar hábitos de trabajo y obtener un empleo remunerado. Los adiestradores de empleo se encargan de identificar apoyos naturales en el empleo para que cuando llegue el momento de la retirada la persona con discapacidad intelectual pueda acceder a ellos. Los/as compañeros/as de trabajo se convierten en esos apoyos naturales que pueden ayudarles a establecer una buena relación recíproca, haciendo hincapié en sus aspectos positivos y proporcionando apoyos en la medida que sean necesarios para su mejor ajuste al escenario laboral (Mactavish, Mahon, & Lutfiyya, 2000). Sin embargo, resulta necesario que los programas de empleo sostenido desarrollen estrategias para ubicar a las personas con discapacidad intelectual en empleos a tiempo completo. Esto resultaría en menor dependencia social y promovería mayor inclusión social.

Por último, el deporte y la actividad física también son recursos que promueven la inclusión social de las personas con discapacidad intelectual. Varios investigadores (García & López, 2012; Hernández, 2000) reconocen que el deporte y la actividad física fomentan la autonomía, la autoeficacia, las relaciones interpersonales, el trabajo en equipo, permite el desarrollo de habilidades y

destrezas, favorece la autonomía, la motivación y sirve de estímulo para que la incorporación a la vida social cotidiana se logre. Esto facilita la inclusión de la persona con discapacidad en la sociedad e impacta su la calidad de vida, ya que permite la socialización haciendo que la persona se sienta parte de una comunidad.

Aportación al campo de la Consejería en Rehabilitación

La literatura científica revisada nos lleva a plantear la necesidad apremiante de lograr la inclusión social de las personas con discapacidad intelectual. Éste es un asunto complejo que amerita mayor atención en todos los ámbitos de la sociedad. Es necesario cambiar creencias que atribuyen a unos pocos la “desgracia” de la dependencia y ven la independencia sólo en aquellos que asumen la “carga” estoica del cuidado. Resulta indispensable entender que tanto la dependencia como la independencia son condiciones inherentes al ser humano para establecer formas de organización social más equitativas. Trabajar para la equidad, el respeto a la diversidad y la inclusión es una tarea de todos en la sociedad, pero es una responsabilidad particular de los profesionales de la consejería en rehabilitación.

Los profesionales de la consejería en rehabilitación estamos llamados a facilitar la inclusión social de las personas con discapacidad. Por eso, debemos ser firmes en la defensa de los derechos de las personas con discapacidad intelectual. No podemos ver la inclusión como un aspecto que es únicamente pertinente en el ámbito académico o como un asunto del cual se debe ocupar la familia de la persona con discapacidad intelectual. Es un mandato de nuestro Código de Ética facilitar la independencia, la autonomía y el bienestar de las personas con discapacidad en todas las etapas de vida. Para las personas con discapacidad intelectual, en particular, se hace imprescindible desarrollar programas de vida independiente y de empleo sostenido que sean realmente efectivos en la prestación de servicios y el logro de las metas. Si queremos que esto ocurra y que emerjan sociedades más inclusivas, debemos desarrollar iniciativas de avanzada que conduzcan a las persona con discapacidad intelectual a la participación plena de la vida en sociedad.

Conclusión

A pesar de las aspiraciones de política pública que favorecen la inclusión social en el país, las personas con discapacidad intelectual se encuentran entre los grupos más desfavorecidos y socialmente excluidos. Esto responde a las actitudes de las personas sin discapacidad que se han convertido en un obstáculos para que las personas con discapacidad intelectual puedan lograr una

participación social plena. La inclusión social es un aspecto importante en la vida de las personas con discapacidad intelectual (Abbott & McConkey, 2006). Éstas deben tener la oportunidad de vivir como otros en la comunidad y cumplir con los roles sociales típicos. Está en las manos de todos crear una sociedad en donde cada persona tenga la oportunidad de participar y aportar de acuerdo a sus posibilidades. Por eso es importante proveer apoyos y optimizar recursos como la familia, las oportunidades de empleo y el deporte para promover la inclusión social.

El profesional de la consejería en rehabilitación es uno de los profesionales llamado a realizar intercesoría para que las personas con discapacidad intelectual logren la inclusión en sociedad. Como agentes de cambio es importante proveer servicios para que las personas con discapacidad intelectual desarrollen habilidades y destrezas que le permitan maximizar su interdependencia funcional. Por último, es necesario sensibilizar al público sobre las necesidades de la población con discapacidad intelectual. De esta manera se facilita el camino para que las personas con discapacidad intelectual logren mayor inclusión social y disfruten de una mejor calidad de vida.

Referencias

- Abbott, S., & McConkey, R. (2006). The barriers to social inclusion as perceived by people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 10(3), 275-287.
- Bigby, C., Fyffe, C., & Ozanne, E. (Ed.). (2007). *Planning and support for people with intellectual disabilities: Issues for case managers and other professionals*. Philadelphia: Jessica Kingsley.
- Crawford, C. (2003). Towards a common approach to thinking about and measuring social inclusion: Draft. *L'Institute Roeher Institute*. Recuperado de: www.ccsd.ca/events/inclusion/papers/crawford.pdf
- Cummins, R. A., & Anna, L. D. (2003). Community integration or community exposure? A review and discussion in relation to people with an intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 16(13), 145-157.
- García, D., & López, I. (2012). Inclusión social de personas con discapacidad física a través de la natación de alto rendimiento. *Apuntes de Educación Física y Deportes*, 4(110), 26-35.
- Hall, S. A. (2009). The social inclusion of people with disabilities: A qualitative Meta-analysis. *Journal of Ethnographic & Qualitative Research*, 3, 162-173.
- Hall, E. (2005). The entangled geographies of social exclusion/inclusion for people with learning disabilities. *Health and Place*, 11, 107-115.
- Hall, A. C., & Kramer, J. (2009). Social capital through workplace connections: opportunities for workers with intellectual disabilities. *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*, 8, 146-170.

- Hernández, V. F. (2000). El deporte para atender la diversidad: deporte adaptado y deporte inclusivo. *Apuntes de Educación Física y Deportes*, 60, 46-53.
- Ley del Pasaporte Post-secundario, Ley Núm. 250. (2012).
- Ley de la Carta de Derechos de las Personas con Impedimentos, Núm. 238. (2004)
- Lysaght, R., Cobigo, V., & Hamilton, K. (2012). Inclusion as a focus of employment-related research in intellectual disability from 2000 to 2010: a scoping review. *Disability & Rehabilitation*, 34(16), 1339-1350.
- Jahoda, A., & Markova, I. (2004). Coping with social stigma: People with intellectual disabilities moving from institutions and family home. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48, 719-729.
- Jongbloed, L., & Crichton, A. (1990). Difficulties in shifting from individualistic to sociopolitical policy regarding disability in Canada. *Disability, Handicap and Society*, 5, 25-36.
- Lemay, R. (2006). Social role valorization insights into the social integration conundrum. *Mental Retardation*, 44, 1-12.
- Lord, J., & Hutchison, P. (2003). Individualized support and funding: Building blocks for capacity building and inclusion. *Disability and Society*, 18, 71-86.
- Mactavish, J.B., Mahon, M. J., & Lutfiyya, Z. M. (2000). "I can speak for myself": involving individuals with intellectual disabilities as research participants. *Mental Retardation*, 38 (3), 216-227.
- McCarthy, H. (2003). The disability rights movement: Experiences and perspectives of selected leaders in the disability community. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 46, 209-223.
- Nikolarai, M., Kumar, P., Favazza, P., Sideridis, G., Koulou-siou, D., & Riall, A. (2005). A cross-cultural examination of typically developing children's attitudes toward individuals with special needs. *International Journal of Disability, Development and Education*, 52(2), 101-119.
- Kavale, K. (2000). History, rhetoric, and reality: Analysis of the inclusion debate. *Remedial and Special Education*, 21(5), 279-296.
- Parr, S. (2007). Living with severe aphasia: Tracking social exclusion. *Aphasiology*, 21, 98-123.
- Partington, K. (2005). What do we mean by our community? *Journal of Intellectual Disabilities*, 9, 241-251.
- Pedlar, A., Haworth, L., Hutchison, P., Taylor, A., & Dunn, P. (1999). A textured life: Empowerment and adults with developmental disabilities. Waterloo, Ontario, Canada: Wilfrid Laurier University Press.
- Shah, S. (2007). Special or mainstream? The views of disabled students. *Research Papers in Education*, 22(4), 425-442.
- Yeo, R. (2001). Chronic poverty and disability. Chronic Poverty Research Centre Working Paper 4. Manchester: Institute of Development Policy and Management/CPRC.
- Yeo, R., & Moore, K. (2003). Including disabled people in poverty reduction work: "Nothing about us without us". *World Development*, 31, 571-590.

Raúl Rivera Colón, Ph.D., CRC
 Catedrático Auxiliar de la Escuela Graduada de
 Consejería en Rehabilitación de la Universidad de
 Puerto Rico, Recinto de Río Piedras.
 Correo electrónico: dr.rivera@hotmail.com.

Exploración de la Consejería en Puerto Rico: ¿Hacia dónde nos dirigimos?

María del C. Rodríguez Morales

Consejera en Rehabilitación

Programa Upward Bound, Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras

El propósito de este trabajo es presentar: una breve cronología histórica del desarrollo de la Consejería en Rehabilitación y la Consejería Profesional en Puerto Rico y Estados Unidos, reseñar los aspectos fundamentales de las piezas legislativas de ambas profesiones en Puerto Rico, su presencia en la academia, las diferencias y similitudes, y hacia dónde se pueden dirigir ambas profesiones en conjunto. Se concluye que existen más similitudes en las profesiones que diferencias, igualmente su surgimiento se entrelazan. En Puerto Rico los/as consejeros/as en rehabilitación (CR) y los/as consejeros/as profesionales (CP) podrían trabajar en conjunto en diversos escenarios, igualmente comenzar a trabajar en conjunto por un mismo fin.

Palabras claves: consejería, consejería en rehabilitación, consejería profesional

The purpose of this paper is to present: a brief historical timeline of the development of Rehabilitation Counseling and Professional Counseling in Puerto Rico and the United States, review the fundamentals laws of both professions in Puerto Rico, its presence in the academy, the differences and similarities and where both professions goes together. It is concluded that there are more similarities than differences in the professions, its emergence also intertwine. In Puerto Rico rehabilitation counselors (CR) and professional counselors (CP) could work together on different settings, also begin to work together for the same goal.

Keywords: counseling, rehabilitation counseling, professional counseling

La consejería es una disciplina que ha sido definida y explicada de diversas maneras, muchas de estas tomando en consideración sus especialidades y población a impactar. La consejería como profesión surgió de los movimientos progresistas de inicios de los años 1990. Su énfasis estaba en la prevención y la clarificación de objetivos, ayudando a las personas de todas las edades y etapas, evitar el tomar malas decisiones en la vida, a su vez buscar sentido, dirección y realización en lo que hagan (Gladding, 2012). Debido a la diversidad y ampliación de definiciones que se han planteado a lo largo de la historia y desarrollo de la profesión. La *American Counseling Association* [ACA] en el 2010 en conjunto con 29 organizaciones de consejería aceptaron la siguiente definición: “La consejería es una relación profesional que capacita a los diversos individuos, familiares y grupos a lograr salud mental, bienestar, educación y sus metas profesionales”.

En los Estados Unidos la profesión de la consejería está dividida en las áreas de adicción, carrera, salud mental, comunidad, matrimonio, pareja y familia, escolar, universitaria, gerontológica, educación y supervisión y rehabilitación. En Puerto Rico hasta el presente las

siguientes son las principales preparaciones académicas: orientación y consejería, consejería escolar, consejería en salud mental, consejería en rehabilitación, consejería psicológica y consejería en adicción, principalmente a nivel de maestría y grado doctoral. Tanto en los Estados Unidos como en Puerto Rico por la diversidad de áreas en consejería se ha suscitado un debate sobre las diferencias y similitudes en las diversas áreas de especialidad, a su vez las competencias necesarias para trabajar en diversos escenarios. En Puerto Rico este debate está más evidente entre las clases profesionales de consejería en rehabilitación y consejería profesional. Es por lo cual, es necesario realizar una revisión de ambas clases profesionales en la isla.

Este artículo tiene como propósito destacar las similitudes y diferencias de ambas profesiones, resaltando las medidas legislativas, los reglamentos, los ofrecimientos académicos en las instituciones universitarias y los eventos en la historia que fomentaron el surgimiento y desarrollo de las disciplinas. A su vez, un análisis de hacia dónde se podría dirigir el campo de la consejería en la isla.

Breve cronología de eventos que propiciaron el surgimiento y desarrollo de la consejería en los Estados Unidos y en Puerto Rico

En los Estados Unidos en 1917 se establece la *Smith-Hughes Vocational Education Act* la cual creó un programa de educación vocacional (Riggar & Make, 2004). En el 1918 la *Smith-Sears Veterans Rehabilitation Act* estableció servicios de rehabilitación vocacional para los veteranos que adquirieron impedimentos durante la 1^{ra} Guerra Mundial (1914-1918). En el 1920 la *Smith-Fees Civilian Vocational Rehabilitation Act* extendió los servicios de rehabilitación a los civiles. En Puerto Rico, para el 1929 se ofreció el primer curso de orientación nombrado: Principios, prácticas y filosofía de la orientación vocacional en la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras (UPR-RP) por el Prof. José Guests. En el 1938, gracias a la *George-Dean Act* se asignan 14 millones a la educación vocacional. Para el 1939 en la isla se crea la División de Servicios de Orientación e Información Ocupacional, la Junta Insular de Educación Vocacional y la primera Oficina de Orientación Vocacional. A su vez, se instituye oficialmente con el Prof. José Guests un currículo de Orientación en la UPR-RP para el diploma profesional. Para los años 1942 y 1943 el Comisionado de Instrucción Pública de PR (actualmente Departamento de Educación) estableció el nombramiento de maestros en labores de orientación a tiempo parcial o completo. Marcando el comienzo oficial de Programa de Orientación en las escuelas públicas. En el 1943 la *Acta Barden-Lafollete* incluye servicios de restauración física y servicios para personas con impedimentos cognoscitivos y trastornos mentales.

Para el 1944 la Administración de Veteranos en Estados Unidos establece una red nacional de orientación para ayudar a los veteranos; brindándole servicios de rehabilitación, orientación, formación y asesoramiento (Allyn & Bacon, 2004). En el 1946 en Puerto Rico la Legislatura Insular aprueba la Ley Núm. 414 que estableció la Certificación de los Técnicos en Orientación. La cual tenía como requisito: diploma profesional en Orientación (UPR-RP) y licencia de maestro con dos años de experiencia. En la isla, en el 1947 se crea Ley Núm. 414 del 13 de mayo de 1947 conocida como la Ley de Rehabilitación Vocacional de Puerto Rico con la misión de evaluar, planificar, desarrollar y proveer servicios de rehabilitación a personas con impedimentos para que pudieran prepararse y entrar a una actividad de empleo o lograr una vida independiente. En 1950 en la UPR-RP se aprueba el currículo del diploma profesional en Orientación y para ese mismo año académico (1950-1951) se ofrece el primer Seminario de práctica en orientación. Mientras en los Estados Unidos, un año después (1952) se

funda la *American Personnel and Guidance Association* [APGA].

Entre los años 1953 al 1969 se consideró como la “Era Dorada de la Rehabilitación” ya que se crearon varias legislaciones federales que incrementaron los fondos para servicios de rehabilitación, expansión en las oportunidades de adiestramientos para el personal y mayor desarrollo de instalaciones de rehabilitación (Marín, Ríos & Santiago, 1995). Para ésta misma época, específicamente del 1955-1957 en Puerto Rico, se crearon los primeros adiestramientos en el área de consejería en rehabilitación en la UPR-RP. Los cursos fueron: Procesos técnicos en la orientación del individuo incapacitado y Aspectos médicos y sociales de las principales enfermedades que incapacitan en Puerto Rico. Subsiguientemente, en el 1958-1959 se creó el diploma profesional en el área de Consejería, constituido de 40 créditos. En los Estados Unidos, en el 1958 se funda la *National Rehabilitation Counseling Association* [NRCA]. Mientras en Puerto Rico en el año siguiente se funda la Asociación Puertorriqueña de Rehabilitación [APR], organización que agrupaba a los profesionales de la rehabilitación. En el 1962-1963 la Junta de la UPR-RP aprueba la Maestría en Educación con concentración en Orientación.

En los Estados Unidos para el 1966 la *Community Mental Health Centers Act* crea más de 2,000 centros de salud mental, los cuales proveyeron la oportunidad a los/as Consejeros/as a emplearse fuera de escenarios educativos. En la isla, en el 1969 se funda la Asociación de Consejeros en Rehabilitación de Puerto Rico [HACER] y también la *Puerto Rico Personnel and Guidance Association, Inc.* [PRPGA]. También en Puerto Rico, en el 1971 se creó el grado de maestría en consejería en rehabilitación en la UPR-RP. Cinco años más tarde se aprueba Ley Núm. 58 del 27 de mayo de 1976, Ley para Reglamentar la Profesión de Consejería en Rehabilitación en Puerto Rico. Un año después se aprueba la primera enmienda a la Ley Núm. 58 del 1976 con la Ley Núm. 35 del 7 de junio de 1977, la cual integró el Artículo 6^a que establece la cláusula del abuelo para el otorgamiento de licencias provisionales. En el 1978 la *American Personnel and Guidance Association* otorgó la certificado de afiliación a la PRPGA. En los Estados Unidos para el 1983 se cambia el nombre de la APGA a *American Association for Counseling and Development* [AACD]. En esta década se cambia el nombre de PRPGA a Asociación Puertorriqueña de Profesionales de la Orientación [APPO], años más tarde se cambió el nombre a Asociación Puertorriqueña de Consejería Profesional [APCP] para atemperarlo a los cambios de modelos de

orientación a uno de consejería (Dávila, 2012). Nueve años después (1992) se cambia el nombre de AACD a *American Counseling Association* [ACA] en Estados Unidos.

En Puerto Rico, en el 2002 se aprueba la Ley Núm. 147 del 9 de agosto de 2002, Ley para Reglamentar la Práctica de la Consejería Profesional en Puerto Rico. En el 2006 se enmienda la Ley Núm. 147 del 2002 con la Ley Núm. 71 de 29 de marzo de 2006 la cual estableció una cláusula de transición. Para el mismo año, se aprobó la Ley Núm. 160 del 16 de agosto de 2006, Ley del Colegio de los Profesionales de la Consejería en Rehabilitación de Puerto Rico. También, en el mismo año se enmienda la Ley Núm. 58 del 1976 con la Ley Núm. 198 del 11 de septiembre de 2006, la cual integra estudios continuos y añade y redefine conceptos. A su vez, se hizo mandatorio a la Junta Examinadora de los Consejeros en Rehabilitación el desarrollo de un Código de Ética. En el 2007 se enmienda la Ley Núm. 147 del 2002 de Consejería Profesional con la Ley Núm. 92 del 30 de julio de 2007, para extender la fecha de la cláusula de transición. En el 2009 se aprueba el Código de Ética de CPCPR y de la APCP en la isla.

Mientras en Puerto Rico la consejería en rehabilitación y la consejería profesional han logrado su desarrollo por separado en los Estados Unidos han ocurrido unos eventos trascendentales e históricos para la consejería, encaminados a la unificación. En verano de 2011 el *Journal of Counseling & Development* publicó el artículo: *A Vision for the Future of Counseling: The 20/20 Principles for Unifying and Strengthening the Profession* por David M. Kaplan y Samuel T. Gladding. Este escrito delinea un conjunto básico de principios que unifica y hace avanzar la profesión de la consejería, lo cuales han sido aprobados por 29 organizaciones de consejería. El 12 de julio de 2013 *Council for Accreditation of Counseling & Related Educational Programs* [CACREP] y *Council on Rehabilitation Education* [CORE] firmaron un acuerdo de afiliación histórico (Counseling Today, 2013). CACREP es un organismo independiente que acredita los programas de maestría en: consejería en adicción, consejería de carreras, consejería clínica en salud mental, consejería de matrimonio, pareja y familia, consejería escolar y el programa doctoral: consejería en educación y supervisión. Mientras CORE es la institución que acredita los programas postgraduados que ofrecen preparación académica en consejería en rehabilitación.

Legislación y reglamentación de la práctica de la consejería en rehabilitación y la consejería profesional en Puerto Rico

La legislación es parte esencial para el desarrollo de cualquier clase profesional. A continuación se resaltan

elementos particulares de las legislaciones de la práctica de la consejería en rehabilitación y de la consejería profesional en Puerto Rico.

Consejería en rehabilitación

Ley Núm. 58 del 27 de mayo de 1976, Ley para Reglamentar la Profesión de Consejería en Rehabilitación en Puerto Rico: crea la Junta Examinadora de los Consejeros en Rehabilitación adscrita a la División de Juntas Examinadoras del Departamento de Salud, establece los requisitos para licenciarse y la definición de consejería en rehabilitación:

es la actividad profesional que establece una relación entre el consejero en rehabilitación y persona incapacitada en la cual el primero a través de sus capacidades y destrezas profesionales, provee una experiencia de aprendizaje al segundo, ayudándole a colocarse en su propia perspectiva y capacitándolo para desarrollar actividad útil para sí mismo y para la sociedad (Ley Núm. 58 del 27 de mayo de 1976).

También se presenta la definición del consejero/a en rehabilitación (CR):

es el profesional que, con conocimientos adecuados de la conducta y el desarrollo humano y de las instituciones sociales, utiliza los principios y técnicas de consejería en rehabilitación para proveerle a las personas incapacitadas servicios compatibles a sus necesidades de rehabilitación (Ley Núm. 58 del 27 de mayo de 1976).

Para el 1997 se enmienda la Ley Núm. 58 del 1976 con la Ley Núm. 35 del 7 de junio de 1977, la cual añadió una cláusula (Artículo 6^a) para el otorgamiento de licencias provisionales para toda persona que, para aquel momento estuviera ejerciendo la profesión. La enmienda también amplió la cláusula del abuelo (Artículo 11). Ésta permitía otorgar licencias sin examen a toda persona que radicara solicitud en o antes del 1^o de septiembre de 1977. Las licencias sin examen también podrían otorgarse a toda persona que hubiesen comenzado estudios conducentes al grado de maestría o diploma profesional de consejería en rehabilitación no más tarde del mes de agosto de 1976 (Giménez, 2010).

Para el 2006, luego de más de 36 años de la fundación de la ASER, se establece a través de la Ley Núm. 160 de 16 de agosto de 2006 el Colegio de los Profesionales de la Consejería en Rehabilitación de Puerto Rico [CPCPR]. Esta ley estableció la constitución del CPCPR, el requisito de colegiación obligatoria, especificación de sus propósitos y facultades, determinación de su reglamentación y fijación de sanciones por el ejercicio de la consejería en

rehabilitación. Este mismo año se realizó la transición de la ASER al CPR de Puerto Rico.

Luego de 30 años del establecimiento de la Ley Núm. 58 del 1976 a través de la Ley Núm. 198 de 11 de noviembre de 2006, se hace una nueva enmienda para establecer la siguiente definición de la consejería en rehabilitación:

es un proceso abarcador e individualizado o grupal de naturaleza estructurada y facilitadora que establece una relación interaccional entre el consejero en rehabilitación y la persona con o sin limitaciones funcionales para el desarrollo integral de sus habilidades y destrezas orientado hacia todos los aspectos de su vida incluyendo sus metas de empleo o de una vida independiente para alcanzar su óptima calidad de vida. Este proceso está dirigido hacia el desarrollo o la restauración de la independencia funcional y la calidad de vida del ser humano. La independencia funcional que se persigue mediante el proceso de consejería en rehabilitación involucra varias metas que conllevan inclusión, autosuficiencia, integración y vida autónoma. Incluye: altos índices de calidad de vida que sean el resultado que se alcance como parte de la rehabilitación integral de este ser humano. Esto constituye la oportunidad de incluir unas dimensiones significativas y consideraciones particulares en la vida del ser humano tales como: la médica, la psicológica, la social personal, cultural, educativa, vocacional y la espiritual (Ley Núm. 198 de 11 de noviembre de 2006).

A su vez, se establece que todo (CR) licenciado, certificado y recertificado debe realizar educación continuada y renovar la licencia cada tres años. Se faculta a la Junta a promulgar la reglamentación necesaria para cumplir cabalmente con las disposiciones de ésta Ley, de manera que los/as CR se mantengan actualizados con especial atención a las diez áreas de conocimiento contenidas en los estándares de acreditación del *Council on Rehabilitation Education* [CORE], los cuales son los siguientes: 1) Identidad profesional; 2) Diversidad social y cultural; 3) Desarrollo y crecimiento humano; 4) Desarrollo de carreras y empleo; 5) Consejería y consultoría; 6) Trabajo de grupos; 7) Avalúo; 8) Investigación y evaluación de programas; 9) Aspectos médicos funcionales y ambientales de la incapacidad; y 10) Recursos y servicios de rehabilitación.

Como parte de los esfuerzos de las clases profesionales de consejería profesional y consejería en rehabilitación. Se logra con la enmienda a la Ley Núm. 408 de 2000 con la Ley Núm. 183 de 6 de agosto de 2008 incluir al CP como

parte de los profesionales que prestan servicios de salud mental en la isla. Cinco años más tarde los CR logran formar parte de estos profesionales a través de la enmienda establecida por la Ley Núm. 170 de 16 de agosto de 2012.

Para el 7 de abril de 2009 se aprueba el Reglamento General de la Junta Examinadora de Consejeros en Rehabilitación. Este reglamento, regula la práctica de la consejería en rehabilitación en Puerto Rico, establecer las normas básicas que regirán el funcionamiento de la Junta Examinadora y el contenido del examen de reválida. También se aprueba el Reglamento de Educación Continua para la Re-certificación de los CR. Estableciendo entre otros asuntos de educación continua, el cumplir un requisito mínimo de 36 horas contacto durante cada trienio. Tan reciente como el pasado año ambos reglamentos fueron enmendados y actualizados. Entre los cambios significativos está el aumento a 39 horas contacto en actividades de educación continua.

Consejería profesional

La profesión de la consejería profesional está reglamentada por la Ley Núm. 147 de 9 de agosto de 2002, Ley para Reglamentar la práctica de la Consejería Profesional en Puerto Rico. Esta ley creó la Junta Examinadora de los Consejeros Profesionales y establece la definición de consejero profesional:

una persona que posee una licencia otorgada de acuerdo con las disposiciones de esta Ley. El uso de dicho título estará restringido a personas con la preparación académica requerida por medio de esta Ley y con experiencia en la aplicación de una combinación de teorías y procedimientos, y en la prestación de servicios de desarrollo humano y bienestar personal que integren un modelo multicultural del comportamiento humano, que hayan obtenido y tengan en vigencia una licencia expedida por la Junta Examinadora de Consejeros Profesionales que por esta Ley se crea. Este modelo está diseñado para ayudar a las personas, parejas, familias, estudiantes o grupos, en organizaciones, corporaciones, instituciones, agencias de gobierno, instituciones educativas o al público en general. Los consejeros profesionales cuentan con la preparación para ayudar a las personas y a los grupos a lograr el desarrollo y estabilidad mental, emocional, física, social, moral, educativa y ocupacional a través del ciclo de vida (Ley Núm. 147 de 9 de agosto de 2002).

También se establecer la definición de práctica de la consejería profesional:

Se refiere a dedicarse a ejercer la profesión mediante el uso de métodos y estrategias que incluyan, pero no se limitan a: 1) la consejería, que significa el proceso de ayuda que tiene lugar a través de una relación personal y directa en la cual se utilizan teorías, principios, métodos y estrategias basados en el conocimiento científico, para promover el desarrollo y el bienestar integral de las personas; 2) la evaluación, que significa la selección, administración e interpretación de instrumentos diseñados para evaluar características personales, y la utilización de métodos y técnicas para observar, medir y comprender el comportamiento humano en relación con el modo de enfrentar, adaptarse y modificar situaciones de vida; 3) la consultoría, que significa la aplicación de teorías, principios y procedimientos científicos de consejería y de desarrollo humano para proveer ayuda y entender y resolver las situaciones actuales o potenciales que una persona plantee con relación a otra persona o a un grupo u organización; 4) el referimiento, que significa la recomendación de consultar a otros especialistas, después de haber identificado y evaluado las necesidades de un cliente para determinar la conveniencia de hacer dicha consulta y la coordinación con el especialista seleccionado y 5) la investigación, que significa el esfuerzo sistemático de recopilación, análisis e interpretación de información o datos mediante métodos científicos, cuantitativos o cualitativos para describir las características sociales, la conducta y las transacciones de las personas o de las organizaciones (Ley Núm. 147 de 9 de agosto de 2002).

Algunos de los requisitos para obtener la licencia según esta Ley, es haber obtenido una preparación mínima de un grado de maestría en orientación y consejería o un grado de maestría en consejería, que incluya cursos cuyo contenido en combinación con una práctica o internado, cubran un mínimo de ocho de las siguientes 10 áreas de conocimiento teórico: 1) Fundamentos teóricos de la consejería, 2) El proceso de ayuda, 3) Desarrollo humano y comportamiento disfuncional, 4) Desarrollo ocupacional, 5) Proceso de consejería grupal, 6) Medición y evaluación, 7) Fundamentos sociales y culturales 8) Teoría y práctica de la investigación 9) Asuntos éticos y profesionales y 10) Consultoría. Será deber del aspirante especificar a la Junta su área de especialidad en consejería si tiene alguna. Además se requiere luego de haber aprobado el examen de reválida, completar un mínimo de 500 horas de práctica supervisada por un Mentor Certificado. Se le requerirá a los/as CP que renueven su licencia cada tres años, con evidencia de haber

completado un mínimo de 45 horas de educación continua.

El 4 de febrero de 2007 se aprueba el Reglamento General de la Junta Examinadora de Consejeros Profesionales el cual declara y establece las normas básicas que regirán el funcionamiento de la Junta Examinadora. A diferencia del Reglamento de CR este no establece el contenido del examen, pero si menciona las áreas a evaluar.

En el 2006 se enmienda la Ley Núm. 147 del 2002 a través de la Ley Núm. 71 de 29 de marzo de 2006 estableciendo la cláusula de transición, que indica que durante los primeros 24 meses subsiguientes a la constitución de la Junta, ésta podrá otorgar la licencia de CP a cualquier persona que la solicite si cumple con lo dispuesto en los incisos (a) al (f) del Artículo 8 de esta Ley y que, además, presente evidencia de haber practicado la profesión de consejería antes del 31 de diciembre de 2005. En el 2007 se extiende esta cláusula de transición al 31 de diciembre de 2006 a través de la Ley Núm. 92 de 30 de julio de 2007. El 13 de junio de 2008 se aprueba el Reglamento de educación continua y el registro para recertificación de los Consejeros Profesionales y de los mentores certificados, además se establecen todos los aspectos sobre educación continua para los CP.

La consejería en rehabilitación y la consejería profesional en la academia

En esta sección se presentan aspectos relacionados a la preparación académica de la consejería en rehabilitación y la consejería profesional en Puerto Rico, incluyendo los nombres de las instituciones educativas donde se ofrecen, los nombres de los grados académicos, las facultades adscritas, créditos requeridos y un resumen de la oferta curricular.

En el caso de la consejería en rehabilitación se comenzó a ofrecer el grado de maestría en consejería en rehabilitación en la facultad de Ciencias Sociales en el año académico 1971-1972 en la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras, constituido por 55 créditos. El currículo incluye cursos que abarcan las siguiente áreas: aspectos médicos, psicosociales y psiquiátricos de la rehabilitación, psicometría, investigación y evaluación en rehabilitación, consejería de carreras y aplicación al mundo laboral, técnicas de consejería en rehabilitación y de evaluación y colocación en el empleo de las personas con discapacidad. También se requiere un Practicum en consejería en rehabilitación, internado de consejería en rehabilitación (600 horas). Antes de agosto 2014 se

requería un proyecto de tesis, actualmente no es necesario para graduarse. Además cuenta con electivas en las áreas de rehabilitación del adicto a drogas, sexualidad de las personas con impedimentos, servicios a las personas de edad avanzada, entre otras.

En el 2006 se inició a impartir el grado de maestría en Ciencias Sociales con especialidad en consejería en rehabilitación de la facultad de Ciencias Sociales en la Pontificia Universidad Católica, Recinto de Ponce, la cual consta de 57 créditos. El currículo incluye los siguientes cursos de especialidad: Fundamentos de la rehabilitación, Manejo de casos de rehabilitación, Aspectos médicos y psicosociales de la discapacidad I y II, Consejería familiar y grupal, Rehabilitación psiquiátrica, Avalúo y evaluación vocacional, Ubicación en el empleo, Teorías de consejería en rehabilitación, Técnicas y destrezas de consejería, práctica supervisada (100 horas), internado (600 horas), Seminario de investigación en consejería en rehabilitación y tesis. A su vez se requieren dos cursos de educación general y cinco cursos requisitos de la institución.

En el 2008 la Universidad Central de Bayamón estableció el grado de maestría en consejería con especialidad en consejería en rehabilitación del Colegio de Estudios Graduados, constituido por 51 créditos. El currículo incluye los siguientes requisitos medulares: Proceso de desarrollo humano, Aspectos éticos y legales en la consejería en rehabilitación, Consejería individual y grupal, Métodos de investigación y Moral de la persona. Los cursos de especialidad: Fundamentos de la consejería en rehabilitación, Aspectos médicos y psicosociales de la rehabilitación, Manejo de casos en servicios de rehabilitación, Métodos de *assessment* y evaluación vocacional, Análisis de información ocupacional y Ajuste en el empleo, práctica en consejería en rehabilitación (100 horas), internado en consejería en rehabilitación (600 horas). Incluye además electivas dirigidas, constituidas por cursos relacionados a la planificación de vida y carreras, consejería multicultural, asistencia tecnológica, acomodos razonables, transición, manejo adicciones y rehabilitación forense. Estos son los tres programas actuales en el área de consejería en rehabilitación. Al presente en Puerto Rico no hay un programa a nivel doctoral.

Con respecto a la consejería profesional, en el 1966 en la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras se inició el grado de maestría en educación con especialidad en orientación y consejería de la facultad de Educación, constituido por 39 créditos. El currículo incluye los siguientes cursos de la especialidad: Evolución en el proceso de consejería, Bases teóricas y prácticas de la consejería, Practicum en consejería, Consejería grupal y

ocupacional. Los cursos medulares en educación son: Estadística aplicada en la educación I, Métodos de investigación en la educación, tesis o proyecto de maestría. Para ese mismo año en la Universidad Interamericana, Recinto Metropolitano se estableció el grado de maestría en Artes con especialidad en consejería de la facultad de Educación, este consta de entre 39 a 42 créditos. El currículo contiene los siguientes cursos de fundamentos: Investigación educativa o su equivalente, Valores y perspectivas filosóficas, Fundamentos psicológicos de la educación. Los requisitos de la especialidad: Principios de consejería, Procesos del desarrollo humano, *Assessment* del individuo, Desarrollo de vida y carrera, Teorías de consejería, Destrezas de consejería individual y grupal, Teorías de consejería familiar y de parejas, práctica y tres créditos en cursos electivos.

En la Universidad del Turabo, Recinto de Gurabo, se ofrece el grado de maestría en Educación con especialidad en orientación y consejería adscrito a la facultad de Educación, constituido por 39 créditos. El currículo contiene los siguientes cursos medulares: Crecimiento y desarrollo humano e Introducción a los servicios de orientación y consejería. Los cursos de especialidad en áreas de: aspectos legales y éticos de la orientación y consejería, instrumentos y técnicas de diagnóstico y evaluación, técnicas de orientación individual y grupal, Consejería de vida y carrera y realizar internado. En el área de investigación: Métodos de investigación, Investigación I y II o Seminario de investigación en el escenario educativo y Estadística para la investigación pedagógica más seis créditos en cursos electivos.

La Universidad Central de Bayamón ofrece el grado de maestría en Artes en Educación con especialidad en Orientación y consejería del área de Estudios Graduados, el cual consta de 42 créditos. El currículo, está constituido con los siguientes cursos medulares: Proceso de desarrollo humano, Métodos de investigación educativa, Aspectos éticos-legales de la orientación y consejería. Los cursos de especialidad en las áreas de: fundamentos de la orientación y consejería, bases y principios teóricos y prácticos de la consejería, consejería individual y grupal, planificación de vida y carrera, consejería familiar y de pareja, intervención en crisis, además práctica I y II y seis créditos en cursos electivos.

En la University of Phoenix, Recinto de Guaynabo, está el grado de *Master of Science in Counseling/Mental Health Counseling* en la facultad de *Human Services*, compuesto entre 60 a 63 créditos. El currículo consta de cursos en las

áreas de: desarrollo individual y familiar, teorías de personalidad y modelos de consejería, aspectos éticos y legales, métodos de investigación, psicometría, evaluación clínica, psicopatología, consejería individual, grupal, de familia, pareja y niños/as, adicciones, carreras y orientación profesional. Además practicum e internado.

Otras preparaciones académicas en consejería existentes son: Consejería Psicológica de la Escuela de Ciencias Sociales y Humanas del Programa Graduado de Psicología en la Universidad del Turabo, Gurabo. Consejería Psicológica con especialidad Familia de la Escuela de Ciencias en la Universidad Interamericana, Recinto de Aguadilla. Maestría en Artes en Consejería Psicológica de la Escuela de Psicología en la Universidad Interamericana, Recinto Metropolitano. Maestría en Ciencia en Consejería/Consejería en Matrimonio y Familia; Maestría en Ciencia en Consejería/Consejería en Salud Mental y Maestría en Ciencia en Consejería/Consejería Escolar de la *University of Phoenix*, Recinto de Guaynabo. Maestría en Consejería con especialidad en Desórdenes Adictivos, Consejería Escolar, Consejería de Familia y Salud Mental en el Colegio de Estudios Graduados de la Universidad Central de Bayamón.

Desde 1980 en Puerto Rico existen programas a nivel doctoral en el área de consejería profesional, actualmente se ofrecen en la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras y en la Universidad Interamericana de Puerto Rico, Recinto Metro.

Aportación al campo de la Consejería en Rehabilitación

Resaltar y evidenciar el desarrollo y crecimiento de la disciplina de la Consejería en Puerto Rico. A su vez, que todos los profesionales de la Rehabilitación conozcan y entiendan lo que es la Consejería. Por otro lado, identificar y conocer las diferencias y las similitudes entre la consejería en rehabilitación y la profesional. Es necesario que ambas clases profesionales, al igual que otras, desarrollen su identidad profesional. Ambos profesionales frecuentemente tienen que clarificar qué son, qué servicios brindan y explicar la diferencia con los profesionales de la psicología y de trabajo social y dónde pueden ejercer. Es importante, exponer esta información para que ambos clases reevalúen y exploren sus posibilidades profesionales.

Similitudes y diferencias de la consejería en rehabilitación y la consejería profesional

Si observamos los aspectos presentados respecto a las leyes que reglamentan ambas profesiones, se extrae que ambas Juntas Examinadoras están adscritas al

Departamento de Salud, tienen que completar un grado de maestría en consejería, realizar internado y tomar un examen de reválida para ejercer. A su vez, re-certificarse cada tres años y completar una cantidad de entre 39 a 45 créditos de educación continua.

En la década del 2000 se establecieron las Reglamentaciones Generales de las Juntas Examinadoras que las rigen. Igualmente, ambas profesiones poseen como base la Consejería, por lo cual sus profesionales tienen como finalidad la ayuda, a través de una relación personal y directa en la cual se utilizan teorías, principios, métodos y estrategias basados en el conocimiento científico, para promover el desarrollo y el bienestar integral de las personas. A su vez, se desprende en las áreas de competencia de ambas profesiones la siguientes similitudes: Consejería y consultoría = Fundamentos teóricos de la consejería; Desarrollo y crecimiento humano = Desarrollo humano y Comportamiento disfuncional; Desarrollo de carreras y empleo = Desarrollo ocupacional; Trabajo en grupos = Proceso de consejería grupal; Avalúo e investigación y Evaluación de programas = Medición y evaluación y Teoría y práctica de la investigación; Consejería y consultoría = Consultoría; diversidad social y cultural = Fundamentos sociales y culturales; Identidad profesional = Asuntos éticos y profesionales. El área que podría no ser pareadas en consejería profesional es el proceso de ayuda, pero al analizarlo a groso modo esta podría catalogarse bajo Desarrollo y crecimiento humano y consejería. En el caso de la consejería en rehabilitación las áreas que no se podrían parrear son: Aspectos médicos funcionales y Ambientes de la incapacidad y Recursos y servicios de rehabilitación.

Con respecto a la comparación de las profesiones en la academia podemos desprender los siguientes elementos homogéneos: ambas profesiones surgen en Puerto Rico debido a la necesidad y solicitud el Departamento de Instrucción Pública actualmente Departamento de Educación. Las maestrías constan en general de más de 40 créditos. Entre los cursos similares que se imparten durante la preparación académica son los relacionados al proceso de consejería.

La práctica de la consejería en rehabilitación fue reglamentada desde el 1976, por ende hace más de cuatro décadas. En cambio la práctica de la consejería profesional fue reglamentada en el año 2002. El/La CR está colegiado/a desde el 2006 en cambio el/la CP no están colegiados/as. Los CR están representados por un Colegio, mientras los CP por su Asociación. Los CP tienen como requisito 500 horas de mentoría luego de

obtener su licencia y los CR no tienen este requisito. Otra de las diferencias entre ambas profesiones son las siguientes: la consejería en rehabilitación trabaja el área de aspectos médicos y psiquiátricos del individuo a su vez, la rehabilitación con el fin de poder tener una vida independiente y formar parte del mundo laboral, en cambio la consejería profesional (Orientación y Consejería) no se especializa en un área sino que provee consejería e intervención centrada en trabajar las situaciones que presente la persona en las áreas personales, sociales y ocupacionales. Otra diferencia, es que la consejería en rehabilitación está en la academia bajo la Facultad de Ciencias Sociales, mientras la consejería profesional en la mayoría de las instituciones está bajo la Facultad de Educación. Quizás este elemento incide en que la consejería profesional se ha visto como profesión principalmente para ser ejercida en escenarios educativos a diferencia de la consejería en rehabilitación. Ciertamente ambas profesiones poseen su base en la Consejería, por ende pueden brindar sus servicios en diversos escenarios.

¿Hacia dónde se podría dirigir la Consejería en Puerto Rico?

En la actualidad el principal empleador de los/as CR es la Administración de Rehabilitación Vocacional [ARV] la cual tiene como misión integrar a las personas con impedimentos a la fuerza laboral y a una vida más independiente. Mientras los/as CP su mayor empleador es el Departamento de Educación [DE], para dirigir el Programa de Orientación y Consejería Escolar hoy nombrado Programa de Consejería Profesional en el Escenario Escolar. Este programa tiene como misión propiciar que todos los estudiantes alcancen el éxito a través del desarrollo de experiencia académica, ocupacional/carrera y personal/social (Departamento de Educación, CC #13, 2011-12). Ambos escenarios tienen como finalidad proveer a los individuos el seguimiento para que puedan lograr sus metas a corto o a largo plazo. Que puedan enfrentar las transiciones de la vida de una forma adecuada para poder completar la meta de integración al mundo laboral. Mientras en las instituciones de estudios post-secundarios se contratan tanto a CP como CR en algunos casos realizando el mismo trabajo, en otros casos ambos laboran en conjunto, los CR con los estudiantes con impedimentos y los CP con los estudiantes sin impedimentos.

Al evaluar la misión del Programa de Consejería Profesional en el Escenario Escolar identificamos que ésta es una muy amplia, ya que involucra todos los aspectos de la vida de los estudiantes en el transcurso de sus desarrollo escolar. Por lo que podemos considerar que ambos profesionales podrían brindar los servicios que estos

requieran a lo largo de su vida académica. El DE podría tener dos recursos el/la CP trabajando principalmente con los estudiantes sin impedimentos, mientras el/la CR podría trabajar principalmente con los estudiantes del Programa de Educación Especial y Sección 504 de la Ley de Rehabilitación Vocacional.

Según datos del Instituto de Estadísticas de Puerto Rico (2011) para el año escolar 2009-2010 en el sistema público de enseñanza habían 121,159 estudiantes de educación especial siendo un 24.6% de la población estudiantil total. En los rotativos principales del país se reseña, que se estima que el Departamento de Educación cuenta con 452,740 estudiantes de los cuales 150,000 son estudiantes pertenecientes al Programa de Educación Especial, lo que representa el 33% del estudiantado. Las cifras antes mencionadas resaltan la cantidad considerable de estudiantes con necesidades especiales. Estos estudiantes requieren de servicios adicionales y especializados. Por lo tanto, el poder tener un/a CR y un/a CP en las escuelas del país, lograría que toda la población estudiantil reciba los servicios que requieren tomando en consideración sus necesidades particulares, lo que redundaría en que la población estudiantil al completar su escuela superior puedan contar con mayores herramientas para lograr el éxito.

Otro escenario donde tanto los CR como los CP puedan formar parte del equipo multidisciplinario es en las instituciones de servicios de salud mental. Trabajando con las necesidades del diario vivir de los clientes en conjunto con los profesionales de la Psicología. Además incrementar la presencia en las diversas instituciones educativas post-secundarias del país.

Conclusión

Se desprende de la información reseñada que el surgimiento de ambas disciplinas se inicia, gracias a las legislaciones federales en los Estados Unidos, debido a la necesidad de recursos que brindarán orientación y rehabilitación vocacional. Ambas disciplinas poseen su base en la consejería por ende, podrían brindar servicios en la mayoría de los escenarios, donde se provea asistencia a la población con y sin impedimento. Existen mayores similitudes entre ambas disciplinas que diferencias. Las diferencias estriban en la fecha de fundación del adiestramiento académico en Puerto Rico y en la consejería en rehabilitación posee adiestramiento específico para brindar servicios principalmente a la población con impedimentos, mientras los CP poseen adiestramiento general. El CP y el CR podrían trabajar en conjunto en las escuelas del país. Los CP principalmente con los estudiantes sin impedimentos y los CR

principalmente con los estudiantes con impedimentos. También se podría incrementar la participación de los CP y los CR en los escenarios de salud mental y en la diversidad de escenarios educativos post-secundarios. Las clases profesionales de consejería en rehabilitación y consejería profesional deben reevaluar la posibilidad de unificar esfuerzos para darle mayor visibilidad y presencia a la consejería en Puerto Rico como han estado realizando las principales organizaciones e instituciones de consejería en los Estados Unidos.

Recomendaciones

- Realizar estudios investigativos a profundidad sobre ambas disciplinas en Puerto Rico.
- Ampliar la investigación relacionada a los roles y necesidades de los profesionales de la consejería en rehabilitación y la consejería profesional en escenarios educativos, tanto a nivel público, privado como post-secundario.
- Investigar la visión de unificación de la consejería que se está realizando en los Estados Unidos y la posible aplicación en Puerto Rico.
- Realizar proyectos investigativos sobre la experiencia laboral de los/as CR y los CP en Puerto Rico.
- Identificar y establecer alternativas para dar mayor visibilidad a la consejería en Puerto Rico.

Referencias

- Allyn & Bacon (2004). History of Counseling. Recuperado de: <http://www.ablongman.com/helpingprofessions/coun/ppt/other/historyofcounseling.ppt>
- Counseling Today. (2013, 31 July). CORE to become corporate affiliate of CACREP. Recuperado de: <http://ct.counseling.org/2013/07/core-to-become-corporate-affiliate-of-cacrep/>
- Dávila, Y. (2012). Asociaciones profesionales de la Consejería en Puerto Rico. Recuperado de: <http://es.slideshare.net/switcky/asociaciones-profesionales-de-consejera-en-puerto-rico>
- Departamento de Educación (2012). Carta Circular Núm. 13, 2011-2012: Normas y Directrices sobre el funcionamiento del Programa de Orientación y Consejería Escolar. Recuperado de: <http://intraedu.dde.pr/Cartas%20Circulares/13-2011-2012.pdf>
- Departamento de Salud, Oficina de Reglamentación y Certificación de los Profesionales de la Salud. (2005, Febrero 4). Reglamento General: Junta Examinadora de Consejeros Profesionales. Recuperado de: <http://app.estado.gobierno.pr/ReglamentosOnLine/Reglamentos/6943.pdf>
- Departamento de Salud. (2008, Junio 13). Reglamento de Educación Continua y Registro para Recertificación de los Consejeros Profesionales y de los Mentores Certificados en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Junta Examinadora de Consejeros Profesionales del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
- Departamento de Salud, Oficina de Reglamentación y Certificación de los Profesionales de la Salud. (2009, Abril 7). Reglamento de Educación Continua para la Recertificación de los Consejeros en Rehabilitación.
- Departamento de Salud, Oficina de Reglamentación y Certificación de los Profesionales de la Salud (2009, abril 7). Reglamento General: Junta Examinadora de Consejeros en Rehabilitación.
- Giménez, J. (2010). La Profesión de Consejería en Rehabilitación en Puerto Rico: Apuntes sobre su Desarrollo Histórico. Tesis de Maestría en Consejería en Rehabilitación. Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras.
- Kaplan, D. M., & Gladding, S. T. (2011). A Vision for the Future of Counseling: The 20/20 Principles for Unifying and Strengthening the Profession. *Journal of Counseling & Development*. 89, 367-372.
- Ley para Reglamentar la Profesión de la Consejería en Rehabilitación, Ley Núm. 58, según enmienda (1976). Recuperado de: <http://www.lexjuris.com/lexmate/profesiones/lex085.htm>
- Ley de Salud Mental de Puerto Rico, Ley Núm. 408, según enmienda. (2000). Recuperado de: <http://www.ramajudicial.pr/leyes/Anejo-1-Ley-de-Salud-Mental-de-Puerto-Rico.pdf>
- Ley Núm. 147 de 9 de agosto de 2002: Ley para Reglamentar la práctica de la Consejería Profesional en Puerto Rico. Recuperado de: <http://www.lexjuris.com/lexlex/leyes2002/lexl2002147.htm>
- Ley Núm. 198 de 11 de septiembre de 2006: Para enmendar los Arts. 2, 3, 4, 8 y añadir Art.7-A a la Ley Núm. 58 de 1976: Ley para Reglamentar la Profesión de Consejería en Rehabilitación en Puerto Rico. Recuperado de: <http://www.lexjuris.com/LEXLEX/Leyes2006/lexl2006198.htm>
- Ley para enmendar la Ley 147 de 2002, Ley para Reglamentar la Práctica de la Consejería Profesional, Ley Núm. 71. (2006). Recuperado de: <http://www.lexjuris.com/lexlex/leyes2006/lexl2006071.htm>
- Ley del Colegio de los Profesionales de la Consejería en Rehabilitación de Puerto Rico, Ley. Núm. 160. (2006). Recuperado de: <http://www.lexjuris.com/lexlex/leyes2006/lexl2006160.htm>
- Ley para enmendar la Ley 147 de 2002, Ley para Reglamentar la Práctica de la Consejería Profesional, Ley Núm. 92 (2007). Recuperado de: <http://www.lexjuris.com/lexlex/Leyes2007/lexl2007092.htm>
- Ley para enmendar la Ley 408 de 2000, Ley de Salud Mental de Puerto Rico, Ley Núm. 183. (2008). Recuperado de: <http://www.lexjuris.com/lexlex/Leyes2008/lexl2008183.htm>
- Ley para enmendar la Ley 408 de 2000, Ley de Salud Mental de Puerto Rico, Ley Núm. 170 (2012). Recuperado de: <http://www.lexjuris.com/lexlex/Leyes2012/lexl2012170.htm>
- Marín, A., Ríos, E., & Santiago, B. (1995). *La Profesión de Consejería en Rehabilitación y su trayectoria en Puerto Rico*. Ponencia presentada en la Vigésimosexta Convención Anual de la Asociación de Consejeros en Rehabilitación de Puerto Rico. Caguas, Puerto Rico.

Riggar, T., & Maki, D. (Eds.) (2004). *Handbook of Rehabilitation Counseling*. New York: Springer Publishing Co. Estados Unidos.

María del C. Rodríguez-Morales, MRC

*Consejera en el Programa Upward Bound de la
Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras*

Correo electrónico: mardelcar@gmail.com.

El grado de resiliencia de los estudiantes con discapacidades de una universidad privada del área de Puerto Rico y el nivel de ejecución en su aprovechamiento académico

Sandra D. Pietri Montalvo

Consejera en Rehabilitación

Este estudio examinó cómo la resiliencia influencia el aprovechamiento académico de los estudiantes con discapacidades en una universidad privada del sur de Puerto Rico. La muestra del estudio consistió de 30 estudiantes de la oficina de servicios a personas con impedimentos. Se diseñó un instrumento que incluyó información socio-demográfica y un cuestionario de escala Likert para medir la resiliencia y el aprovechamiento académico. El análisis correlacional demostró que la resiliencia es un proceso continuo e individual que se presenta a cualquier edad, independientemente de su sexo, los años de estudio; y se confirmó la importancia de los servicios de apoyo académico para estudiantes con discapacidades.

Palabras claves: resiliencia, aprovechamiento académico, estudiantes con discapacidades

This study examined how resilience influenced the academic achievement of a group of students with disabilities at a private university in the south of Puerto Rico. The study sample consisted of 30 students from the university's office that provided services to people with disabilities. The instrument included socio-demographic information and a Likert scale questionnaire designed to measure resilience and academic achievement. A correlational analysis demonstrated that resilience is an ongoing and individual process that occurs at any age, regardless of gender, years of study and confirmed the importance of academic support services for student with disabilities.

Keywords: resilience, academic achievement, students with disabilities

Existen muchas variables y definiciones discutidas por diferentes teorías e investigadores relacionados al concepto de resiliencia. Lo mismo sucede con los conceptos de aprovechamiento académico y de discapacidades. La revisión de literatura de esta investigación se enmarcó en las variables de: grado de resiliencia, aprovechamiento académico, tipo de discapacidad, género, edad y el año de estudio en la institución en estudiantes con discapacidades.

Según Acosta (2008), la primera persona en utilizar el término de resiliencia fue Bolwby (1992); que insistió en describirla como “cualidad de una persona que no se desanima, que no se deja abatir”. De otra parte a Werner (1999), se le considera la madre de la resiliencia por haber realizado una investigación significativa sobre la resiliencia; la cual realizó junto a Ruth Smith (1992).

Según Masten (1990), los estudios realizados sobre la resiliencia sugieren que el ser humano ha sido dotado de mecanismos poderosos y protectores para desarrollarse, que trascienden todo tipo de frontera (Werner & Smith, 1992). Masten (1994), inclusive define la resiliencia como la capacidad humana universal de trascender los efectos nocivos de la adversidad. Es por esto que las

definiciones de resiliencia son variadas. Para Cyrulnik (2004), la resiliencia es un conjunto de fenómenos en el que la persona enfrenta un contexto afectivo, social y cultural; para él, es el arte de navegar en los torrentes. De otra parte para Villalobos y Castellán (2003), la resiliencia construye en el ser humano en función de sí mismo en el que intervienen directamente la voluntad y las competencias afectivas. Sugieren ellos que es atreverse a experimentar a abrir los sentidos, a usar la lógica, la imaginación y ser responsables de uno mismo. Poletti y Dobbs (2005) en su libro *La resiliencia, el arte de resurgir a la vida*, exponen que el concepto de resiliencia va más allá que la “capacidad de superar”. Para ellos está constituido por dos dimensiones; la resistencia a la destrucción, la capacidad de proteger la propia integridad ante fuertes presiones; y por otro lado, la capacidad de construir, de crear una vida digna de ser vivida, a pesar de las circunstancias adversas. Para Munist et. al. (2007), consideran ellos que el pensamiento crítico es uno de los pilares de la resiliencia, especialmente en los adolescentes. Según ellos la resiliencia en los adolescentes es el resultado de factores innatos y aprendidos.

Según Forés y Grané (2012) la investigación sobre la resiliencia se divide en tres escuelas. La escuela anglosajona incluye dos generaciones de investigaciones sobre la resiliencia en los Estados Unidos y en el Reino Unido. Las primeras investigaciones se enfocaron en las situaciones de riesgo durante la infancia. Un estudio realizado por más de 30 años por las psicólogas Emmy Werner y Ruth Smith, utilizando 698 niños y niñas expuestos a riesgos prenatales, perinatales y postnatales de la isla de Kauai y nacidos en el 1955 demostró que entre estos, 201 niños y niñas a la edad de dos años presentaban altos indicadores de riesgos psicosociales y biológicos, los cuales podrían manifestar problemas de desarrollo y psicopatologías. Sin embargo, 72 de estos niños y niñas evolucionaron adecuadamente sin necesidad de ningún tipo de intervención, logrando convertirse en jóvenes adultos competentes e integrados a la sociedad. Es a estos jóvenes los que inicialmente Werner y Smith llamaron “resilientes”. Básicamente las investigaciones de esta primera generación de la escuela anglosajona se enfocaron en la identificación de los factores de riesgo y las características de la personalidad. En esta escuela para algunos la teoría de la resiliencia es vista como lo opuesto al riesgo, aunque otros como Beardslee y Garnezy la consideran también “como la capacidad de recuperación ante un trauma” (Forés & Grané, 2012, p. 24). En la segunda generación de la escuela anglosajona se expande el enfoque de la investigación al incluir la adolescencia. Es aquí donde se comienza a intentar determinar el cómo se consiguen los resultados resilientes, tratando de desarrollar una visión de resiliencia como proceso. No hubo consenso, pues para algunos investigadores la resiliencia debía evaluarse a base de indicadores de adaptación o competencia social; y otros investigadores prefieren y defienden la flexibilidad de los criterios y que estos se adapten a la diversidad de procesos resilientes.

De la misma forma, Forés y Grané (2012) exponen que la escuela europea se basa en la idea de ver la resiliencia como un proceso de superar la adversidad, específicamente de los traumas. Según Cyrulnik (en Forés & Grané, p. 24, 2012) quien le dio fuerza a esta teoría, “la noción de resiliencia trata de comprender de que manera un golpe puede ser asimilado, puede provocar efectos variables e incluso un rebote”. Según esta teoría, la persona tiene un papel más activo como protagonista de su propia historia dentro del contexto social y cultural; además de que a través del relato personal del trauma se convierte en la acción terapéutica que resulta en la resiliencia.

En cuanto a la escuela latinoamericana, Forés y Grané (2012) explican que la misma desarrolla los aspectos de la resiliencia inclinándose principalmente hacia la resiliencia

comunitaria. Esta escuela estudia más a profundidad el aspecto de la resiliencia colectiva, basada en las condiciones sociales, relaciones grupales y cómo se manifiestan los aspectos culturales y valores comunitarios. Según algunos autores, la resiliencia latinoamericana va del ámbito psicológico a lo social como compromiso activo con la justicia y el bienestar común.

De otra parte, Forés y Grané (2012) indican que las teorías y los trabajos con respecto a la resiliencia no pueden enmarcarse dentro de escuelas determinadas, ya que las fronteras geográficas han sido derrumbadas por el intercambio activo de información, especialmente por el internet; lo que ha permitido la creación de equipos de colaboración y de investigación transnacionales y multidisciplinarios; dejando atrás los parámetros rígidos de algunas teorías, abriendo paso a unas nuevas perspectivas innovadoras como la perspectiva holística de la resiliencia de Carol Kumpfer en Forés & Grané, (2012).

En la perspectiva holística de la resiliencia se reúne toda la diversidad de los procesos de resiliencia actuales. Este modelo se concentra en dos aspectos fundamentales: la universalidad de los procesos de resiliencia y la multiplicidad de factores que intervienen en todos los procesos en resiliencia. Es en el modelo holístico en que se reúnen, se integran y se engloban las diferentes teorías y trabajos sobre la resiliencia; dándole a esta teoría una visión dinámica y diacrónica de los procesos de resiliencia enmarcándolos dentro de un marco ecológico. Es por esto que esta propuesta holística adquiere y provee una formalidad en cuanto a marco conceptual, metodología y práctica de la resiliencia. Es aquí donde el modelo holístico de la resiliencia comienza a requerir de una terminología con la cual diferentes teóricos no se ponen de acuerdo. Las investigaciones iniciales promovieron que a los componentes claves de la resiliencia se les conociera como *factores de riesgo* y *factores de protección*; esto debido a que las investigaciones estaban basadas en el modelo médico y estaban enfocadas hacia la infancia en situaciones de riesgo. Al pasar el tiempo y expandir el área de estudio, además de nuevos grupos de edad y situaciones de adversidad, el concepto anterior resultó inadecuado, por lo que en 1999 Grotberg (en Forés & Grané 2012) propuso el término de *factores de resiliencia* para sustituir el de *factores de protección*; lo que es incorporado al modelo holístico pues representa mayor flexibilidad en los análisis de los diferentes procesos de la resiliencia. De la misma forma el término *factores de riesgo* fue desapareciendo, ya que se asociaba más con modelos de prevención, partiendo de la misma base médica; además de que representaba una discrepancia con el término *factores de resiliencia*. De la misma forma,

sobre lo inoportuno de la utilización del término *factores de riesgo* en el 2004 Ungar dijo, “se deriva de la arbitrariedad con la que se suele determinar que algo constituye un factor de riesgo, sin considerar el contexto, el marco cultural y la sensibilidad especial que la persona tenga hacia este elemento” (Forés & Grané, 2012, p. 26).

De otra parte, surge una contradicción a la oposición de riesgo y resiliencia. Para algunos los factores de riesgo son utilizados como valores negativos absolutos. Según Rutter en Forés & Grané, (2012, p. 27) existen unos *factores de desafío* que en vez de representar una adversidad, se convierten en un riesgo manejable que puede resultar en la activación de estrategias y recursos personales y/o sociales para sobreponerse a la misma. Es por esto que el modelo holístico de resiliencia propone el nuevo constructo; *la no resiliencia* (Forés & Grané, 2012, p. 27). Este nuevo constructo está definido por todo aquello que cohibe, frena o detiene el flujo natural del proceso de resiliencia. Los *factores de la no resiliencia*, a diferencia de los *factores de riesgo*, son el resultado de la narrativa personal y se identifican a base de los efectos que tengan o tendrán en cuanto a frenar u obstaculizar el proceso de superar la adversidad. Esto nos explica la relación importante y estrecha entre *la no resiliencia* y *la resiliencia*. Podemos ver a la no resiliencia como la base de la resiliencia, ya que según se superan los *factores de la no resiliencia* como las actitudes, comportamientos y estrategias se van adquiriendo aprendizajes, habilidades y experiencias que son el cimiento de los impulsos resilientes. Esto llevó a (Richardson) a definir la resiliencia como “*fuera que controla o empuja a la mejora personal*” (en Forés & Grané, 2012, p. 29). Es por esto que en el modelo holístico se ve la resiliencia como una energía, ya que se pueden observar en sus procesos; *la energía de relación*, *la energía de aprendizaje* y *la energía creativa* (Forés & Grané, p. 29, 2012). Por *energía de relación* se refiere a que existe sinergia entre todos los procesos de resiliencia, ya sean los *factores de resiliencia* o los *de no resiliencia*; siendo esta sinergia la que mueve los procesos, ya sean individuales o comunitarios y sus relaciones y conexiones entre sí. La *energía de aprendizaje* se refiere a la forma en que la experiencia apoyan el procesos de resiliencia a base del aprendizaje basado en los procesos que se han utilizado para superar la no resiliencia; lo que lo convierte en un sistema que aprende y lo aplica a los procesos que enfrenta. La *energía creativa* se presenta por medio de la variedad de recursos y estrategias que se utilizan para alcanzar la resiliencia ya que siempre puede haber nuevas formas de sobreponerse a la adversidad.

Para muchos el describir una persona que tenga que sobreponerse o enfrentarse a la adversidad

constantemente; puede identificar aquella persona con condiciones especiales o con discapacidad. Por lo general, se reconoce como una persona o estudiante con condiciones especiales o discapacidad a aquel que presenta una deficiencia ya sea física, sensorial, intelectual, emocional, social o cualquier combinación de éstas que afecta su proceso de aprendizaje. El aprovechamiento académico de los estudiantes es conocido también como rendimiento académico; y generalmente se refiere al resultado de las diferentes etapas del proceso de enseñanza – aprendizaje; siendo también la meta del proceso y el resultado de todas las iniciativas generadas por la comunidad escolar, entiéndase, padres, maestros/as, autoridades educacionales, alumno/a y comunidad en general. Es por eso que el sistema educativo brinda tanta importancia al aprovechamiento académico como indicador, aunque hay que reconocer que existen otras variables importantes como la calidad del maestro/a, el ambiente, el programa educativo, la familia, la motivación, la inteligencia, la personalidad, entre otras (Reyes, 2003).

Planteamiento del problema bajo estudio

Recientemente la prensa en Puerto Rico ha expuesto estadísticas sobre los porcentos de deserción escolar entre estudiantes universitarios y el bajo aprovechamiento académico que estos reflejan. También ha presentado información de cómo muchos estudiantes optan por carreras cortas, en vez de proseguir estudios más prolongados en una institución universitaria. Estas estadísticas, no reflejan una muestra específica de la población de estudiantes con discapacidades. Según Acosta (2008), Chávez (2004), la educación profesional es una función que acontece de manera natural e inevitable para que las personas se formen y desarrollen, en dirección a sus mismas actividades dentro de la institución universitaria. El bajo aprovechamiento académico de los estudiantes constituye un problema para la educación universitaria. Donde se discuten los temas de la pobreza, la alimentación inadecuada, la falta de cultura, los prejuicios raciales, además de conflictos familiares y emocionales. Sin embargo, no se encontró en la literatura estudios que discutan sobre la variable de bajo aprovechamiento académico en los estudiantes con discapacidades.

Existe preocupación por parte de muchos profesionales que se creen estereotipos de los estudiantes con discapacidades para no ser considerados en estos estudios. Por experiencia propia y por observación informal de la investigadora como profesional de la educación y ciencias aliadas a la salud, los estudiantes con discapacidades hacen un esfuerzo extraordinario por superarse y su grado

de resiliencia en ocasiones es más alto que el de un estudiante sin discapacidad.

El bajo aprovechamiento académico de los estudiantes es influenciado por múltiples variables, lo que afirma que existe la necesidad de determinar la relación entre el grado de resiliencia del estudiante con discapacidades y su aprovechamiento académico. Esto puede implicar una pérdida del capital, de recursos humanos para la familia, para la comunidad y para el propio país. Además conlleva sentimientos de frustración y la deserción estudiantil creando otros problemas sociales, según Brennan (2000).

Esta investigación consideró otro aspecto importante sobre la desigualdad educativa. Estudios sobre la desigualdad en la educación han puesto al relieve sus diferentes significados (Marchesi & Martín, 1998). Se puede hablar de igualdad de oportunidades cuando todos los estudiantes tienen formal y legalmente las mismas posibilidades educativas, cuando estas posibilidades se hacen accesibles a todos los estudiantes, superando formas de acceso y de selección encubiertas, el término más preciso es el de igualdad en el acceso (Chávez, 2004). Finalmente, la igualdad en educación encuentra su significado más fuerte cuando se analizan los resultados del aprovechamiento académico de todos los estudiantes, incluyendo aquellos con discapacidades.

Propósito u objetivo general del estudio

El objetivo de este estudio fue examinar la relación del grado de resiliencia en el aprovechamiento académico de los estudiantes con discapacidades de una universidad del sur de Puerto Rico. Se buscaba identificar cuáles de las características resilientes de los estudiantes con discapacidades influyen directamente en el aprovechamiento académico de los mismos. Este estudio es el primero de su índole en Puerto Rico, ya que no existen investigaciones relacionadas con los constructos de esta investigación al momento de realizar la misma.

Metodología

La metodología de la investigación conlleva un proceso ordenado para llevar a cabo una investigación social y científica, según Hernández, Fernández y Baptista (2003). Esta investigación utilizó un método cuantitativo aplicando un diseño de carácter no experimental y exploratorio. Se realizó un análisis correlacional inferencial sobre los datos obtenidos; para analizar las relaciones entre las variables del estudio en busca de la respuesta a las preguntas de investigación (Gay & Airasian, 2000). El análisis inferencial permitió analizar los datos obtenidos de la muestra para inferir y obtener las conclusiones del estudio.

Instrumento

Para esta investigación se utilizó un cuestionario diseñado por la investigadora y sometido a evaluación para la validación del mismo. Este cuestionario consistió de dos partes. La primera parte contenía reactivos sobre el perfil socio-demográfico del estudiante con discapacidad. La segunda parte incluyó 25 reactivos que abarcaban el grado de resiliencia y el nivel de ejecución de los estudiantes con discapacidades en su aprovechamiento académico. Para responder a cada reactivo, se utilizó una escala Likert donde el estudiante seleccionó con una (X) en el lugar correspondiente a (5) Totalmente de acuerdo, (4) Parcialmente de acuerdo, (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo, (2) Parcialmente en desacuerdo, (1) Totalmente en desacuerdo. El cuestionario se sometió al riguroso proceso de validación y así se garantizó que el mismo correspondía al grado de veracidad de lo que se midió. En cuanto a la revisión de reactivos para la validez de contenido, se utilizó cinco jueces y los mismos realizaron un análisis de contenido de cada pregunta para señalar si eran o no esenciales para el estudio. Una vez tabuladas las respuestas de los jueces, se calculó la razón de validez de contenido (RVC) para cada pregunta e indicador a un nivel $<.059$.

Población

Para esta investigación la población que se utilizó fue de estudiantes activos con discapacidades de una población de 585 estudiantes. La muestra se obtuvo por disponibilidad, según las recomendaciones de Krejcie y Morgia (1970) quienes afirman que todos los estudiantes tienen la oportunidad de participar en la investigación si cuentan con los criterios de inclusión establecidos. El total de participantes fue de 30 estudiantes universitarios con discapacidades.

Hallazgos

La primera parte del cuestionario del estudio consistió de los datos socio-demográficos. Las variables utilizadas fueron las siguientes: (1) Edad, (2) Género, (3) Tipo de discapacidad, (4) Nivel Universitario y (5) Estado Civil. La edad promedio de los encuestados fue de 21-25 años; la distribución del género de los participantes fue de una mayoría de 23 féminas en comparación con 7 masculinos; el tipo de discapacidad reflejó que 13 estudiantes poseen una discapacidad física, 14 poseen una discapacidad mental mientras que tres poseen discapacidades tanto físicas como mentales; el nivel universitario promedio de los estudiantes estuvo entre el tercer y cuarto año universitario; el estado civil de la mayoría de los participantes fue soltero.

Los hallazgos encontrados en esta sección evidencian que

existe una relación estadísticamente significativa entre el grado de resiliencia y el aprovechamiento académico del estudiante con discapacidad a un nivel $<.05$ de significancia. Al igual que existe una relación estadísticamente significativa entre el tipo de discapacidad del estudiante y el aprovechamiento académico a un nivel $<.05$ de significancia. Sin embargo, no existe una relación estadísticamente significativa entre el grado de resiliencia y el tipo de discapacidad del estudiante a un nivel $<.05$ de significancia.

Por otra parte si existe una relación entre la resiliencia y el aprovechamiento académico basado en el género a un nivel de $<.05$ de significancia. Incluso también existe una relación estadísticamente significativa entre el grado de resiliencia del estudiante y los servicios recibidos por su discapacidad a un nivel $<.05$ de significancia.

Por el contrario, no existe una relación entre la resiliencia y la edad del estudiante a un nivel $<.05$ de significancia. Así como tampoco existe una relación estadísticamente significativa entre el grado de resiliencia del estudiante con discapacidad y el año de estudio en la institución a un nivel $<.05$ de significancia (Ver Tabla 1).

Aportación al campo de la Consejería en Rehabilitación

Las aportaciones de los resultados de esta investigación son significativos, tanto para el área docente como en el campo de la consejería en rehabilitación. La aportación al área de la consejería en rehabilitación es de valor incalculable. Es importante que el profesional de la rehabilitación comprenda que la resiliencia está presente a cualquier edad o nivel educativo en el estudiante con discapacidades lo ayuda a identificar las herramientas

vitales que necesita para manejar cada caso de forma individual, comprendiendo que no todos los estudiantes con discapacidad son iguales, así mismo lo reafirman Brown, D'Emidio-Caston y Bernand. El conocer sobre los tipos de resiliencia le permite al profesional de la consejería en rehabilitación identificar y manejar cada caso a base de las necesidades específicas de sus clientes. Entre los servicios de apoyo que el profesional de la consejería en la rehabilitación debe hacer disponible a sus consumidores con discapacidades están: los acomodos razonables, la consejería, la motivación y la educación. Estos servicios de apoyo son vitales en el desarrollo de la resiliencia en el estudiante con discapacidad.

Para el área docente es importante reconocer que cada estudiante con discapacidad, sin importar su tipo de discapacidad ni su edad, tiene algún tipo de resiliencia debe ser identificado; lo que concuerda con los estudios de Grotberg & Brown, D'Emidio-Caston & Benard (2003). Otro aspecto importante que deben de reconocer los docentes es que la severidad de la discapacidad del estudiante afecta directamente el aprovechamiento académico. Un estudiante que está en algún tipo de tratamiento puede afectarse debido a sus medicamentos; de la misma forma que puede aumentar su ausentismo debido a los mismos tratamientos o a un aumento en la severidad de su condición. He aquí la importancia de que el docente conozca la situación particular de cada uno de sus estudiantes con discapacidad y utilice la resiliencia identificada en este para que lo asista y lo ayude a tener un mejor aprovechamiento académico. Este aspecto lo reafirma Brennan (2000) “estas situaciones pueden llevar al estudiante con discapacidad a sentirse frustrado y en ocasiones a la deserción escolar, provocando otros problemas sociales”. De la misma forma es necesario que

Tabla 1

Descripción del grado de resiliencia y el nivel de ejecución en el aprovechamiento académico de los estudiantes con discapacidades

Variables	N	Correlación de Pearson
Resiliencia y Aprovechamiento Académico	30	.791
Tipo de discapacidad y Aprovechamiento Académico	30	.372
Resiliencia y Tipo de discapacidad	30	.218
Resiliencia y aprovechamiento Académico basado en el Género	30	.384
Resiliencia y Servicios de apoyo	30	.559
Resiliencia y Edad	30	.252
Resiliencia y Año de estudios	30	.096

cuando una discapacidad afecta el aprovechamiento académico se le provea un currículo especial o modificado.

Otras aportaciones para la docencia se relacionan a la diferencia de género en cuanto al aprovechamiento académico y el tipo de discapacidad. Grotberg (2003) reafirma que la diferencia de género no está en la inteligencia, sino en que las féminas cuentan con una fortaleza interna y habilidades interpersonales, mientras que los varones son más pragmáticos. La experiencia en la docencia demuestra que las féminas mantienen un mejor aprovechamiento académico que los varones; inclusive en el aspecto cognoscitivo (inteligencia). Uno de los aspectos donde más influye esta investigación a la docencia es que permitió evidenciar, por medio del cuestionario, la importancia que los servicios de apoyo tienen para el estudiante con discapacidad, así mismo lo reafirma Brown, D'Emilio-Caston y Bernard. Henderson y Milstein (2003) entre los factores constructores de resiliencia establecen en su libro: *Resiliencia en la escuela* que el docente es un administrador que debe enseñar habilidades para la vida y brindar la oportunidad de participación activa entre sus estudiantes sin importar su discapacidad.

Conclusión

Esta investigación demuestra que el estudiante con discapacidad presenta resiliencia a cualquier edad, y que es importante poder identificarla a tiempo para ayudarle a fortalecer el aprovechamiento académico a través de la consejería. Por otra parte, demuestra también que la resiliencia es un proceso continuo e individual de cada persona. De la misma forma resalta la importancia de cuan beneficiosos son los servicios de apoyo para el desarrollo de los estudiantes con discapacidades. Otra conclusión importante, es que la mayoría de los estudiantes consideran que su aprovechamiento académico puede ser afectado por su ausentismo a clases debido a la severidad de su discapacidad, o a las recaídas que puedan tener por su condición, debido a su tipo de discapacidad. De otra parte permite conocer estudios que indican que la diferencia de género está en la fortaleza interna y en las habilidades interpersonales innatas en las féminas y no necesariamente en su inteligencia. Definitivamente el estudio ayudó a ver que la resiliencia debe ser vista como un proceso que ocurre continuamente a cualquier edad, sin importar género, edad o años de estudio.

Limitaciones

Aunque el trabajo para lograr completar este estudio fue arduo y se lograron sus metas, hay que reconocer algunas limitaciones que tiene el mismo. Primeramente, trabajar con la variable discapacidad fue un poco difícil, ya que se decidió separar las condiciones en discapacidades físicas y

mentales, sin embargo las discapacidades cubren muchas más áreas, y además de ser diversas pueden variar ampliamente en la forma en que afectan a la persona en su grado de funcionamiento y severidad en su diario vivir.

De otra parte, la muestra de la población utilizada para el estudio fue muy pequeña, debido a que se limitó la participación de estudiantes mayores de 21 años de edad con discapacidades, que recibían los servicios de la Oficina de Servicios para Personas con Impedimentos de la institución. Otro factor que pudo haber delimitado la investigación es que la participación de los estudiantes fue voluntaria; aspecto que afectó el tamaño de la muestra.

Otra limitación fue la comunicación con los estudiantes sordos, aspecto que no se había considerado por lo cual se tuvo que facilitar un intérprete para el proceso de comprensión del cuestionario en lenguaje de señas.

Recomendaciones

Esta investigación resalta la necesidad que existe de llevar a cabo investigaciones tanto cualitativas como cuantitativas utilizando esta población de estudiantes universitarios con discapacidades en las universidades de Puerto Rico. A futuros investigadores que pretendan indagar sobre el mismo contexto, se recomienda utilizar distintos diseños de investigación que permitan medir nuevas hipótesis y que arrojen nuevas recomendaciones para poder visualizar otros puntos de vista sobre la población de estudiantes universitarios con discapacidades en Puerto Rico.

Referencias

- Acosta, C. (2008). *El grado de resiliencia y las prácticas de liderazgo de los administradores en una institución universitaria de Puerto Rico*. Disertación Doctoral. Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico, Ponce, Puerto Rico.
- Artavia, J., & Cárdenas, H. (2006). *Efectividad en la integración afectiva y cognoscitiva de los niños y niñas con necesidades educativas especiales que asisten a las aulas regulares*. Tesis. Universidad de Costa Rica: San José, Costa Rica.
- Artunduaga, M. (2008). *Variables que influyen en el rendimiento académico en la Universidad*. Tesis. Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, característica y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 11(4), 125-146.
- Cyrulnik, B. (2004). *El realismo de la esperanza*. Barcelona, España: Editorial Gedisa.
- Forés, A., & Granés, J. (2012). *La resiliencia en entornos socioeducativos*. Narcea.
- García, O., & Palacios, R. (1991). *Factores condicionantes del aprendizaje en lógica Matemática*. Tesis. Universidad San Martín de Porres: Lima, Perú.

- Grotberg, E. (2003). Resiliencia, descubriendo las propias fortalezas. Paidós.
- Henderson, N., & Milstein, M. (2003). *Resiliencia en la escuela*. Paidós.
- Kotliarenco, M., Cáceres, I., & Álvarez, C. (1996). La caracterización de la familia en condiciones de pobreza: su aporte a la Educación Inicial. *Pensamiento Educativo*. 19, 373-394.
- Lagos, N., & Ossa, C. (2010). Representaciones a cerca de la resiliencia en educación según la opinión de los actores de la comunidad educativa. *Horizontes Educativos*. 15(1), 37-52.
- Ley Americans with Disabilities Act, P.L. 101-336 (1990).
- Ley de Carta de Derechos de las Personas con Impedimentos, H.R. 4134, 238 (2004).
- Ley de Igualdad de Oportunidades de Empleo para Personas con Impedimentos, H.R. 300, 81 (1996).
- Ley Individuals with Disabilities Education Act, P.L. 101-476 (1990).
- Ley de la Oficina del Procurador de las Personas con Impedimentos, H.R. 1746, 2 (1985).
- Ley de la Oficina del Procurador del Veterano de Puerto Rico de 1987, 29 L.P.R.A. sec. 823 (2012).
- Ley Fair Housing Act, 42 U.C. 3601 E.T. SEQ, (1986).
- Ley para Fomentar el Empleo de las Personas con Impedimentos Cualificadas en las Agencias, Dependencias y Corporaciones Públicas del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, al menos 5 por ciento, H.R. 2484, 219 (2006).
- Ley de Rehabilitación Sección 504 (1973).
- Ley de Rehabilitación Vocacional de Puerto Rico, S.1960, 97 (2000).
- Ley de Servicios Educativos Integrales para Personas con Impedimentos de 1996, 18 L.P.R.A. sec. 1351 (2012).
- Ley sobre Deficiencias en el Desarrollo, PL 106-402, (2000).
- Luthar, S. & Cushing, G. (1999). *Measurement issues in the empirical study of resilience: An overview*. In: Glantz MD, Johnson JL, editors. *Resilience and development: Positive life adaptations*. Plenum; New York, pp. 129-160.
- Marchesi, A., & Martín, E. (1998). *La autoridad del profesor: qué es la autoridad y cómo se adquiere*. Colección educación al día. España.
- OMS (2011) citado por Guajardo, A. Hablemos de discapacidad. *Revista Acción Femenina, Acción Católica Querétaro*. Recuperado de: <http://accioncatolicaqueretaro.wordpress.com/2011/04/04/hablemos-de-discapacidad/>
- Poletti, R., Dobbs, B. (2005). *La resiliencia: El arte de resurgir de la vida*. Buenos Aires: Lumen Humanitas.
- Reyes, Y. (2003). *Relación entre el rendimiento académico, la ansiedad ante los exámenes, los rasgos de personalidad, el autoconcepto y la asertividad, en estudiantes de primer año en psicología de la UNMSM*. Tesis. Lima, Perú.

Evaluación del Cuestionario Millon para la medicina conductual y diagnóstica “Millon Behavioral Medicine Diagnostic - MBMD”

María L. Díaz-Porto Robles

Catedrática Auxiliar de la Escuela Graduada de Consejería en Rehabilitación

Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras

Evaluación del Cuestionario Millon para la Medicina Conductual y Diagnóstica, su importancia y utilidad para el consejero en rehabilitación. Describimos su origen, características psicométricas, diversas escalas y atributos que lo muestran como un instrumento valioso para la investigación y la práctica de la medicina conductual diagnóstica. El instrumento comercial, posee una validez demostrada e identifica los factores psicosociales, socio económicos, de salud, entre otros, que influyen en la conducta de adherencia terapéutica. El cuestionario permite elaborar un plan de intervención psico educativo para minimizar la conducta y cumplir con el tratamiento: aspectos fundamentales en la práctica de la medicina actual.

Palabras claves: Consejero en Rehabilitación, medicina conductual, adherencia terapéutica, plan de intervención psico educativo

An assessment of the Millon Behavioral Medicine and Diagnostic Questionnaire. A commercial instrument is very useful for rehabilitation counselors in their research and a diagnostic tool, for behavioral medicine, identifying psychosocial, socio-economics and health factors, etc., that can affect the clients adherence with their treatment. As we describe its origin, psychometric characteristics and diverse scales, we will show how valuable it is identifying different factors that can intervene in the rehabilitation process, achieving treatment goals and therapeutic adherence behavior. As a result, we can elaborate a psycho educational intervention plan to help achieve treatment goals and minimize those factors.

Keywords: Rehabilitation Counselor, behavioral medicine, therapeutic adherence and psycho educational

El presente trabajo es una evaluación del Cuestionario Millon para la Medicina Conductual y Diagnóstica (2006). Este instrumento identifica los factores psicosociales que pueden influir para que el paciente o consumidor se adhiera (cumpla) al tratamiento prescrito, e identifica aquellas áreas o conductas en que el equipo de salud debe intervenir para minimizarlas. Por lo que es necesario, previo a exponer las características y la utilidad, entre otros aspectos del instrumento de medición, establecer la relación existente entre las especialidades de la psicología y la medicina, así como, la importancia que para la especialidad de la psicología presenta la *medicina conductual*.

A continuación, se resaltan unos apuntes históricos para comprender el surgimiento del concepto de la Medicina conductual en la actualidad. González y Peña (sf.) en su ensayo “La Relación entre la Psicología y la Medicina Psicológica,” refieren y cito:

En la actualidad la medicina ha caído en una praxis meramente utilitarista, donde la relación médico-paciente se ha visto quebrantada con el uso de nuevas tecnologías y el incremento excesivo en la demanda de servicios de salud. De acuerdo a la

definición que ofreció la Organización Mundial de la Salud (1948), la salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social, en armonía con el ambiente y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad (p. 3).

Los autores argumentan que esta definición establece la estrecha relación entre la medicina y la psicología, entre otras ciencias. El ser humano es un ser biopsicosocial de una manera integradora, por lo que el manejo del paciente debe realizarse desde un enfoque interdisciplinario en sus tres dimensiones, donde la psicología tiene un rol vital en el estudio de los procesos: cognitivos, afectivos y conductuales.

De acuerdo a González y Peña (sf.), en la práctica médica estos procesos pasan a un segundo plano durante el tratamiento de una enfermedad en el paciente, teniendo como resultado en muchas ocasiones la incapacidad de curar una enfermedad. A pesar de ser un concepto integrador, la medicina se avoca a los malestares físicos del paciente, sin cuestionar el bienestar o el estado de salud mental que algunos pacientes presentan y que afectan el proceso de rehabilitación. Los autores refieren en su ensayo que, la *psicología de la salud* es una rama de

la psicología que nace a finales de los años 70 dentro de un modelo biopsicosocial. Según el cual la enfermedad física es el resultado, no solo de los *factores médicos*, sino también de *factores psicológicos* (como las emociones, pensamientos, conductas, estilos de vida y estrés) y de los *factores sociales* (como las influencias culturales, relaciones familiares, apoyo social, entre otros.).

Todos estos factores interactúan entre sí para dar lugar a la enfermedad. La psicología de la salud se centra fundamentalmente en las enfermedades crónicas, las investigaciones y el desarrollo de planes de intervención. Se ha centrado en enfermedades diversas como la hipertensión, la diabetes, el dolor crónico, el cáncer, entre otras (González & Peña, sf., p. 4).

Otro de los aspectos históricos que planteamos, es el surgimiento del concepto de la *medicina conductual*. Este fue utilizado por primera vez por Birk en 1973, para describir los beneficios de la retroalimentación “biofeedback” en el tratamiento de los desórdenes médicos como el asma, migrañas, entre otros. Sin embargo, no es hasta 1978, durante la *Conferencia* celebrada entre la Universidad de Yale y el Instituto Nacional de la Salud en los Estados Unidos, que se ofrece la primera definición de *medicina conductual* como:

un campo interdisciplinario interesado en el desarrollo e integración de conocimientos y técnicas de las ciencias de la conducta y biomédicas relevantes para la salud y la enfermedad; y la aplicación de estos conocimientos y técnicas para la prevención, el tratamiento y la rehabilitación (Monegro, Quiñones & Rodríguez, 1987).

Por otra parte, en el Diccionario de Psicología Científica y Filosófica se reseña que en las últimas décadas los psicólogos han mostrado que muchas enfermedades somáticas son consecuencia de conductas inadecuadas de las personas. Por lo que se define la *medicina conductual* como:

La aplicación de las técnicas del conductismo (por ejemplo las técnicas aversivas, el refuerzo positivo, el “biofeedback”) para la modificación de las conductas que resultan peligrosas para la salud corporal. La medicina conductual puede ayudar al paciente de tres maneras: actuando directamente sobre la enfermedad corporal, como en los casos de cefaleas, obesidad, insomnio, hipertensión y enfermedades coronarias; ayudándole a realizar las prescripciones médicas (ingesta de medicinas, ejercicios físicos, dieta...) y enseñándole a modificar las conductas que constituyen factores de riesgo para su enfermedad.

Una vez reseñado estos apuntes históricos, los cuales muestran la relación directa entre la medicina conductual y

la psicología, exponemos la descripción sobre el Cuestionario Millon para la Medicina Conductual y Diagnóstica (MBMD, por sus siglas en inglés). El manuscrito tiene como propósito el que los profesionales de la conducta y la salud, especialmente los consejeros en rehabilitación comprendan la utilidad del Cuestionario MBMD (2006), como una herramienta de trabajo. La cual puede asistir en su trabajo con las poblaciones diagnosticadas con enfermedades crónicas o de larga duración, que a su vez pueden desarrollar discapacidades y en la identificación de aquellas áreas que influyan en que un paciente no cumpla con el tratamiento clínico prescrito. Esto incluye el que un paciente presente una adherencia deficiente (no cumpla completamente con el tratamiento), situaciones de índole psicosocial o psicopatologías que necesiten atención inmediata durante su tratamiento o que a su vez puedan ser asistidos en el momento en que estos estén prestos para ello. De esta forma, el profesional y su equipo de trabajo pueden estar atentos para trabajar en el cuidado de esas áreas que mediante los resultados del cuestionario administrado se han identificado.

La autora de este artículo realizó una revisión bibliográfica buscando identificar un instrumento de medición que incluyera los factores que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004, p.27-29) establece como los que pueden influir en que una persona presente una conducta de adherencia terapéutica, adherencia terapéutica deficiente o ninguna adherencia (cumplimiento, cumplimiento parcial o no cumplimiento) con los tratamientos prescritos o planes de rehabilitación para las enfermedades crónicas y las discapacidades. El propósito fue llevar a cabo una investigación sobre estos factores asociados a situaciones (socioeconómicas del paciente, relacionadas con el paciente en su vida diaria, con el sistema de asistencia o con el equipo de salud, relacionadas con la enfermedad y el tratamiento prescrito, OMS, 2004) y poder identificar la presencia de algunos de los factores en una muestra de pacientes puertorriqueños con trasplante renal (2010). Es así que se identificó el Cuestionario Millon para la Medicina Conductual y Diagnóstica (MBMD).

Cuestionario Millon para la Medicina Conductual y Diagnóstica (MBMD)

Previo a describir el Cuestionario Millon para la Medicina Conductual y Diagnóstica, cómo surge, su utilidad, las propiedades psicométricas, entre otros, es importante indicar que los derechos del mismo pertenecen a la Compañía “Pearson Assessment” de los Estados Unidos. Por lo que éste es un instrumento comercial, el cual requiere que los interesados en adquirirlo y utilizarlo

deben ser profesionales de la conducta o la salud, licenciados y que tengan sus credenciales al día.

¿Cómo surge el Cuestionario MBMD?

De acuerdo al Manual para el Cuestionario MBMD, este representa una revisión del “Million Behavioral Health Inventory (MBHI)” desarrollado por los autores Millon, Green y Meagher en 1973. El instrumento mencionado fue muy útil en la evaluación psicológica general de los pacientes, pero no incluía entre sus reactivos, áreas sensitivas que le ofrecieran información al profesional de la salud sobre los efectos psicológicos. Por otro lado, el instrumento no tenía suficientes reactivos para describir los efectos psicosociales de las condiciones de salud en los pacientes. Ante esto, varios profesionales de la salud recomendaron que se ampliara el enfoque del instrumento MBHI hacia la patología de las enfermedades que el instrumento mide, las fortalezas y limitaciones de la conducta del paciente para manejarlas. A tales efectos, se llevaron a cabo múltiples encuestas realizadas por una representación de diversos profesionales de la salud que arrojaron valiosa información sobre la importancia de entrevistar a los pacientes con diferentes condiciones de salud crónicas, que presentaban una sintomatología clínica como depresión y ansiedad, los cuales mostraban una conducta de adherencia o no con el régimen médico prescrito, y mantenían hábitos nocivos de salud como el fumar y consumir alcohol. Por lo cual, su desarrollo fue basado en la investigación con personas físicamente enfermas y que presentaron problemas para cumplir con su tratamiento (Manual MBMD, 2006, p.1-3).

Uno de los adelantos significativos en esa revisión del cuestionario fue, el incluir el área de los factores psicológicos que afectan la condición médica (según el Código 316 en el Manual Estadístico y de Desórdenes Mentales IV- Texto Revisado, (DSM IV-TR, 2000, por sus siglas en inglés) y en el DSM 5 (2013) con especificadores de severidad leve, moderado, severo y extremo) la respuesta al tratamiento, y el manejo del paciente ante la sintomatología presentada. Las modificaciones realizadas y las escalas adicionales introducidas resultaron en lo que hoy se conoce como el “Millon Behavioral Medicine Diagnostic- MBMD”, (Manual MBMD, 2006, p.1-4).

El cuestionario MBMD fue desarrollado por el psiquiatra Theodore Millon, quien basó su trabajo en las teorías de personalidad y los estilos de afrontamiento (“copying styles”) de su autoría. El autor trabajó junto a otros colegas y alrededor de 150 profesionales de la salud, entre ellos psicólogos, médicos y enfermeras que elaboraron un instrumento que ayudará a comprender las actitudes y la

conducta sobre varios aspectos relacionados al paciente, su cuidado médico y cómo estos responden a su tratamiento. El MBMD está diseñado para ser usado en escenarios clínicos ambulatorios, hospitales, centros de rehabilitación y en investigaciones científicas (Manual MBMD, 2006, p. 3-4).

Descripción del Cuestionario

Como hemos mencionado anteriormente, el MBMD fue diseñado para evaluar los factores psicológicos que influyen en la evolución y el tratamiento de los pacientes con enfermedades crónicas; midiendo en profundidad sus actitudes, conductas y características personales. El cuestionario tiene una utilidad demostrada en la evaluación de pacientes con diversas enfermedades crónicas como lo son: la diabetes, el cáncer, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), las enfermedades cardiovasculares, el dolor crónico, las enfermedades neurológicas como: el infarto cerebral, la epilepsia, la lesión al cordón espinal y la esclerosis múltiple, la enfermedad renal crónica, los trasplantes cardíacos, hepáticos y renales. Así como, las cirugías bariátricas, entre otras condiciones de salud y discapacidades. Especialmente, en aquellas donde los factores psicosociales tienen un rol importante en el desarrollo de la enfermedad (p.5).

El Cuestionario MBMD es un instrumento de medición auto administrable, que consta de 165 reactivos, con 29 escalas clínicas interdependientes entre sí, de respuesta dicótoma (verdadera y falsa). Las escalas se agrupan en varias áreas, evaluando los patrones de respuesta, hábitos negativos de salud, conductas problemáticas que alertan al clínico sobre los aspectos que merecen una atención especial o inmediata. Estas áreas también examinan las variables psiquiátricas y psicosociales que influyen en la forma en que los pacientes manejan o afrontan sus problemas de salud e identifican aquellas actitudes que pueden agravar la evolución de la enfermedad e interferir en el pronóstico global. Su auto administración toma entre 20 a 25 minutos. El MBMD está dirigido para personas entre los 18 y 85 años, que sepan leer y posean una escolaridad mínima de sexto grado. No obstante, si los pacientes a los cuales se les administra el MBMD presentaran una limitación funcional como un problema sensorial, entiéndase problemas de baja visión (“low vision” o ceguera parcial), el tiempo de administración podría durar un poco más de 25 minutos. El cuestionario está disponible en los idiomas inglés y español. La traducción al idioma español fue hecha en los Estados Unidos. El Cuestionario tiene dos versiones para administrarlo: en lápiz y papel o en CD computarizado. Al ser un cuestionario comercial, la Compañía Pearson

ofrece la opción de que usted analice los datos de forma manual o ellos la realicen de forma computarizada utilizando el programado Q-Global, claro está con un costo adicional (p.7).

La Compañía Pearson mediante su división “Pearson Clinical Talent & Assessment” en España presentó en marzo de 2014, una versión española del Cuestionario MBMD. Esta nueva versión se conoce como: *Inventario Conductual de Millon para pacientes con diagnóstico médico* (MBMD). De acuerdo a la información obtenida en la página electrónica de Pearson, Test de Evaluación Psicológica (2014), no hubo cambios en la composición del instrumento (p.28).

Utilidad del Cuestionario

A pesar de que el cuestionario es extenso, los resultados tienen una gran utilidad para el equipo de salud, rehabilitación o el clínico que atiende al paciente al cual le fue administrado. De acuerdo al Manual MBMD (2006, p.8-9) sus resultados:

- a. Ayudan a identificar las áreas en que un paciente puede fallar o no cumplir (adherencia deficiente) con el tratamiento prescrito. Lo que permite que el clínico pueda desarrollar estrategias para prevenir que esto suceda o se minimice.
- b. Identifican aquellos pacientes que pueden estar presentando una sintomatología psiquiátrica. Lo que permite que miembros del equipo de salud puedan hacer un referido para una evaluación psiquiátrica. También el que puedan recomendar intervenciones específicas para minimizar la situación.
- c. Ayudan a conocer los aspectos personales, familiares y sociales del paciente que pueden facilitar u obstaculizar el ajuste a las limitaciones físicas, discapacidades o cambios en el estilo de vida producto de la enfermedad.
- d. Identifican si los pacientes necesitan que el equipo de salud responsable de su cuidado ofrezca una mayor comunicación y apoyo hacia su persona, para que pueda cumplir con el tratamiento prescrito.
- e. Permiten planificar las estrategias a utilizar para que el paciente pueda continuar con el tratamiento o cuidados en su hogar. Esto incluye el contar con sus redes de apoyo social.

Propiedades Psicométricas del Cuestionario

De acuerdo al “Fifteenth Mental Measurements Yearbook” publicado por el “Buros Institute of Mental Measurement”, el cuestionario MBMD ha recibido críticas favorables con relación a sus propiedades psicométricas y al alcance del mismo para abarcar todos los factores que ayudan al profesional de la salud a

comprender y tratar al paciente como un todo (Pearson Newsletter - Bridging Gab Press, 2008).

Según el Manual MBMD (2006), las propiedades psicométricas de este cuestionario, se determinaron con una muestra de 720 pacientes, residentes en diversos estados de los Estados Unidos y Canadá. Los participantes eran de origen americano, hispano, africano-americano y asiático. Con relación a los datos demográficos de la muestra, la mayoría eran del género femenino, entre las edades de 30 a 59 años. Las enfermedades de salud de los sujetos que fueron evaluados fueron las siguientes: diabetes tipo I y II, condiciones cardíacas como hipertensión, puentes en las arterias coronarias (“by pass”), arterosclerosis, enfermedades neurológicas como lesión al cordón espinal, epilepsia y esclerosis múltiple, dolor crónico, entre otras condiciones. Así como, el tratamiento sustitutivo de un trasplante cardíaco (p.24-25).

Para determinar la fiabilidad del cuestionario se evaluó el índice de consistencia interna Alfa de Cronbach y se realizó una Prueba re-prueba entre siete y 30 días. La mediana del índice de Alfa de Cronbach resultó en .79 y el de la prueba re- prueba de .83, lo que evidencia que la consistencia interna del instrumento es precisa en su medida. Con relación a la validez de criterio, el MBMD tiene validez convergente evidenciada por sus coeficientes de correlación moderados al relacionarlos con otros instrumentos tales como: el Inventario de Depresión de Beck- II (BDI-II), el Inventario Breve de Síntomas de Derogatis (BSI), el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger, la Escala de Dificultades Cognoscitivas (CDS) de Mc Fair & Kahn, la Escala de Previsión Social (SPS) y la Escala de Evaluación del Personal (SRS), entre otros. Los resultados de estas correlaciones se presentan detalladas en el Manual del MBMD (Manual MBMD, 2006, p.37-39). El MBMD ha demostrado evidencia empírica que apoya su uso con poblaciones que hayan sido diagnosticadas con enfermedades como: cáncer, trastornos de la conducta, diabetes, entre otras. También en las modalidades de tratamientos como el trasplante de órganos.

Usos del Cuestionario MBMD

El cuestionario MBMD ha sido utilizado en diversos escenarios y condiciones de salud, intervenciones quirúrgicas, entre otros. Por ejemplo desde el año 2001, el Centro de Trasplante de Multiórganos del Hospital Metodista y la Escuela de Medicina Baylor en Houston utilizan el MBMD en la evaluación de los candidatos a trasplantes de órganos (intervención

quirúrgica) y luego del trasplante. De acuerdo al director médico, Dr. Robert Harper, el instrumento ayuda a identificar aquellas actitudes, conductas y hábitos negativos de salud del paciente que pueden poner en riesgo el tratamiento médico dispuesto. También ayuda a que el equipo de salud pueda conocer la manera de pensar del paciente, las actitudes hacia su tratamiento, cómo maneja el estrés, los estilos de afrontamiento hacia diversas situaciones y la existencia de una red de apoyo real (Pearson Newsletter - Bridging the Gap Articles, 2001).

De otra parte, la Dra. Rebeca Cogwell Anderson, cuando fungía como directora de los Servicios Psicológicos del Centro de Trasplante de la Escuela de Medicina de Wisconsin en Estados Unidos, utilizó el MBMD tanto para la evaluación de candidatos a trasplante renal y de hígado como para la evaluación de los pacientes trasplantados. En su experiencia, este instrumento ha sido de gran utilidad para identificar las redes de apoyo familiar, las conductas de posible no adherencia al tratamiento, la presencia de síntomas psiquiátricos y físicos que pueden alterar el cumplimiento con el tratamiento. Los resultados del MBMD permiten identificar posibles situaciones debido a los efectos de los medicamentos inmunosupresores que ayuden al equipo médico a desarrollar estrategias para trabajar junto al paciente en la reducción del daño (Pearson Newsletter-Bridging the Gap Articles, 2008).

En Puerto Rico, el Cuestionario MBMD ha sido utilizado a saber, por la autora del presente artículo en el 2010. La investigación se realizó con una muestra de personas con trasplante renal que reciben servicios en un Centro de Trasplante de Órganos en la isla. La muestra entrevistada no presentó dificultad alguna en cuanto a lo extenso del cuestionario, ni con la traducción de los ítems realizada en español. Los resultados del cuestionario nos asistieron a identificar las situaciones y conductas que estaban interfiriendo con la adherencia de algunos pacientes al tratamiento prescrito. Así como, identificar las posibles áreas que de no atenderse por el equipo de salud, podrían afectar la adherencia en el paciente. También, obtuvimos resultados de personas que resultaron adherentes al tratamiento.

Con el objetivo de auscultar la utilidad del cuestionario MDMD en la actualidad, realizamos una búsqueda bibliográfica durante los años 2010 y 2014 en la Base de Datos de Pub Med, encontrándose varios artículos científicos presentados por diversos profesionales de la salud y conducta sobre los resultados de sus estudios. En los estudios revisados el instrumento fue utilizado en

pacientes con diagnóstico de HIV, ataque cerebro vascular y fallo cardíaco.

Aportación al campo de la Consejería en Rehabilitación

El profesional de la consejería en rehabilitación debe contar con una herramienta que lo asista en auscultar con el consumidor o paciente, los factores de la vida diaria, su personalidad, factores psicológicos y psiquiátricos, condiciones médicas, el apoyo familiar y social recibido que pueden influir en que presente ese tipo de conducta. En la actualidad nos enfrentamos tanto en Puerto Rico como a nivel mundial, a diversas situaciones como la difícil situación socio económica, la dificultad en la accesibilidad a ciertos servicios médicos, y por ende a la adquisición de los medicamentos y tratamientos, que pueden llevar al consumidor a tener que escoger que tratamiento puede seguir o no, presentando una conducta de adherencia deficiente como resultado de estos factores de su entorno y no porque este no desee seguir las instrucciones médicas. Es necesario conocer y poder identificar aquellas áreas o factores que pueden llevar al consumidor a presentar una conducta de adherencia, adherencia deficiente o ninguna adherencia ante el tratamiento o plan de rehabilitación prescrito. El obtener esta información nos ayuda a que el tratamiento o programa de rehabilitación sea uno costo efectivo. Ya que puede evitarse que el consumidor esté continuamente visitando lo médicos, a las salas de emergencia, en la duplicidad de los análisis de laboratorios, y el cambio de medicamentos o sus dosis. Esto tiene como resultado el estar modificando el tratamiento o programa de rehabilitación prescrito, sin el profesional tener la oportunidad de evaluar si lo recomendado es efectivo o no. El cuestionario MBMD es una excelente herramienta para el profesional de la consejería en rehabilitación, porque puede utilizarse con pacientes o consumidores diagnosticados con enfermedades crónicas y discapacidades, entre otras enfermedades. Al poder identificar esos factores, el profesional de rehabilitación puede intervenir con el consumidor mediante un plan de intervención psico educativo para que minimicen esas áreas y tratar de evitar que abandone su tratamiento o programa de rehabilitación.

Conclusión

Por lo antes expuesto, podemos concluir que el Cuestionario Millon para la Medicina Conductual y Diagnóstica es un instrumento de gran utilidad para identificar aquellas áreas, factores o situaciones propias del paciente o su entorno que pueden precipitar el desarrollo de una conducta de adherencia terapéutica, adherencia terapéutica deficiente o no adherencia. Dando

la oportunidad para que el profesional pueda identificarlas a tiempo y desarrolle estrategias para minimizar estas conductas y no se afecte el tratamiento prescrito.

Limitaciones

El Cuestionario MBMD puede presentar algunas limitaciones como: (a) lo extenso del cuestionario; (b) el costo para adquirirlo; y (c) el costo para procesar u obtener sus análisis estadísticos y los resultados. Con relación a lo extenso del cuestionario, se puede decir que la autora del presente artículo lo administró a los pacientes que además de la condición seleccionada para su estudio, presentaron alguna discapacidad física (amputación de extremidades), sensorial (ceguera y sordera) y emocional (como depresión o ansiedad) y se tomó entre 35 y 60 minutos en completarlo. Sin embargo, esas situaciones se pueden manejar manteniendo la comunicación con el paciente o consumidor. Como mencionara, la otra limitación encontrada fue el costo del instrumento y de sus análisis computarizados utilizando el Programado *Q Global*. Sin embargo, la Compañía Pearson ofrece la opción de la tabulación manual, la cual es más económica, pero requiere de mayor trabajo. En el trabajo investigativo de la autora se utilizó la tabulación manual, la cual le tomó más tiempo del precisado para obtener los resultados. No obstante, los resultados fueron certeros y esenciales para la investigación llevada a cabo.

Recomendaciones

A pesar de las limitaciones mencionadas, se recomienda el uso del Cuestionario MBMD en poblaciones con diversas enfermedades y discapacidades. Sus 29 sub escalas evalúan una amplia gama de situaciones que puede estar afrontando el paciente. Entre esas escalas podemos encontrar los estilos de afrontamiento que el paciente esté utilizando para lidiar con la enfermedad o discapacidad, lo que nos ayuda a poder lidiar con las situaciones que esté presente.

Referencias

- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV, RT (2000). Psychosocial Factors Affecting Other Medical Condition (316). Fourth Edition. American Psychiatric Association, Washington, D.C.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder - 5 (2013). Psychosocial Factors Affecting Other Medical Condition (316). Fifth Edition. American Psychiatric Association, Washington, D.C. pp.322-324.
- Diccionario de Psicología Científica y Filosófica. Definición de Medicina Conductual. Recuperado de: <http://www.e-torredebabel.com/Psicologia/Vocabulario/Medicina-Conductual.htm>.
- González E., & Peña A. (sf). La Relación entre la Psicología y la Medicina Psicológica. Universidad de Guadalajara, México,

Ensayo. Recuperado de: <http://es.scribd.com/doc/40023762/Ensayo-Psicologia>.

- Millon Behavioral Medicine Diagnostic (MBMD) Manual (2006). DICANDRIEN, Inc. 2nd ed. NCS Pearson, Inc. MN.
- Millon T. (2001). *MBMD-Millon Behavioral Medicine Diagnostic Interpretive Report with Healthcare Provider Summary*. Pearson's Assessment. Recuperado de: <http://www.Pearsonassessments.Com/Reports/Mbmdinterpsummary.pdf>.
- Monegro F., Quiñones M., & Rodríguez M. (1987). Medicina Conductual: Nuevo Paradigma para la evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Acta Médica Dominicana*, Septiembre- Octubre 1987, Vol. 9 No.5, 175-179. Recuperado de: <http://www.bvs.org.do/revistas/amd/1987/09/05/AMD-1987-09-05-165-177.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1948). Definición Salud. Recuperado de: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Proyecto Sobre Adherencia Terapéutica A Los Tratamientos A Largo Plazo*. Recuperado de: <http://www.Paho.Org/Spanish/Ad/Dpc/Nc/Adherencia-Largo-Plazo.pdf>
- Pearson Assessment España (2014). Inventario Conductual de Millon para pacientes con diagnóstico médico (MBMD). Versión española. Recuperado de: <http://www.pearsonpsychcorp.es/>
- Pearson Newsletter - Bridging the Gap Articles (2001). MBMD's utilities in Renal Unit in Baylor Medicine School.
- Pearson Assessment Newsletter (2008). Measuring both sides of the Transplant Equation: Psychology Tests Help Evaluate Organs Recipients and Donors. Bridging the Gap Report, 1-5. Recuperado de: http://psychcorp.pearsonassessments.com/NR/rdonlyres/69DCA659-1B93-432F-B2FD-7154EEDA5E42/4718/BTG_March08p3.pdf

María L. Díaz-Porto Robles, Ph.D., CRC
*Catedrática Auxiliar de la Escuela Graduada de
 Consejería en Rehabilitación de la Universidad de
 Puerto Rico, Recinto de Río Piedras*
 Correo electrónico: maria.diaz-porto@upr.edu

Criterios de Publicación

Las personas interesadas en someter sus artículos para evaluación y posterior publicación deberán enviar sus escritos al correo electrónico de la Comisión de Publicidad: publicidad.cpcr@gmail.com, no más tardar de la fecha establecida en la convocatoria.

Cada artículo sometido deberá cumplir con los siguientes criterios de publicación:

- Los artículos sometidos deberán ser redactados según el estilo requerido por la publicación más reciente del Manual de la *American Psychological Association* (APA).
- En la primera página de cada artículo se debe presentar únicamente la información personal de los/as autores/a, esto es, nombre completo, grado/s académico/s obtenido/s, profesión que ejerce, lugar de trabajo, puesto que ocupa, dirección postal, números telefónicos, correo electrónico y título del artículo.
- La segunda página del artículo debe contener únicamente el título del artículo.
- Cada artículo debe tener un resumen (abstract) en la tercera página de no más de cien (100) palabras que ofrezca una breve descripción del contenido del artículo. Este debe ofrecer un sumario de todas las secciones presentadas, debe mostrar los objetivos principales del artículo, describir los métodos utilizados de forma breve, resumir los resultados y mencionar las conclusiones de forma breve. El resumen o abstracto debe ser presentado en español y en inglés.
- Los/as autores/as deben mantener la integridad de las personas con impedimento evitando lenguaje que equipare a las personas con su impedimento.
- Los artículos deben ser redactados a doble espacio, en letra número doce (12), en letra estilo *Times New Roman* y en formato Word.
- Los artículos deben ser presentados en un tamaño de papel 8.5" x 11" .
- Cada artículo debe contar con un máximo de veinticinco (25) páginas.
- Todas las páginas deben ser enumerada consecuentemente en números arábigos en la esquina superior derecha.
- Cada artículo debe contar con una sección en donde se exponga la aportación al campo de la Consejería en Rehabilitación o al campo de la Rehabilitación y a las personas con impedimentos.
- Los/as autores/as deben velar por la redacción, claridad, sintaxis y ortografía de los artículos sometidos.
- Los artículos de investigación deben seguir el siguiente formato: resumen o abstracto, palabras claves, introducción (revisión de literatura, problema y objetivos), metodología, hallazgos/resultados, aportación al campo de la Consejería en Rehabilitación o al campo de la Rehabilitación, conclusiones, limitaciones, recomendaciones y referencias.
- Los artículos de investigación basados únicamente en revisión de literatura deben seguir el siguiente formato: resumen o abstracto, palabras claves, introducción, contenido, aportación al campo de la Consejería en Rehabilitación o al campo de la Rehabilitación, conclusiones, limitaciones, recomendaciones y referencias.

Puede acceder la Guía de publicación en la página web del
Colegio de los Profesionales de la Consejería en Rehabilitación: <http://cpcr-pr.org/>

