PERSPECTIVAS PSICOLÓGICAS

Volumen 5 • Año VI • 2005

ISBN 99934-77-79-6

Universidad Autónoma de Santo Domingo
FACULTAD DE HUMANIDADES
PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA ESCUELA Y
DEL INSTITUTO DE PSICOLOGÍA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SANTO DOMINGO
PRIMADA DE AMÉRICA
FUNDADA EL 28 DE OCTUBRE DEL 1538,
AÑO 467 DE SU FUNDACIÓN

PORFIRIO GARCÍA FERNÁNDEZ
RECTOR

IVÁN BRUGAL
VICE-RECTOR ACADÉMICO

CLARA BENEDICTO
VICE-RECTORA DE
INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

EDITRUDIS BELTRÁN
VICE-RECTOR ADMINISTRATIVO

DIANA CONTRERAS
VICE-RECTORA DE EXTENSIÓN

MATEO AQUINO FEBRILLET
SECRETARIO GENERAL

FACULTAD DE HUMANIDADES

CARMEN EVARISTA MATÍAS
DECANA FACULTAD

FÉLIX GÓMEZ
VICE-DECANO

MAYRA BREA
DIRECTORA DEL INSTITUTO DE
PSICOLOGÍA (IPSU)

LEONIDAS HEREDIA
DIRECTOR DE LA ESCUELA
DE PSICOLOGÍA

REVISTA
PERSPECTIVAS PSICOLÓGICAS

MAYRA BREA
DIRECTORA

ENERIO RODRÍGUEZ ARIAS
ASESOR EDITORIAL

VOLUMEN 5
AÑO VI. 2005

PUBLICACIÓN OFICIAL
DE LA ESCUELA Y
EL INSTITUTO
DE PSICOLOGÍA DE
LA UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE
SANTO DOMINGO
PRIMADA DE AMÉRICA

REVISTA ANUAL

MAYRA BREA
DE CABRAL
DIRECTORA

ENERIO RODRÍGUEZ
ARIAS
ASESOR EDITORIAL

CONSEJO EDITORIAL

MAYRA BREA
DE CABRAL
ENERIO RODRIGUEZ
ARIAS

DIRECCION POSTAL
APARTADO POSTAL 1355

CIUDAD UNIVERSITARIA

EL CONSEJO EDITORIAL
NO SE RESPONSABILIZA
DE LAS
OPINIONES EMITIDAS
POR LOS AUTORES

PERSPECTIVAS PSICOLÓGICAS

Volúmen 5 • Año VI • 2005

ÍNDICE

Editorial: La Psicología ante los Desastres Naturales y la Violencia Criminal 2
Presentación 4

I. ARTÍCULOS

Lorena Fernández Rodríguez
La Psicoterapia Gestalt Infantil: Una Guía Metodológica para el Terapeuta 6

Rosángela Mendoza
Ética y Psicología Clínica 18

E. Antonio de Moya
Epistemología, Metodología y Ética de la Investigación en Sexualidad Dominicana .. 23

Marija Miric
Carga Psicosocial del Estigma Sentido entre las Personas que Viven con el VIH/SIDA en la República Dominicana: Autoestima, Depresión y Percepción de Apoyo Social 40

Julio Arturo Canario Guzmán, Maria Esther Báez
Distorsiones Cognitivas en Personas que Viven con VIH 49

Mayra Brea de Cabral, Luis Domínguez
Creación de la Escala "Factores de Personalidad Asociados a Conductas Delictivas" (FPACD) para ser Utilizada en la Selección de Candidatos a Portar Armas de Fuego en República Dominicana 61

Noris de la Cruz
La Motivación, Comunicación y Actitudes de los Empleados como Elementos Fundamentales en la Organización 91

Enerio Rodríguez Arias
Estadística y Psicología: Análisis Histórico de la Inferencia Estadística 96

II. RESEÑAS

Por Mayra Brea de Cabral
Reconocimiento en la UASD por Labor Psicológica Desempeñada 103
Puesta en Circulación de Normas Nacionales para la Antención en Salud Mental y Despedida de Gestión 2000-2004 de la Dirección General de Salud Mental. 104
Carta de Solidaridad Internacional Recibidas ante la Tragedia de Jimani 107

III. PSICOINFORMES

Actividades Relacionadas a la Psicología Celebradas en la República Dominicana en el Año 2004 111
Otras Informaciones Importantes 112
Direcciones de Interés en la Web 113
Calendario de Congresos y Eventos Internacionales 114

EDITORIAL

LA PSICOLOGÍA ANTE LOS DESASTRES NATURALES Y LA VIOLENCIA CRIMINAL

El presente editorial refiere dos situaciones relevantes. La primera, sobre la urgencia de capacitar a nuestros psicólogos en programas dirigidos a intervenir en períodos de crisis y situaciones postraumáticas, y la segunda, sobre la presencia participativa del profesional de la salud mental en la búsqueda de soluciones frente al auge de la delincuencia y el crecimiento de la inseguridad ciudadana en la República Dominicana.

Acontecimientos como los del 11 de septiembre del 2001, tras el derrumbe de las torres gemelas, donde sucumbieron miles de personas de varias regiones del mundo, entre ellos centenares de dominicanos; posteriormente, el accidente aéreo que se produjo en New York en marzo del 2003, en el cual fallecieron muchos nacionales que viajaban al país; el desbordamiento del Río Blanco, riada producida en Jimaní en mayo del 2004, que marcó luto, dolor y cuantiosas pérdidas humanas y materiales a la República Dominicana, hechos aislados, pero que muestran la necesidad de que los psicólogos dominicanos cuenten con la capacitación que les facilite enfrentar situaciones críticas, de emergencia y desastre. Más aún, considerando la vulnerabilidad de la zona tectónica, los riesgos telúricos y ciclónicos a que está expuesta la isla de Santo Domingo.

En ese sentido, llamamos la atención de las instituciones de educación superior del país, para que consideren esas demandas y las incluyan en sus planes de estudios. Nuestros psicólogos necesitan conocer en profundidad aquellas técnicas psicológicas idóneas que han de utilizarse en la recuperación de la salud mental de los afectados en situaciones de desastre y de pérdidas traumáticas, así como también estar aptos emocionalmente para condiciones de trabajo de gran adversidad, o condiciones de pánico colectivo, fruto de informaciones infundadas que se pudiesen presentar en lo adelante.

No obstante, Perspectivas Psicológicas debe reconocer la labor que han desempeñado muchos psicólogos dominicanos, que junto a otros profesionales de la salud mental, han respondido voluntariamente y de manera eficaz ante los desastres que anteriormente hemos señalado, acciones casi heroicas, realizadas a través de Redes de Apoyo Psicológico a los Afectados, pero constituidas de forma espontánea, y que deberían ser parte de un programa serio establecido y dirigido por el Estado como parte de un componente importante de la Defensa Civil y dentro de un ***proyecto preventivo de urgencias y desastres***.

Hemos de reconocer el trabajo mancomunado realizado en Jimaní por la Red Interinstitucional de Salud Mental para el Apoyo a Personas Afectadas por el Desastre, en el cual participó el Instituto de Psicología de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, coordinando las actividades efectuadas por 31 psicólogos y estudiantes de término de psicología que durante tres meses y medio de intensa labor de apoyo psicológico, lucharon con denuedo y abnegación para que Jimaní se recuperara emocionalmente del aquel triste acontecimiento.

Se agradece, además, el apoyo solidario que mostró la Sociedad Interamericana de Psicología (Directiva, Junta y Representantes Nacionales) frente a los sucesos trágicos ocurridos en Jimaní, y particularmente la ayuda material de grupos de psicólogos del vecino país de Puerto Rico, que nos asistieron aportando su contribución tan oportuna para la zona del desastre. Nuevamente les damos las gracias.

El segundo tema del presente editorial va destinado a hacer comprender la importancia de la participación del psicólogo en los programas que fomentan una cultura de paz y de bienestar social, así como también en proyectos que frenen la corrupción, el narcotráfico y el crimen organizado, hechos que se han recrudecido en los últimos tiempos en el país y han consternado a

la población dominicana. Se han incrementado la tasa de homicidio, el robo de vehículos de motor y de celulares, la aparición de bandas incontrolables de malhechores (pandilleros) con nuevas formas de delitos, tales como los secuestros, los ajustes de cuenta por la lucha de los puntos de venta de drogas y otros actos delictivos aparecidos con denotada despiadada crueldad.

A esto se añaden la corrupción campante e impunidad judicial y policial con la que han contado hasta ahora los delincuentes; el uso y abuso de sustancias prohibidas, el expandido mercado del narcotráfico, en el que paradójicamente se han visto involucradas personas del ámbito militar y policial, que presuntamente deberían preservar el orden y velar por la seguridad ciudadana. Por otro lado, el modelamiento de la violencia, la penetración de valores inadecuados a través de los medios de comunicación de masas, principalmente televisivos y la permisividad en el porte de armas de fuego son también componentes de muy alto riesgo que contribuyen a deteriorar más la situación.

Un acontecimiento que a principios del año 2005 llamó poderosamente la atención de toda la sociedad dominicana, fue el entierro de un presunto delincuente, cuyo féretro fue envuelto en la bandera nacional, y se vio acompañado de una multitud compuesta principalmente por jóvenes y adolescentes en un ambiente de fiesta, con música, bebidas y hasta disparos con armas de fuego. Realmente una práctica muy divorciada de nuestras costumbres y cultura y que parecería estar siendo importada de otros contornos. La solidaridad para con ese supuesto delincuente es atribuida a los favores y prebendas económicas, que de manera generosa otorgaba dicho sujeto a los pobladores de la barriada depauperada, y que para nadie es un secreto, procedía de la venta de drogas llevada a cabo durante mucho tiempo con injustificable impunidad.

Todo esto deja mucho que pensar en cuanto a los valores morales y sociales que predominan en una gran parte de la juventud. Sin lugar a dudas, este hecho responde a una complejidad de factores, pero lo cierto es que los valores éticos, religiosos y culturales de la dominicanidad han sido sustituidos por nuevos antivalores, cimentados sobre la incapacidad del Estado, de la Iglesia y demás instituciones sociales de evitar la marginación de amplios sectores populares. Otra expresión del deterioro moral predominante en nuestra juventud es la de los "jebitos de la Avenida Abraham Lincoln", quienes buscan protagonismo y desafían a la sociedad con algunas de sus escalofriantes inconductas de exhibicionismo sexual.

Ante la creciente ola de violencia, la sociedad civil y algunas organizaciones han realizado caminatas en protesta por el deterioro social observado y a favor de la codiciada paz social. Otros, en cambio, estimulan campañas educativas y con entregas de "pitos", para que se denuncie a la comunidad aquellos actos delictivos, inmediatamente sean cometidos. Por su parte, el Estado se propone adoptar algunas medidas en el orden represivo policial y judicial, y a nivel general, imponer la política de "cero tolerancia" a la violencia. Sin embargo, observamos que estamos lejos de buscar soluciones efectivas, mientras no se cuente con la participación al unísono de todos los sectores de la sociedad y se enfrente las verdaderas causas que ocasionan el problema de la violencia.

Indiscutiblemente, el psicólogo debe jugar un papel protagónico en la lucha contra este flagelo; como especialista de la conducta, puede aportar investigaciones diagnósticas y pronósticas sobre los factores que la desencadenan, y que faciliten el diseño y la ejecución de **proyectos preventivos** y de corrección tendientes a reducir a su mínima expresión este mal social. Es por todos conocido, que este fenómeno se encuentra estrechamente vinculado a aspectos socioeconómicos y culturales, siendo Latinoamérica y el Caribe la segunda región más violenta del mundo, cuyos factores endógenos son engendrados principalmente por las grandes desigualdades sociales y la mala distribución de las riquezas; así como también, por la falta de políticas estatales de largo plazo, que contrarresten las deficiencias estructurales propias de un sistema social con enormes desequilibrios internos. El problema no se resolverá ofreciendo paliativos y correctivos coyunturales de corto plazo, ni simplemente con respuestas de tipo punitivo o basadas en la represión, tal como sería simplemente aumentar el número de policías y la severidad de la pena a los delincuentes.

En fin, confiamos en que el problema de la violencia criminal en el país sea debidamente abordado en toda su complejidad, y que se comprenda el significativo rol que deben desempeñar nuestros psicólogos en una sociedad aquejada de tantos quebrantos económicos, sociales, educativos y psicológicos, como la que nos ha tocado vivir.

PRESENTACIÓN

Tenemos el honor de presentarles el Volumen No. 5 de la revista Perspectivas Psicológicas. Este número contiene artículos de investigación de mucha relevancia social, así como también la exposición de temas actualizados, tratados con el nivel académico que ustedes se merecen.

En esta revista se abordan diferentes problemáticas de la psicología social, de clínica diagnóstica y de terapia especializada; asuntos relacionados con la ética profesional en el ejercicio clínico; aspectos importantes de la sexualidad humana, de la percepción y modelos de comportamiento de personas estigmatizadas por su enfermedad; se plantean controversias de la metodología científica, y se tratan temas relacionados con la psicología organizacional.

En tres de los cuatro volúmenes anteriores a éste, un alto porcentaje de su contenido provenía de los aportes de autores extranjeros. Hoy se ha revertido dicha proporción, ya que el presente número cuenta con la producción de ocho artículos de excelente calidad, y sólo uno de ellos es de una psicóloga extranjera.

La Dra. Lorena Fernández Rodríguez, terapeuta mexicana, describe una guía metodológica de tipo longitudinal, utilizada para el entrenamiento en Psicoterapia Gestalt, la que aplica específicamente en el Centro Fritz Perls, de la ciudad de México, mostrando la función del terapeuta en cada una de las fases de la terapia. La guía facilita el adecuado aprendizaje y una mayor sencillez en la aplicación psicoterapéutica.

En otro tema, la Licda. Rosángela Mendoza enfatiza la importancia de la ética para los profesionales de la conducta, mostrando los principios básicos en la práctica del quehacer, los modelos de ayuda y el respeto al sistema de valores del cliente. Se refiere a la aplicación en psicoterapia del Consentimiento Informado, a la protección del ser humano en las investigaciones y estimula el estudio del Código de Ética propuesto por el Colegio Dominicano de Psicólogos.

Por su parte, el asiduo colaborador y maestro Antonio de Moya trata aspectos epistemológicos que permiten abordar el estudio científico de la sexualidad en la Republica Dominicana, su definición social y controversias pertinentes a la investigación. Pondera las principales necesidades de investigación, sus limitaciones y retos, los asuntos que merecen mayor investigación, como son la investigación ética en sexualidad, la que según el autor debe ser transdisciplinaria, sistémica, constructivista y comprometida con las transformaciones sociales que necesita el país.

La psicóloga e investigadora Marija Miric, revela los resultados de un estudio realizado con miembros de la Red Dominicana de Personas que Viven con VIH/SIDA (REDOVIH), para evaluar el impacto psicosocial del estigma sentido y su relación con las medidas de autoestima, percepción de apoyo social y depresión, demostrando cómo este fenómeno afecta la calidad de vida y el equilibrio del sistema inmunológico de las personas que viven con el VIH/SIDA, sobre todo los efectos perjudiciales del auto-estigma para la salud mental, y que requieren de atención psicológica especializada.

Se promueve en este espacio la investigación de los jóvenes recién graduados Julio Arturo Canario y Maria Esther Báez, quienes presentan una síntesis de su trabajo de tesis de grado para optar por la licenciatura en psicología. En el mismo investigan las relaciones existentes entre el grado de severidad de las distorsiones cognitivas y las variables de sexo, nivel de escolaridad, tiempo de diagnóstico, y la percepción de sus relaciones familiares en un grupo de personas que viven con el VIH/SIDA (PVVS). Los autores mostraron que la percepción que tienen las PVVS de sus relaciones familiares y el sexo influyen considerablemente en el grado de las distorsiones cognitivas.

En relación al tema de la generación de violencia y proliferación de las armas de fuego en el país, los doctores Mayra Brea y Luis Domínguez muestran los resultados de un estudio efectuado con la aplicación de la prueba 16 Factores de Personalidad de Cattell, versión C revisada y modificada en la República Dominicana, en tres sectores poblacionales, cuyos propósitos fue construir una escala denominada "Factores de Personalidad Asociados a Conductas Delictivas" (FPACD), que pudiera detectar los rasgos delictivos de personalidad en solicitantes de autorización para el porte de armas de fuego. Tras complejos procesos estadísticos, y utilizando como criterio la discriminación entre los grupos estudiados, se construye y normaliza el cuestionario simplificado de 49 preguntas, para ser utilizado por la Comisión Médica de la Secretaría de Estado de Interior y Policía en el año 2004.

Por otro lado, la Licda. Noris de la Cruz, profesora del área de Psicología Organizacional, resalta la importancia que para la vida de la empresa tiene el estudio del comportamiento organizacional, sobre todo la motivación, factor impulsor del comportamiento, la comunicación como un proceso administrativo y las actitudes como sentimientos, que nos muestran la manera en que los socios perciben la empresa, su trabajo y todos los elementos de su entorno laboral. Dichos componentes son vitales para lograr la satisfacción de las partes que interactúan en esta dinámica.

Finalmente, el Dr. Enerio Rodríguez Arias examina desde una perspectiva histórica el proceso de la inferencia estadística como mecanismo fundamental para el manejo de los errores variables en una investigación. Se identifican los componentes distintivos de los dos enfoques conceptuales tradicionalmente mezclados en las explicaciones habituales de la inferencia estadística, el enfoque de Fisher y el enfoque de Pearson y Neyman. Muestra cómo las enemistades personales entre estadísticos afectaron una controversia intelectual y alude brevemente a las consecuencias negativas del híbrido representado por el matrimonio de conveniencia entre puntos de vista claramente opuestos.

Agradecemos la colaboración de los autores, la contribución de la actual gestión que dirige la Universidad Autónoma de Santo Domingo, encabezada por el Rector Magnifico Dr. Porfirio García Fernández, quien facilitara las condiciones indispensables para que esta producción se hiciera una realidad.

Esperamos seguir incentivando la publicación de trabajos como los que hoy se ponen en circulación, y con ello abrir nuevos senderos en la presente etapa del desarrollo de la psicología científica dominicana.

Dra. Mayra Brea
Directora Perspectivas Psicológicas

Ciudad Universitaria
Febrero del 2005.

ARTÍCULOS

La Psicoterapia Gestalt Infantil: Una Guía Metodológica para el Terapeuta

Lorena Fernández Rodríguez, PhD.*

RESUMEN

La autora describe la guía metodológica de tipo longitudinal, utilizada para enseñar a los alumnos de la Maestría en Psicoterapia Gestalt Infantil, del Centro de Investigación y Entrenamiento en Psicoterapia Gestalt Fritz Perls, SC, de México, su función como terapeutas en cada una de las fases de la terapia. Con esta guía se ha logrado que el aprendizaje y la aplicación de la psicoterapia sean más sencillos. La metodología involucra cuatro fases (diagnóstico, fase inicial, intermedia y final); en cada una se especifica la función del terapeuta, los aspectos que se trabajan, y las herramientas que se utilizan y el resultado esperado.

Encuadrada en el movimiento de la Psicología Humanista, la Psicoterapia Gestalt, recibe influencias de la filosofía existencial, de la metodología fenomenológica y de la psicología de la Gestalt. Las Psicoterapias inmersas en este movimiento son llamadas "la tercera fuerza de la psicología". Aun cuando difieren en su aplicación tienen elementos comunes: se enfocan en la experiencia de la persona, enfatizan la responsabilidad y cualidades de cambio del ser humano; se centran en los problemas y lo que significan para el ser humano; su interés último es la dignidad y los valores humanos, están interesados en el desarrollo del potencial de cada persona. Los motivos auténticos del modelo humanista van de acuerdo con el interior de la persona. Esta concepción de la imagen humana, fue desarrollada por Suitch, Rogers, Maslow y otros, enfatizando el potencial personal de auto-transformación, crecimiento y libertad, independientemente de la demandas biológicas o de la condición social (Garrison A, 2001).

Los humanistas conciben a la persona como una unidad, self, gestalt o todo. El self es un complejo agente en evolución que busca, selecciona, organiza estímulos y emite respuestas que están relacionadas indirectamente con el estímulo (DeCarvahlo, 1990).

En la Psicoterapia Gestalt, el self es un agente de cambio. Se refiere al sistema de contactos y a la forma de organizar la experiencia en el momento presente. Para esta orientación no es un objeto adicional de la psique, es un proceso de formación y destrucción de figuras.

** Ph.D en Newport University, California, USA. Realizó estudios de maestría en Educación y en Psicoterapia Gestalt Infantil en México. Subdirectora del Centro de Investigación y Entrenamiento en Psicoterapia Gestalt Fritz Perls, SC, México. Catedrática del Instituto Humanista de Sinaloa a nivel de doctorado. Capacitadora de Gabinetes de Servicios Educativos de la Secretaría de Educación del Estado de Nuevo León, México. Experiencia en manejo de grupos aplicando la Psicoterapia Gestalt.lorena@cgestalt.com*

La Psicoterapia Gestalt es más que una teoría de la psique, es un abordaje terapéutico eficaz, que lleva a una filosofía de vida donde prima la conciencia (darse cuenta), la responsabilidad de los procesos en curso y la sabiduría del organismo para autorregularse, interactuando con el ambiente, para mantener el equilibrio.

Este enfoque tiene amplia trayectoria en el ámbito de los adultos. Las aplicaciones hacia la infancia y la adolescencia derivan de los gestaltistas de la tercera y cuarta generación. Su iniciadora y principal exponente es Violeta Oaklander, quien retomó los supuestos de la Gestalt y desarrolló un modelo de terapia dirigido al desarrollo saludable del niño, al funcionamiento armónico de sus sentidos, cuerpo, emociones e inteligencia. Para esta autora, el niño tiene que aprender a utilizar todos sus sentidos, primero para sobrevivir y después para aprender acerca de su mundo. El niño sano ejercita su cuerpo y sentidos para utilizarlos con habilidad; aprende a expresar sus sentimientos con congruencia, desarrolla su intelecto rápidamente y descubre el lenguaje como un medio para expresar sus sentimientos, necesidades, pensamientos e ideas. Desde esta perspectiva, la salud se logra a través del desarrollo holístico constante y armónico de los sentidos, cuerpo, emociones e intelecto. Así el niño confía en él y en su fuerza interior que lo lleva a la autorrealización y a adquirir un sentido de ser en el mundo (Oaklander, 1978).

Según Shub (1992), la trampa de los terapeutas de la Gestalt, es preocuparse demasiado por encontrar las figuras del presente y tratar de manera superficial los dilemas más complejos de los pacientes, descuidando la emergencia de los patrones generales que marcan el desarrollo que ha tenido el paciente hasta el presente.

El identificar y trabajar con estos patrones es importante, porque provienen del pasado del paciente y se repiten sin conciencia. Fueron aprendidos a través de la introyección de conductas, sentimientos, pensamientos, posturas ante la vida que no son cuestionadas, simplemente se aprendieron de los padres,se repiten en automático, aun cuando a veces no tengan razón de ser o vaya en contra de las necesidades, simplemente, la conducta introyectada es más fuerte que la razón. Las personas cuentan con muchas horas de información y vivencias que han cincelado su ser, su yo, su personalidad y que tienen un efecto muy profundo en su salud física y emocional (García, 2003)

En el desarrollo infantil estos patrones están en formación, el niño adquiere un sistema de creencias acerca de sí mismo que conformará un patrón introyectado de comportamiento y manejo emocional que lo marcará de por vida. Este patrón se va perfilando a lo largo de las etapas de desarrollo. Según Erikson (1976) el niño, al ir pasando por las etapas de transición, requiere de una guía adecuada que lo ayude a superar la crisis que marca cada etapa, si los padres cumplen con las tareas parentales requeridas y brindan una guía adecuada, permiten al niño tener un desarrollo ininterrumpido y la expresión de su organismo completo en lo físico, emocional, intelectual y social, ayudándolo a construir un fuerte sentido del self (Fernández, 2002)

El niño, paulatinamente va logrando su autonomía física, posteriormente su autonomía emocional, con el lenguaje expresa sentimientos, necesidades y deseos, satisfaciendo por sí solo algunos de ellos; con el tiempo logra comprender el punto de vista de otra persona sin perder el suyo propio, así diferencia sus pensamientos e ideas de los de los demás logrando su autonomía mental. Por último se puede reconocer como un ser social; inmerso en el mundo de los demás empieza a probar y practicar con sus relaciones. Esta separación social lo lleva a establecer una relación segura y de confianza con los demás, ya que le permite comprender las características de estas interacciones (Wilber, 1999).

Entre los seis y ocho años ya es capaz de reflexionar sobre sí mismo, posee una mayor conciencia de sí, que le permite ponerse en lugar

del otro proporcionándole las bases para comprender sus experiencias de manera pluridimensional, no de manera unidimensional como en etapas anteriores (Wilber, 2001)

Antes de que el niño alcance estas edades, su pensamiento es de tipo egocéntrico (Piaget, 1999) siendo muy susceptible a tener creencias defectuosas de sí mismo. La interpretación que hace acerca de lo que está viviendo está influida por este tipo de pensamiento, llegando a creer que él tiene la culpa de lo que sucede en su familia. Los padres, al cubrir sus necesidades, van perfilando la manera de expresarlas, reprimiendo las que consideran negativas y reforzando las positivas. En estas interacciones, el niño empieza a interrumpir y constreñir su crecimiento, cierra sus sentidos, contrae sus músculos, retiene la expresión de sus emociones y cierra su mente. Todo esto en respuesta a las reacciones de los padres, durante este tiempo, se instalan muchos introyectos negativos, el niño no tiene la capacidad aún de rechazarlos, no puede discriminar entre lo verdadero y lo falso acerca de él, los toma como propios y pasan a formar parte de él. Se aleja de sus necesidades y emociones, buscando salidas alternas a través de síntomas o enfermedades, que son indicadores del conflicto interno que está viviendo el niño.

Aun cuando la psicoterapia Gestalt esté centrada en la experiencia presente, es importante contar con un modelo longitudinal que permita conocer las raíces de la problemática que está presentando el niño. La Gestalt está basada en la teoría de la causalidad, se enfoca en las situaciones que suceden entre el organismo y su entorno. Los problemas se presentan cuando se rompe el equilibrio de la satisfacción adecuada de las necesidades. Al romperse este equilibrio, el individuo deja de tener contacto auténtico con el medio o consigo mismo (Shub, 1992). El conocer las raíces de este desequilibrio, cuándo empezó y cómo se dio, permite por un lado, hacer concientes a los padres de las situaciones que lo provocaron, adecuar las tareas parentales a la edad actual del niño y resolver las problemáticas emocionales consecuentes. Por otro lado, rastrear las habilidades del niño, dónde se detuvo su autonomía y en qué áreas. Así, la terapia se va encaminando a resolver la conflictiva (las figuras que sobresalen en el presente) y las habilidades detenidas por asuntos inconclusos, conflictos reales etc., (el fondo) que quedaron cristalizadas a consecuencia de esto.

Al hablar de un modelo longitudinal Shub (1992) se refiere a la guía del pasado y presente del paciente, que permite "planear" un proceso terapéutico más efectivo, mediante el cual el terapeuta sabe a dónde va, avanzando sistemáticamente integra cada vez situaciones más profundas, que permiten un progreso más rápido y efectivo del proceso terapéutico. Así deja de caer en la trampa, de dar mayor atención a las figuras del presente y descuidar los patrones introyectados, que son la raíz de la problemática presente.

Sabemos que el éxito de la terapia empieza con el terapeuta, debe tener consistencia en su técnica y firmeza en sus convicciones, para abordar al niño con confianza y seguridad (Axline, 1975). Definitivamente los terapeutas que están aprendiendo este arte, necesitan una metodología que les indique a lo largo del proceso de la terapia, lo que necesitan hacer para guiar al niño hacia la solución de su problemática, resolviendo conflictos y desarrollando habilidades, para ubicarlo con todos sus recursos en la etapa de desarrollo que está viviendo.

Afortunadamente la psicoterapia ha ido evolucionando y cada vez se cuenta con más investigaciones, bibliografía y experiencias que ayudan a darle un sentido más académico. En el campo de la psicoterapia Gestalt aplicada a los niños, la literatura e investigaciones son escasas, las aplicaciones provienen de otros países con una cultura y valores ajenos a los nuestros, lo que ha hecho que surjan nuevas propuestas que

enriquecen el enfoque inicial y que están adecuadas a la cultura y necesidades del país. En este caso en particular, la experiencia de 24 años de aplicación de la Psicoterapia Gestalt Infantil al niño, adolescente y su familia, el trabajo de 16 años de formación y supervisión de profesionales para la aplicación de esta técnica, entre ellos al personal de los Gabinetes de Servicios Educativos de la Secretaría de Educación del Estado de Nuevo León, me han permitido tener una amplia perspectiva de las diferentes problemáticas emocionales y sociales que afectan a esta población y la necesidad de adecuaciones del abordaje terapéutico a las necesidades de nuestro país. Lo anterior ha contribuido a la consolidación de esta metodología, la cual es enseñada a los alumnos de la Maestría en Psicoterapia Gestalt Infantil del Centro de Investigación y Entrenamiento en Psicoterapia Fritz Perls, SC, desde hace cuatro años.

Con esta guía se ha logrado que el aprendizaje y la aplicación de la psicoterapia sean más sencillos, ya que se especifica la función del terapeuta, los aspectos que se trabajan y las herramientas que se utilizan en cada fase (diagnóstico, fase inicial, intermedia y final). Involucra un proceso de detección de conflictos y de identificación de habilidades a desarrollar en los cuatro aspectos: sensaciones, emociones, inteligencia y socialización. Lo que permite diseñar un plan terapéutico acorde a las necesidades del niño. A lo largo del proceso terapéutico se lleva al niño a obtener aprendizaje y aplicación práctica de lo trabajado en las sesiones. De esta forma el niño va aprendiendo a transferir el aprendizaje hacia situaciones de su vida diaria.

El proceso se desarrolla en cuatro fases con características distintivas: en cuanto a la función del terapeuta, el trabajo terapéutico, las herramientas utilizadas y los objetivos a lograr. En cada fase la función del terapeuta cambia con relación al abordaje del niño: la manera de tratarlo, exploración de la problemática, la guía hacia el darse cuenta, el manejo del afecto y los límites. Cambia también lo que se trabajará con el niño: cómo explorar la problemática para obtener un perfil del niño y su familia; cómo abordar su problemática, qué habilidades hay que desarrollar; cómo se resuelven los conflictos, cómo se guía al niño hacia la toma de responsabilidad. La metodología también es diferente en cada fase, la herramienta que se utiliza depende de lo que se pretende lograr. En cada fase se logra un resultado que preparará al niño para la siguiente fase o para ser dado de alta de la terapia (Fernández, 2002).

Para el diseño de esta metodología se tomaron en cuenta los supuestos de la Psicología Humanista y la Psicoterapia Gestalt, donde el ser humano es observado dentro de su contexto como un ser que tiene la capacidad de elegir y decidir, conciente de sí mismo, contemplado de manera holística, sus pensamientos, sentimientos y relaciones son una misma cosa. Al niño se le toma como un ser que siente, piensa, investiga, innova y aprende. También se apoya en los preceptos de la fenomenología y de la psicología existencial, la experiencia es lo primero, el cómo precede al por qué. Se guía al ser humano en su proceso de ser, confiando en su capacidad para construirse día a día como ser humano. La teoría del desarrollo se toma en cuenta en las cuatro grandes áreas que conforman el desarrollo del niño: físico-sensorial, emocional, intelectual y social, y se le da un tratamiento integral.

Los problemas emocionales son tratados como alteraciones en el proceso de autorregulación del niño que le impiden moverse en su desarrollo a través de períodos de desequilibrio, crecimiento y cambio, de acuerdo con las capacidades de cada etapa de desarrollo. (Mortola, 2001). Como asuntos inconclusos o habilidades cristalizadas que se fijan en algún momento del pasado del niño y que son la base del patrón conductual-emocional introyectado que determina el proceso de crecimiento del niño y que en el presente le impide funcionar como un ser completo (García, 2003). El trabajo terapéutico se enfoca en la modificación de este patrón de este sistema de creencias e

introyectos negativos (Fernández, 2002), cambiando conductas de sobrevivencia y no productivas por nuevas opciones que le producirán más satisfacción y mejores resultados (Oaklander, 1999)

El niño es visto como un ser en constante cambio que busca adaptarse a su medio, donde las dificultades, limitaciones y realidad siempre están presentes, pero la manera de abordarlas cambia de acuerdo a los recursos y habilidades adquiridos por él durante la terapia. Es tratado de manera holística, donde físico-sensorial (sí mismo físico-sensorial), (sí mismo emocional) emocional, (sí mismo mental) cognoscitivo y (sí mismo social) social no se ven como aspectos separados sino como diferentes actividades del Self que permiten establecer los límites de contacto del niño y su entorno para lograr diferenciarse de este último y adquirir su sentido de ser. A través de esta metodología se guía al niño a la solución de la problemática detectada en cada uno de los cuatros aspectos antes mencionados. Se promueve el darse cuenta y el pensamiento reflexivo en la búsqueda de soluciones adecuadas a su medio y se confía en el deseo innato del niño hacia la autorrealización.

Se toma en cuenta el contexto familiar, llevando con los padres un proceso paralelo de trabajo terapéutico que les permita aprender alternativas sanas de relación, contar con habilidades para apoyar al niño, que en su crecimiento y desarrollo, está en constante cambio en su búsqueda de adaptarse a su medio y conciencia para comprender y abordar las dificultades que siempre van a estar presentes.

La metodología, incluye cuatro fases: diagnóstico, inicial, intermedia y final, en las que se atenderán cuatro áreas: Límites y fronteras del yo (trabajo con el self físico-sensorial), Manejo y Expresión de emociones (trabajo con el self emocional), Separación y Autonomía (trabajo con el self mental) y Relaciones Interpersonales (trabajo con el self social). La primera fase incluye el diagnóstico, por medio del cual se detecta la problemática que se abordará mediante un plan, desde las cuatro áreas antes mencionadas para resolver los conflictos y carencias del niño en estas áreas. Las otras tres fases incluyen el proceso terapéutico propiamente dicho.

El terapeuta es visto como un Yo auxiliar que es modelo, acompaña, guía y organiza lo vivido en el proceso terapéutico, llevando al niño a experimentar nuevas formas de enfrentar los problemas, logrando un mayor grado de autoapoyo. Pone en contacto al niño con sus emociones en conflicto y le provee los medios para que las resuelva, alcanzando un mayor grado de fluidez emocional, garantía de salud psíquica. Promueve a través de juegos y ejercicios terapéuticos las relaciones interpersonales que ayuden a desarrollar las habilidades detenidas en el proceso de desarrollo.

El objetivo de este trabajo es presentar la función del terapeuta en cada una de las fases del proceso. Éste se guía por los siguientes principios, que marcan de manera general sus funciones a lo largo del proceso terapéutico:

1. Comprender y estar conciente de cuál es su función en cada fase de la terapia:
   Para el terapeuta es importante conocer cuál es su función estratégica y de trabajo en cada fase de la terapia y cuáles herramientas son las más adecuadas para utilizar; porque esto le permitirá moverse con libertad en cada fase de la terapia. Así podrá anticipar lo que se puede y no trabajar en cada fase, y los resultados que obtendrá.

2. Abstenerse de hacer interpretaciones y juicios, confrontar y verificar las expectativas e intuiciones que se tienen acerca del niño:
   En esta orientación se confía en la sabiduría interior del niño. El terapeuta pregunta, verifica, explica o pide más información cuando no está seguro de lo que el niño está manifestando, pero no interpreta o da consejos, guía al niño a su

darse cuenta, desarrollando su pensamiento reflexivo a través de todo el proceso terapéutico, de tal forma que el darse cuenta del niño se expanda hacia otros puntos que antes eran ciegos para él, hacia la toma de responsabilidad, hacia la solución de problemas, hacia la manifestación directa y saludable de la expresión de sus emociones, necesidades y pensamientos.

3. Aceptar al niño tal y como es. Identificar en qué nivel está y empezar desde ahí:
   Aceptar al niño tal y como es, es un principio de la psicología humanista. Empezar desde el nivel en que se encuentra es aceptarlo y comprender que no posee otros medios para relacionarse con su ambiente. Cuando un terapeuta acepta al niño tal cual es, éste deja de luchar consigo mismo, deja de culparse y se abre a nuevas oportunidades de aprendizaje.

   Para que esto suceda, la terapia necesita ser un espacio libre de prejuicios y presiones exteriores, en donde el niño se sienta seguro para ser él mismo y empezar a explorar hacia el interior de su ser (Moustakas, 1959)

   Iniciar la terapia en el nivel en que se encuentra el niño, es ubicar la etapa del desarrollo por la cual transita. Comprender su forma de sentir, pensar, relacionarse y percibir la vida y los sucesos que le acontecen. Es observar las dificultades que se le presentan al hacer contacto con sus sentimientos, pensamientos, necesidades y relaciones con los demás.

4. El proceso terapéutico deberá facilitar el autoconocimiento del niño. Primero se trabaja con lo que es más sencillo y confortable, antes de ir a lo difícil e incómodo:
   La comprensión de la función del terapeuta en cada fase de la terapia, permite guiar el autoconocimiento del niño desde lo sencillo hacia lo problemático. En cada fase se desarrollan los recursos internos que permitirán al niño ir abordando su conflictiva emocional. Aunado a esto, el nivel en que se encuentra el niño nos indica cómo necesita guiarse el proceso terapéutico partiendo desde lo que el niño puede manejar; él cuenta con ciertas habilidades sensoriales, emocionales, intelectuales y sociales que lo capacitan para interpretar la realidad y manejarse en ella. Al ubicarlas en un perfil, el terapeuta puede darse cuenta de cómo guiar el proceso, cuáles dificultades presenta el niño a consecuencia de su problemática e ir poco a poco profundizando en lo que se quiere.

   Ir de lo suave a lo profundo se refiere a invertir el tiempo suficiente para que el niño aprenda de su sensorio, identifique sus emociones, empiece a manejarse con cierta autonomía de pensamiento en función de lo que se da cuenta, diferenciándose de introyectos negativos y las creencias erróneas acerca de él, se separe un poco del deber ser. Es prepararlo para enfrentarse con sus proyecciones, introyecciones, polaridades, resentimientos y conflictos con las personas significativas en su vida, que han contribuido al surgimiento de su problemática emocional.

5. No forzar al niño a hacer o decir lo que no desea. Saber contrarrestar la resistencia, al tiempo que se respeta el proceso del niño; así mismo, aceptarla de manera natural, no defensiva u ofensivamente:
   Al identificar el nivel en que se encuentra el niño, el terapeuta es conciente de lo que es capaz de sentir, expresar o hacer. Se sigue el principio de respeto a la individualidad del niño.

   Cada vez que el niño siente que se acerca a alguna situación que no puede manejar, la resistencia aparece, en forma de risas, bromas, aislamiento, enojo, llanto, etc., indicando la dificultad que presenta el niño para ponerse en contacto con el material que ha emergido. El proceso está diseñado para ir contrarrestando

las resistencias en cada fase de la terapia; a través de ejercicios y juegos el niño adquiere recursos para ir enfrentándose a su problemática. Aun así, la resistencia aparece y el terapeuta necesita ser hábil para manejarla.

6. Enfocarse en los problemas específicos que se van presentando o que surgen. Estar alerta constante y conscientemente del proceso de cada niño:
   Cada niño es un ser individual que responde de manera particular al proceso terapéutico, haciéndose evidente en su tono de voz, respuesta emocional, lenguaje corporal y verbal. De ahí la habilidad del terapeuta para comprender las reacciones del niño, poner atención a cómo escucha, cómo interactúa y cómo expresa sus sentimientos y pensamientos. Una herramienta terapéutica es un medio para abrir la autoconciencia del niño, la forma en que responde denota su problemática particular y el terapeuta necesita ir enfocando los problemas o figuras que surgen para conectarlos con el fondo inconsciente del niño.

   Cada niño responde de manera diferente a una misma figura en el presente, porque cada uno tiene una historia de vida única, con carencias, asuntos inconclusos y emociones en conflicto, que lo hacen responder de acuerdo a lo vivido (García, 2003).

   El proceso terapéutico se enfoca en los problemas específicos que van surgiendo y a partir de ahí se guía al niño a la solución de su conflictiva y a la construcción de habilidades sensoriales, emocionales, intelectuales y sociales que le sirvan como recursos para manejarse en su medio ambiente.

7. Guiar al niño hacia la toma de responsabilidad de sus comportamientos:
   El terapeuta induce al niño hacia la solución de su problemática, durante cada fase del proceso se promueve el darse cuenta y el pensamiento reflexivo en la búsqueda de soluciones cada vez más acertadas y adecuadas a su edad y nece-sidades. El material que emerge del proceso de cada niño se guía hacia la realidad de su vida, logrando un mayor grado de darse cuenta al transferir el aprendizaje hacia situaciones fuera de la terapia.

   El terapeuta comprende que su función es de guía, que es el niño quien necesita aprender a decidir o a ver las consecuencias de sus acciones; él no da consejos, ni decide por el niño. El pone los medios para que el niño explore, experimente y elija o
   decida lo que desea hacer, al tiempo que se da cuenta de cuándo lo que decide es imposible de realizarse. El niño necesita conciliarse con sus obligaciones y responsabilidades, aprendiendo a realizarlas por convicción, aceptándolas como parte de su edad, de su crecimiento y desarrollo.

   A continuación se describe cada fase del proceso, en cada una se da una pequeña introducción y se especifican:

- Objetivos estratégicos: con relación a la actitud del terapeuta para abordar al niño.
- Objetivos de contenido: con relación a lo que se va a trabajar en cada fase.
- Mecanismos de intervención: procesos y técnicas
  utilizados en cada etapa.
- Resultado de cada etapa: logros a alcanzar en cada una de las etapas del proceso terapéutico.

FASE DE DIAGNÓSTICO

En esta orientación se realiza un proceso diagnóstico que involucra entrevistas tanto con el niño como con sus padres. El diagnóstico es de tipo fenomenológico. En una orientación humanista "el diagnóstico ayuda al terapeuta a ser más preciso, discriminativo y coherente en la comprensión de la realidad particular y diferente de cada paciente individual y de cada tipo de paciente" (Yontef, 1995). El diagnóstico permite hacer mejores conjeturas acerca del perfil del niño

y su familia. Permite determinar cuáles conflictos están presentes, cómo los experimenta, cómo reacciona y piensa acerca de ellos y cuáles carencias provocan el atraso o cristalización de habilidades. Con el diagnóstico se puede conocer la capacidad de darse cuenta de los padres, y se infieren las actitudes, pensamientos, formas de experimentar y sentir de los padres que están contribuyendo a la conflictiva del niño y a la detección de habilidades: sensoriales, emocionales, intelectuales y sociales. Se comprende al niño y su contexto. A partir de éste se planea el proceso terapéutico.

Objetivos estratégicos: *(Relación terapéutica)*

- Establecer el rapport con el niño y sus padres.
- Establecer el compromiso psicológico de participación.
- Explorar áreas de conflicto, (actitud diagnóstica).

Objetivos de contenido: *(Trabajo Diagnóstico)*

- Aplicar los instrumentos de medición: Entrevistas, pruebas, ejercicios directivos.
- Elaborar el *Mapa primario*: Diagnóstico fenomenológico de la situación del niño/ adoles-centey su contexto (familia, escuela y relaciones sociales), se perfila el patrón conductual-emocional introyectado.
- Elaborar el *Mapa de la terapia:* Especificación de las habilidades a desarrollar y los conflictos por resolver de acuerdo a las carencias reflejadas en el mapa primario.
- Entregar los resultados del diagnóstico a los padres.
- Establecer el contrato psicológico de terapia para el niño y sus padres.
- Planear el abordaje del niño y los padres.

Plan de trabajo: Se detalla el proceso terapéutico englobandolas cuatro áreas de la terapia*.

Herramientas

- Instrumentos de medición: Entrevistas, pruebas, ejercicios directivos.
- Formato del Mapa Primario.
- Formato de los Mapas de la Terapia (para el niño y sus padres).
- Formato del Plan de Trabajo.

Resultado:

- Darse cuenta por parte de los padres del origen de la conflictiva de su hijo.
- Compromiso para el proceso terapéutico.
- Plan de acción (proceso terapéutico).

FASE INICIAL

Shub (1992), en su modelo longitudinal explica que en la fase inicial la mayoría de los pacientes inician con muy poca comprensión del proceso terapéutico y de su rol dentro de éste. Los esfuerzos en esta etapa, según él, deben encaminarse a desarrollar las habilidades de darse cuenta y contacto que les permitirán prepararse intelectualmente para entender su rol en la terapia y llevar su trabajo en un continuum de darse cuenta.

En el caso de la terapia para niños y adolescentes, la situación no difiere en mucho; también llegan con poca o ninguna comprensión de lo que es la terapia. Se hace necesario que asimilen el estilo de trabajo y desarrollen habilidades de darse cuenta y contacto que permitan el libre fluir del proceso terapéutico. Por un lado, asimila el encuadre y por el otro se le enseña a escuchar,

** Se está terminando de elaborar un manual con procesos, ejercicios directivos y juegos con enfoque terapéutico o para el desarrollo de habilidades de darse cuenta y contacto, clasificados dentro de cada una de las cuatro áreas de abordaje terapéutico, para facilitar la planeación y aplicación de la terapia.*

describir su vivencia interna y externa, a tener mayor conciencia y movilidad corporal, a moverse, tocar y sentir con más profundidad y de manera más completa; a aceptar y expresar sus emociones y sentimientos sin temor a ser juzgado.

Objetivos estratégicos: *(Relación terapéutica)*

- Iniciar la atracción del niño hacia la terapia, ayudándolo a él y a sus padres a comprender la estructura y propósitos de la terapia (consignas, horarios, duración, reglas, contrato, estilo de abordaje, etc.).
- Fomentar la alianza terapéutica.
- Continuar con la exploración y conocimiento del niño y sus padres.
- En terapia grupal, iniciar la confianza hacia el grupo.

Objetivos de contenido: *(Trabajo Terapéutico)*

- Iniciar el proceso de auto descubrimiento, al nivel de darse cuenta de los sentimientos y conductas (adecuadas e inadecuadas) de él y de los demás y poder describirlas.
- Contestar a las siguientes preguntas: ¿Quién soy yo?, ¿Quién eres tú? y ¿Qué estamos haciendo aquí?
- Trabajar la diferenciación (límites inter-personales) en las diferentes áreas de la psicoterapia: Límites y Fronteras del Yo; Separación y límites; Manejo emocional y Relaciones interpersonales.
- Encaminar el trabajo de acuerdo con el mapa dela terapia del niño.

Herramientas:

- Juego con enfoque terapéutico: Utilizado para desarrollar habilidades de darse cuenta y contacto.
- Ejercicios directivos (ejercicios impresos para trabajar con aspectos específicos: sentimientos hacia la familia, la percepción del maestro, la relación con los amigos, etc.)
- Procesos encaminados a trabajar con la diferenciación (dramatización y descripción).
- Técnicas para recuperar proyecciones positivas y negativas a nivel superficial.

Resultado:

- Organización del sensorio manifestado por una mayor claridad para describir, sentir, experimentar e interpretar las sensa-ciones vividas a través de sus sentidos, dándoles un significado y acciones acordes a las necesidades reales propias.
- Habilidad para describir el estado actual de su organismo. Hablar en primera persona de sus sensaciones y emociones, relacionándolas con su experiencia.
- Ampliar su habilidad de darse cuenta de sus emociones y de las de los demás, expresando sus necesidades reales.
- Habilidad para recuperar proyecciones a nivel superficial.

FASE INTERMEDIA

Cuando se lleva un proceso planeado en el tiempo, en la fase intermedia el paciente se encuentra dispuesto a trabajar explorando y experimentando con sus sentimientos, conductas y partes rechazadas de su Self. En la fase inicial el paciente descubre ¿quién es él?; en esta fase aprende ¿cómo expresa su Self en el ambiente?, las creencias introyectadas del pasado se manifiestan y se trabajan. Empieza a verse como es con más claridad y experimenta con nuevas formas de manifestaciones de su Self (Shub, 1992).

En el caso de los niños y aun de los adolescentes, el patrón conductual-emocional está en formación. Al llegar a esta fase, se ha logrado una organización sensorial y emocional suficiente, que le permite darse cuenta de lo que siente su cuerpo, de reconocer y aceptar sus sentimientos ocultos, de relacionarlos con las situaciones y personas que

se los provocan, de utilizar su lenguaje para describir lo que siente y expresar sus emociones, de utilizar sus pensamientos e ideas para encontrar formas más saludables de satisfacer sus necesidades. Está listo para trabajar con sus conflictos. Es aquí donde los juegos y procesos se encaminan a trabajar con la emociones en conflicto, con las introyecciones negativas, con la integración de sus polaridades, con las partes rechazadas del Self.

Objetivos estratégicos: (Relación terapéutica)

- Fortalecer la alianza terapéutica, incrementando los sentimientos de confianza en el terapeuta.
- Fortalecer el respeto y capacidad de escucha del niño.
- Fortalecer la tolerancia a la frustración, las buenas relaciones y la capacidad para expresar pensamientos y sentimientos.
- Introducir la confrontación y frustración en el trabajo terapéutico, cuando sea necesario.
- Desarrollar el pensamiento reflexivo del niño, guiando su intervención a lo largo de las sesiones hacia la ampliación del darse cuenta para la comprensión de las situaciones que vive, de las conductas ineficientes y sus consecuencias, guiándolo hacia maneras alternativas de respuesta para lograr conductas socialmente efectivas; en los cierres terapéuticos aparte de lo anterior, guiarlo hacia la transferencia del aprendizaje en acciones que sean efectivas para él en su medio ambiente.

Objetivos de contenido: (Trabajo Terapéutico)

- Llevar el auto-descubrimiento (pensamientos, sentimientos, experiencias, lenguaje verbal y corporal, etc.) a un nivel más profundo.
- Llevar al niño a aceptar sus partes buenas y malas y las de los demás.
- Llevar a la toma de responsabilidad de sus sentimientos y conductas y de lo que provoca en el exterior con esto.
- Llevar a darse cuenta de sus conductas ineficientes, de las consecuencias y a encontrar maneras alternativas de respuesta emocional, conductual y social efectivas.
- Guiar el proceso de terapia al desarrollo de las habilidades de acuerdo con el mapa de la terapia del niño.
- Resolver los conflictos identificados en el mapa primario y de la terapia (asuntos inconclusos, gestalt inacabadas, conflictos reales).
- Desarrollar el autocontrol, la toma de decisiones, la capacidad de resolver problemas y formas adecuadas para expresar sus emociones.
- Fortalecer el pensamiento reflexivo en el aprendizaje y acciones llevadas a cabo fuera de la terapia

Herramientas:

- Juego con enfoque terapéutico.
- Procesos encaminados a trabajar con polaridades.
- Procesos encaminados a la recuperación de proyecciones positivas y negativas y/o a la resolución del conflicto, utilizando las Técnicas de Recuperación de Proyección y/o Diálogo [1]

Resultado:

- Resolución de los conflictos manifestados por el niño.
- Habilidad para expresar sus emociones negativas y positivas acordes a sus nece-

1 Las Técnicas de Recuperación de Proyección Simple y el Diálogo, pueden utilizarse de manera independiente cada una o combinarse dentro de un proceso o utilizarse cada una en un proceso específico.

sidades y por vías aprobadas socialmente; y para aceptar las emociones de los demás.
- Mayores habilidades emocionales, manifestadas en una conducta más integrada y adaptada al medio.

- Capacidad de darse cuenta que le permite ser consciente de las situaciones que provoca en el ambiente, de expresar ideas y pensamientos propios, de tomar decisiones acordes a sus necesidades, deseos, gustos y preferencias, y de aceptar con mayor responsabilidad y menor problemática las obligaciones que le corresponden.

FASE FINAL

En la fase final, el motivo de consulta ha desaparecido (tal vez hace tiempo), el niño demuestra un Self fuerte con fronteras bien delimitadas, su comportamiento es más completo, se acepta, negocia y establece buenos contactos con su entorno y las personas que lo habitan.

Es la fase de interiorización del avance terapéutico en la que el niño incrementa su atracción hacia apoyos externos a la terapia, es consciente de sus avances y de su capacidad para actuar de manera autónoma, dejando abierta la posibilidad de regreso cuando así se requiera. Se utilizan las últimas sesiones para poder recapitular sobre esto y trabajar en la despedida del niño de su proceso y del terapeuta.

Objetivos estratégicos: *(Relación terapéutica)*

- Incrementar la atracción del niño hacia apoyos externos a la terapia
- Hacer conciente al niño del avance terapéutico.
- Proporcionar el tiempo suficiente para la elaboración de la separación de la terapia y del terapeuta.

Objetivos de contenido: *(Trabajo Terapéutico)*

- Fortalecer los apoyos externos a la terapia.
- Guiar el proceso terapéutico hacia el cierre en las diferentes áreas de impacto en el niño: Sí mismo, Familia, Relaciones Sociales y Escuela.
- Guiar el pensamiento reflexivo en el aprendizaje y las acciones hacia los logros tenidos en la terapia y hacia nuevas formas de enfrentar las situaciones venideras.
- Corroborar el desarrollo de habilidades, la resolución de los conflictos, con el motivo de consulta y los Mapas Primario y de la Terapia del niño y sus padres para darle de alta.

Herramientas:

- Juego estructurado.
- Ejercicios directivos encaminados al cierre en las diferentes áreas problemáticas.
- Procesos[2] encaminados a la práctica de los nuevos aprendizajes, a experimentar en fantasía situaciones futuras y formas de enfrentarlas.
- Procesos[3] en caminados a la elaboración de la separación de la terapia y del terapeuta.

Resultado:

- Desaparición del motivo de consulta. El cambio de la conducta del niño se puede corroborar en la terapia y por reporte de los padres o maestros.

2 Estos procesos pueden llevarse al nivel de descripción y darse cuenta o a nivel de recuperación de proyecciones y/o diálogo (resolución de emociones en conflicto: resentimiento).

3 Idem. anterior.

- Existen mayores apoyos externos de los cuales el niño obtiene satisfacción y logros.
- Mayor capacidad para integrar y asimilar las experiencias y cambios a su propio crecimiento y madurez natural.
- Su habilidad de darse cuenta funciona a su favor, siendo consciente de su comportamiento y emociones, ve consecuencias y decide a favor de alternativas más sanas, mostrando una capacidad de adaptación mayor.

Esta guía se utiliza para las dos modalidades, la individual y grupal. Para la aplicación grupal se cuenta con las especificaciones necesarias para su aplicación.

En resumen, la guía metodológica presentada pretende facilitar la formación y aplicación de esta psicoterapia. Propiciando un trabajo sistemático que logre guiarse hacia el cambio del patrón conductual-emocional introyectado, que pueda acortar el tiempo de duración de la psicoterapia, al ser más directa en él su aplicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Axline, V (1983). *Terapia de juego.* México: Diana.

DeCarvalho, R (1990). History of the "Third Force". *Journal of Humanistic Psychology.* Vol. 30 No. 4. pp 23-39.

Erikson, E. (1976). *Infancia y sociedad.* Buenos Aires: Hormé.

Fernández, L.(2002). *"Solution of emotional problems in children between 8 And 10 years old studying in public schools: A methodology proposal focused on humanistic psychology and gestalt psychotherapy".* Disertación doctoral no publicada. Newport University, EE.UU.

García, F. (2003). *Y es gracias a la noche que el día se significa: Proceso Figura-Fondo en Psicoterapia Gestalt.* México: CIEPGFP.

Garrison, A.(2001). Humanistic Psychology. *Journal of Humanistic Psychology*, 41, (4). 91-104.

Mortola, P. (2001). Sharing Disequilibrium: a link between Gestalt Therapy. Theory and *Child Development Theory Gestalt Review,* 5. 45-66

Moustakas, C. (1959). *Psychotherapy with children. The living relationship*. New York: Ballantine.

Oaklander, V. (1999). *Group play therapy* from a Gestalt therapy perspective. Group play group therapy .*The handbook of group play therapy: How to do it, how it works; whom it's best fo*r (pp. 162-175). New York: Jossey-Bass.

Oaklander, V. (1978). *Ventanas a nuestros niños. Terapia Gestáltica para niños y adolescentes*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.

Shub, N. (1992). *Gestalt therapy over time: Integrating difficulty with diagnosis*. In Nevis, E. C. (Ed.) Gestalt therapy: Perspectives and Applications. New York: Gardner Press (Gestalt Institute of Cleveland Press series).

Piaget, J (1999). *Psicología de la inteligencia.* Buenos Aires: Psique.

Wilber, K. (1999). *Psicología Integral.* Barcelona: Kairós.

Wilber, K (2001). *Proyecto Atman.* Barcelona: Kairós.

Yontef, G (1995). *Proceso y diálogo en psicoterapia.* Santiago de Chile: Cuatro Vientos.

ARTÍCULOS

Ética y Psicología Clínica[1]

Rosángela Mendoza, MA.[2]

"no hay nada más fácil que amar a la Humanidad en abstracto.después de todo nunca tropieza uno con Doña Humanidad pero lo verdaderamente difícil es respetar a los otros seres humanos concretos y aún más si son raros, vienen de lejos, si hablan otras lenguas o tienen otras creencias".

Fernando Savater

RESUMEN

La autora parte de la definición de los conceptos de ética y moral, de los valores y su naturaleza objetiva/subjetiva, enfatizando su importancia para los profesionales de la conducta, así como también lo que sustentan sus modelos de ayuda y el respeto al sistema de valores del cliente. Se realiza un esbozo histórico y conceptual de la bioética desde el Juramento Hipocrático hasta la redacción del Informe Belmont en 1979, planteando los cuatro principios legados del mismo: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia, definidos y concretizados en la práctica de nuestro quehacer. Se analiza la complejidad de la aplicación en psicoterapia del Consentimiento Informado. Se estimula al estudio del Código de Ética propuesto por el Colegio Dominicano de Psicólogos, y al entrenamiento en estudiantes de psicología de las pautas internacionales para la protección de los sujetos humanos en las investigaciones.

Al introducirnos en el tema de la ética y la psicología es conveniente iniciar definiendo dos conceptos fundamentales: ética y moral. De acuerdo con el Diccionario de la Real Academia Española (2001), la ética es la parte de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre. Por su parte, de acuerdo a la misma fuente, la moral es la ciencia que trata del bien en general, y de las acciones humanas en orden a su bondad o malicia. Podemos deducir entonces, que la moral es el objeto de estudio de la ética, y que cuando hablamos de moral nos referimos a aquello que consideramos que está "bien" o está "mal" en relación al comportamiento humano.

Aclarados estos términos, pensemos en una pregunta básica, ¿por qué es importante la ética? Savater (2003) concluye que la ética es el arte de saber vivir, y lo entiende así porque el interés humano en la ética es intrínseco a su naturaleza, ya que tiene que ver con nuestra condición de seres cuasi libres con capacidad de elegir en parte nuestra forma de vivir y de tomar decisiones convenientes o inconvenientes que favorezcan o no, nuestra existencia. Como seres humanos,

---

1- El presente trabajo está basado en la exposición **Ética y Psicología Clínica** *efectuada el 6 de abril del 2004, en la Universidad Autónoma de Santo Domingo, durante el Día Nacional del Psicólogo.*

2-Psicóloga Clínica del Hospital Infantil Dr. Robert Reíd Cabral, con Maestría en Terapia Familiar. Investigadora del Centro Nacional de Investigación en Salud Materno-Infantil (CENISMI). Docente de la Escuela de Psicología de la Universidad Iberoamericana y estudiante de la Maestría en Bioética del Instituto Tecnológico de Santo Domingo. rosangelamendoza@hotmail.com

constantemente estamos *eligiendo* comportamientos, detrás de los cuales hay un motivo ético. Quizás este motivo no es del todo consciente en algunos momentos y el saber tomar las decisiones apropiadas con frecuencia no es tarea fácil, mucho menos en un terreno tan lleno de ambigüedades como el de las relaciones humanas.

Todos podríamos estar de acuerdo en que lo conveniente es elegir "lo bueno"; sin embargo, ¿Qué es realmente lo bueno?, ¿Quién lo define?, ¿Para quién es bueno? Históricamente, lo bueno se ha relacionado, a veces, con las órdenes o con el deber: Esto es lo que me han dicho que haga y si la autoridad así lo ha dicho, entonces es bueno. Lo bueno también se ha identificado con las costumbres: Esto es lo que siempre se ha hecho, entonces debe estar bien. Finalmente lo bueno se ha relacionado también con los gustos, los intereses y los deseos. Sin embargo, sabemos que hay órdenes equivocadas, costumbres inconvenientes y gustos, intereses o deseos incompatibles para unos y otros. Tratar de entender qué es lo bueno no puede hacerse al margen de la axiología o ciencia que estudia los valores (Frondizi, 1995). La ética, y como veremos más adelante, la bioética, se fundamentan en valores y principios.

"Un valor es todo aquello que las personas percibimos con un grado de significancia" (Suazo, 2002). Es decir, los valores son los principios, creencias, cualidades o normas que determinan nuestra conducta. Los filósofos, sobre todo, los que se han dedicado a la Axiología, han debatido mucho si los valores son subjetivos, o sea, si algo tiene valor o es bueno porque yo como sujeto le confiero ese valor; o si por lo contrario, son objetivos, es decir, están ahí independientemente de que algún sujeto los perciba. La conclusión de este amplio debate, es que los valores son tanto subjetivos como objetivos, y que el grado de una u otra condición dependerán de la ubicación del valor en la jerarquía axiológica de cada persona o sociedad. Hay cosas que me interesarán y me gustarán a mí, por lo tanto, son valiosas, pero a otros no le importarán; pero también existen cosas que son valiosas independientemente de lo que yo considere. Los valores que generalmente se colocan en la parte superior de la escala se refieren a aspectos fundamentales, como el valor de la vida, la justicia o la verdad, los cuales, tienden a ser más objetivos o a depender menos de las percepciones individuales. Los valores que se colocan en el nivel inferior, como las preferencias personales en cuanto a comidas o manera de vestir, son más subjetivos (Frondizi, 1995).

Cada individuo forma su sistema de valores que podrá diferir del de los otros y no por eso ser mejor ni peor. Pero existen también normas y principios generales que conforman el sistema axiológico colectivo: los valores de la sociedad. Sin éstos nuestra convivencia sería unes y difícilmente se podrá fijar una definitiva. Asimismo, la cultura moldea los valores por los que se rigen las personas.

En la práctica de la psicología contrastaremos constantemente nuestros valores con los de nuestros clientes o pacientes, por eso es tan importante poder tener claro que muchas veces valoramos de manera diferente y que hacer valer la autonomía de los demás es respetar su sistema de valores, aunque no coincidan con los míos, a pesar, de que con frecuencia, nos han hecho creer que son infalibles y que es nuestro deber y responsabilidad imponerlos. En este sentido, me parece oportuna la reflexión de Frondizi (1995) cuando afirma "someter a examen crítico las tablas de valores que influyen nuestra conducta es tarea irrenunciable de todo hombre culto". Es imprescindible que todo profesional de la conducta autoanalice su tabla de valores y los valores que sustentan su método o modelo de ayuda.

Al llegar a este punto, quiero adentrarme en el campo de la bioética. La Enciclopedia de Bioética (citada por Suazo, 2002) define esta disciplina como el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto dicha conducta es examinada a la luz de los valores y principios morales. Por su

parte, Fernando Lolas, bioeticista chileno, refiere que la bioética es el intento de lograr procedimientos seculares consensuados para formular, analizar, y ojalá atenuar los dilemas que plantea la moderna investigación médica y biológica (Lolas, 1998). Además explica, que esta disciplina es secular porque intenta superar dogmas y fundamentalismos; y consensuada, porque propone el diálogo deliberativo y multidisciplinario como proceso de toma de decisiones.

De manera muy sintetizada, la historia de la bioética tiene su origen en el mismo Juramento Hipocrático, el cual es el documento más trascendente que esboza cómo el médico debe ejercer su quehacer, y que modernamente es considerado no sólo un documento escrito para médicos, sino como el juramento de las profesiones (Suazo, 2002). Este documento fue elaborado en una época patriarcal y el mismo tiene un carácter puramente paternalista, es decir, el profesional de la salud es visto como un padre que decide totalmente por su paciente. Este juramento nos plantea tres principios éticos fundamentales, que más adelante consideraremos: la no maleficencia, la beneficencia y la confidencialidad.

Muchos siglos más tarde, específicamente en el siglo XX, ocurrieron hechos que ameritaron que el mundo prestara atención a los aspectos éticos en el ejercicio de las ciencias de la salud. Los experimentos nazis durante la segunda guerra mundial y la denuncia de investigaciones científicas que faltaban a la ética pusieron en entredicho las acciones de la medicina en nombre de la ciencia. Asimismo, los avances técnicos, como por ejemplo, la creación de la hemodiálisis por el Dr. Scriber en 1961 y el primer transplante de corazón realizado por el Dr. Barnard en 1967, fueron hechos que trajeron a colación un sin número de preguntas éticas que necesitaban urgentemente ser consideradas. Preguntas como ¿quién debe recibir o no tratamiento cuando los recursos son escasos?, ¿Cuándo comienza o termina la vida?, ¿Hasta dónde debe llegar la ciencia?

Es necesario señalar tres documentos trascendentales que surgieron a raíz de estos hechos: El Código de Nuremberg (1946), redactado luego del juicio a los científicos Nazis; la Declaración de Helsinki (1964), realizada por la Asociación Médica Mundial; y el Informe Belmont (1979), redactado por la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos en la Investigación Biomédica y Conductual. Los tres presentan una serie de pautas éticas para salvaguardar la vida y la dignidad de las personas que participan en investigaciones científicas, pero también las mismas se han, hasta cierto punto, extrapolado a la práctica clínica.
En el año 1971, Van Rensselaer Potter, oncólogo estadounidense, introduce por primera vez el término bioética en la literatura científica con el título de su libro: Bioética, un puente al futuro. El Informe Belmont nos dejó cuatro principios bioéticos fundamentales que definiremos a continuación:

- ***No maleficencia*****,** significa no hacer daño intencionalmente.
- ***Beneficencia*****,** quiere decir hacer el bien activamente.
- ***Autonomía***, hace referencia al derecho de las personas a tomar sus propias decisiones.
- ***Justicia***, se refiere a la equidad en la distribución de bienes y cargas sociales.

El surgimiento de la bioética constituye un cambio de paradigma en la relación profesional de la salud-paciente o cliente, ya que la misma pasa a ser menos vertical y más horizontal, y como dice Suazo, se pasa del arte mudo al arte hablado en el sentido de que se reconoce el derecho del paciente a saber lo que tiene y a tomar las decisiones que crea más conveniente. La bioética surge como una necesidad de humanizar los avances científicos y tecnológicos presentes en las ciencias de la salud, pero se ha extendido a todas las profesiones, y a mi entender no es sólo una disciplina, sino una forma de ver la vida y nuestra relación con los demás.

Gracia (1996) nos ayuda a sintetizar las preocupaciones bioéticas en la práctica de las ciencias de la salud mental. Nos propone cuatro áreas a considerar:

- ***Del respeto a la autonomía,*** señalando que el profesional de la salud mental se encuentra en una posición en la que podría manipular la conciencia de su paciente o cliente. Ya que asiste a alguien vulnerable que solicita su ayuda.
- ***Del apoyo, pero no dependencia,*** indicando que los procedimientos terapéuticos deben dirigirse a fomentar la independencia del paciente.
- ***De la no lesión a través de la negligencia, la ignorancia, la impericia o la ruptura de la confidencialidad.***
- ***De la no discriminación, marginación o segregación de los pacientes***, refiriéndose a la equidad en la distribución de los recursos escasos.

Cuando concretizamos los principios bioéticos en la práctica clínica, consideraremos la beneficencia y la no maleficencia cuando, por ejemplo, hagamos uso de las técnicas y procedimientos para los que estamos entrenados, respetemos el trabajo de nuestros colegas, no nos aprovechemos de la ignorancia o desconocimiento del paciente para obtener beneficios económicos o de otra índole, establezcamos una relación terapéutica fundamentada en la verdad, protejamos y defendamos los derechos de nuestros pacientes, diferenciemos entre enfermedad y enfermo, colaboremos en alejar los riesgos o peligros que puedan amenazar a nuestros clientes y respetemos cada ser humano sin discriminación.

La autonomía se verá reflejada cuando veamos a las personas como seres humanos con "recursos" para mejorar y tomar decisiones buenas, cuando respetemos sus puntos de vista o visiones del mundo, cuando respetemos el derecho de confidencialidad, cuando evitemos cualquier tipo de coerción que pueda estar afectando la voluntad del paciente, cuando informemos sobre los procedimientos e intervenciones a realizar y solicitemos consentimiento y cuando aportemos información fidedigna sobre los beneficios y los riesgos del tratamiento. Estos dos últimos aspectos nos llevan al tema del consentimiento informado.

El consentimiento informado en psico-terapia ha sido definido por Nesis (2003) como el proceso a través del cual se comparte con los pacientes información destinada a ampliar su capacidad de elección racional frente a la decisión de realizar o no algún tratamiento interiorizándose acerca de riesgos, duración, costo, impacto social y familiar, y por supuesto, acerca de beneficio terapéutico directo. Si se lee atentamente esta definición, será evidente que este tema requiere de mucho análisis y mucha discusión por parte de los difierentes modelos psicológicos. El debate no es pequeño, existen muchos puntos de controversia. Lo que está claro es que el consentimiento informado debe ser considerado y empleado, aunque la manera de aplicarlo en la psicoterapia varíe de su aplicación en otras áreas de la salud o la investigación.

El principio de justicia se verá objetivado en nuestra práctica en el momento que promovamos el derecho a la salud mental para todos los ciudadanos, fomentemos una distribución de recursos más equitativa y velemos porque los más desposeídos reciban cada vez más una atención de calidad.

La bioética propone como método la creación de comités de bioética clínica y de bioética de investigación, conformados multidisciplinariamente y por miembros de variada experiencia personal y profesional, que permitan ante la presencia de dilemas éticos en nuestra práctica, el diálogo deliberativo que pueda llevarnos al consenso y a la toma de decisiones beneficentes para nuestros pacientes/clientes tomando en cuenta los principios mencionados y desde una postura de la ética de la responsabilidad.

Finalmente, tres recomendaciones: es necesario que todos las psicólogas y psicólogos estudien, analicen y ayuden a mejorar el Código de Etica propuesto por el Colegio Dominicano de Psicólogos, creen espacios para la discusión bioética y apliquemos las pautas internacionales para la protección de los sujetos en la investigación, desde los trabajos prácticos hasta, por supuesto, las tesis o trabajos monográficos de nuestros estudiantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española* (2001). 22ª edición. Madrid: Espasa Calpe, SA.

Frondizi, Risieri (1995). *¿Qué son los valores?* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Gracia, Diego (1996). *Bioética Clínica*. Bogotá: Editorial Búho.

Lolas, Fernando (1998). *Bioética***.** Santiago: Editorial Universitaria.

Nesis, José (2003). Ética y Psicoterapia: Una edición dedicada al consentimiento informado. *Perspectivas Bioéticas*. Buenos Aires: Facultad Lationamericana de Ciencias Sociales, 8 (15), 9-14.

Savater, Fernando (2003). *Ética para Amador*. Barcelona: Ariel.

Suazo, Miguel (2002). *Bioética para Nuevos*. Santo Domingo: INTEC.

ARTÍCULOS

Epistemología, Metodología y Ética de la Investigación en Sexualidad Dominicana

E. Antonio de Moya, MA, MPH[1]

RESUMEN

Este ensayo versa sobre aspectos epistemológicos necesarios para abordar el estudio científico de la sexualidad en Republica Dominicana, tales como su definición social, aspectos que más se han estudiado en el país, y controversias más pertinentes. Además, analiza las principales necesidades de investigación, las limitaciones y retos que enfrenta el estudio de este tema, los asuntos que merecen mayores contribuciones desde la investigación, asuntos éticos apremiantes e investigación ética en sexualidad. El autor concluye que los sexos, las sexualidades y los erotismos son características únicas e irrepetibles de cada ser humano, elásticas, que cambian incesantemente para no cambiar. La definición social de la sexualidad dominicana excluye el no unirse conyugalmente, el no tener hijos, y el respeto a orientaciones sexuales no-heterosexuales. La investigación en sexualidad ha sido productiva y coherente en las últimas dos décadas, a pesar de la diversidad de métodos empleados. Debe ser transdisciplinaria, sistémica, constructivista y comprometida con transformaciones sociales que potencialicen la ciudadanía y el respeto de los derechos humanos.

Definición de la sexualidad

El intento de definir algo tan complejo y ambiguo como el sexo, la sexualidad y el erotismo (Dowsett, 1999; Vance, 1991) nos remite a la controversia semántica suscitada hace unos pocos años en los Estados Unidos en torno al histórico acontecimiento de sexo oral que realizó la joven Mónica Lewinsky al Presidente Bill Clinton. Este episodio posmoderno probablemente compite en la dimensión mitológica y espectacular con el rapto de Ganímedes por Zeus. Por supuesto, la interpretación de esta secuencia de eventos depende del color del cristal con que se la mire.

El Fiscal encargado de investigar el "escándalo", Kenneth Starr, definía los eventos como un "acto sexual", es decir, probablemente "adúltero", "reprobable" y "deshonroso" en una sociedad que se pretende puritana y asexual, dados el estado civil, la estatura política y la influencia moral del acusado. El mandatario, en cambio, sin una comprensión cabal de la trascendencia de aquella cópula, trataba de excusar y purgar su pena definiendo el acto como "conducta impropia". Nosotros, en cambio, podríamos intentar reenmarcar el evento, entendiéndolo más bien como un acto religioso, una instancia de erotismo sagrado (Bataille, 2000/1957), o un rapto de canibalismo ritual ante el falo sagrado, que nos revela la inseparabilidad de conceptos tales como erotismo, poder y espiritualidad. Con esta reinterpretación, nos acercamos a una comprensión mayor de cómo el erotismo se

1- El autor es psicólogo social y epidemiólogo, investigador asociado al Instituto de Sexualidad Humana (Universidad Autónoma de Santo Domingo) y Asistente Técnico de la Dirección Ejecutiva del Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA) de la República Dominicana. Información de contacto: tdemoya@copresida.gov.do, tonydemoya@hotmail.com.

constituye en lo que nos hace específicamente humanos: la inmanencia del deseo, la impermanencia del cuerpo y la trascendencia del espíritu.

Algunas incursiones de importantes investigadores en el tema nos dan una idea de la complejidad de la tarea de definir estos conceptos. Echemos una mirada a un par de ellas:

- El goce es, más allá del simple placer saciable por un método dado, el deseo que se sostiene y se prolonga en el ejercicio de la imposibilidad de su satisfacción (Duchesne Winter, 2001).

- El erotismo puede incluir no sólo las prácticas sexuales sino la miríada de formas poderosas en que los sujetos dan significado a su sexualidad a través del lenguaje y la cultura popular (Parker, 1990; Parker et al., 2000).

- Lo que es sexual en una cultura no lo es en otras (Szasz, 1998).

- Los individuos juegan a ser lo que se supone que no son y a no ser lo que se supone son (Berger y Luckmann, 1968).

- La diferencia que separa al erotismo de la actividad sexual es una búsqueda psicológica independiente de la reproducción y del cuidado que dar a los hijos. Cada ser es distinto de todos los demás (Bataille, 2000/1957).

Bergvall, Bing y Freed (1996) se han preguntado si nuestra división automática de los humanos en varones y hembras está tan justificada como pensamos. Para ellas, la creencia en la existencia de "sólo dos" sexos no es un dato existencial, sino una "construcción social normativa". Como el género, el sexo es construido socialmente y es descrito mejor como un continuo que como una dicotomía. El asunto, afirman, no es la diferencia de sexos, sino la negación de diferencias dentro o entre grupos. Las fronteras existen más en el lenguaje que en la realidad.

Si esto tiene algún asidero, entonces podemos pensar que no sólo hay dos sexos; ni tres, como se ha pretendido recientemente; ni 70, como han propuesto algunos que incluyen las intersexualidades genéticas, embriológicas y hormonales (Gold, 2004). En realidad, lo que podemos decir con certeza es que todos los humanos somos seres sexuados: todos tenemos "un" sexo, representado por el ángel Eros o Cupido, el dios del Amor, que podríamos equiparar con el instinto darwiniano de supervivencia, con el principio freudiano del placer, con la dimensión lacaniana del goce, o como diría Octavio Paz, con el "anhelo de la vida por la vida misma". No obstante, no hay dos sexos, ni dos sexualidades, ni dos erotismos iguales. Cada persona tiene un sexo, tan único e irrepetible como su huella dactilar, como nos sugería Bataille (2000/1957). En este sentido, tal vez debemos repensar totalmente la noción de sexo, dentro y fuera del legado culpabilizante y restrictivo de índole maniquea que heredamos del pasado colonial y de la esclavitud.

Deseo proponer, entonces, la relatividad tempoespacial de la manifestación de los conceptos sexo, sexualidad y erotismo: éstos son, necesariamente, productos histórico-culturales intersubjetivos, cambiantes y miméticos, que cambian incesantemente, de manera paradójica, para no cambiar. En otras palabras, están imbuidos de resiliencia (elasticidad): no importa cuánto tengan que "esporularse", siempre logran volver a su estado original.

Basta con pensar cómo se transforman las concepciones del sexo, la sexualidad y el erotismo de generación en generación, en respuesta a crisis y amenazas, precisamente para poder seguir siendo los mismos. Para dar un ejemplo dramático, podemos intentar visualizar cómo la interacción sexual de los años 1975-1985 produjo la pandemia de VIH/SIDA, y cómo la pandemia ha modificado radicalmente los conceptos de sexo, sexualidad y erotismo, así como las estrategias de relación sexual interpersonal (Gagnon, 1988).

Otro ejemplo que podría parecer sorprendente es el caso de las nuevas manifestaciones protoeróticas de púberes y adolescentes varones, quienes despliegan en grandes círculos humanos, su excitación a través de los violentos *mosh* en que participan de manera casidelirante, colisionando en grandes saltos en el aire los que ocupan posiciones opuestas, mientras uno se maravilla de esta extraña, y para nosotros los menos jóvenes, lamentable manera de hacer el amor. De ella parece devengar mayor goce aquél que puede mostrar mayor severidad en sus traumatismos.

Una de las interpretaciones más lúcidas sobre los cambios recientes en el significado de la sexualidad fue propuesta por Sigusch (1998), quien acuñó el concepto de "revolución neosexual" para referirse a las profundas transformaciones de la sexualidad ocurridas en los países más industrializados del mundo occidental en las décadas de los 1980s y 1990s. Para él, dimensiones, relaciones íntimas, preferencias y fragmentos sexuales han surgido desde entonces, muchos de los cuales habían estado sumergidos, fueron rebautizados, o no existían. La sexualidad perdió así mucho de su significado simbólico como la gran metáfora del placer y la felicidad de los 1960s y 1970s. Hoy en día la misma parece verse más como una simple necesidad fisiológica, similar al egoísmo y la movilidad. Mientras anteriormente la sexualidad era mistificada como éxtasis y trasgresión, hoy se le mistifica como abuso, violencia y enfermedades mortales. Parte del resultado ha sido, aduce, la comercialización y banalización crecientes de una sexualidad consensual fundamentalmente insípida, egoísta, disciplinada e higienizada.

Como consecuencia de lo antes dicho, las definiciones de la sexualidad, o más correctamente, las sexualidades, deben estar referidas necesariamente a concreciones sociales delimitadas cultural, histórica y geográficamente, es decir, empíricas, como para que puedan tener sentido, reflejando las formas de convivencia sexual "allí y entonces". Por tanto, no sólo tendremos que buscar entender diferencias históricas y socioculturales entre países, por ejemplo, sino dentro de un mismo país, entre y dentro de grupos étnicos, clases sociales y minorías sexuales, teniendo en cuenta las etapas del ciclo de vida.

Existen definiciones "normativas" tales como las Declaraciones de Derechos Sexuales que se emiten en los Congresos Mundiales de Sexología. Gagnon (1975) ha afirmado que en pocas áreas de la investigación los investigadores han tenido un papel tan importante en el debate sobre el significado y la significación de la conducta que han estudiado. Weeks (1998), sin embargo, describe críticamente la sexología como la "encargada" del discurso médico en el tema, por lo que la opinión de estos profesionales responde a la norma, y cuando ésta no existe, sus afirmaciones se transforman en ella. Habrá que esperar unos pocos años para comenzar a hacer una genealogía de esta tradición, a fin de establecer los momentos de aparición de nuevas formas de construir y entender la sexualidad humana a través del tiempo y del espacio.

En 1998, un grupo de investigadores dominicanos (José et al., 2001) utilizamos un abordaje similar para intentar determinar qué entendían por sexualidad la "opinión pública" y los sexólogos dominicanos, analizando el contenido de un debate público sobre la educación sexual en las escuelas públicas a través de los medios de comunicación. Los resultados de este estudio sugieren que en el país se ha alcanzado el consenso sobre seis de los nueve derechos sexuales fundamentales, a saber: derecho a la información verídica; a una educación sexual integral; a la salud sexual; a la autonomía, integridad y seguridad corporal; a la vida privada y a la libertad.

Otros tres derechos, sin embargo, constituyen temas espinosos y controvertidos para la opinión pública, y un poco en menor medida, para los mismos sexólogos. Algunos aspectos de estos derechos en los cuales se hizo evidente que

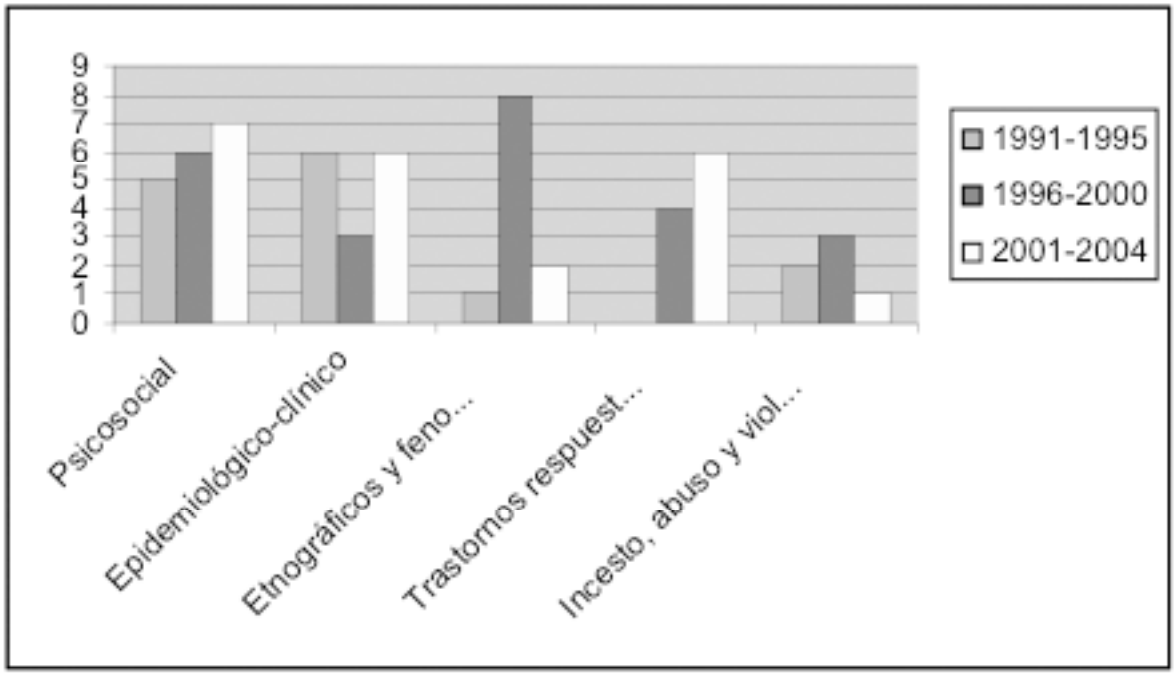
muchos sectores estaban en desacuerdo, o en los cuales prevaleció el silencio, son: el derecho a la decisión reproductiva libre y responsable; a la libre asociación; y a la igualdad y la equidad sexual. Algunos de estos asuntos constituyen aún temas *tabú* para nuestra sociedad, en particular asuntos como el no tener hijos; el acceso a las formas de control de la natalidad; el no contraer matrimonio o no unirse libremente; establecer otras formas de convivencia sexual; y no discriminar y respetar a otras formas de expresión de la sexualidad humana y orientaciones sexuales. Esa es, a mi entender, la definición empírica de la sexualidad dominicana a principios del milenio.

Aspectos de la sexualidad que más se han estudiado en el País

Hemos podido identificar 228 entradas bibliográficas, que se desglosan de la siguiente manera: 97 estudios de tesis de licenciatura o maestría (42%); 77 investigaciones profesionales publicadas (33%; mitad y mitad publicadas nacional o internacionalmente en libros y revistas científicas); 12 presentaciones en congresos científicos con resúmenes publicados (7%); y 38 manuscritos inéditos (18%). Llama la atención la falta de tradición y de probablemente destrezas para convertir las tesis y presentaciones en congresos en artículos publicables y en medios de difusión eficaces.

Desde 1991, los aspectos más estudiados en 60 tesis de maestría del Instituto de Sexualidad Humana[2] en la Universidad Autónoma de Santo Domingo analizadas (que no incluyen el tema de la relación sexualidad-VIH/SIDA, el cual trataremos separadamente), son los psicosociales (18), los epidemiológico-clínicos (15), los etnográfico-fenomenológicos (11), los de trastornos de la respuesta sexual (10), y los de lo que algunos han llamado "disexualidades" (v.g., incesto, abuso y violencia (6). En la Gráfica 1 pueden observarse los cambios que se han experimentado en esta producción en los últimos tres quinquenios.

Gráfica No 1. Producción de tesis de maestría sobre sexualidad humana en Republica Dominicana (1991-marzo 2004)



2 El rigor metodológico de estos estudios merece un análisis aparte, más profundo y detallado.

Los estudios psicosociales y de trastornos de la respuesta sexual han aumentado monotónicamente en estos 15 años; los etnográfico-fenomenológicos y los de formas de violencia sexual aumentaron en el segundo quinquenio pero han disminuido en el tercero; y los epidemiológico-clínicos disminuyeron en el segundo quinquenio pero se encuentran en franco aumento. La procedencia académica de los postulantes y de sus asesores (médicos, epidemiólogos y psicólogos en su mayoría), explica en gran parte estos cambios. Como veremos más adelante, el empirismo y la falta de diversificación disciplinaria y teórica de estas tesis podría ser la amenaza mayor para el desarrollo de la investigación en esta área en los próximos años.

Las investigaciones han versado en la mujer, sobre el incesto y el silencio familiar en torno a éste; el *tabú* a la auto-estimulación, entendido culturalmente como "señal de lesbianismo"; la frecuencia y expectativas de los embarazos adolescentes en la clase popular; la victimización sexual violenta como acto de poder; la alternativa del trabajo sexual como marca de identidad ambigua e interpelante; los trastornos del deseo, la dispareunia, la anorgasmia, la menopausia, la histerectomía y su relación con estados de depresión; la calidad de la vida erótica y la religiosidad; las disfunciones sexuales de índole anátomo-fisiológico y su estigmatización social; la relación del deseo y la imaginación sexual en la Tercera Edad; así como la asociación entre el "sexo seco" (introducción de sustancias astringentes en la vagina), el uso de afrodisíacos y las infecciones de transmisión sexual en las trabajadoras sexuales. En el hombre, los estudios enfocan tópicos tales como la infidelidad y su independencia de los celos, el machismo y el alcoholismo; y las fallas eréctiles con relación a la hipertensión arterial y la diabetes.

En la Tabla 1 del apéndice presentamos un resumen de 33 estudios sobre sexualidad e ITS/VIH/SIDA realizados en el país entre 1990 y 2003, incluyendo sólo publicaciones locales y tesis de maestría. Algunos de los hallazgos más importantes son: un endoso mayoritario y creciente del uso del condón en la población para el sexo no-marital; para mediados de los 1990s alrededor de dos terceras partes de los estudiantes varones habían usado el condón alguna vez; 76% de las trabajadoras sexuales afirmaron que el material educativo y el suministro de condones han influido en la prevención de ITS/VIH; los trabajadores sexuales usan menos el condón con mujeres que con hombres debido a una mayor intimidad percibida en la relación heterosexual; el uso del condón y el número de hombres con una sola pareja en el último año aumentaron significativamente entre hombres que tienen sexo con hombres objeto de la educación preventiva.

Se revisaron también otros 14 estudios sobre sexualidad en hombres y mujeres dominicanos publicados internacionalmente (ver Tabla 2 en apéndice) entre 1992 y 2003. Entre los hallazgos más relevantes, para los hombres que tienen sexo con hombres se encontró que el coito anal receptivo y oral era común en travestis y *gays,* mientras el insertivo era común en gigoloes, bisexuales y heterosexuales. El trabajo sexual masculino es una parte importante de las estrategias antiestigmáticas de la relación homosexual, la cual se ha vuelto más comercial y orientada a extranjeros con la crisis del SIDA. En mujeres, la reducción en el riesgo fue resultado de la abstinencia más que del uso consistente del condón. En cuanto al turismo sexual, las mujeres extranjeras veían sus relaciones con trabajadores sexuales dominicanos más románticamente que los hombres extranjeros con trabajadoras sexuales dominicanas. Finalmente, alrededor de un tercio de los dominicanos VIH positivos nacidos en el país pero residentes en Nueva York eran inyectores de drogas.

Controversias más pertinentes a la investigación en sexualidad

Los asuntos o controversias más pertinentes a la investigación en sexualidad parecen ser: 1) el uso del condón; 2) el uso de otros anticonceptivos; 3) la prevención del embarazo; 4) las relaciones

prematrimoniales; 5) la infidelidad; y 6) la educación de la sexualidad. Esto se desprende de una encuesta Gallup realizada con una muestra nacional y publicada por la revista Rumbo el 28 de marzo de 2000 (Gallup, 2000). A continuación esbozamos brevemente algunos de los problemas de investigación que están siendo o podrían ser trabajados alrededor de cada una de las controversias:

Uso del condón: Penetración e impacto de las campañas de promoción del uso del condón; grado de aceptación del uso para evitar ITS/VIH en adolescentes, jóvenes y adultos en riesgo, así como en trabajadores sexuales de uno y otro sexo; influencia de la socialización moral católica en reducir el sexo casual ("de oportunidad"); función de la promoción del condón como "barrera psicológica" a la indiscriminación en la selección de pareja; tabú al uso del condón en las relaciones maritales como icono de infidelidad o enfermedad (acusación o incriminación).

Uso de anticonceptivos: Grado de aceptación de la relación sexual por placer, sin fines reproductivos; uso clandestino de anticonceptivos en mujeres adolescentes por temor a que sus padres sepan de su actividad sexual; prevalencia de uso de anticonceptivos en mujeres, jóvenes, y personas de grupos sociales altos y medios; influencia de la religión católica en el rechazo de anticonceptivos en los sectores más pobres y de menor escolaridad.

Prevención del embarazo: Expectativas familiares de embarazo adolescente inminente en adolescentes posmenárquicas de la clase popular; valor económico asignado a la virginidad según clases sociales; intensidad de la noción de que el embarazo legitima a la mujer y al hombre como ciudadanos (capaces de "gobernarse" o actuar como adultos); prevalencia de abortos inducidos con apoyo familiar en adolescentes menores de 15 años; secuestro familiar de hijos de estas niñas y crianza secreta como hermanos de sus madres e hijos de sus abuelas.

Relaciones prematrimoniales: Efecto de la amenaza del VIH/SIDA sobre la aceptación de la virginidad adolescente para ambos sexos, particularmente los varones; prevalencia de relaciones premaritales.

Infidelidad: Percepción de la infidelidad masculina como algo "natural"; prevalencia de infidelidad en relaciones de noviazgo o maritales en ambos sexos; significado de infidelidad como fenómeno sexual, afectivo o social; grado de justificación de la infidelidad femenina por desamor, maltrato, o infidelidad; relación de la subordinación de la mujer con la aceptación de infidelidad masculina.

Educación de la sexualidad: ¿Cuán amplia es la minoría que alberga temores sobre la educación sexual escolar y cuáles son sus razones? ¿Cuál es la noción popular asignada al concepto de educación de la sexualidad? ¿Cuáles son las enseñanzas familiares en torno a la sexualidad infantil y adolescente?.

Asuntos Éticos y Metodológicos de la Investigación en Sexualidad Humana

Necesidades actuales de investigaciónen sexualidad

La investigación regional y subregional de la sexualidad y el erotismo en el Caribe, particularmente en las Antillas hispano-africanas merece ser incentivada. Las continuidades transgeneracionales reportadas en uno de nuestros estudios sobre la sexualidad de los adolescentes en una comunidad rural dominicana deben movernos a pensar sobre las posibles continuidades que seguramente perviven de manera resiliente (elástica) en nuestros respectivos terruños, tan unidos por ancestros y lenguas comunes, tan similares en muchas cosas y tan

diferentes en muchas otras. Así, una agenda de investigación transcultural y transdisciplinaria sobre sexualidad hispano-afro-antillana podría ser uno de los primeros frutos del necesario seguimiento de este acercamiento.

En términos de las necesidades de investigación, se podría plantear cómo los estudios histórico-culturales nos ayudarían a entender mejor lo que parece ser una sexualidad **distinta**, compleja y contradictoria, un ser-y-no-ser. De interés primordial sería estudiar cómo, por ejemplo, la esclavitud y el colonialismo ha impactado a toda la población caribeña, según los imperios y lenguas colonizadoras e independientemente de cada uno de ellos; en otras palabras, qué tenemos en común y qué nos hace idiosincrásicos como pueblos y naciones. Otro ejemplo, también desde una perspectiva historiográfica: con Arnaldo Cruz-Malavé hemos estado explorando desde 2001 a través de entrevistas en profundidad la relación de la espectacularidad *massmediática* de la dictadura de Rafael Trujillo como "Estado-Teatro" (Derby, 1999) con la exuberancia sexual de sus principales personeros (Almoina, 1999), así como el rol que desempeñaron en el "arte militarizado" de entonces los andróginos rituales, bardajes artistas o varones-criados-como-mujeres (como respuesta al t*abú* a la menstruación) en la estación de televisión oficial "La Voz Dominicana" de 1954 a 1961, así como el rol intersexual de éstos en los "comandos constitucionalistas" durante la guerra civil en nuestro país en 1965.

Cruz-Malavé (en prensa) también plantea lúcidamente la necesidad de "cruzar" los campos de los estudios latinos y de la sexualidad, los cuales han sido mantenidos como áreas mutuamente excluyentes. El propósito de tal iniciativa, nos dice, sería estudiar el erotismo popular (Parker et al, 2000) como área crucial donde las personas hacen sus reclamos creativos por la ciudadanía. Otras áreas de interés serían los estudios que diluciden la relación entre erotismo, poder y espiritualidad. Específicamente, el Gagá o RaRá, rito afro-caribeño anual de fertilidad celebrado en toda Quisqueya y buena parte del Caribe, sería un ámbito privilegiado para ello. En el Gagá los andróginos rituales de pene conspicuo, llamados *masissi calembé en los bateyes* domínico-haitianos, tienen un rol preponderante como oficiantes intersexuales hijos-de-dioses, "nacidos con una luz, nacidos con un misterio". En el Gagá, además, los dioses, "misterios" o *luases del vodú* fecundan mujeres seleccionadas a través de los cuerpos en trance de hombres elegidos para producir más andróginos rituales. Otro tema, difícil pero apasionante, sería la relación del probable racismo o racialismo dominicano, y posiblemente hispano-afro-antillano, con la textura del pelo y la química olfativa de la sexualidad y el erotismo.

Limitaciones y retos que enfrenta el estudio de este tema

Las principales limitaciones al estudio de la sexualidad y el erotismo son: 1) la formación esencialista (Vance, 1991), positivista o pospositivista de virtualmente todos los sexólogos dominicanos (enfoques biomédico y/o psicopatogénico) que han realizado investiga-ciones sobre la sexualidad; 2) la falta de tradición investigativa; 3) la escasez de recursos humanos de calidad adiestrados en investigación; 4) la ausencia de investigadores etnográficos interesados en sexualidad; 5) la carencia de instituciones de financiamiento; y 6) la inexistencia de contacto con alguna red de comunicación internacional sobre el tema. Los tres principales retos son: 1) cómo formar una comunidad epistémica de investigadores-activistas en sexualidad y erotismo caribeños; 2) cómo seleccionar y adiestrar recursos humanos en metodología y bioética para realizar los estudios prioritarios en los próximos 15-20 años; y 3) cómo garantizar una diversidad disciplinaria, teórica y metodológica saludable en la capacitación de esos recursos, de manera que se prevenga la endogamia académica.

Asuntos que merecen mayores contribuciones desde la investigación

Indudablemente, la salud sexual y reproductiva continuará siendo la prioridad para nuestra subregión. Una educación sexual auténtica, sin mistificaciones, unida a los asuntos de ciudadanía y derechos humanos, deberá ser promovida activamente por la investigación. De acuerdo con Darroch et al. (2000) la educación de la sexualidad en las escuelas secundarias o superiores públicas de EUA (y con seguridad en el resto de América Latina y el Caribe, como producto de la crisis del VIH/SIDA), está enfocada de manera creciente en la abstinencia y tiene menor probabilidad de presentar a los estudiantes con una enseñanza comprensiva que incluya la información necesaria sobre tópicos tales como el control de la natalidad, el aborto y la orientación sexual. Esto refuerza nuestro planteamiento inicial sobre la definición empírica de la sexualidad en la República Dominicana, la cual niega y omite, por sesgos ideológico-culturales, partes cruciales de la realidad existencial.

Asuntos éticos apremiantes del estudio de la sexualidad

Trites (1991) propone que la sensibilidad y el respeto hacia la población objeto de estudio, independientemente del tipo de investigación y los atributos personales, tabúes, normas y presiones sociales, deben ser las premisas básicas de las cuales parta toda investigación. La ética feminista comunitaria, por su parte, postula que la comunicación dialógica es la base de la "comunicación moral". Los principios por los que propugna esta óptica son: la solidaridad, el empoderamiento, el observador comprometido, el sujeto como participante, y la habilidad de provocar transformaciones.

El estudio de la diversidad sexual y sus mediadores y moderadores son probablemente los asuntos éticos más relevantes en los llamados grupos vulnerables, definidos aquí como aquellos cuya ciudadanía es conculcada social, económica y políticamente. En este sentido, Byne y Stein (1997) sostienen que el estudio científico de la orientación sexual está, en el mejor de los casos, en su infancia. Godfried y Bell (2003), por su parte, afirman que el conocimiento de la conducta humana será más completo cuando los diseños de investigación sean expandidos hasta reflejar más exactamente la diversidad de orientaciones y expresiones sexuales. Diamond (2003) ha profundizado en la consideración de este tema, analizando las debilidades a superar en la investigación sobre minorías sexuales. En su opinión, estas debilidades son: 1) falta de especificidad en las poblaciones estudiadas; 2) falta de atención a la diversidad intragrupal; 3) fracaso en comprobar explicaciones alternas y moderadores de los efectos en las minorías; y 4) insuficiente atención a los procesos subyacentes y mecanismos a través de los cuales operan los efectos en éstas.

Investigación ética en sexualidad

En los últimos 20 años, las fronteras disciplinarias se han hecho menos claras, dando paso a una concepción que busca enriquecer la investigación a través de la triangulación disciplinaria, teórica y metodológica. Asimismo, la creencia en el modelo de la ciencia-como-secreto-incompatible con el activismo social y comunitario, ha perdido reputación en este período. Pocos se identifican aún con la noción del investigador-como-observador-desinteresado que busca una "verdad objetiva" sobre una supuesta "realidad estable". La "revolución tranquila" en las ciencias sociales ha traído enfoques sistémicos e integrados (Nobre & Pinto-Gouveia, 2003), constructivistas, que buscan desarrollar la investigación y la teoría en antropología. Dos de las nuevas propuestas metodológicas que parecen más heurísticas son los estudios de territorios y redes sexuales, y los que se basan en trabajos de recuerdos colectivos para reflexionar sobre experiencias comunitarias relacionadas con el género, la etnia y la clase, relacionadas con la opresión y los privilegios (Mulvey et al. 2000).

CONCLUSIÓN

Aunque existen múltiples definiciones del sexo, la sexualidad y el erotismo, que nos remiten primariamente a la continuidad de la vida, el erotismo deslinda el borde difuso que nos hace humanos y nos separa de los animales. El debate sobre la existencia de dos o más sexos y sexualidades queda resuelto cuando entendemos que no hay dos sexos, ni dos sexualidades, ni dos erotismos iguales, sino que ellos son características únicas e irrepetibles de cada ser humano. El sexo y la sexualidad son resilientes (elásticos): frente a amenazas y desafíos cambian o se esporulan incesantemente para no cambiar. Por tanto, las definiciones deben ser contextualizadas histórica y geográficamente como para tener sentido. La definición normativa actual de la sexualidad humana para la opinión pública y los sexólogos dominicanos excluye conceptos clave como el no tener hijos, no unirse conyugalmente, y no discriminar y respetar orientaciones sexuales que no sean la heterosexual. La investigación en sexualidad ha sido bastante productiva en las últimas dos décadas. Las principales controversias en torno a la sexualidad giran en torno al uso del condón y otros anticonceptivos, la prevención del embarazo, las relaciones prematrimoniales, la infidelidad en la pareja, y la educación de la sexualidad.

El tema de la resiliencia de las sexualidades, de las continuidades históricas y geográficas en las Antillas hispano-africanas debe ser, tal vez, el primer punto de una agenda de investigación transcultural. Urge indagar la noción de la existencia de un erotismo subregional distinto, no sólo en esta parte del Caribe, sino en toda la región, producto de la esclavitud, la mezcla racial y el colonialismo. El abordaje sistémico, que busque estudiar la relación de la espiritualidad y el poder con el erotismo, es un aspecto crucial para la comprensión del ejercicio del poder político y religioso en nuestras naciones. Las principales limitaciones a la investigación sobre sexualidad en el país son la escasez de recursos humanos calificados y la ausencia de una estructura de apoyo técnico y financiero. El asunto de política pública que merece más atención de la investigación es la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes. El compromiso solidario con la transformación de las condiciones opresivas, particularmente de las minorías sexuales, es el asunto ético más apremiante del estudio de la sexualidad. En resumen, la investigación ética en sexualidad debe ser transdisciplinaria, sistémica, constructivista y comprometida con transformaciones sociales que potencialicen la ciudadanía y el respeto de los derechos humanos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADOPLAFAM (Asociación Dominicana de Planificación Familiar). (2002). *Salud Sexual, Prevención de las ITS/VIH/SIDA desde y para Adolescentes de las Poblaciones Urbanas Marginales. Informe del Estudio de Línea de Base.* Santo Domingo.

Almoina, J. (1999). *Una Satrapía en el Caribe. Historia Puntual de la Mala Vida del Déspota Rafael Leónidas Trujillo*. Santo Domingo: Editora Cole.

Bataille, G. (2002/1957). *El Erotismo,* México: Tusquets.

Berger, P; Luckmann, P. (1968). *La construcción social de la realidad.* Buenos Aires, Amorrortu.

Bergvall, VL; Bing, JM; Freed, A. (1996). *Rethinking Language and Gender Research. Theory and practice*. Londres: Longman.

Best, S et al. (1994). *Conducta Sexual y Prevención de SIDA en Estudiantes Secundarios de San Francisco de Macorís.* Tesis de Maestría. Universidad Autónoma de Santo Domingo; Facultad de Ciencias de la Salud; Escuela de Medicina; Instituto de Sexualidad Humana. Santo Domingo. Ub. MSH-04.

Brewer, TH; Hasbún, J; Ryan, CA; Hawes, SE; Martínez, S; Sánchez, J; Butler de Lister, M; Constanzo, J; López, J; Holmes, KK. (1998). Migration, ethnicity and environment: HIV risk factors for women on the sugar cane plantations of the Dominican Republic. *AIDS.* Oct 1;12(14):1879-87.

Brown, JE; Brown, RC. (2000). Traditional intravaginal practices and the heterosexual transmission of disease: a review. *Sex Trans Dis.* Apr;27(4):183-7.

Byne, W; Stein, E. (1997). Ethical implications of scientific research on the causes of sexual orientation. *Health Care Anal.* Jun; 5(2):136-48.

Cáceres, FI; Cairo, L; De Moya, EA. (2001). *Explotación Sexual Comercial de Personas Menores de Edad en República Dominicana.* Santo Domingo: OIT/IPEC e Instituto de Estudios de Población y Desarrollo/PROFAMILIA. [Centro de Documentación de PROFAMILIA, Ub. 3119.00.]

CESDEM (Centro de Estudios Sociales y Demográficos). (1999). *Encuesta sobre Conocimientos, Creencias, Actitudes y Prácticas acerca del VIH/SIDA en Adolescentes y Jóvenes.* Santo Domingo. [Centro de Documentación de PROFAMILIA, Ub. 2300.00.]

CESDEM. (1998). *Población y Sociedad: Cambio en la Conducta Sexual con el Uso o No del Condón en República Dominicana.* Boletín No. 20, Año lV; Mayo-Agosto. Santo Domingo [Centro de Documentación de PROFAMILIA, Ub.02202.00.]

CESDEM/Macro International. (2003). *Encuesta Demográfica y de Salud 2002.* VIH/SIDA. Santo Domingo: USAID.

Coalición ONGs/SIDA y UNICEF. (2003). Prevención de VIH/SIDA en población joven en la RD. Sistematización y documentación de las mejores prácticas. Santo Domingo, Noviembre (informe inédito).

Contreras, M et al. (1990). *Enfermedades de Transmisión Sexual más Frecuentes en Prostitutas que Asisten a Consulta Periódica.* Tesis de grado. Universidad Autónoma de Santo Domingo; Facultad de Ciencias de la Salud; Escuela de Medicina. Santo Domingo. Ub. M-4235.

Cruz-Malavé, A. (2004). Latino Sexual/Cultural Citizenship: A Common Research Agenda. (en prensa).

Darroch, JE; Landry, DJ, Singh. (2000). Changing emphasis in sexuality education in U.S. public secondary schools, 1988-1999. *Fam Plann Perspect.* Sep-Oct; 32(5)204-111, 265.

De Moya, EA; Andujar, C; Roldán-Mármol, J; Jansen, S; Scharboy, V; Castillo, J; Espinosa, Y. (1995). *Gagá, fertilidad y salud. Inventario de Recursos de Investigación en SIDA. América Latina y el Caribe (1991-1994).* Washington: OPS/OMS.

De Moya, EA; García, R. (1996). *AIDS and the enigma of bisexuality in the Dominican Republic. En: P Aggleton (ed.). Bisexualities and AIDS. International Perspectives.* Londres: Taylor & Francis.

De Moya, EA; García, R. (1999). Three decades of male sex work in Santo Domingo. En: P Aggleton (ed.) *Men who sell sex. International perspectives on male prostitution and HIV/AIDS.* Londres: Taylor & Francis.

De Moya, EA. (1989). *La Alfombra de Guazábara o el Reino de los Desterrados.* Primer Congreso Dominicano sobre Menores en Circunstancias Especialmente Difíciles. Santo Domingo.

Derby, L. (1999). La seducción del dictador: Lo masculino y el espectáculo estatal durante la Era de Trujillo. In R Brea, R Espinal, F Valerio-Holguín (eds.). *La República Dominicana en el Umbral del Siglo XXI: Cultura, Política y Cambio Social.* Santiago: Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, pp. 195-213.

Deren, S; Shedlin, M; Davis, WR; Clatts, MC; Balcorta, S; Beardsley, MM; Sánchez, J; Des Jarlais, D. (1997). Dominican, Mexican, and Puerto Rican prostitutes: drug use and sexual behaviors. *Hisp J Behavior Sci. May*;19(2):202-13.

Diamond, LM. (2003). New paradigms for research on heterosexual and sexual-minority development. *J Clin Adolesc Psychol.* 32(4):490-8.

Díaz M; Hernández, C. (2004). *Infecciones de transmisión sexual y comportamiento de riesgo en trabajadoras sexuales de Haina* (Noviembre 2000-Febrero 2001). Tesis de Maestría. Universidad Autónoma de Santo Domingo; Facultad de Ciencias de la Salud; Escuela de Medicina; Instituto de Sexualidad Humana. Santo Domingo.

Díaz, T; Buehler, JW; Castro, KG; Ward, JW. (1993). AIDS trends among Hispanics in the United States. *Am J Public Health*. Apr;83(4):504-9.

Dowsett, G. (1999). The indeterminate macro-social: new traps for old players in HIV/AIDS social research. *Cult Health Sex. Jan-Mar;* 1(1):95-102.

Dolezal, C; Carballo-Dieguez, A; Nieves Rosa, L; Díaz, F. (2000). Substance use and sexual risk behavior: understanding their association among four ethnic groups of Latino men who have sex with men. *J Subst Abuse.* 11(4):323-6.

Dolezal, C; Carballo-Dieguez, A. (2002). Childhood sexual experiences and the perception of abuse among Latino men who have sex with men. *J Sex Res.* 39(3):165-73.

Duchesne Winter, J. (2001). *Ciudadano insano. Ensayos bestiales sobre cultura y literatura.* San Juan: Ediciones Callejón.

Forsythe, S; Hasbún, J; Butler de Lister, M. (1998). Protecting paradise: tourism and AIDS in the Dominican Republic. *Health Policy Plan.* Sep;13(3):2777-86.

Gagnon, JH. (1988). Sex research and sexual conduct in the era of AIDS. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 1(6);593-601.

Gagnon, JH. (1975). Sex research and social change. *Arch Sex Behav. Mar;* 4(2):111-41.

García, R; Fadul, R; De Moya, EA; Gómez, E; Herold, E. (1992). *Conducta Sexual del Adolescente Dominicano*. Santo Domingo: Instituto de Sexualidad Humana. [Centros de Documentación de OPS/OMS; Ub. 5479 y PROFAMILIA; Ub. 01111.00.]

Godfried, MR; Bell, AC. (2003). Extending the boundaries of research on adolescent development. *J Clin Adolesc Psychol.* Dec; 32(4):531-5.

Gold, C. *The Intersex Spectrum*. www.NOVA

Grimán, B et al. (1994) *Conocimientos, Creencias, Actitudes y Prácticas Relevantes al SIDA en Estudiantes de Moca.* Tesis de Maestría. Universidad Autónoma de Santo Domingo; Facultad de Ciencias de la Salud; Escuela de Medicina. Instituto de Sexualidad Humana. Santo Domingo. Ub. MSH-06.

Halperin, D. (2000). La práctica del sexo seco y la infección del VIH en la República Dominicana y Haití. *Pandemiología,* Octubre [Centro de Documentación de la OPS/OMS, 11185.]

Herold, ES; Van Kerkwijk, C. (1992). AIDS and sex tourism. *AIDS Soc.* Oct-Nov; 4(1);1.8.

Herold, ES. (1992). Canadian tourist and Dominican Republic sex workers. *AIDS Soc*. Oct-Nov; 4(1);7.

INSALUD. (2000). *Los Dominicanos y el Sexo. Encuesta Rumbo-Gallup*. Santo Domingo, [Centro de Documentación de PROFAMILIA, Ub. 02606.01.]

José, L; Ferreira, F; Pérez, L; de Moya, EA; de la Rosa, J; Hernán, M; March, JC. (2001). El Debate sobre la Educación de la Sexualidad en las Escuelas Dominicanas: Un Estudio para la Reflexión y la Acción. *Investigación para el Desarrollo, 2(3).*

Kelly, M. (1999). *Percepción del Riesgo a VIH/ SIDA en Adolescentes Varones* Vinculados al Comercio Sexual. Tesis de grado. Instituto Tecnológico de Santo Domingo. Santo Domingo, Ub. SAL 121.

Kerrigan, D; Ellen, JM; Moreno, L; Rosario, S; Katz, J; Celentano, DD; Sweat, M. (2003). Environmental-structural factors significantly associated with consistent condom use among female sex workers in the Dominican Republic. *AIDS.* Feb. 14;17(3):415-23.

Larrauri, P; Rojas, R. (2000). *Conocimientos y Actitudes Acerca de la Sexualidad y el SIDA en Adolescentes de las Clases Sociales Alta y Baja.* Tesis de grado. Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña; Facultad de Humanidades; Escuela de Psicología. Santo Domingo, Ub. PSI 2000 L17.

Lerebours, G et al. (1999). *Proyecto Salud Sexual y Reproductiva desde y para las/os Adolescentes.* Santo Domingo: Centro de Estudios Sociales y Demográficos. [Centro de Documentación de la Asociación Dominicana de Planificación Familiar, Inc.]

Lerebours, G. (2000). *Encuesta de Impacto acerca de Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes de Villa Altagracia.* Santo Domingo: Asociación Dominicana de Planificación Familiar, Inc.

Molina, M; Hasbún, J; Gómez, CJ; Sánchez, L; Vásquez, RE; Butler, M. (1997). Encuesta sobre conocimientos, creencias, actitudes y prácticas sexuales acerca del SIDA/ETS en hombres que tienen sexo con hombres. En: *AIDSCAP. Sistema de evaluación/investigación del proyecto AIDSCAP/RD.* 1992-1997. Santo Domingo: USAID.

Molina, M. (1999). *Estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Hombres* que Tienen Sexo con otros Hombres. Santo Domingo. [Centro de Documentación de Amigos Siempre Amigos.]

Moore, J; Harrison, JS; Kay, KL; Deren, S; Doll, LS. (1995). Factors associated with Hispanic women's HIV-related communications and condom use with male partners. *AIDS Care*.7(4); 415-27.

Mulvey, A; Terenzio, M; Hill, J; Bond, MA; Huygens, I; Hamerton, HR; Cahill, S. (2000). Stories of relative privilege: power and social change in feminist community psychology. Am J *Community Psychol.* Dec; 28(6);883-911.

Nobre, PJ; Pinto-Gouveia, J. (2003). Sexual modes questionnaire: measure to assess the interaction among cognitions, emotions, and sexual response. *J Sex Res.* Nov; 40(4):368-82.

Padilla, M; Sánchez, L. (2001). *Etnografía del Trabajo Sexual Masculino en Santo Domingo y Boca Chica.* Amigos Siempre Amigos; Santo Domingo.

Parker, R; Barbosa, RM; Aggleton, P. (2000). *Framing the sexual subject.* Berkeley: University of California Press.

Parker, R. (1990). *Bodies, Pleasures and Passions.* Boston: Beacon.

PROFAMILIA (Asociación Dominicana Pro Bienestar de la Familia). (2000). *Salud y Educación Sexual Reproductiva con Jóvenes.* Santo Domingo. [Centro de Documentación de PROFAMILIA, Ub. 3067.00.]

Ramírez, A. et al. (1993). *Actitudes y Creencias sobre el Complejo Sexualidad VIH/SIDA en*

Adolescentes no Escolares. Tesis de grado. Universidad Autónoma de Santo Domingo; Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina. Santo Domingo, Ub. M-4717.

Reinoso, N. (2003). *Investigación cualitativa sobre el inicio y actividades sexuales de un segmento de población de La Caleta.* Tesis de Maestría. Universidad Autónoma de Santo Domingo, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina. Instituto de Sexualidad Humana. Santo Domingo.

Rosario, S; Moreno, L; Gómez, B; De Moya, EA; Fox, L. (1994). Changes in condom use among Dominican sex workers. *Int Conf AIDS.* 10(2): 317 (abstract no. PD0449).

Rubin, JL. (2001). *Barriers to safer sexual behaviors among adolescents in Santo Domingo, Dominican Republic.* Tesis de Maestría en Salud Pública. Yale University.

Ruiz, C; Vásquez, RE. (1993). C*aracterísticas Psicológicas, Riesgo de Infección y Motivaciones para la Prevención del VIH/SIDA en Trabajadores Sexuales Masculinos.* Tesis de grado. Universidad Autónoma de Santo Domingo; Facultad de Humanidades; Escuela de Psicología. Santo Domingo, Ub. PS-93 002.

Sigusch, V . (1998). The neosexual revolution. *Arch Sex Behav,* Aug, 27:4, 331-59

Suárez-Al-Adam, M; Raffaelli, M; O'Leary, A. (2000). Influence of abuse and partner hyper-masculinity on the sexual behavior of Latinas. *AIDS Educ Prev.* Jun; 12(3):263-74.

Szasz, I. (1998). "Primeros acercamientos al estudio de las dimensiones sociales y culturales de la sexualidad en México". En: I Szasz, S. Lerner, *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales,* México: El Colegio de México, pp. 11-31.

Tabet, SR; De Moya, EA; Holmes, KK et al. (1996). Sexual behaviors and risk factors for HIV infection among men who have sex with men in the Dominican Republic. *AIDS*. Feb;10 (2):201-6.

Trites, P. (1991). Sexuality: still a new era of research. *IDRC Rep.* Apr;19(1):20-1.

Vance, CS. (1991). Anthropology rediscovers sexuality: a theoretical comment. *Soc Sci Med.* 333(8):875-84.

Vizcaíno, D. (1998). *Nivel de Conocimientos, Creencias y Actitudes de los Jóvenes Universitarios sobre el SIDA y Conducta Sexual de Alto Riesgo*. Tesis de grado. Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña; Facultad de Ciencias; Escuela de Psicología. Santo Domingo, Ub. V49.

Weeks, J. (1998/1986). *Sexualidad,* México: Paidós-UNAM.

Tabla No. 1. Estudios de investigación sobre sexualidad e ITS/VIH/SIDA realizados en República Dominicana (1990-2003)

Grupo de población	Autor/es, año	Muestra	Hallazgo principal
Población general	CESDEM (1998)	1,400 personas de 15-49 años	Los cambios de conducta, usando o no el condón, han contribuido a reducir las ITS/VIH. El uso del condón se ha incrementado desde 1986.
	INSALUD (2000)	Muestra grande de población de 15-49 años	Se observa un endoso mayoritario y creciente del condón en la población dominicana, al menos para el sexo no-marital.
	ADOPLAFAM (2002)	Muestra grande urbano marginal	27.3% usaron condones para prevenir ITS/VIH.
	Reinoso (2003)	24 personas de diferentes edades	Hombres y mujeres se inician sexualmente sin protección con parejas cinco o más años mayores. No existe conciencia de riesgo de VIH/SIDA.
	Coalición ONG SIDA (2003)	12 dirigentes ONG preventivas de jóvenes	La educación de pares, multiplicadores idóneos, plan de vida, trabajo con padres y comunidades caracterizan las mejores prácticas educativas.
Estudiantes de escuela superior y universitarios	García *et al.* (1992)	2,000 estudiantes escuela superior urbanos	37.9% se había iniciado sexualmente.
	Best *et al.* (1994)	115 estudiantes escuela superior urbana (interior)	56.0% se inició entre los 11-15 años; 68.0% de los varones han utilizado el condón alguna vez.
	Grimán *et al.* (1994)	150 estudiantes escuela superior rural	45.5% ha usado el condón alguna vez.
	Vizcaíno (1998)	200 estudiantes universidad privada	Existe excelente poder de discriminación sobre el riesgo de prácticas sexuales y el uso del condón; las relaciones con una sola pareja son vistas como más seguras.
Adolescentes y jóvenes de clase popular fuera del sistema educativo	Díaz y González (1992)	700 varones de 11-19 años	69% sabían cómo usar el condón.
	Ramírez *et al.* (1993)	16 adolescentes en un barrio popular	Alto nivel de desempleo y de abandono de los estudios en la escuela superior.
	CESDEM (1999)	1,475 jóvenes entre 10-24 años	La deserción escolar es de 36.7%.
	Lerebours *et al.* (1999)	400 adolescentes de 15-19 años	34.0% estaban sexualmente activos.
	Larrauri y Rojas (2000)	243 adolescentes	La mitad (52.0%) no han sido educados eficazmente, por lo que exhiben conductas de alto riesgo.
	Lerebours (2000)	180 adolescentes del interior	La iniciación sexual temprana disminuyó en un 10.0% debido a la educación preventiva. El uso del condón aumentó en el sexo femenino.
	PROFAMILIA (2000)	154 jóvenes	La percepción del riesgo personal de contraer VIH/SIDA aumentó de un 5.0% a un 58.0% como resultado de un proyecto educativo.
	Rubin (2001)	180 adolescentes de 15-17 años	Las barreras al uso fueron la "confianza", la construcción y relaciones genéricas de poder, la percepción del condón, y mensajes preventivos débiles.
	Cáceres *et al.* (2001)	118 adolescentes víctimas de explotación sexual	75.0% eran huérfanos biológicos o funcionales de uno o ambos padres, y 50.0% no completaron la escuela elemental.

Tabla No. 1. Estudios de investigación sobre sexualidad e ITS/VIH/SIDA realizados en República Dominicana (1990-2003) (Continuación)

Grupo de población	Autor/es, año	Muestra	Hallazgo principal
Trabajadoras sexuales y clientes	Contreras (1990)	118 trabajadoras sexuales.	La vulvovaginitis fue la patología más frecuente en el grupo.
	Rosario *et al.* (1994)	506 trabajadoras sexuales	76.0% afirmaron que el material educativo y el suministro de condones de las mensajeras de salud han influido en la prevención de ITS/VIH.
	De Moya *et al.* (1995)	100 trabajadoras sexuales	Alrededor de 20 por ciento habían realizado viajes al exterior con propósitos de ejercer el trabajo sexual. Las características socio-demográficas de ambos grupos fueron similares.
	De Moya *et al.* (1998)	59 jóvenes de 15-24 años de ambos sexos en industria del sexo	Existe una economía informal activa que permite el intercambio de bienes y servicios sin sanción oficial, donde las comunidades más desposeídas generan ingresos. El trabajo sexual desempeña un rol importante en esa economía, proveyendo empleo a muchas mujeres. Sin protección, esta es una actividad de alto riesgo de ITS y VIH.
	Halperin (2000)	60 clientes de trabajadoras sexuales	Los clientes afirman que algunas mujeres se introducen alumbre o ácido bórico en la vagina antes del coito como astringente.
	Kerrigan *et al* (2003)	288 trabajadoras sexuales	El apoyo ambiental-estructural, la autoeficacia en el sexo seguro y la baja intimidad percibida con el último cliente regular fueron predictores del uso consistente del condón.
	Díaz y Hernández (2004)	94 trabajadoras sexuales	La sífilis estuvo asociada al coito con sangrado del cliente por rotura del frenillo del prepucio, dispareunia masculina, uso de ácido bórico en la vagina, coito con hombre fimótico, y tener marido actualmente.
Trabajadores sexuales	Ruiz y Vásquez (1993)	30 varones entre 13-17 años en explotación sexual	52.0% habían padecido enfermedades de transmisión sexual.
	Kelly (1999)	5 desertores escolares	Existen círculos de riesgo personal y social elevado al cual están expuestos estos jóvenes.
	Padilla y Sánchez (2001)	200 hombres bisexuales	Hay un uso menor del condón con las mujeres que con los hombres, asociado a la percepción de una mayor intimidad en la relación heterosexual.
Población haitiana	CESDEM (2003)	1,455 mujeres (15-49 años)y 1,771 hombres (15-59 años)	Prevalencia de VIH: mujeres de 20-24, 30-34 años, 8.7%; hombres de 40-44 años, 8.8%.
Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Molina (1999)	104 *gays*	37.3% dijo usar "siempre" el condón.
	Molina y Hasbún (2002)	120 *gays*	Como efecto de la exposición a la educación preventiva, el uso del condón aumentó de un 41.5% a un 95.9%, y el número de hombres que reportó tener una sola pareja en el último año aumentó de 20.6% a 68.4%.

Tabla No. 2. Informes de estudios de investigación sobre sexualidad en hombres y mujeres dominicanos publicados en libros y revistas científicas (1992-2003).

Grupo de población	Autor/es, referencia, año	Muestra	Hallazgo principal
Sexo entre hombres	Tabet *et al.* (1996)	354 varones	El coito anal receptivo y oral era común en travestis y *gays*, mientras el insertivo era común en gigoloes, bisexuales y heterosexuales. El contacto sexual con mujeres era frecuente. El VIH fue detectado en 11.0%. Factores de riesgo del VIH fueron sífilis, visitas a burdeles gays (1975-85), y coito anal receptivo con 4+ parejas en los últimos 12 meses.
	De Moya *et al.* (1995)	354 hombres que tienen sexo con hombres	Los hombres cobran dinero por sostener relaciones sexuales insertivas con quienes son definidos como *gays*.
	De Moya *et al.* (1996)	Artículo conceptual	Reporta la ancestralidad de la conducta bisexual clandestina en la población masculina, la homofobia femenina, y los riesgos de VIH/SIDA.
	De Moya *et al.* (1999).	30 entrevistas semiestructuradas	El trabajo sexual masculino es una parte importante de las estrategias antiestigmáticas de la relación homosexual, la cual se ha vuelto más comercial y orientada a extranjeros con la crisis del SIDA.
	Dolezal *et al.* (2000)	307 colombianos, dominicanos, mexicanos y puertorriqueños	El uso de alcohol y otras drogas estuvo asociado con el sexo anal sin protección con parejas casuales. La búsqueda de sensaciones placenteras, la auto-estima y el machismo estuvieron relacionados con el abuso de sustancias y el sexo anal sin protección.
	Dolezal *et al.* (2002)	100 hombres *gays* latinos con experiencias sexuales infantiles	59% dijeron que la relación fue "abuso"; estos eran más jóvenes al momento de los eventos. Las "víctimas" diferían de las "no-víctimas" en ingerir más alcohol, tener sexo anal sin protección y más parejas sexuales masculinas.
Sexo en mujeres latinas	Moore *et al.* (1995)	44 dominicanas, 54 puertorriqueñas, 91 mexicanas	Más comunicación con pareja en puertorriqueñas y dominicanas que en mexicanas. 71% habían dicho a pareja de preocupación VIH; 59% le habían pedido cambiar conducta; la comunicación VIH/SIDA estuvo asociada con el riesgo percibido y la apertura de la pareja a la comunicación.
	Brewer *et al.* (1998)	490 mujeres de ascendencia haitiana que residen en *bateyes*	La positividad al VIH fue encontrada en 5.7%. Infección se asoció con edad, ser madre soltera, más de un compañero sexual de por vida, coito durante la menstruación, y auto-descripción como prostituta.
	Suárez-Al-Adam *et al.* (2000)	46 latinas, edad promedio: 34.5 años	El cambio en conducta no estuvo relacionado con el abuso o la hipermasculinidad de la pareja. La reducción en el riesgo fue resultado de la abstinencia más que del uso consistente del condón.
	Brown *et al.* (2000)	Artículo conceptual	Hay mujeres en países de África, Asia y América que se introducen objetos o sustancias astringentes en la vagina aduciendo razones de higiene personal, prevención o tratamiento de ITS, y mejoramiento de la experiencia sexual.

Tabla No. 2. Informes de estudios de investigación sobre sexualidad en hombres y mujeres dominicanos publicados en libros y revistas científicas (1992-2003). **(Continuación)**

Grupo de población	Autor/es, referencia, año	Muestra	Hallazgo principal
Sexo y turismo	Herold *et al.* (1992)	Turistas internacionales	Los turistas que viajan internacionalmente reducen sus inhibiciones y asumen mayores riesgos que típicamente en sus culturas nativas. La soledad, el aburrimiento y el sentido de libertad contribuyen a este cambio de conducta. Algunos turistas viajan internacionalmente en busca de gratificación sexual.
	Herold (1992)	40 turistas canadienses	Las mujeres veían sus relaciones con trabajadores sexuales más románticamente que los hombres. Muchas mujeres tendían a continuar la relación, ayudaban a sus hombres a emigrar, y algunas llegaban a "casarse" con ellos.
	Forsythe *et al.* (1998)	30 turistas	Los turistas consideraban similar el riesgo de infección en vacaciones que en sus hogares. Los más receptivos a la prevención eran los de mayor riesgo. Algunos turistas se involucraban con múltiples trabajadoras sexuales y empleados de hoteles.
Sexo y drogas	Díaz *et al.* (1993)	Revisión de casos SIDA reportados a los CDC.	27% de los hombres VIH positivos hispanos nacidos en EUA, 35% de los nacidos en RD, y 61% de los nacidos en PR eran inyectores de drogas.
	Deren *et al.* (1997)	77 dominicanas en Washington Heights; 48 puertorriqueñas en East Harlem; 51 mexicanas en El Paso, TX.	10% de las PR, 36% de las mexicanas, y 53% de las dominicanas dijeron usar siempre condones; 40%-50% de las PR (79% eran parejas de usuarios), 8% de las dominicanas, y 2% de las mexicanas resultaron VIH positivas.

ARTÍCULOS

Carga Psicosocial del Estigma Sentido entre las Personas que Viven con el VIH/SIDA en la República Dominicana: Autoestima, Depresión y Percepción de Apoyo Social[1]

Marija Miric, MA.[2]

RESUMEN

Con fines de apreciar el impacto psicosocial del estigma sentido entre las personas que viven con el VIH/SIDA en la República Dominicana, se evaluó la relación de este fenómeno con las medidas de autoestima, percepción de apoyo social y depresión en esta población. Se emplearon 212 cuestionarios válidos, administrados entre los miembros de la Red Dominicana de Personas que Viven con VIH/SIDA (REDOVIH), para calcular las correlaciones de estas medidas con las puntuaciones en la escala del estigma sentido y sus 4 sub-escalas, observándose correlaciones significativas con la escala total ($p<0.01$), y con algunas de sus sub-escalas en cada caso ($p<0.017$). Estos resultados indican una importante carga psicosocial asociada con el estigma sentido, siendo necesarias investigaciones adicionales para incrementar la comprensión de su impacto en el bienestar de las personas que viven con VIH/SIDA en la República Dominicana.

I. CONTEXTUALIZACIÓN

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), desde sus primeras apariciones en los años 80 del siglo pasado, han estado acompañados por un intenso estigma social, tanto en la República Dominicana (Cáceres et.al., 1998) como internacionalmente (Herek & Glunt, 1988). No obstante los notables cambios en el perfil socio-demográfico de la epidemia del VIH/SIDA y los importantes avances médicos alcanzados en relación con esta condición de salud desde sus orígenes, este fenómeno, reflejado en las actitudes negativas hacia las personas que viven con el VIH/SIDA y la consecuente discriminación en el marco de las interacciones sociales propias de su cultura, se extiende, relativamente inalterado, hasta la actualidad (Miric y Díaz, 2004).

El estigma como fenómeno social puede remontarse a épocas muy remotas de la evolución humana, guardando una relación muy íntima con el fenómeno del tabú como forma de control social (Miric, 2003a). Las primeras aproximaciones a este fenómeno desde las ciencias sociales, no obstante, datan apenas desde la segunda mitad del siglo pasado, iniciando con el trabajo clásico de Erving Goffman, quien definió el estigma como "un atributo profundamente desacreditador dentro de una interacción social particular" (Goffman,

1 Estudio realizado con asesoría metodológica del Dr. Enerio Rodríguez Arias y auspiciado por el Banco Mundial a través del Consejo Presidencial del SIDA, también apoyado por el Miami Fogarty International Training Program.

2 Psicóloga clínica con maestría en Metodología de la Investigación Científica y Epistemología. Forma parte del equipo de investigadores del Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA). mmiric@copresida.gov.do

1986), que reduce a su portador, simbólicamente, de una persona completa y normal a una cuestionada y disminuida en su valor social (Goffman, 1986).

Las aportaciones posteriores han ampliado los datos empíricos referentes a las manifestaciones del fenómeno del estigma en los diferentes contextos y su vinculación con otros aspectos de la interacción humana, permaneciendo su concepto circunscrito a la devaluación social propia de la persona que porta un atributo estigmatizante. Tomando en cuenta lo anterior, y dado que la definición planteada por Goffman, a pesar de su amplitud, no incurre en el error de confundir el estigma con otros fenómenos relacionados, tal y como sucede con una buena parte de los trabajos posteriores (para una discusión de estos trabajos ver Miric, 2003b), ésta fue la definición asumida en el presente estudio.

En el contexto de la interacción humana, la presencia, real o imaginaria, de un atributo estigmatizante, independientemente de su naturaleza específica, transmite mensajes que determinan las relaciones entre los interlocutores, constituyendo sus identidades e imponiendo conductas específicas en cada situación dada, tanto en el caso de personas "normales" que entran en contacto con este atributo, como en el de sus portadores (Miric, 2004a). Estos dos ámbitos del impacto del estigma social establecen la distinción ampliamente aceptada entre el estigma institucionalizado o efectivo y el estigma sentido (NIH Guide, 2002), refiriéndose el primero a los sentimientos, pensamientos y comportamientos del medio social hacia las personas que portan un estigma social determinado, y el segundo a sus propias vivencias vinculadas a este atributo.

Cabe señalar, no obstante, que esta distinción, oportuna para fines de una sistematización conceptual que facilite el estudio del estigma social, no se traduce a una relación de discontinuidad e independencia entre las dimensiones señaladas; por el contrario, el estigma efectivo y el estigma sentido constituyen dos caras de una misma moneda que se determinan mutuamente, descansando ambas en el significado del atributo estigmatizante específico, culturalmente construido y transmitido a lo largo del proceso de socialización, de una generación a otra (Ver Figura No. 1).

El presente trabajo, centrado en el estigma sentido vinculado al VIH/SIDA como atributo estigmatizante, concibe esta dimensión del estigma social como la suma de actitudes y vivencias personales y sociales de carácter negativo que las personas que viven con el VIH/SIDA tienen en relación con su condición de salud. El estigma social, desde esta perspectiva y de acuerdo al esquema señalado en la Figura No. 1, reúne el **estigma percibido** (referido a la percepción o la anticipación de las actitudes y conductas estigmatizantes procedentes de otras personas hacia la persona estigmatizada - *estigma personalizado* - o hacia las personas que viven con el VIH/SIDA en general - *estigma extensivo*), el **auto-estigma** (referido a las actitudes estigmatizantes-rechazo, repugnancia, subes-timación, etc. - de la persona estigmatizada hacia sí mismo/a), y las preocupaciones de carácter práctico y cotidiano referidas al **encubrimiento del diagnóstico** de VIH/SIDA, como atributo estigmatizante.

Este último aspecto del estigma sentido, propio de aquellos atributos estigmatizantes, los cuales, como es el caso del VIH/SIDA, por lo menos en sus primeras etapas, pueden ser encubiertos (Alonzo y Reynolds, 1995), dificulta adicionalmente su manejo efectivo por parte de las personas afectadas, quienes, anticipando el rechazo de sus comunidades y familias, invierten grandes cantidades de tiempo y energía en el encubrimiento de su condición de salud, a la vez que, debido al secreto que tratan de guardar a toda costa, pierden el acceso al apoyo social con el cual contarían en el momento de enfrentarse a cualquier otra enfermedad crónica y potencialmente fatal, exponiéndose así a múltiples fuentes de tensión psicológica adicional.

Figura No. 1. Esquema conceptual del estigma social

De esta manera, el estigma sentido en sus diferentes dimensiones, además de impactar de manera negativa la calidad de vida y el equilibrio del sistema inmunológico de las personas que viven con el VIH/SIDA, constituye un importante obstáculo para su acceso a la atención médica necesaria, la defensa de sus derechos, y el contacto con grupos de personas VIH positivas como compensación para el apoyo social debilitado (NIH Guide, 2002), tanto en la República Dominicana (Cáceres et.al., 1998), como internacionalmente (Leary & Schreindorfer, 1998). Por otro lado, se ha observado de manera reiterada una mayor vulnerabilidad de las personas afectadas por el estigma sentido frente a los diferentes trastornos de carácter psicosocial, incluyendo la baja autoestima, los trastornos de ansiedad, la depresión, los intentos de suicidio, y el uso y abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas, entre otros (Berger et.al., 2001; Das, 2002).

Partiendo de lo anterior, y buscando apreciar el impacto psicosocial del estigma sentido entre las personas que viven con el VIH/SIDA en la República Dominicana, el presente estudio evalúa la relación entre los niveles del estigma sentido y tres aspectos psicosociales previamente vinculados a su impacto en esta población: la autoestima, la depresión y la percepción de apoyo social.

II. METODO

II. 1. MUESTRA

254 miembros activos de la Red Dominicana de Personas que Viven con el VIH/SIDA integraron la muestra por conveniencia empleada en el presente estudio exploratorio. Los participantes fueron contactados durante las reuniones regulares de los 22 grupos de apoyo de dicha organización, respetando el orden de llegada, y reclutando un máximo de 12 personas en aquellos grupos cuya membresía excedía este número.

El cuadro siguiente refleja el mayor involucramiento de las mujeres en los grupos de apoyo de la Red Dominicana de Personas que Viven con VIH/SIDA (REDOVIH), aun cuando no se corresponde con las tendencias de la epidemia a nivel nacional, un 71.7% de la muestra fue de sexo femenino, oscilando la edad de los/as integrantes entre 15 y 16 años, con el promedio de 34 años (DE=10.0). El tiempo transcurrido desde la confirmación del diagnóstico VIH positivo en la muestra osciló entre 1 mes y 19 años, con la media de 3 años y 4 meses, mientras que el tiempo medio de membresía en REDOVIH fue de 1 año y 6 meses, oscilando entre 0 meses (habiendo personas entrevistadas en su primera reunión) y 5 años. Una minoría de los/as encuestados/as refirió considerar que su apariencia física y el estado de salud

Cuadro No. 1. Algunos datos socio-demográficos por sexo.

Variable	TOTAL		MUJERES		HOMBRES	
	f	%	f	%	f	%
Sexo (n=254)	**254**	**100.0**	**182**	**71.7**	**72**	**28.3**
Edad (n=252)	**252**	**100.0**	**181**	**100.0**	**71**	**100.0**
24 o menos	44	17.5	38	21.0	6	8.5
25 – 34	106	42.1	79	43.6	27	38.0
35 – 44	65	25.8	40	22.1	25	35.2
45 – 54	28	11.1	17	9.4	11	15.5
55 o más	9	3.6	7	3.9	2	2.8
Escolaridad (n=238)	**238**	**100.0**	**169**	**100.0**	**69**	**100.0**
Sin educación formal	5	2.1	5	3.0	/	/
1 – 4 años	34	14.3	26	15.4	8	11.6
5 – 8 años	91	38.2	64	37.9	27	39.1
9 – 12 años	86	36.1	60	35.5	26	37.7
13 – 16 años	22	9.2	14	8.3	8	11.6
Situación laboral (n=250)	**250**	**100.0**	**178**	**100.0**	**72**	**100.0**
Empleado/a	51	20.4	26	14.6	25	34.7
Trabaja por cuenta propia	50	20.0	27	15.2	23	31.9
Desempleado/a	149	59.6	125	70.2	24	33.3
Ingresos personales (n=243)	**243**	**100.0**	**172**	**100.0**	**71**	**100.0**
No tiene ingresos	140	57.6	121	70.3	19	26.8
Menos de RD$ 3,000	58	23.9	37	21.5	21	29.6
RD$ 3,000 – 4,999	29	11.9	9	5.2	20	28.2
RD$ 5,000 o más	16	6.6	5	2.9	11	15.5

reflejaban bastante (8.4%) o mucho (9.2%) su condición VIH positiva, mientras que la mayor parte de ellos expresó reflejarlo un poco (26.8%) o nada (55.6%).

La mayoría de los participantes se auto-definió como soltero/a, separado/a, divorciado/a o viudo/a, reportando solamente un 42.7% de ellos/as tener una pareja estable, ya sea estando casado/a o en unión libre. A la vez, un 11.5% de los/as participantes vivía solo/a en el momento de la encuesta, y 26.6% permanecía con su familia de origen, viviendo un 52.4% de ellos/as con su familia nuclear propia (pareja y/o hijos). Un 89.8% de la muestra reportó tener hijos, y más de la mitad (56.1%) de los/as participantes que tenían dos o más hijos, los había tenido con más de una pareja.

61.1% de la muestra se definió como católico/a, y 31.0% como cristiano/a, mientras que un 7.5% refirió no pertenecer a ninguna religión.

Un 36.1% de los/as participantes refirió haber superado el primer curso de la educación secundaria, habiendo iniciado la formación universitaria únicamente un 9.2% de ellos/as; un 16.4% de la muestra tenía menos de 5 años de educación formal, si alguna. Por otro lado, en el momento de la encuesta un 59.6% de los/as encuestados/as reportó estar desempleado/a, trabajando un 20.0% por cuenta propia; solamente un 20.4% de ellos/as contaba con un empleo formal. Tal y como puede observarse en el Cuadro No 1, que sintetiza algunas características sociodemográficas de la muestra por sexo, esta

situación, reflejada en los ingresos personales nulos o muy reducidos, donde un 57.6% de los/as encuestados/as no tiene ingreso personal alguno, y apenas un 18.5% supera la suma establecida como el salario mínimo a nivel nacional (RD$ 3,000, Secretaría de Estado de Trabajo, 2004), afecta de manera especialmente marcada a la población femenina.

II. 2. INSTRUMENTOS

Todos los datos en el presente estudio fueron recopilados mediante un cuestionario compuesto para esos fines, integrado por la Escala del Estigma Sentido (Miric, 2004b), la escala de autoestima de Rosenberg (1965), la Escala de Apoyo Social de Duke-UNC (Bellón et.al., 1996), y la escala de depresión del Centro para los Estudios Epidemiológicos, CES-D (Radloff, 1977). Además de estas escalas, dirigidas a la medición de las variables explícitamente contempladas en los objetivos del estudio, incluía una sección inicial de datos personales y familiares, con la intención de recopilar la información socio-demográfica de cada participante en el estudio y contextualizar sus respuestas en función del tiempo que tiene viviendo con el VIH, así como de la visibilidad sentida de sus síntomas vinculados a este virus.

Anticipando la reducida escolaridad de los/as integrantes de la muestra, las opciones de respuestas en todas las escalas empleadas fueron convertidas del formato de Likert, a opciones dicotómicas, identificando únicamente las posiciones extremas de presencia - ausencia o acuerdo - desacuerdo frente al contenido expresado en sus ítems. Esta medida fue destinada a incrementar la calidad de la información recopilada, al facilitar la comprensión de las alternativas de respuesta frente a cada ítem por parte de los/as participantes en el estudio, aun cuando, al mismo tiempo, ésta implicó una reducción necesaria de la sensibilidad discriminatoria de las escalas empleadas.

II. 3. PROCEDIMIENTOS

Tomando en cuenta el reducido nivel educativo de la población seleccionada para este estudio, el instrumento compuesto fue aplicado, en todos los casos, en entrevistas individuales conducidas por 4 miembros de REDOVIH reclutados/as como encuestadores/as y sus ayudantes autorizados/as, previamente entrenados/as para estos fines. Previamente al inicio del proceso de recopilación de datos, los/as encuestadores/as recibieron todos los materiales necesarios para la conducción de la encuestas en los grupos asignados.

Los/as encuestadores/as asistieron a una reunión regular de cada grupo de apoyo, reclutando las personas interesadas en participar en el estudio de acuerdo al orden de llegada, y encuestando un máximo de 12 personas o todos/as los/as presentes, cuando la membresía del grupo no alcanzaba este número. La firma del consentimiento informado, leído y explicado por los/as encuestadores en los casos cuando su comprensión pudo haberse visto afectada por las dificultades de lectura de los/as participantes, fue solicitada de cada persona reclutada previamente al inicio de su entrevista, la cual se condujo, en todos los casos, en un ambiente privado y respetando la confidencialidad de la información recopilada. Buscando asegurar la calidad de la información recopilada y el cumplimiento con las medidas estipuladas para la protección de los/as participantes en el estudio, los/as encuestadores/as y sus ayudantes contaban con orientación y supervisión continua a lo largo del proceso de recopilación de datos.

Los cuestionarios completados fueron remitidos de manera inmediata, al concluir la encuesta en cada grupo de apoyo, a la oficina central de REDOVIH en sobres debidamente sellados, permitiendo así la simultaneidad del control de calidad de datos con el proceso de recopilación de nueva información, lo cual agilizó considerablemente la ejecución del estudio. Los cuestionarios completados fueron revisados de manera detallada, señalando de manera oportuna toda deficiencia o irregularidad observada en los mismos.

Durante el proceso de recopilación de datos, ejecutado en el periodo octubre - diciembre del 2003, fueron encuestados 22 de 24 grupos de auto-apoyo de la Red Dominicana de Personas que Viven con el VIH/SIDA (REDOVIH), siguiendo el cronograma condicionado por las fechas programadas para las reuniones regulares de cada uno de ellos. Un grupo de la Región Este y otro del Distrito Nacional fueron eliminados de la muestra definitiva, respectivamente, por la ausencia de reuniones regulares ocasionada por una membresía muy pequeña, y por irregularidades en la convocatoria, potencialmente perjudiciales para la autenticidad de los datos recopilados.

Los datos contenidos en todos los cuestionarios recibidos fueron introducidos en la base de datos en Microsoft Excel Professional, y editados en el programa SPSS 11.0 para fines del procesamiento. Buscando incrementar la calidad de datos empleados en el análisis, fueron retenidos para fines de procesamiento únicamente aquellos cuestionarios que no presentaban ítems en blanco o inválidos en ninguna de las cuatro escalas incluidas en el instrumento, alcanzándose así un total de 212 cuestionarios válidos.

Finalmente, con fines de cumplir los objetivos del presente estudio, fueron calculados los índices de correlación de Pearson de las puntuaciones obtenidas en la escala total del estigma sentido y sus sub-escalas, con las medidas de autoestima, percepción de apoyo social y depresión.

III. RESULTADOS

Tal y como puede observarse en el Cuadro No. 2, las medidas de autoestima, de percepción de apoyo social y de depresión guardaron correlaciones bajas pero estables con la escala del estigma sentido y algunas de sus sub-escalas en cada caso.

Cuadro No. 2. Correlaciones de las medidas de autoestima, apoyo social y depresión con la escala del estigma sentido

MEDIDAS TEÓRICAMENTE VINCULADAS (n=212)	ESCALA DE ESTIGMA (n=212)				
		Sub-escalas			
	Escala Total (18 items)	1 Estigma personalizado (8 items)	2 Encubrimiento (6 items)	3 Auto-estigma (2 items)	4 Estigma extensivo (2 items)
Escala de **Autoestima** de Rosenberg	***-.176*** (p=.010)	***-.164*** (p=.017)		-.379 (p=.000)	
Escala de **Apoyo Social** DUKE-UNC	-.177 (p=.010)	-.182 (p=.008)			-.215 (p=.002)
Escala de **Depresión** CES-D	.322 (p=.000)	.282 (p=.000)	.203 (p=.003)	.376 (p=.000)	

Nota: Correlaciones de Pearson; se presentan únicamente los valores estadísticamente significativos ($p<0.05$ en negrita, $p<0.01$ subrayadas)

En el caso de la autoestima, las puntuaciones guardaron una correlación negativa altamente significativa, tanto con la escala total del estigma sentido (p=.010) como con la sub-escala del estigma personalizado (p=.017) y la de auto-estigma (p<.001). De manera congruente con el contenido de la sub-escala de auto-estigma, referido a actitudes y sentimientos negativos de la persona afectada hacia sí mismo/a, virtualmente incompatibles con una alta autoestima, la correlación estadística más alta de las puntuaciones de autoestima fue observada justamente en relación con esta sub-escala. Por otro lado, no se observaron correlaciones significativas entre este constructo y las sub-escalas de encubrimiento y de estigma extensivo. Asimismo, el apoyo social percibido por las personas que viven con el VIH/SIDA, evaluado mediante la Escala de Apoyo Social de DUKE-UNC, correlacionó negativamente, con índices bajos pero estadísticamente muy significativos, con la escala total del estigma sentido (p=.177), así como con las sub-escalas del estigma personalizado (p=.008) y de estigma extensivo (p=.002), siendo esta última correlación, de mayor significación estadística. No se observaron correlaciones significativas de la percepción de apoyo social con las sub-escalas de encubrimiento y la de auto-estigma.

Por otro lado, las puntuaciones más significativamente correlacionadas con el estigma sentido, fueron las de la Escala de Depresión CES-D, presentando correlaciones positivas de muy elevada significación estadística, tanto con la escala total (p<.001) como con tres de sus sub-escalas: estigma personalizado (p<.001), encubrimiento (p=.003) y auto-estigma (p<.001). La correlación más alta de este constructo, de manera parecida a las mediciones de autoestima, fue observada con la sub-escala de auto-estigma, siendo el estigma extensivo la única sub-escala que no presentó correlaciones significativas con el mismo.

Finalmente, tal y como puede observarse en el Cuadro No 2, tanto la escala total del estigma sentido, como la sub-escala del estigma personalizado, correlacionaron de manera estadísticamente significativa con las mediciones de autoestima, apoyo social, y depresión. Las otras sub-escalas, no obstante, presentaron correlaciones significativas solamente con uno o dos de estos constructos, en función del contenido específico contemplado en cada uno.

IV. DISCUSIÓN

Las correlaciones altamente significativas, observadas entre los niveles del estigma sentido y las medidas de autoestima, percepción de apoyo social y depresión, aunque relativamente bajas, indican la presencia de una importante carga psicosocial relacionada con el fenómeno del estigma sentido entre las personas que viven con el VIH/SIDA en la República Dominicana. En este sentido, las personas con altos niveles del estigma sentido, tienden a manifestar una autoestima mas baja y a percibir menos apoyo social proveniente de su ambiente social, presentando, a la vez, una mayor incidencia de la sintomatología depresiva. Estos hallazgos son consistentes con las expectativas formuladas a partir de la revisión bibliográfica (Goffman, 1986; Crandall & Coleman, 1992), y compatibles con los resultados de las investigaciones previas, conducidas en otros países en torno a este tema (Berger et.al., 2001).

Al observar, por otro lado, el patrón de correlaciones de las medidas de autoestima, apoyo social y depresión con las diferentes sub-escalas, sale a relucir el carácter heterogéneo del estigma sentido, estando sus diferentes componentes, referidos a aspectos muy específicos de las vivencias de una persona VIH positiva en relación con este atributo altamente estigmatizante en la sociedad contemporánea, vinculados de manera diferente a cada uno de esos constructos. En este sentido, mientras que el estigma personalizado, referido a la percepción y la anticipación de actitudes estigmatizantes de la sociedad hacia la persona afectada, siguió las tendencias de la escala total del estigma sentido, correlacionando de

manera significativa con todos los constructos contemplados, las sub-escalas de encubrimiento, auto-estigma y estigma extensivo guardaron relación solamente con algunos de ellos.

Así, las puntuaciones en la sub-escala de encubrimiento estuvieron asociadas con la alta incidencia de sintomatología depresiva, mientras que los altos niveles del estigma extensivo, referido a la percepción y la anticipación de actitudes estigmatizantes de la sociedad hacia las personas que viven con el VIH/SIDA, estuvieron vinculados a una baja percepción del apoyo social inmediato. Por otro lado, la sub-escala de auto-estigma, referida a las actitudes negativas hacia sí mismo en relación con el atributo estigmatizante, presentó correlaciones muy estables con la baja autoestima y la alta incidencia de síntomas depresivos, siendo éstos, a la vez, los índices de correlación más altos obtenidos en el presente estudio. Este hecho podría indicar el impacto particularmente perjudicial del auto-estigma para la salud mental de las personas que viven con el VIH/SIDA en la República Dominicana, ameritando las personas con altos niveles de esta dimensión del estigma sentido, de atención especializada que les facilite su manejo más efectivo.

La carga psicosocial del estigma sentido, constatada en el presente estudio, identifica las personas afectadas por el mismo como un grupo de alta vulnerabilidad entre las personas que viven con el VIH/SIDA en la República Dominicana, planteando la necesidad de estrategias puntuales de intervención psicosocial, diseñadas de manera específica para intervenir en la reducción de los niveles de este fenómeno en la población afectada y fundamentadas en la comprensión oportuna de los mecanismos psicológicos que subyacen al estigma sentido en sus diferentes dimensiones. Se requiere, a la vez, de estudios adicionales que permitan identificar otros factores que contribuyen a la carga psicosocial del estigma sentido entre las personas que viven con el VIH/SIDA en la República Dominicana y para validar los resultados de este estudio en otras poblaciones, evaluando, a la vez, el impacto del estigma sentido en la incidencia de otras problemáticas psicosociales, incluyendo el uso y abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas, violencia, trastornos de ansiedad y afecciones psicosomáticas, entre otras.

REFERENCIAS

Alonzo, A. & Reynolds, N. (1995). Stigma, HIV and AIDS: An Exploration and Elaboration of a Stigma Trajectory. *Social Science and Medicine.* 41(3): 303-315.

Bellón, J.A.; Delgado, A.; Luna, J. & Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria.* 18: 153-63.

Berger, B.; Estwing, C. & Lashley, F. (2001). Measuring Stigma in People with HIV: Psychometric Assessment of the HIV Stigma Scale. *Research in Nursing & Health.* 24:518-529.

Cáceres Ureña, F.I.; Duarte, I.; De Moya, A.; Pérez-Then, E.; Hasbún, J.; Tapia, M. (1998). *Análisis de la Situación y la Respuesta al VIH/SIDA en República Dominicana: Informe Final.* Santo Domingo: CONASIDA, ONUSIDA, Acción SIDA, UNESCO.

Crandall, C.S. & Coleman, R. (1992). AIDS-related stigmatization and the disruption of social relationships. *Journal of Social and Personal Relationships.* 9: 163-177.

Das, V. (2002). Stigma, Contagion, Defect: Issues in the Anthropology of Public Health. *International Conference on Stigma and Global Health:Developing a Research Agenda,* consultado en Internet 27/07/02 en http://www.stigmaconference.nih.gov/FinalDasPaper.htm.

Goffman, E. (1986). *Stigma: Notes on the management of Spoiled Identity.* New York: Simon & Schuster Inc.

Herek, G.M. & Glunt, E.K. (1988): An epidemic of stigma: Public reactions to *AIDS. American Psychologist.* 43, 886-891.

Leary, M. & Schreindorfer, L. (1998) The Stigmatization of HIV and AIDS: Rubbing Salt in the Wound en Derlega, V. y Barbee, A. (Eds.) (1998). *HIV & Social Interaction.* California: SAGE Publications, pp. 12-29.

Miric, M. (2003a). Las huellas del tabú: Aproximaciones al concepto de estigma. *Paradigmas.* 1: 50-62.

Miric, M. (2003b). Estigma y discriminación: Vinculación y demarcación. *Paradigmas.*2: 83-97.

Miric, M. (2004a). El estigma social desde la Teoría de la Comunicación Humana de Paul Watzlawick. *Paradigmas.* 3: 101-115.

Miric, M. (2004b). Escala para la evaluación del estigma sentido entre las personas VIH positivas en la República Dominicana. *Paradigmas.* 4:70-101.

Miric, M. y Díaz, L. (2004): *Factores implicados en la estigmatización y la discriminación hacia las personas VIH positivas en el acceso al mercado laboral y los servicios de salud en la República Dominicana. Santo Domingo:* estudio realizado para el Proyecto CONECTA/USAID (informe inédito).

NIH guide (June 20, 2002). *Stigma and Global Health Research Program*. Consultado en Internet 07/20/02 en http://grants.nih.gov/grants/guide/rfa-files/RFA-TW-03-001.html.

Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement.* 1: 385-401.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-image.* Princeton, NJ: Princeton University Press.

Secretaría de Estado de Trabajo. (2004). *Resolución 4/2003: Sobre salario mínimo para los trabajadores del sector privado no sectorizado.* Consultado en Internet 8/02/2004, en http://www.set.gov.do/legislacion/salariomin.

ARTÍCULOS

Distorsiones Cognitivas en Personas que Viven con VIH[1]

Lic. Julio Arturo Canario Guzmán
Lcda. Maria Esther Báez

RESUMEN

Se estudia las relaciones entre el grado de severidad de las distorsiones cognitivas y las variables sexo, nivel de escolaridad, tiempo de diagnóstico y percepción de sus relaciones familiares en Personas que Viven con el VIH (PVVS) en una muestra accesible de 70 VIH positivas (45 mujeres y 25 hombres) con edades entre 20 y 63 años. Se aplica el Inventario de Pensamientos Automáticos y la Escala de Depresión de Beck. Los datos son analizados a través de las pruebas de Kruskal-Wallis, Mann-Whitney, correlación de Pearson, regresión múltiple y análisis factorial. Los resultados muestran que las PVVS que percibieron sus relaciones familiares "iguales" después del diagnóstico VIH positivo tendían más a distorsiones cognitivas que quienes habían percibido algún cambio. Las distorsiones que más efecto tuvieron en la depresión fueron la "Falacia de Cambio" y la "Falacia de Justicia". Se encontró la presencia de tres Factores en las distorsiones: Catastrofismo, Perfeccionismo y Externalidad. En la depresión resultaron los Factores: "Vacío Existencial, Auto-destructividad y Desgaste Psicofisiológico. Los hombres mostraron una mayor tendencia a deprimirse, siendo las distorsiones de Falacia de Control, Razonamiento Emocional y Culpabilidad significativamente mayores en los mismos. Variables como el sexo y la percepción que tienen las PVVS de sus relaciones familiares influyen considerablemente en el grado de las distorsiones cognitivas.

INTRODUCCIÓN

La psicología cognitiva es el estudio científico de los procesos mentales como la percepción, el pensamiento, la memoria y la atención. Entre los psicólogos más destacados en la aplicación de este modelo al campo de la psicología clínica se encuentran Albert Ellis (1962) y Aarón Beck (1963) quienes han propuesto modelos teóricos para el estudio de la personalidad y tratamientos para el abordaje terapéutico en la psicopatología.

Unos de los postulados planteados por el modelo cognitivo se refiere a que: "los problemas emocionales como la depresión y la ansiedad, surgen a partir de la interpretación (comúnmente inadecuada) que la persona dé a los eventos que le preocupan" (Navas, 1998). A esas interpretaciones exageradas e incongruentes de la realidad, Beck (1967) las ha denominado *distorsiones cognitivas*. A los eventos capaces de suscitar emociones y de activar determinados procesos de pensamientos acerca de los cuales las personas tienden a perturbarse a sí mismas se les ha llamado eventos activadores (Ellis, 1987).

El diagnóstico VIH positivo puede ser considerado como un acontecimiento potencialmente estresante y traumático, al estar asociado con un proceso de enfermedad de carácter crónico, irreversible y mortal que involucra, además,

1 Investigación presentada como Tesis de Grado para optar por la Licenciatura en Psicología Clínica en la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) en el año 2003. Ambos autores son psicólogos que laboran en la actualidad en el área clínica. psicanario@hotmail.com

sentimientos de vergüenza, rechazo social, posible pérdida de trabajo y desprestigio social (Castillo y Cols, 1997). Es un evento que podría activar en las personas actitudes disfuncionales, esquemas inadaptados de pensamiento, en virtud de percibir su vida en un "peligro eminente".

El VIH afecta cada día a más personas, es un problema de proporciones epidémicas en el mundo, particularmente en el Caribe y República Dominicana. Para finales del 2000, se estimó que en República Dominicana existirían 130,000 casos en adultos. Se ha notificado un total de 4,658 casos de infección por VIH para una tasa de incidencia anual de 54.4 casos por 100,000 habitantes (SESPAS/DIGECITSS, 2001).

El presente estudio propone conocer la prevalencia de distorsiones cognitivas en personas que viven con el VIH (PVVS) de ambos sexos que fueron a consultarse por primera vez o en consultas de seguimiento al Centro Sanitario de Santo Domingo durante el mes de abril del 2003. Se busca además, observar las relaciones existentes entre las distorsiones cognitivas y el sexo, el tiempo de haber recibido el diagnóstico, la atención psicológica recibida, la percepción del apoyo familiar después del diagnóstico VIH positivo, así como analizar el efecto de las distorsiones cognitivas en la depresión.

MARCO TEORICO

Las distorsiones cognitivas

Antes de definir el concepto de distorsiones cognitivas centrémonos en el término esquemas.

Una definición de esquemas extraída de un consenso de investigadores (Segal, 1988) es la siguiente: "elementos organizados de reacciones y experiencias pasadas que forman un cuerpo de conocimientos relativamente cohesivo y persistente, capaz de guiar percepciones y evaluaciones subsecuentes" (p.147). Más tarde, Young (1999) introduce el concepto de *"esquemas inadaptados tempranos"* para referirse a temas extremadamente estables y duraderos que se desarrollan durante la infancia, elaborados a través de la vida del individuo, y son disfuncionales en un grado significativo.

Young (1999) identifica tres procesos principales de esquemas:
1) el mantenimiento de esquemas, 2) la evitación de esquemas y 3) la compensación de esquemas. El mantenimiento de los esquemas se refiere a los procesos por los cuales estos esquemas inadaptados tempranos son reforzados. El mantenimiento de los esquemas es usualmente logrado exagerando la información que confirma el esquema, o de lo contrario negando, minimizando o rechazando información que contradice el esquema. Muchos de estos procesos de mantenimiento de esquemas han sido descritos como *distorsiones cognitivas* (Beck, 1967).

Las distorsiones cognitivas comúnmente causan las emociones o conductas disfuncionales caracterizadas por:

- Causar un sufrimiento innecesario o desproporcionado con respecto a la situación.
- Llevar a (o implicar) comportamientos autosaboteadores (contrarios a los propios intereses u objetivos).
- Dificultar o impedir la realización de las conductas necesarias para lograr los objetivos propios.
- Asociarse a demandas absolutistas y otras distorsiones cognitivas.

Varios autores (Beck, 1979; Navas, 1998; Ruiz, 1991) han enumerado distintos tipos de distorsiones cognitivas. A continuación presentamos las más mencionadas:

1. Sobre-generalización:

Son juicios abarcadores, extremistas o predicciones basadas en un solo incidente (Navas, 1998). Según Álvarez (1997), la sobre-

generalización consiste en extraer una conclusión general de un simple incidente. Sobre-generalizamos cuando decimos "nadie me quiere"; "nunca tendré otra oportunidad".

2. Visión Catastrófica:
Hace referencia a un sobre-énfasis irreal en las consecuencias más negativas y displacenteras de una situación actual o potencial (Navas, 1998). Álvarez (1997) dice que su manifestación característica es la expresión: "y si" ¿y si salgo a la calle y me atracan ?. Es la tendencia a esperar siempre lo peor.

3. Pensamiento Polarizado o Pensamiento de Todo o Nada:
Conlleva el englobar toda información en una o dos categorías dicotómicas; bueno-malo, aceptación-rechazo, y así por consiguiente, no admiten matices intermedios; "esta forma de pensamiento está en la raíz del perfeccionismo"; uno ha de ser perfecto o es un fracasado... (Navas, 1998).

4. La Abstracción Selectiva o Filtro Mental:
Consiste en focalizar un detalle del contexto (por lo general un aspecto negativo y lo exageramos), a la vez que se hace a un lado el significado de la situación total. Conocida también como la "descalificación de lo positivo" (Navas, 1998).

5. La Personalización:
Es tomar los aspectos de una situación a un nivel personal innecesario. La persona se considera el centro del universo y cree que todo lo que la gente hace o dice es una forma de reacción hacia ella (Álvarez 1997).

6. Razonamiento Emocional:
Consiste en asumir que nuestras emociones, sobre todo las negativas, necesariamente reflejan la forma en que somos realmente. Tomamos los sentimientos como hechos o verdad (Álvarez, 1997).

7. Falacia de Justicia:
Son códigos personales de justicia, que dictan a la persona en cada momento lo que "debería" y "no debería" ser; lo decepcionante e irritante es que los demás parecen guiarse por códigos diferentes (Navas, 1998).

8. Los Deberías:
Son auto-mandatos imperiosos que representan requerimientos normativos excesivos (a menudo perfeccionistas), así como actitudes irrealistas sobre el comportamiento humano y /o eventos del diario vivir (Navas, 1998).

9. Falacia de Control:
Consiste en cómo la persona se ve a sí misma de manera extrema acerca del grado de control que tiene sobre los acontecimientos de su vida. O bien la persona se suele creer muy competente, o bien en el otro extremo se ve impotente y sin ningún control sobre los acontecimientos de su vida (Álvarez 1997).

10. Falacia de Recompensa Divina:
Tendencia a no buscar solución a problemas y dificultades actuales suponiendo que la situación mejorará en el futuro, o uno tendrá una recompensa si la deja tal cual. El efecto suele ser el acumular un gran malestar innecesario, el resentimiento y el no buscar soluciones que podrían ser factibles en la actualidad (Álvarez 1997).

11. Falacia de la Razón:
Tendencia a probar de manera frecuente, ante un desacuerdo con otra persona, que el punto

de vista de uno es el correcto y cierto. No importan los argumentos del otro, simplemente se ignoran y no se escuchan (Álvarez 1997).

12. Falacia de Cambio:

Actitud en creer que el bienestar de uno mismo depende de manera exclusiva de los actos de los demás. La persona suele creer que para cubrir sus necesidades son los otros quienes han de cambiar primero su conducta. Las palabras claves son: "Si tal cambiara tal cosa, entonces yo podría tal cosa" (Álvarez 1997).

13. Interpretación del Pensamiento:

Consiste en creer adivinar exactamente lo que los demás están pensando, cuando "conocemos" perfectamente sus motivos o intenciones más ocultas o profetizamos acerca de las reacciones que la gente exhibirá en un momento dado (Navas, 1998).

14. Culpabilidad:

Es la actitud de empeñarse en buscar culpables cuando las cosas no van como estaba previsto (Álvarez 1997).

15. Etiquetas Globales:

Consiste en definir de modo simplista y rígido a los demás o a uno mismo a partir de un detalle aislado o por un aspecto parcial de su comportamiento (Navas, 1998).

Aspectos básicos del VIH

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es el agente causal del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA). Fue aislado por primera vez en 1983, en el Instituto Pasteur de París. La infección por el VIH se caracteriza por producir un cuadro de deterioro profundo, progresivo e irreversible de la función inmune que conlleva secundariamente el desarrollo de infecciones oportunistas tales como neumonía por Pneumocystis carinii, candidiasis, tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, meningitis por criptococcos, toxoplasmosis cerebral (OPS /OMS, 1994).

Mecanismos de transmisión

Las evidencias epidemiológicas reconocen únicamente tres mecanismos implicados en la transmisión del virus (Costa, 1992).

A. Por vía sexual.

El contacto sexual, a través del semen y las secreciones cérvico-vaginales en relaciones homosexuales, bisexuales o heterosexuales.

B. Por vía sanguínea.

A través de la sangre y derivados de la misma, como ocurre en los receptores de transfusiones, en los usuarios de drogas endovenosas (UDEV) que generalmente comparten jeringuillas y agujas no esterilizadas, accidentes de laboratorio (contagios profesionales) y en transplantes de órganos.

C. Por vía vertical.

De la madre infectada al hijo recién nacido, durante el parto, por medio de la lactancia, o contagio perinatal. No existen evidencias de transmisión por medio de alimentos, agua, insectos, dentro de los contactos familiares o sociales, ni por un contacto casual.

Clasificación de la infección del VIH

Las manifestaciones clínicas de la infección por el VIH, separa cuatro grupos de pacientes, mutuamente excluyentes, designados en números romanos, en 1986 por los CDC de Estados Unidos.

Sistema de Clasificación de la Infección por el VIH:

Grupo I	Infección aguda
Grupo II	Infección asintomática
Grupo III	Linfadenopatia persistente generalizada
Grupo IV	Otras enfermedades asociadas a la infección VIH
Subgrupo A	Síndrome constitucional
Subgrupo B	Enfermedades neurológicas
Subgrupo C	Enfermedades infecciosas secundarias
Categoría C-1	Enfermedades infecciosas secundarias definitorias de SIDA
Categoría C-2	Otras enfermedades infecciosas secundarias
Subgrupo D	Neoplasias secundarias
Subgrupo E	Otras condiciones

MÉTODO

Descripción de la población y muestra

Los participantes del estudio son personas que viven con el VIH (PVVS), que asistieron al Centro Sanitario de Santo Domingo durante el mes de abril del 2003. De un total de 426 personas con VIH positivo que se consultaron durante ese mes tanto nuevos como de seguimiento, se tomó una muestra de 70 personas, 45 mujeres y 25 hombres, de 20 a 63 años de edad.

Descripción del instrumento de investigación

Se utilizó el Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA), (Ruiz, 1996), la Escala de Depresión de Beck (EDB), (Beck, 1979) y una entrevista compuesta por cinco preguntas semi-estructuradas.

El Inventario de Pensamientos Automáticos es un cuestionario desarrollado por los psicólogos españoles, Juan Ruiz y José Lujan (Ruiz, 1996), a partir de las descripciones hechas por McKails (1985). Diseñado para medir 15 distorsiones cognitivas. Los autores del inventario de pensamientos automáticos han encontrado que éste es útil para medir depresión y ansiedad (Ruiz, 2003).

La EDB fue seleccionada por incluir varios síntomas de depresión y ha sido usada ampliamente por psicólogos y psiquiatras como un instrumento útil para explorar los síntomas depresivos. Fue diseñada para medir los diferentes síntomas presentes en la depresión. Del inventario se obtiene una puntuación general que permite conocer el grado de depresión en base a 4 valoraciones: Ausente, Leve, Moderado y Severo. Está compuesto por 21 items que describen síntomas cognitivos, motivacionales, afectivos, conductuales y fisiológicos.

Con la entrevista inicial se completaban los datos sociodemográficos y se identificaba si la persona había recibido alguna atención psicológica, por quiénes se había sentido apoyada, el tiempo de

conocer el diagnostico VIH positivo. Por medio de la entrevista se pudo establecer el rapport con la persona, creando un ambiente de confianza adecuado.

PROCEDIMIENTO

La entrevista y aplicación de los cuestionarios fueron realizadas al final de la consulta médica de los pacientes nuevos y de seguimiento. Los médicos se encargaban de enviar los casos que calificaran como VIH positivos (descartando los casos de SIDA). Los médicos y las psicólogas les señalaban a los pacientes sobre la investigación que se estaba llevando a cabo. Al ser presentado al investigador, se le informaba todo lo relativo al estudio, en qué consistía y los fines del mismo. Se les comunicó que sólo iban a responder a unas preguntas donde los investigadores se comprometían a asegurar la confidencialidad de la información y sólo usarla con los fines señalados, no se requería nombre ni ningún dato que pudiera comprometer su identidad. Se requería llenar un formulario de consentimiento informado donde constara su aceptación voluntaria a participar en el estudio.

Las entrevistas se realizaron en cubículos individuales debidamente iluminados, ventilados y privados. El cuestionario se llenaba oralmente, empezando por las preguntas demográficas y cualitativas, colocando las respuestas como el paciente las informaba; luego se leían las instrucciones, las preguntas del inventario de pensamientos automáticos una a una, seguidas por la escala de depresión utilizando el mismo procedimiento, dándoles al final un referimiento y/o apoyo emocional a las personas de acuerdo con su condición. Este proceso tuvo una duración de 20 a 30 minutos por persona.

Las evaluaciones se realizaron del 2 al 15 de abril del 2003, en horario de 2:00 p.m. a 4:30 p.m.

Plan de análisis
Los datos fueron analizados con el programa estadístico computarizado SPSS 11.0
(Statistical Package for the Social Sciences).

Análisis descriptivo
Incluye frecuencias, porcentajes, y promedios en las variables: sexo, edad, escolaridad, ocupación, tiempo de enterarse del diagnóstico, vía de transmisión, atención psicológica, relación familiar, grado de depresión.

Análisis bivariado
1. Se utilizó el Análisis de Varianza de Kruskal-Wallis en el análisis de las relaciones entre las distorsiones cognitivas y escolaridad, relación familiar y apoyo psicológico recibido.

2. La correlación de Pearson, para determinar el grado de relación entre las distorsiones cognitivas, el tiempo de haber recibido el diagnostico VIH positivo, y los síntomas específicos de depresión.

3. La prueba U de Mann-Whitney, para buscar diferencia significativa en el grado de severidad de las distorsiones cognitivas entre hombres y mujeres y los que habían o no recibido apoyo psicológico.

Análisis multivariado
1. Análisis factorial de componente principal para identificar la presencia de factores en las distorsiones cognitivas y en los síntomas de depresión.

2. Análisis de regresión múltiple entre las distorsiones cognitivas y la depresión.

Variable criterio:
Distorsiones Cognitivas

Definición conceptual:
Son errores de razonamiento debido a la operación cognitiva utilizada para llegar a una conclusión (Navas, 1998).

Grado de severidad de las distorsiones cognitivas:
Es la puntuación obtenida en cada distorsión, con un mínimo de cero y un máximo de seis (min. = 0, máx. = 6).

Dimensiones de la variable:
Sobre-generalización, Debería, Abstracción Selectiva o Filtro Mental, Falacia de Control, Culpabilidad, Etiquetación, Visión Catastrófica, Pensamiento Polarizado, La Personalización, Razonamiento Emocional, Falacia de Justicia, Falacia de Recompensa Divina, Falacia de la Razón, Falacia de Cambio, Interpretación del Pensamiento.

Variables predictoras:
Sexo, edad, escolaridad, ocupación, tiempo de conocimiento del diagnóstico, percepción del cambio en la relación familiar posterior al diagnóstico VIH positivo, apoyo psicológico recibido luego de enterarse del diagnóstico, grado de depresión y sus síntomas.

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

Datos descriptivos

La edad de los participantes osciló desde los 20 hasta los 63 años, con un promedio de 33.87 y una desviación estándar de 9.27. Los casos femeninos fueron 45 mujeres (64%) frente a 25 hombres (34%). La mayor parte (36 personas 52%) lo constituye el grupo de los que cursan educación básica o los que no llegaron al bachillerato, seguidos por los que han alcanzado el nivel del bachillerato (23 personas 33%), los que cursaron estudios superiores (5 personas 7%), y los profesionales (3 personas 4%).

La mayoría de las personas han recibido atención psicológica (55 personas). Sin embargo, sigue preocupando el hecho de que más de un 20% (14 personas) no recibió ayuda de un psicólogo.

Con una serie de análisis descriptivos se constató que existe una alta variabilidad del tiempo en que los participantes conocen su diagnóstico como VIH positivo. La media de los tiempos es de 49.85 meses (4 años y un mes) y la mediana es de 30 meses (2 años y 6 meses).

Ante la pregunta sobre cómo era la relación con la familia antes de ser diagnosticado VIH positivo y cómo es ahora, los participantes respondieron en gran medida que permanecía igual (44 personas, 63%). Sólo 8 personas (12%) dijeron haber sido rechazados y 17 personas (24%) expresaron que sus relaciones habían mejorado.

Relaciones entre las escalas de distorsiones cognitivas y variables generales

En relación con el sexo de los participantes encontramos que las distorsiones de la "Falacia de Control" (384, Sig. 0.26), el "Razonamiento Emocional"(350.5, Sig. 0.008) y la "Culpabilidad" (390.5, Sig.0.029) fueron significativamente mayores en los hombres que en las mujeres. Este análisis fue realizado utilizando la prueba U de Mann-Whitney debido a que no podían sostenerse varias de las suposiciones para un análisis paramétrico, especialmente la homogeneidad de las varianzas.

En cuanto al tiempo del conocimiento del diagnóstico y su relación con las distorsiones cognitivas se realizó un análisis de correlación de Pearson sin encontrarse relaciones significativas, la Falacia de Justicia obtuvo el nivel de significación de .220.

Siguiendo el análisis con las distorsiones cognitivas y las variables generales, se aplicó la prueba U de Mann-Whitney entre cada una de las distorsiones cognitivas y la variable apoyo psicológico. Nos encontramos con una relación estadísticamente significativa entre el Apoyo Psicológico y la Falacia de Razonamiento, $U=350.5$, $Z=2.663$, Sig .008 $p<0.05$. Los que no

han recibido atención psicológica son más propensos a la falacia que los que habían recibido asistencia (la media de rangos para los que recibieron asistencia fue de 32.65, mientras que para los que no la recibieron fue de 44.21).

Con respecto a los cambios percibidos por los participantes en sus relaciones familiares y las distorsiones cognitivas, se realizó un análisis de varianza con la prueba de Kruskal-Wallis. Los resultados sugieren que muchas distorsiones cognitivas son una función de las percepciones de los cambios ocurridos en sus relaciones con la familia después de enterarse de la infección con el VIH. Los que perciben que sus relaciones familiares han seguido "igual que antes", suelen tener una tendencia mayor a las distorsiones cognitivas que los que responden que su relación familiar ha mejorado y éstos a su vez mayor que el grupo que percibió rechazo familiar, pero cabe recordar que no son grupos homogéneos (24% relaciones familiares mejoradas y 12% rechazo).

Explorando también a los participantes en cuanto a sus niveles de depresión, se realizó un análisis de frecuencias donde el 44% de los hombres y el 20% de las mujeres infectadas están deprimidos con niveles desde moderado a severo, mientras el 56% de los hombres reportan depresión leve o ausente y las mujeres reportan un 80%.

Relaciones entre las escalas de distorsiones cognitivas y la depresión

Un análisis de la relación entre la IPA de Ruiz & Lujan (1991) y la EDB (Beck, 1978) mediante el coeficiente de correlación de Pearson reveló una fuerte relación entre ambas variables. La correlación resultante fue de r = .53 con un nivel de significación de p = .000.

Se llevó a cabo un análisis de regresión múltiple por el método de entrada utilizando los puntajes de las distorsiones cognitivas como variables predictoras de la depresión. Se encontró que la Falacia de Justicia (t = -2.17, p = .03) y la Falacia de Cambio (t = 3.67, p = .001) fueron los únicos factores que predijeron significativamente la depresión de los participantes. El coeficiente de correlación múltiple fue de R = .80, con una varianza explicada de R2 = .64 siendo altamente significativa, F = 6.43 (15, 54), p = .000.

Se efectuó un análisis factorial de componente principal con cada una de las escalas de distorsiones cognitivas.Todas las cargas de factores fueron resultado de una rotación varimax para aclarar la estructura factorial. En todas las escalas sólo se conservaron aquellos valores propios (eigenvalue) de 1.0 o más.

Se extrajeron tres factores del IPA. El Factor I implicó ocho distorsiones: Filtraje, Pensamiento Polarizado, Sobre-generalización, Catastrofismo, Personalización, Falacia de Control, Razonamiento Emocional, Etiquetas Globales y Culpabilidad. Para fines de este estudio, se identificó como "*Catastrofismo*". Alrededor del Factor II se agruparon las distorsiones: Interpretación del Pensamiento, Falacia de Justicia, Falacia de Cambio, Debería y Falacia de Razonamiento. Tomando en cuenta estas distorsiones, este segundo factor se identificó con el nombre de *"Perfeccionismo".* Las distorsiones del Factor III implicaron la Falacia de la Recompensa Divina. Se identificó con el nombre de "*Externalidad".*

Del mismo modo, se efectuó un análisis factorial de componente principal con cada uno de los síntomas de depresión.

Se extrajeron cuatro factores de la EDB. El Factor I implicó los síntomas de Tristeza, Fracaso, Aburrimiento, Decepción, Ideas Suicidas, Irritabilidad, Disminución en el Interés por los demás, Preocupación por el Aspecto Físico. Se identificó aquí como *"Vacío Existencial*".Los síntomas de depresión agrupados en el Factor II implicaron Culpabilidad, Castigo, Critica, Tomar

Decisiones, Decepción, Preocupación por la Salud. Este factor se identificó con el nombre de *"Auto-destructividad"*. Los síntomas del factor III implicaron Horas de Sueño, Disminución del Apetito, Pérdida del Apetito, Preocupación por la Salud, Esfuerzo para Trabajar, Cansancio, identificando este factor con el nombre de "*Desgaste Psicofisiológico*". El cuarto factor con el nombre de *Residual* compuesto por los síntomas: Llanto y Disminución del sexo.

DISCUSION

El hecho de que las personas que manifestaron que sus relaciones familiares siguieron igual después del diagnóstico positivo al VIH tendieran a tener mayor grado de severidad de las distorsiones cognitivas que los que sintieron rechazo podría deberse al fenómeno descrito por Young (1999) como "Evitación Cognitiva o Evitación Afectiva", mecanismo por el cual los pensamientos y sentimientos a menudo son evitados o bloqueados porque son dolorosos. Es una forma de auto-engañarse, de postergación de conflictos. Al parecer estas familias no tocan el tema, el problema no existe, por lo que afirma De Moya (2003) podríamos estar en medio de un "tabú familiar".

La Falacia de Cambio y la Falacia de Justicia son las distorsiones que más influyen en la depresión. Esto significa que la depresión de las personas que viven con el VIH podría corresponderse con la imposibilidad e impotencia de poder revertir su situación al percibirla como irreversible, un reclamo hacia sí mismos, hacia la vida, ¿Por qué a mí?, ¡No es justo! ¡No lo merezco!

En el análisis factorial de las distorsiones encontramos la presencia de tres factores. En el primer factor, *"Catastrofismo"*, encontramos que las distorsiones presentes en éste engloban una visión extrema hacia lo negativo, esperando lo peor de las situaciones. Este factor es muy similar a la "visión túnel" mencionada por (Beck, 2000) como la manera en que las personas tienden a ver lo que les sucede por un filtro catastrófico, un desvío sistemático en la forma de procesar el conocimiento.

El segundo factor, *"Perfeccionismo"* aglutina claramente un grupo de distorsiones referentes al deber, al derecho, la razón, a lo justo, a concepciones predeterminadas de cómo debería funcionar el mundo y a lo injusto que resulta cuando estas reglas no se cumplen. Pensamientos como: "No debió pasarme esto a mí", "Debería estar bien y no tener estos problemas" pueden suscitar este tipo de distorsiones en las PVVS.
El último factor, *"Externalidad"*, está relacionado con la idea de que el presente y el destino están dominados por factores externos. Algunas de estas personas posiblemente han creído que están a merced del virus, que es inútil esperar algo distinto a la muerte. Seligman estudió el efecto de la *Indefensión al Cambio* en los síntomas depresivos (Seligman, et al 1979). Esta creencia está muy relacionada con la creencia por parte de la persona de que puede hacer muy poco por sí misma para cambiar las circunstancias e influir en los acontecimientos de su vida (Calvete y Caldeñoso, 1999).

En el primer factor *"Vacío Existencial*" de la estructura factorial de los síntomas de depresión predominan los síntomas afectivos; un estado de desesperanza, frustración, pesimismo, desilusión, cólera, rabia, ira, enojo, enfado. Un factor similar fue evidenciado en el estudio de la estructura factorial del CES-D (Escala de Depresión para el Centro de Estudios Epidemiológicos en España) realizado por Calvete y Caldeñoso (1999) quienes lo denominaron *"Afecto Depresivo"*.

Los componentes del segundo factor definido como "*Auto-destructividad*" están relacionados con hechos que supuestamente merecen ser castigados por haber roto con algunas reglas o normas morales; sentimientos que resultan en una dificultad de la persona para tomar decisiones por temor al rechazo, a la critica. Calvete y Caldeñoso

(1999) en un análisis factorial de creencias irracionales encontraron un factor que denominaron "*Tendencia a Culpabilizar*" que podría ser equivalente a este factor.

El tercer factor recibe la etiqueta de *"Desgaste Psicofisiológico"*. Los síntomas fisiológicos de la depresión están ampliamente descritos por Beck, y aquí se evidencia la fuerza de estos síntomas de la depresión. Este factor fisiológico tiene una importancia de primer orden en el mantenimiento de la salud física y psicológica de las personas con VIH y ha sido señalada anteriormente; por ejemplo, la alimentación adecuada, el mantenimiento de relaciones sexuales eróticas satisfactorias han sido resaltadas como "armas de guerra" contra la infección del VIH/SIDA (De Moya, 2003).

El factor *"Residual"*, incluyó los síntomas de disminución del interés por el sexo y el llanto. La relación entre estos síntomas no queda evidenciada fácilmente, pues no se conoce de estudios anteriores donde hayan encontrado tal relación.

En cuanto a diferencia en el grado de severidad de las distorsiones cognitivas entre hombres y mujeres, se encontró que los hombres tendían más al razonamiento emocional, la falacia de control y la culpabilidad. Estos hallazgos son congruentes con los hallazgos de otros investigadores dominicanos que han encontrado que las mujeres se adaptan mejor al diagnóstico VIH positivo que los hombres, los hombres amenazan con cometer actos de violencia contra sí y contra otros (De Moya y cols., 1998; Cáceres y cols., 1998; García y cols., 1994).

Estudiando la relación existente entre las distorsiones cognitivas y el nivel educativo, se encontró que la personalización fue característica de personas con niveles educativos bajos (1ro - 5to de primaria). Acerca de la personalización, Álvarez (1997) ha manifestado que: "utilizamos esta forma de distorsión cuando nos consideramos el centro del universo y creemos que lo que la gente hace o dice es una forma de reacción hacia nosotros". Este hallazgo sugiere que las personas con niveles educativos bajos son más propensas a relacionar sus problemas con una situación particular.

El hecho de no encontrar ninguna relación entre el tiempo de enterarse del diagnóstico y el grado de severidad de las distorsiones cognitivas podría deberse a que no todas las personas tuvieron la misma reacción al diagnóstico de la enfermedad; además, a lo largo del proceso de enfermedad son muchos y variados los acontecimientos que pueden activar o desactivar esquemas inadaptados y generar diferentes emociones en las personas con VIH.

En relación con la influencia de la atención psicológica en la severidad de las distorsiones resultó significativa la Falacia de Razonamiento. Al parecer, las personas que no han recibido ninguna orientación psicológica tienden a ser más resistentes y a empeñarse en demostrar que tienen la razón. Probablemente el no recibir orientaciones apropiadas sobre el VIH los hace después más reticentes a expresar sus emociones en forma adecuada.

Limitaciones del estudio

Entre las limitaciones del estudio se encuentran la no homogeneidad de los grupos en relación al sexo dificultando las comparaciones en el grado de severidad de las distorsiones cognitivas entre hombres y mujeres.

CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que se llega en este trabajo de investigación son las siguientes:

1. La percepción que tienen las personas con VIH de su relación familiar, influye sobre su estado emocional y psicológico; cuando perciben una situación de indiferencia, es cuando más consecuencias negativas se tienen.

2. La Falacia de Cambio y la Falacia de Justicia son las distorsiones cognitivas que más influyen en las personas con VIH.

3. El Catastrofismo, el Perfeccionismo y la Externalidad son los factores de distorsiones cognitivas involucrados en las personas con VIH.

4. El Vacío Existencial, la Auto-destructividad y el Desgaste Psicofisiológico son los factores que están involucrados en la depresión de las PVVS.

5. Las distorsiones cognitivas y la depresión se encuentran altamente correlacionadas.

6. Las distorsiones de Razonamiento Emocional, Falacia de Control y Culpabilidad son significativamente más severas en los hombres que en las mujeres. Los hombres con VIH tienden a tener mayor grado de distorsiones cognitivas que las mujeres.

7. Las personas con menor nivel académico probablemente presenten mayor grado de severidad de distorsiones cognitivas que aquellas personas que tienen un mayor grado académico.

8. Los psicólogos pueden contribuir a aliviar el sufrimiento de las PVVS y de sus familiares ofreciendo un espacio que promueva la auto-aceptación y enseñándoles a no ocultar sus sentimientos sino a expresarlos adecuadamente. La importancia de la atención psicológica a las PVVS radica en poder brindarles el apoyo emocional auténtico, disponible y confiable que ha sido descrito como un arma de guerra en contra de la infección (De Moya, 2002).

Recomendaciones para estudios futuros

1. Homogeneizar los grupos de manera que puedan compararse en relación al sexo, la edad, el nivel académico, y el tiempo de enterarse del diagnóstico de manera que pueda profundizarse en las relaciones entre el grado de severidad de las distorsiones cognitivas y el sexo.

2. Verificar si el nivel académico predice ciertos tipos de distorsiones cognitivas.

3. Reducir las escalas del IPA para el uso terapéutico de las consejeras y psicólogos que atienden a las PVVS permitiéndoles diagnosticar los pensamientos automáticos más frecuentes relacionados con la infección y encaminar la terapia hacia sus necesidades.

4. Diseñar estrategias de intervención que involucren a la familia de las PVVS, educándolos e informándoles sobre la enfermedad y cómo brindarles apoyo a sus familiares.

REFERENCIAS

Álvarez, R. (1997). *Para Salir del Laberinto.* España: Sal Terrae.

Beck, AT. (1963). Thinking and Depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*. 9: 324-333.

Beck, A. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspect.* New York: Hoeber.

Beck At., Rush A. J., Shaw B.F. & Emery, G. (1979) *Cognitive Therapy of Depression.* New York: Guilford

Beck, A., Rush A., Shaw B. & Emery G. (2000) *Terapia cognitiva de la depresión.* España: Desclèe.

Cáceres, F., Duarte I., de Moya E., Pérez-Then, E., Hasbún, J., Tapia, M. (1998). *Análisis de la Situación y la Respuesta al VIH/SIDA en la República Dominicana:* Informe Final. CONASIDA, ONUSIDA, AcciónSIDA, UNESCO.

Calvete, E., & Caldeñoso, O. (1999). Creencias y síntomas depresivos: Resultados preliminares en el desarrollo de una escala de creencias irracionales abreviada. *Revista Anales de Psicología*. Vol. 15 No. 2, 179 - 190. España: Universidad de Murcia.

Castillo, F., Corporán, V., & Caffaro, N. (1997). *Depresión y Ansiedad: Valoración de los síntomas predominantes en un grupo de personas VIH positivo y en un grupo de personas con Cáncer.* Universidad Católica de Santo Domingo; D.N. Tesis de grado para optar por el título de licenciado en psicología.

Costa, J., Damiano, A., (1992). *La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana: Patogenia, diagnóstico y tratamiento.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

De Moya, A. (Comunicación personal. 22 Septiembre 2003).

De Moya, E. (2002). Las armas secretas de una mujer de guerra. *Perspectivas Psicológicas,* volumen 2, año III, Santo Domingo, RD.

De Moya, E. (2003). *Juegos de Guerra: el enfoque genérico-cultural de la respuesta al VIH/SIDA.* Santo Domingo: Instituto de Sexualidad Humana, UASD.

Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychoterapy.* New York: Stuart.

Ellis, A. (1987). *The practice of rational-emotive therapy.* 2. Edition. New York: Springer Pub Co (1997).

García R., de Moya E., Fadul, R., Freites, A., Guerrero, S., Castellanos, C. (1994). *Los consejeros y las percepciones de pacientes VIH+ en cuanto a la diferencia de género en educación y consejeria en VIH/SIDA.* Santo Domingo: Instituto de Sexualidad Humana, UASD.

Mc Kay, M., Davis, M. & Fanning, P. (1985): *Técnicas cognitivas para el control del estrés.* Barcelona: Editorial Martínez Roca.

Navas, José J. (1998). *Proceso e Innovaciones de la Terapia Racional-Emotiva Conductual (TREC).* Santurce: PSYPRO.

OMS/OPS (1994). *Prevención del SIDA: Normas para los administradores de los programas de salud materno infantil y de planificación familiar.* (SMI/PF).

Ruiz, J., Imbernón, J. (1996). *Sentirse Mejor. Como afrontar los problemas emocionales con la terapia cognitiva.* Úbeda: ESMD-UBEDA.

Ruiz, J. (Comunicación personal, 15 Noviembre 2003).

Segal Z.V. (1988) Appraisal of Self-Schema Construct in Cognitive Models of Depression. *Psychological Bulletin,* 103, 147-162.

SESPAS/DIGECITSS, (2001). *Informe de vigilancia de VIH/SIDA República Dominicana.* Santo Domingo, R.D: Autor.

Young, J. (1999). *Terapia cognoscitiva para trastornos de personalidad: un acercamiento enfocado en esquemas.*(3ra Ed.). Florida: Professional Resource Press.

ARTÍCULOS

Creación de la Escala "Factores de Personalidad Asociados a Conductas Delictivas" (FPACD) para ser Utilizada en la Selección de Candidatos a Portar Armas de Fuego en República Dominicana

Dra. Mayra Brea de Cabral[1]
Dr. Luis Domínguez[2]

RESUMEN

Se presentan los resultados de un estudio realizado con la aplicación de la prueba 16 FP de Cattell, versión C revisada, adaptada y modificada en República Dominicana, con propósitos de construir una escala útil que pueda detectar rasgos delictivos de personalidad en la población que solicita portar armas de fuego. Se elige una muestra por cuota proporcional y al azar de universitarios, presidiarios y solicitantes de permiso para porte de armas de fuego. Tras complejos procesos estadísticos y utilizando como criterio la discriminación entre las poblaciones estudiadas, se construye y normaliza el Cuestionario "Factores de Personalidad Asociados a Conductas Delictivas" (FPACD), escala simplificada de 49 preguntas, para ser utilizada por la Comisión Médica de la Secretaría de Estado de Interior y Policía.

América Latina y el Caribe es la segunda región del mundo con el mayor nivel de violencia. Muchos de estos países, caracterizados por poseer los más altos índices de criminalidad, han llegado a la convicción de la necesidad de controlar más efectivamente la comercialización, adquisición y el porte de armas de fuego en su población civil, cuya tendencia en la actualidad va necesariamente encaminada a la restricción y al desarme general.

Es bien conocido, que el fenómeno de las armas de fuego, comúnmente llamado armamentismo, no constituye por sí solo la causa primordial de la creciente ola de violencia en Latinoamérica, no obstante es un factor que contribuye al aumento de su frecuencia. Se ha relacionado muy estrechamente la violencia de América Latina y el Caribe con las condiciones socioeconómicas de extrema pobreza y las grandes desigualdades sociales. En ese sentido, estudios comparativos sobre la tasa de homicidio en diversos países del entorno, realizados por el Instituto de Psicología de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, muestran que aquellos que tienen menor población viviendo en los umbrales de pobreza, mayores ingresos per cápita y mejor distribución de sus ingresos, se caracterizan por poseer las más bajas tasas de homicidios, tales como Uruguay, Costa Rica, Chile y Argentina, contrario a lo que ocurre en países como Colombia, México y Venezuela, donde las condiciones se dan a lo inverso, y que cuentan con niveles más elevados de criminalidad, poniendo de manifiesto la relación antes señalada entre la realidad socioeconómica y la violencia.

1 Investigadora principal, directora del Instituto de Psicología y docente en la Universidad Autónoma de Santo Domingo; ex-coordinadora del área psicológica de la Comisión Médica de la Secretaría de Estado de Interior y Policía. Consultora del PNUD y de la UNESCO/IESALC. mayrab@hotmail.com

2 Investigador asociado, presidente fundador de Evaluaciones Psicológicas Sistémicas y docente en varias universidades dominicanas. e.psico@verizon.net.do

(Cabral & Brea, 1999; Cabral & Brea, 2001, Cabral & Brea, 2003). Es precisamente en la región latinoamericana, donde crece extraordinariamente el número de portadores de armas de fuego, tanto legal como ilegal.

En una investigación realizada en El Salvador por la Universidad Centroamericana y el BID, y reportada por Cruz, Trigueros y González (2000) se muestra que el fácil acceso y la permisividad en el uso de armas de fuego, fueron los factores más determinantes de los altos niveles de violencia, observándose que más del 43 por ciento de las armas utilizadas por los convictos del sistema penitenciario salvadoreño, estaban registradas legalmente. En Guatemala, Rodríguez & De León (2001) se refieren también a la relación encontrada entre la violencia y la disponibilidad de armas, y consideran que constituye un factor de alto riesgo, que aunado a los altos índices de pobreza y exclusión social, más aún, la cultura de violencia predominante como producto de 36 años de guerra interna, generan la inseguridad e indefensión ciudadana, típico en ese país.

Otros estudios realizados en países como Estados Unidos y Nicaragua, relacionan la tenencia y control de armas de fuego con la frecuencia y peligrosidad de los delitos y hasta con una elevada tasa de suicidio (Brent, Perper et al, 1991; Kleck G, 1991; Cuadra E, 2000) y recomiendan mayores esfuerzos en el control de su circulación, que se oriente las políticas públicas para desincentivar su uso y proliferación en la población civil.

La República Dominicana no escapa a esta situación. Sin embargo, se viene procediendo de forma diferente a lo que en otros países se plantea como necesario para reducir los elevados índices de violencia y criminalidad. En los últimos años se ha experimentado un aumento excesivo de solicitudes y permisos (licencias) otorgado para porte de armas de fuego; otro aspecto notorio es el incremento de la venta y comercialización de instrumentos bélicos en beneficio de grupos definidos. Podemos considerar, sin lugar a dudas, que en cierto período gubernamental, nuestras autoridades han sido lo bastante permisivas para otorgar autorizaciones para porte de armas de fuego, actuando fundamentalmente con políticas inadecuadas y criterios erróneos, caracterizada por la búsqueda y obtención de cuantiosas sumas millonarias derivadas de los aspectos impositivos que implica el otorgamiento de permisos a portadores de armas de fuego, lo que de alguna manera se ha convertido en el boomerang de la seguridad ciudadana nacional. En múltiples ocasiones se ha dado la voz de alerta, sin que se preste la menor atención o la disposición de resolver dicha situación.

Es por ello que hoy día nos encontramos frecuentemente con episodios violentos efectuados con armas de fuego hasta por vanos motivos personales y pasionales y que han aumentado significativamente las víctimas por violencia intrafamiliar. Algunos estudios realizados en nuestro país muestran cómo ha ido creciendo la mortalidad por homicidio (segunda causa de muertes violentas) en los últimos 20 años, o sea, la tasa de homicidio (número de homicidios por cada 100 mil habitantes). El número de homicidios que para el año 1981 era de 490, se elevó en el 1999 a 1,212, lo que significa un incremento en el promedio anual de 5.2%, pasando la tasa de homicidio de 8.3 en 1981 a 12.4 en el 1991, y posteriormente a 14.3 en el 1999. Por otro lado, los homicidios con armas de fuego han ascendido de un 30 % a un 51 % en los años comprendidos del 1993 al 1999. (Ver Cabral & Brea, 1999; Brea & Cabral, 2000; Cabral & Brea, 2003). Hoy día se estima que nuestra tasa de homicidio debe estar alrededor de 19 o 20.

Es indiscutible que la proliferación de las armas de fuego, junto a determinados factores socioeconómicos, la diversidad ideológica y cultural en una sociedad tan convulsionada como la nuestra, podría convertirse en catalizador primordial de la rápida expansión de la violencia delictiva en el país, fenómeno que comienza a despertar gran preocupación en la mayoría de los ciudadanos.

El crecimiento de la criminalidad, del narcotráfico, de la venta de armas de fuego, la corrupción e impunidad y la desconfianza en los organismos de protección público nacionales (policial y judicial), por consecuencia, la inseguridad ciudadana existente, estimula en gran medida la búsqueda de autoprotección y de protección privada, y **la adquisición de un arma de fuego.** A todo esto se le agrega, además, la percepción de poder que implica la posesión de un arma en una sociedad con trascendencia de un autoritarismo muy arraigado, y con valores basados en el temor, motiva a la población para armarse, ya sea por vía legal o de manera ilegal, llegándose incluso en algunos casos, hasta la fabricación casera de armas, como son las llamadas "armas chilenas", incautadas frecuentemente en las redadas policiales.

LA "COMISIÓN MÉDICA" Y EL CONTROL DE PORTEY TENENCIA DE ARMAS DE FUEGO

A partir del 1965, en República Dominicana se promulga la Ley No. 36 que regula el comercio, porte y tenencia de armas de fuego, y que define como arma de fuego a todo tipo de artefacto (rifle, carabina, escopeta, revólver, pistola, etc.) con la que se puede disparar balas mortíferas o proyectiles. En la actualidad, dicha ley concede permiso legal o autorización para el uso de un arma de fuego a funcionarios o empleados públicos autorizados, y a toda aquella persona que justifique la necesidad de tenerla para su defensa personal, siempre y cuando cumpla con los requisitos legales necesarios, entre los que se encuentran: el pago de impuestos correspondiente, el someterse a un examen médico (prueba antidoping) y a una **evaluación de salud mental** (psicológica y psiquiátrica) a ser efectuada por una instancia específica, lo que hasta el 2003 habría sido infructuoso.

En enero del 2003, al crearse la Comisión Médica de la Secretaría de Estado de Interior y Policía bajo un acuerdo interinstitucional entre la Universidad Autónoma de Santo Domingo, el Colegio Médico Dominicano y la Secretaría de Estado de Interior y Policía, se dio origen para establecerse criterios más científicos y objetivos para el cumplimiento de la ley, y a requerirse de un instrumento psicológico idóneo para la evaluación de los que solicitan autorización para portar armas de fuego en el país.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

Dada la creciente motivación para la adquisición de armas de fuego en la población civil dominicana, y las nuevas condiciones que fueron planteadas por la Comisión Médica de la Secretaría de Estado de Interior y Policía para regularizar esos menesteres, se creó el área de psicología dirigido por el Instituto de Psicología de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, que propone la realización de un estudio para la construcción de una prueba psicológica sencilla y pertinente, que permitiese pronosticar los rasgos delictivos de personalidad de los que optan por la licencia para portar y poseer armas de fuego, con el propósito de reducir de esa manera, el riesgo potencial que implica para la seguridad nacional otorgar a personas desaprensivas un artefacto tan letal.

OBJETIVOS GENERALES

El estudio propuesto tiene por objetivo adaptar y normalizar un cuestionario de personalidad en tres sectores poblacionales diferentes, determinar los perfiles conductuales y los factores discriminantes entre sí, y posteriormente crear una escala más sencilla a ser utilizada para la selección de los que desean portar armas de fuego, pudiendo detectar en ellos sus posibles rasgos delictivos.

PROCEDIMIENTO

Adaptación del instrumento

Se partió de un instrumento de probada eficacia y de arraigo tradicional en el quehacer psicométrico en República Dominicana, la prueba 16FP

(Dieciséis Factores de Personalidad) de Cattell, en su versión "C", adaptada de la versión C del original por EPSI (1995), y con las variaciones introducidas por José Vicente Díaz a la escala A. La prueba adaptada consta de 97 preguntas que se contestan "Si", "No" o "No Sé" mediante "caritas" (íconos gestuales), donde la respuesta SI corresponde a una cara sonriente, la respuesta NO a una cara enojada y la respuesta NO SE a una cara neutra. Al instrumento se le realizaron las siguientes modificaciones:

Se eliminó la escala "B" del cuestionario original (escala de Inteligencia)

Se cambió el esquema de respuestas para que pudiese ser contestado con una de tres opciones: "de acuerdo", "en desacuerdo" y "no sé".

Se modificó el lenguaje empleado por uno más sencillo y con giros de frases populares para sustituir aquellas palabras técnicas, haciéndolo más comprensible.

VARIABLES

Fueron consideradas las variables de género (masculino y femenino); la edad de la población encuestada; la característica de ser o no ser presidiario, y los 16 Factores de la Personalidad (rasgos típicos) que son expresados en las respuestas de los sujetos al responder las preguntas del cuestionario 16FP. Factores definidos como: DM (Distorsión motivacional), A (Expresividad afectiva), C (Fuerza del Yo), E (Poder), F (Postura frente a la vida), G (Lealtad grupal), H (Aptitud situacional), I (Emotividad), L (Credibilidad), M (Actitud cognitiva), N (Sutileza), O (Conciencia), Q1 (Posición social), Q2 (Certeza individual), Q3 (Autoestima) y Q4 (Nivel de tensión érgica).

SELECCIÓN Y TAMAÑO MUESTRAL

El diseño muestral se basó en la selección estratificada, con afijación simple. Los tamaños poblacionales parciales fueron estimados como:

- Estudiantes de la Facultad de Ciencias y Agronomía 2,726
- Reclusos del Penitenciario Modelo de Najayo 2,15
- Solicitantes de permiso para porte de armas 1,584
- TOTAL 6,460

El tamaño muestral fue establecido mediante el uso de la fórmula $n_p = \frac{Z^2 Npq}{d^2(N-1)+\left[Z^2 pq\right]}$

Para una z = 1.72 (92%), p = q = 0.50, y d = 5%

La solución de la fórmula (Fisher, 1985) arroja un total de 286 personas como tamaño muestral.
Al estratificar por afijación proporcional la muestra, se obtuvo la siguiente composición:

Cuadro No. 1. Muestra prevista

Tipo de población	Número de personas	Proporción	Muestra (nh)
Presidiario	2,150	0.33	95
Solicitante Armas de Fuego	1,584	0.25	70
Estudiante universitario	2,726	0.42	121
Total	6,460	1	286

Cuadro No. 2. Cantidad total de cuestionarios aplicados

	Género				Total	
	Femenino		Masculino			
Población	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Presidiarios	0	0	94	12.2%	94	10.7%
Solicitantes Armas de Fuego	28	25.7%	637	82.6%	665	75.6%
Estudiantes universitarios	81	74.3%	40	5.2%	121	13.8%
Total	109	100.0%	771	100.0%	880	100.0%

Como se puede observar en el cuadro No. 2, en los presidiarios sólo se disponía de 94 casos válidos, por lo que se utilizó la técnica de "bootstrapping" (Mooney y Duval, 1993), donde aleatoriamente se duplicó un caso, para obtener la cantidad muestral mandatoria. Por un proceso de selección aleatoria, realizado con rutinas del SPSS, se redujo la cantidad inicial entrevistada al mandato muestral. La muestra retenida, agregada por género, fue la siguiente:

Cuadro No. 3. Muestra retenida

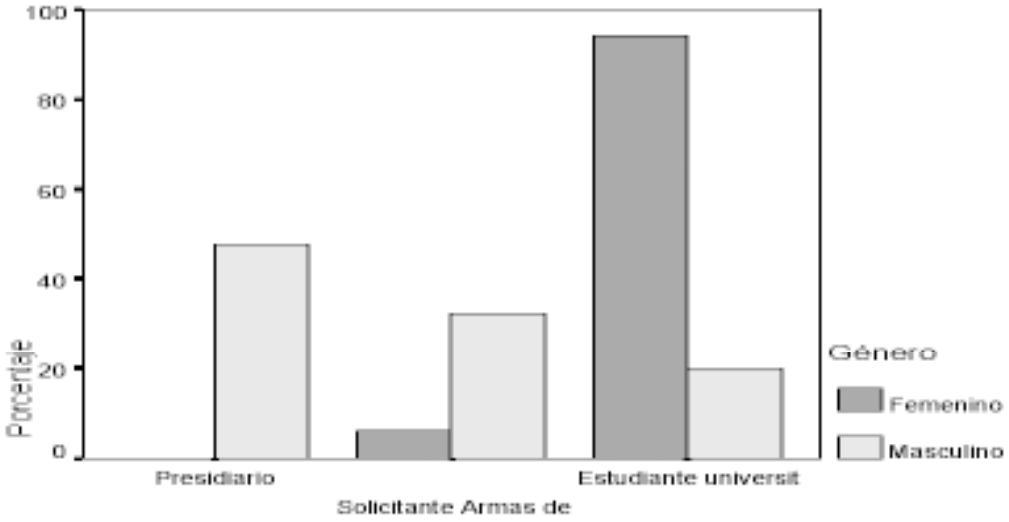
	Género				Total	
	Femenino		Masculino			
población	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Presidiarios	0	0	95	47.50	95	33.22
Solicitantes Armas de Fuego	5	5.81	65	32.50	70	24.48
Estudiantes universitarios	81	94.19	40	20.00	121	42.31
Total	**86**	**30.1**	**200**	**69.9**	**286**	**100.00**

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

GÉNERO

Como se puede apreciar en el cuadro No. 3 y gráfico No. 1, el 30% de la muestra es de sexo femenino, y el 70% masculino. Esta proporción por género está dada por la fuerte feminización de los estudiantes universitarios (94% femenino), mientras que en los solicitantes de permiso de porte de armas de fuego es apenas de un 6%. El total de los presidiarios fueron del sexo masculino.

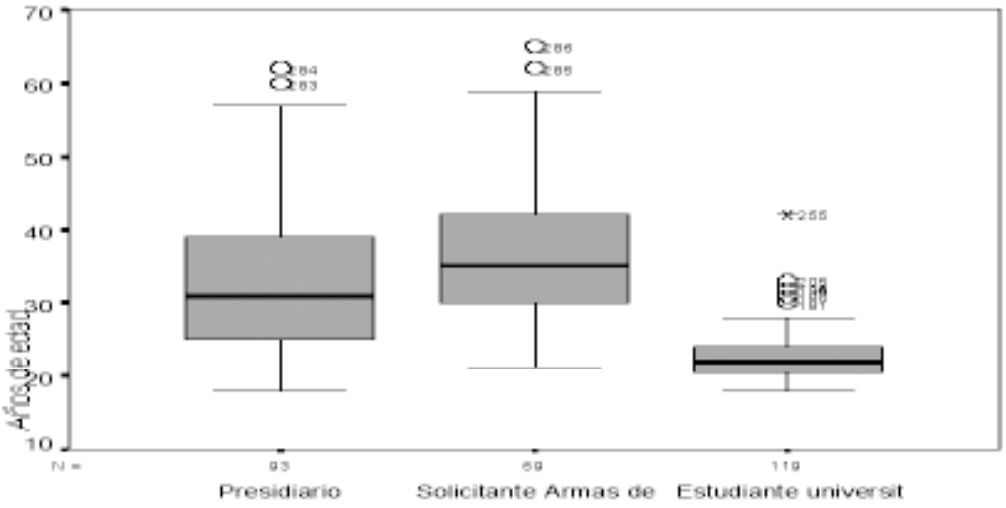
Gráfico No. 1: Distribución por género de la muestra, según el grupo de pertenencia



EDAD

Mientras las edades de los grupos de solicitantes de armas y presidiarios están distribuidas casi normalmente alrededor de los 33 a 34 años, la de los estudiantes universitarios se encuentra acumulada en una media de alrededor de 23 años. No se encontró diferencias significativas entre los grupos según la edad, tal como se puede apreciar en el gráfico No. 2.

Gráfico No. 2: Mediana y II y III cuartiles de la distribución por edad, según grupo



PRESIDIARIOS

La población de presidiarios fue clasificada basándose en el delito por el que guardaba prisión y los diferentes delitos fueron recategorizados según el siguiente esquema:

CuadroNo.4.Categorización de delitos conservada

Tipología de delitos	Casos	%	Recodificado como
Acoso sexual	3	3.16%	violación
Droga	19	20.00%	
Falsificación	11	11.58%	
Homicidio	31	32.63%	
Incendio	2	2.11%	violencia
Manutención familia	1	1.05%	eliminado
Porte ilegal de arma	2	2.11%	falsificación
Robo	13	13.68%	
Violación	10	10.53%	
Violencia	3	3.16%	
TOTAL	95	100.00%	

Cuadro No. 5. Tipos de Delitos

Delitos	Recuento	%
DROGA	19	20.21%
FALSIFICACIÓN	13	13.83%
HOMICIDIO	31	32.98%
ROBO	13	13.83%
VIOLACIÓN	13	13.83%
VIOLENCIA	5	5.32%
Total	**94**	**100%**

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los siguientes puntos describen a grandes rasgos los pasos seguidos durante el procesamiento de la información y los análisis realizados a través del programa SPSS.

DESCRIPTIVO DE LAS ESCALAS BÁSICAS

Las puntuaciones directas fueron transformadas en puntuaciones estandarizadas (“sten”) de 10 puntos. Esta conversión permite comparar los resultados obtenidos con los de poblaciones normales dominicanas. Las puntuaciones promedios, obtenidas en las escalas normalizadas del 16FP, según el grupo son las siguientes:

Cuadro No. 6. Promedio de puntos stens en las diferentes escalas del 16FP simplificado según grupo muestral.

Factores	Presidiario	Solicitante Armas de Fuego	Estudiante universitario	Total
Factor DM	5.256	7.444	5.368	5.839
Factor A	4.190	5.661	4.065	4.497
Factor C	6.485	9.628	7.072	7.503
Factor E	5.671	4.537	6.165	5.602
Factor F	4.304	4.975	5.900	5.144
Factor G	5.264	5.437	4.094	4.811
Factor H	5.201	5.547	6.647	5.897
Factor I	8.897	10.159	7.246	8.507
Factor L	6.210	4.775	6.745	6.085
Factor M	5.167	5.587	4.533	5.002
Factor N	7.719	6.001	6.966	6.980
Factor O	5.829	3.021	5.125	4.844
Factor Q1	4.278	3.443	3.854	3.894
Factor Q2	5.283	3.898	3.843	4.335
Factor Q3	7.529	8.421	6.401	7.270
Factor Q4	5.575	2.708	5.535	4.856

En su totalidad, la muestra se diferencia significativamente de lo normal en el factor I, donde este grupo resulta mucho más sensible y emocional que la población. Los restantes factores se mantienen dentro del límite de confianza de ± 1 desviación típica (_ = 2, μ = 5.5, límites: 3.5 a 7.5).

Es interesante notar que los estudiantes universitarios constituyen una población cuasi normal, con valores stens centrados alrededor de la media de 5.5. Los presidiarios muestran elevado el factor I (Sensibilidad), relativamente elevado es el factor N (Astucia)y el Q3 (Autocontrol) y sin ningún factor más bajo de lo normal.

Por otra parte, los solicitantes de permiso de armas de fuego muestran elevado el factor I (Sensibilidad), el factor C (Madurez), el Q3 (Autocontrol), bajo el factor Q4 (Relajado), y casi al borde de la significatividad el factor O (Ausencia de Culpabilidad).

COMPARACIÓN DE RESULTADOS

Un objetivo básico de la investigación fue determinar si existen diferencias apreciables entre los diferentes grupos en función de los factores de personalidad. Para eso se sometieron los datos a diversos procesos analíticos, detallados a continuación.

Diferencias significativas entre factores tradicionales según el grupo

Por medio del análisis de varianza (ANOVA) y los tests post-hoc (Tukey) se determinó el grado en que los grupos se diferencian en sus respuestas a los factores tradicionales del 16FP. Se observan diferencias significativas en todos los factores, en función del grupo. El análisis post-hoc de Tukey ubica estas diferencias en la siguiente tabla:

Cuadro No. 7 Diferencias de medias y significatividad de las diferencias

	Diferencias de Medias			Significatividad de la diferencias		
Variable dependiente	Presidiario-Solicitante	Presidiario-Estudiante	Solicitante-Estudiante	Presidiario-Solicitante	Presidiario-Estudiante	Solicitante-Estudiante
DM	2.188	0.1117	-2.0763	0.0000	0.96	0.0000
A	1.4716	-0.1245	-1.5961	0.0020	0.939	0.0000
C	3.1422	0.5867	-2.5555	0.0000	0.286	0.0000
E	-1.134	0.4945	1.6284	0.0010	0.185	0.0000
F	0.6708	1.5955	0.9246	0.155	0.0000	0.0210
G	0.1729	-1.1702	-1.3431	0.903	0.0030	0.0020
H	0.3462	1.4461	1.0999	0.828	0.0150	0.127
I	1.2622	-1.6502	-2.9125	0.0050	0.0000	0.0000
L	-1.4356	0.5348	1.9704	0.0000	0.119	0.0000
M	0.4192	-0.6344	-1.0536	0.383	0.057	0.0020
N	-1.7178	-0.7532	0.9646	0.0000	0.0370	0.0120
O	-2.8073	-0.7038	2.1035	0.0000	0.234	0.0000
Q1	-0.8359	-0.425	0.4109	0.0480	0.351	0.441
Q2	-1.3848	-1.4398	-0.055	0.0020	0.0000	0.989
Q3	0.8924	-1.128	-2.0204	0.052	0.0020	0.0000
Q4	-2.8674	-0.0406	2.8268	0.0000	0.994	0.0000

El grupo de SOLICITANTES de armas de fuego obtiene valores más elevados, significativamente en la escala DM (distorsión motivacional o índice de mentira) que los otros dos grupos (estudiantes y presidiarios). Se distingue de los PRESIDIARIOS por obtener diferencias en los factores: A (más Sociable), C (más Madurez), E (menos Dominante), I (más Sensible), N (menos Astuto), O (menos Culpabilizante), Q1 (menos Rebelde), Q2 (menos Autosuficiente) y Q4 (menos Tenso).

El SOLICITANTE, comparado con el ESTUDIANTE se distingue en el factor A (más Afectivo), C (más Estable), E (menos Dominante), F (menos Entusiasta), G (más Conformista), I (más Sensible), L (menos Suspicaz), M (más Imaginativo, Creativo), N (menos Astuto), O (menos Culpabilizante), Q3 (más Autocontrolado) y Q4 (menos Tenso).

Comparados con los ESTUDIANTES, el grupo de PRESIDIARIOS se distingue en el factor F (menos Entusiasta), G (más Conformista), H (menos Osado), I (más Sensible), N (más Astuto), Q2 (más Autosuficiente), Q3 (más Autocontrolado).

Luego, se procedió a analizar e identificar las posibles diferencias entre los presidiarios de acuerdo a sus factores de personalidad según el tipo de delito, encontrándose que no existen diferencias marcadas entre ellos en función del tipo de delito cometido, por lo que se consideró más conveniente asumirlos como un grupo homogéneo.

Diferencias entre presidiarios y no presidiarios

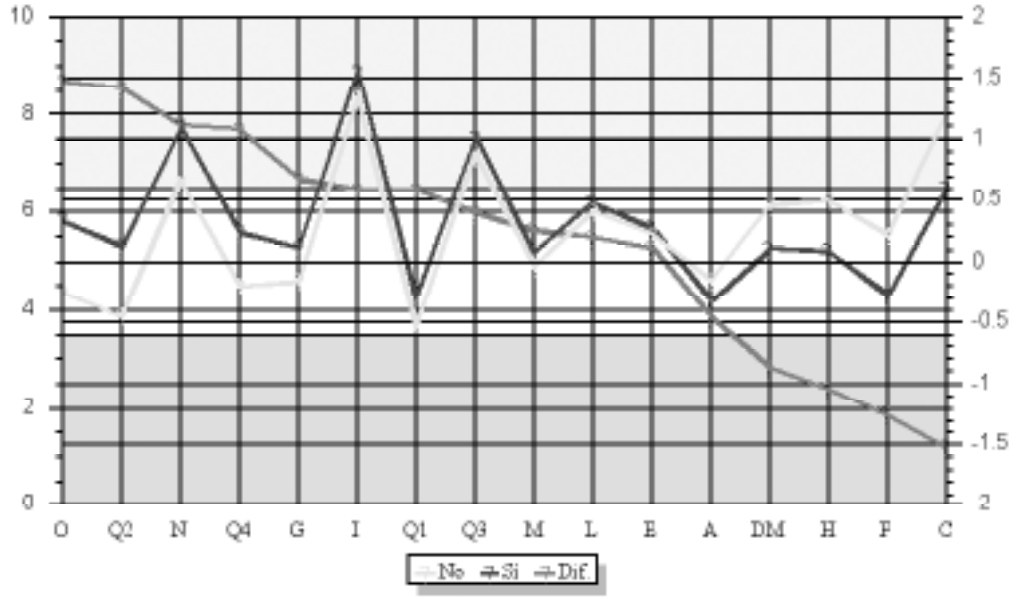
La siguiente tabla muestra los resultados de la significatividad de las diferencias de promedio entre los factores de personalidad según se es presidiario o no (los No-Presidiarios incluyen a Estudiantes Universitarios y a Solicitantes de Permiso de Porte de Armas)

Cuadro No. 8.
Resultado de ANOVA entre presidiarios/no presidiarios en los factores del 16FP

		Media			ANOVA	
Nro	Factores	No	Si	Dif.	F	Sig.
11	*O*	4.35	5.83	1.47	13.06806	0.000
13	*Q2*	3.86	5.28	1.42	19.72450	0.000
10	*N*	6.61	7.72	1.11	15.32604	0.000
15	*Q4*	4.50	5.58	1.08	8.15617	0.005
5	*G*	4.59	5.26	0.68	4.31705	0.039
7	*I*	8.31	8.90	0.58	2.76543	0.097
12	*Q1*	3.70	4.28	0.58	4.18155	0.042
14	*Q3*	7.14	7.53	0.39	1.47040	0.226
9	*M*	4.92	5.17	0.25	0.93174	0.335
8	*L*	6.02	6.21	0.19	0.49788	0.481
3	*E*	5.57	5.67	0.10	0.14448	0.704
1	*A*	4.65	4.19	-0.46	1.76183	0.185
0	*DM*	6.13	5.26	-0.87	4.97298	0.027
6	*H*	6.24	5.20	-1.04	4.83397	0.029
4	*F*	5.56	4.30	-1.26	18.52585	0.000
2	*C*	8.01	6.49	-1.52	16.38932	0.000

La tabla está ordenada con base a la magnitud de la diferencia de promedios entre ambos grupos, y en cada factor. El perfil promedio del presidiario es más Culpabilizante (O), más Autosuficiente (Q2), más Astuto (N), más Tenso (Q4), más Conformista (G), más Rebelde (Q1), menos Distorsionador (DM), menos Osado (H), menos Entusiasta (F) y menos Estable (C) que el no presidiario.

Gráfico No. 3:
Diferencias de perfiles entre presidiarios - No presidiarios



De todos modos, llama la atención el hecho de que, aunque se aprecien diferencias en algunos factores, y que esas diferencias sean estadísticamente significativas, la inspección visual del PERFIL revela que la FORMA del perfil es semejante: No se aprecia, en realidad, que los factores se ubiquen en posiciones diametrales, unos con otros, sino que en algunos casos están más o menos elevados entre los grupos, pero en general respetando la tendencia global. Este hecho motivó que se analizaran los perfiles y la semejanza global entre ellos, usando para tal fin el coeficiente de semejanza de perfiles, propuesto por Cattell y Tatsuoka (Seisdedos, 1981. Pág. 74:81).

La comparación de los perfiles entre Presidiario/No-presidiario refleja las siguientes estadísticas:

Cuadro No. 9. Estadistica comparativa de perfiles

Comparar	Con	ΣwD2	Probabilidad	Decisión
No presidiario	Presidiario	26.04977365	0.99	Perfiles Semejantes al 99.00%

Esto indica que como PERFIL GENERAL, los dos grupos no se diferencian significativamente.

PREGUNTAS SIGNIFICATIVAS

Dado que el enfoque a través de los factores tradicionales de personalidad de Cattell no aportaba conclusiones contundentes, se procedió a intentar otro acercamiento. Básicamente, el proceso seguido se resume en los siguientes pasos:

a) Identificación de las preguntas discriminantes [3]
b) Identificación de la respuesta discriminante, al interior de la pregunta discriminante
c) Construcción de la escala reducida con preguntas discriminantes, puntuadas en la dirección de la respuesta discriminante
d) Factorización de la nueva escala reducida
e) Selección de factores extraídos más discriminantes
f) Contrastación de factores contra el modelo de Cattell
g) Reducción de ítems en los factores extraídos
h) Contrastación del modelo de factores reducido contra el modelo completo
i) Construcción de un modelo de interacción factorial discriminante

a) Identificación de las preguntas discriminantes

Las respuestas a las preguntas del cuestionario fueron sometidas a análisis de ANOVA, con test post-hoc, a fin de identificar, en cada una de ellas, cuál RESPUESTA (A, B ó C) discriminaba entre presidiarios o no, y cuál era la respuesta menos discriminante. La comparación se hacía considerando SER PRESIDIARIO como el valor 1, y NO PRESIDIARIO como el valor 0 (dummy). En ese sentido, se analiza la media de la CATEGORIA que da la respuesta (A, B ó C), y el valor es la probabilidad de que la respuesta identifique a los presidiarios: Mientras más cercana a 1.0 sea esa media, mayor es la probabilidad de que la respuesta sea dada por ese grupo.

3 Por "pregunta discriminante" se entiende preguntas que por su respuesta permitan distinguir entre presidiarios y no presidiarios

b) Identificación de la RESPUESTA discriminante, al interior de la pregunta discriminante

El análisis post-hoc y los subconjuntos homogéneos realizados permitieron identificar cuáles preguntas poseen respuestas que discriminan entre el grupo de presidiarios y el de no-presidiarios, y cuál es la respuesta que más discrimina entre ambos.

c) Construcción de la escala reducida con preguntas discriminantes, puntuadas en la dirección de la respuesta discriminante

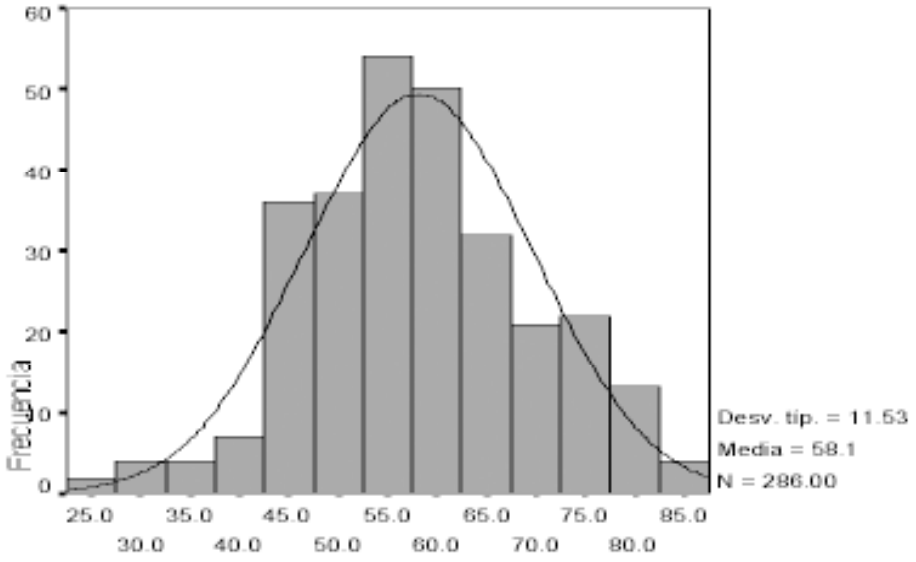
Sobre la información anterior se seleccionaron las preguntas con valor de significación igual ó menor a 0.05. Esto permitió seleccionar 49 preguntas, consideradas las más discriminantes, así como se identificaba la respuesta más y la menos discriminante. De esta manera se construye la Escala 49, cuyos descriptivos se pueden apreciar en el cuadro siguiente:

Cuadro No. 10. Descriptivos de la Escala 49

ESCALA 49		Estadistico	Error tip.
Media		58.1294	.68204
Intervalo de confianza para la media al 95%	Limite inferior	56.7869	
	Limite superior	59.4718	
Media recortada al 5%		58.1818	
Mediana		57.0000	
Varianza		133.039	
Desv. tip.		11.53427	
Mínimo		24.00	
Máximo		83.00	
Rango		59.00	
Amplitud intercuartil		14.2500	
Asimetria		.028	.144
Curtosis		-.054	.287

La Escala 49 es una distribución prácticamente homoscedática, tal como se puede observar en el gráfico siguiente, con una media de 58.1 y desviación de 11.5.

Gráfico No. 4: Distribución de la Esc49, con curva normal superpuesta



Discriminación entre presidiario / no presidiario de la Esc49

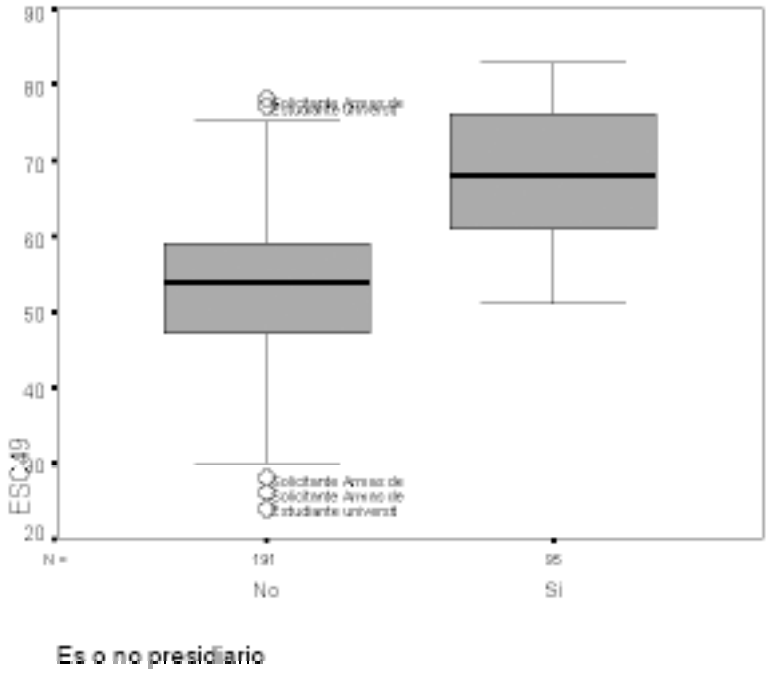
Cuando se analiza la Esc49 en función a si se es o no presidiario, se obtienen los siguientes parámetros descriptivos:

Cuadro No. 11. Síntesis de valores paramétricos de Esc49, según ser o no presidiario

ESC49	Es o no presidiario	
	No	Sí
Media	53.110	68.221
Mediana	54	68
Desviación típica	9.218	8.803
Mínimo	24	51
Máximo	78	83
Amplitud intercuartil	12	15
Asimetría	-0.250	-0.033
Curtosis	0.706	-1.091

La prueba t de diferencias de medias arroja los siguientes datos: Diferencia de medias = -15.1111, t = -13.252, gl = 284, p < 0.001; por lo que se concluye que la Esc49 es altamente discriminante entre los dos grupos, tal como se evidencia en el gráfico de caja-y-bigotes:

Gráfico No. 5: Diferencia en las medianas e intervalo del 2° y 3° cuartiles para la Esc49, según ser o no presidiario.



d) Factorización de la nueva escala reducida

El siguiente paso en el proceso de análisis fue someter la Escala 49 a análisis factorial, para identificar subescalas subyacentes en la misma. Se procedió a realizar una extracción de componentes principales, con rotación varimax, de donde se obtuvo 16 factores que explican el 58% de la varianza. Antes de interpretar los factores extraídos, se procedió a probar los mismos y su poder discriminante en el contexto de ser o no presidiario.

e) Discriminación de los factores extraídos

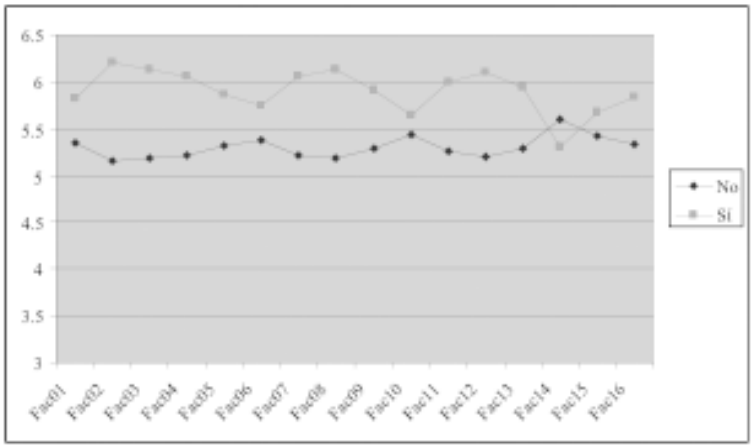
Las puntuaciones factoriales fueron guardadas como variables (Fact01, Fact02, Fact16), sobre las que se realizaron varios tipos de análisis.

El análisis de varianza de los factores identifica aquellos que, por sí mismos, son discriminantes entre ser o no presidiario. La siguiente tabla muestra los valores de significatividad de cada factor para realizar esa distinción:

Cuadro No. 12. ANOVA de los componentes factoriales con respecto a ser o no presidiario

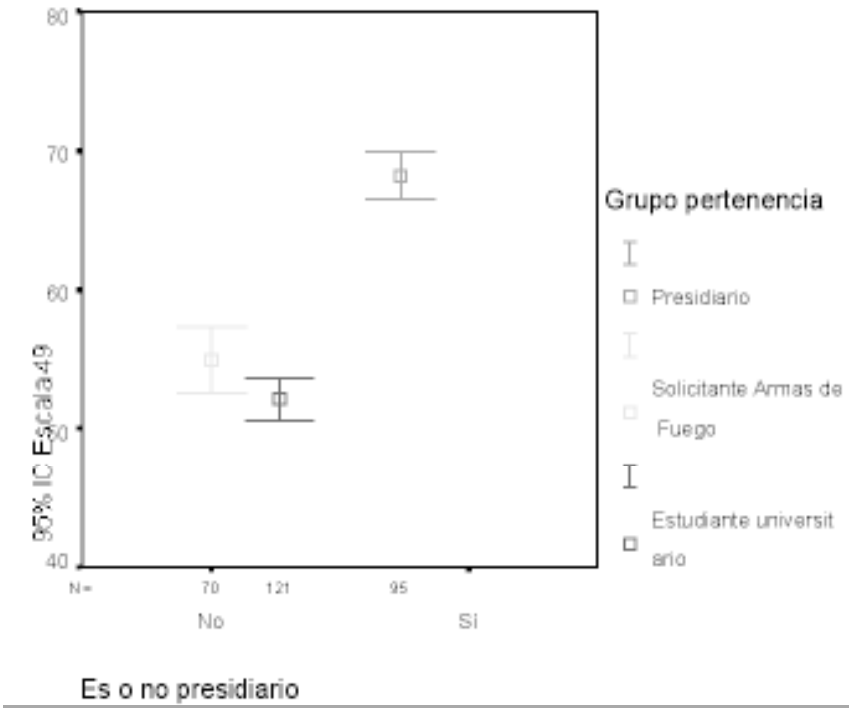
Factor	F	Sig.
FAC03	62.554	0.000
FAC04	56.092	0.000
FAC08	55.669	0.000
FAC02	41.907	0.000
FAC07	41.418	0.000
FAC09	29.565	0.000
FAC10	29.437	0.000
FAC16	29.348	0.000
FAC01	28.660	0.000
FAC05	25.487	0.000
FAC11	25.144	0.000
FAC13	24.456	0.000
FAC12	16.545	0.000
FAC15	**1.217**	**0.271**
FAC06	**0.314**	**0.576**
FAC14	**0.056**	**0.812**

Gráfico No. 6:
Medias de las puntuaciones factoriales extraídas respecto a ser o no presidiario



En este contexto, los factores 6, 14 y 15 no son significativos por sí solos para discriminar entre presidiarios o no. Todos los demás factores son altamente significativos por sí solos.

Gráfico No. 7:
Distribución del intervalo de confianza de la Media, según grupo de pertenencia



Se quería en esta sede identificar cómo interactúan entre sí los factores y cómo se entrelazan para explicar el fenómeno que se quiere observar (conducta delictiva). Por eso se recurre a una segunda aproximación, que fue el construir un modelo de regresión logística binaria, donde se busca determinar el nivel de probabilidad de clasificar un caso como perteneciente a un determinado grupo, partiendo de la interacción de otros indicadores de variables.

Se corrió un modelo con los 16 factores extraídos del análisis, utilizando la técnica de "solución hacia atrás": El programa introduce todas las variables solicitadas, pero procede por pasos, eliminando aquellas que muestran los niveles de discriminación menos significativos en el modelo (dado por la covarianza intragrupo), hasta llegar al modelo óptimo, donde todas las variables retenidas son significativas para el modelo.

La salida, además de las tablas de ANOVA y los coeficientes beta, ofrece también un índice pronóstico para que un determinado caso sea considerado como perteneciente al grupo. Por defecto, el programa asume que valores del índice inferiores a 0.5 llevan a la pertenencia al grupo 0, mientras que valores de 0.5 ó más indican pertenencia al grupo alternativo (1).

Los resultados del modelo, al introducir los 16 factores extraídos del Análisis Factorial fueron los siguientes:

El programa se detuvo en el 4º paso[4], aunque todos fueron significativos.

Cuadro. No. 13. Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo

		Chi-cuadrado	gl	Sig.
Paso 1	Paso	155.006	16	.000
	Bloque	155.006	16	.000
	Modelo	155.006	16	.000
Paso 2	Paso	-.165	1	.684
	Bloque	154.840	15	.000
	Modelo	154.840	15	.000
Paso 3	Paso	-.661	1	.416
	Bloque	154.180	14	.000
	Modelo	154.180	14	.000
Paso 4	Paso	-1.591	1	.207
	Bloque	152.589	13	.000
	Modelo	152.589	13	.000

El Modelo 4 presenta una R2 de Nagelkerk de 0.575, lo que significa que explica casi el 60% de la varianza observada.

Cuadro No. 14. Tabla de clasificación

Paso 4		Pronosticado		
		Es o no presidiario		
Observado		No	Sí	Porcentaje correcto
Es o no presidiario	No	171	20	89.53
	Sí	30	65	68.42
Porcentaje global				82.52

Este modelo logra clasificar correctamente el 83% de los casos, discriminando entre presidiarios y no presidiarios

4 No se presentan todas las salidas producidas, limitándonos a los datos esenciales

Cuadro No. 15. Porcentaje de acierto en pronóstico

		Grupo pronosticado			
		No		Sí	
		Casos	%	Casos	%
Es o no presidiario	No	171	89.5%	20	10.5%
	Sí	30	31.6%	65	68.4%
Total		201	201	70.3%	85

Como puede observarse, el 90% de los no presidiarios y el 68% de los presidiarios son correctamente clasificados a través de este modelo.

f) Contrastación de factores contra el modelo de Cattell

La correlación de las escalas derivadas del análisis factorial con los factores clásicos de Cattell mostró que no existe un patrón definido de correspondencia.

g) Reducción de ítems en los factores extraídos

Una vez que se comprobó el valor predictivo de los factores extraídos, se procedió a reducir dichos factores, conservando solamente aquellas preguntas que tenían valores de saturación absolutos mayores de 0.20.

Los 16 factores retenidos fueron los siguientes:

1º Factor: Impulsividad Aislada, preguntas que retratan una persona más bien impulsiva, algo agresiva y expansiva, que prefiere estar por su cuenta, no le gusta compartir ni intercambiar socialmente y que no acepta interferencia de los demás en sus asuntos, algo cínica respecto a las intenciones y motivaciones de los demás.

2º Factor: Aislamiento Introverso, preguntas que se refieren a una persona que excluye a los demás y no es tan agresiva. Prefiere trabajar y actuar a solas y le molesta la ingerencia de los otros. Es de personas aisladas, introversas, algo cohibidas y centradas en sí mismas.

3º Factor: Moralismo Sofisticado, preguntas que denotan una visión de patrones morales y sociales, con un énfasis en la eficiencia y el orden.

4º Factor: Autosuficiencia Autoritaria, preguntas que detallan una actitud de autosuficiencia y de rechazo a la injerencia de los demás, apegándose a patrones tradicionalistas, actitud dominante y una autovaloración positiva.

5º Factor: Inhibición, preguntas que reflejan un carácter inhibido, tímido, reprimido y cauteloso, temeroso de los demás, a quien no le gusta dirigir y que desconfía de sus habilidades para enfrentarse con los demás.

6º Factor: Despreocupación, preguntas que refieren un carácter algo despreocupado, paciente, sin importarle mucho la opinión de los demás sobre sí mismo, ni por el futuro. No "sufre demasiado" las cosas.

7º Factor: Des-humor, preguntas que reflejan una persona carente de sentido de humor, retraída y más bien portada al rechazo a la diversión y a la expansión del alma, conservadora y "apagada".

8º Factor: Escapismo, preguntas que ponen de manifiesto las personas que se retraen a rumiar sus problemáticas, y que se sienten faltas de estímulo y con poca confianza en sí mismas. Está sumergido en preocupaciones y cavilaciones.

10º Factor: Retraimiento Agresivo, preguntas que refieren a una persona que es más bien retraída, un poco agresiva con quien no concuerda con sus puntos de vista, deseoso de "progreso social" y retraída en su expresión emocional.

11º Factor: Desconfianza, preguntas que retratan a personas que no creen mucho en los demás, desconfían de las intenciones, con una actitud preocupada y aspectos de inestabilidad personal, no les gusta planificar.

12º Factor: Angustia, preguntas que refieren a personas que están centradas en sí mismas, con preocupaciones derivadas de sus propios impulsos. Lucen ser más bien depresivos, preocupados y ansiosos, tanto hacia su pasado como a su futuro.

13º Factor: Impulsividad Intranquila, preguntas que relatan sobre personas que lucen preocupadas, impulsivas, intranquilas, y deseosas de establecer su propio valor. Lucen preocupadas y necesitadas de actividad para disipar sus ansiedades.

14º Factor: Negativismo Social, preguntas que reflejan personas que rechazan el contacto social y la dirección de grupos. Este factor también fue descartado en el análisis discriminante, y parece sugerir una actitud negativista hacia los demás, con despreocupación.

15º Factor: Dependencia, preguntas que aportan poco a la discriminación del modelo de regresión. Parece sugerir personalidades histeriformes, y cierto nivel de incertidumbre sobre la propia valía.

16º Factor: Rechazo a Liderazgo, preguntas que reflejan personas que rechazan el liderazgo, pero que aun así se involucran y son relativamente agresivas, aunque sin asumir la conducción del grupo.

h) Contrastación del modelo de factores reducido contra el modelo completo

Se generaron puntuaciones en los factores reducidos, derivadas de la dirección significativa de la escala, según el estudio de discriminación de respuestas antes citado, y por el signo del coeficiente de saturación factorial. Esto llevó a construir 16 escalas, que reflejaban la reducción escalar (en el número de preguntas y en el procedimiento de cómputo de las mismas). Estas 16 nuevas escalas se compararon con las puntuaciones factoriales obtenidas automáticamente durante el análisis factorial.

Se usó el Coeficiente de Correlación (Pearson) entre el modelo factorial y las escalas reducidas, mostrando que cada factor de la extracción se correlaciona fuerte y significativamente con su correspondiente escala reducida. Luego se procedió a normalizar dichas escalas reducidas y a comprobar sus parámetros, desde el punto de vista psicométrico. Las escalas reducidas originales fueron normalizadas y se computó el respectivo sten para cada sujeto en la muestra. Sobre estas puntuaciones normalizadas se volvió a correr la regresión logística, con el fin de determinar la función de probabilidad clasificatoria con base en puntuaciones normalizadas.

i) Construcción de un modelo de interacción factorial discriminante

Las nuevas escalas fueron asumidas como el modelo más idóneo para la interpretación de los resultados de la Esc49. Para identificar la eficacia de estas escalas y diferenciar entre presidiarios o no, se empleó también la regresión logística con un modelo similar al empleado para las escalas factoriales completas. Este proceso alcanza sus valores óptimos al noveno modelo. Se encontró que el 85.7% de los casos son adecuadamente clasificados por el modelo (94% para no presidiarios y 70% para presidiarios).

Cuadro Nº 16: Resumen de los modelos

Paso	-2 log de la verosimilitud	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerk
1	203.322	.429	.596
2	203.358	.429	.596
3	203.448	.429	.596
4	203.670	.428	.595
5	204.230	.427	.594
6	204.713	.426	.592
7	205.269	.425	.591
8	206.190	.423	.588
9	208.481	.419	.582

El modelo explica el 58% de la varianza

Cuadro Nº 17: Acierto del modelo en la clasificación

Tabla de clasificación[a]

Observado			Pronosticado		
			Es o no presidiario		Porcentaje correcto
			No	Sí	
Paso 9	Es o no presidiario	No	179	12	93.7
		Sí	29	66	69.5
	Porcentaje global				85.7

a. El valor de corte es .500

85.7% de los casos son adecuadamente clasificados por el modelo (94% para No-presidiarios y 70% para presidiarios)

Cuadro Nº 18: Coeficientes del modelo

Variables en la ecuación

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95.0% para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Paso 9	STTFAC03	.410	.129	10.136	1	.001	1.508	1.171	1.941
	STTFAC04	.274	.126	4.690	1	.030	1.315	1.026	1.685
	STTFAC06	.257	.095	7.286	1	.007	1.293	1.073	1.558
	STTFAC07	.365	.091	16.064	1	.000	1.441	1.205	1.723
	STTFAC08	.275	.095	8.342	1	.004	1.317	1.092	1.587
	STTFAC09	.209	.111	3.531	1	.060	1.232	.991	1.532
	STTFAC12	.407	.103	15.530	1	.000	1.503	1.227	1.840
	STTFAC13	.333	.110	9.198	1	.002	1.395	1.125	1.730
	Constante	-15.142	1.885	64.557	1	.000	.000		

Las variables involucradas en el modelo son los factores 3, 4, 6, 7, 8, 9, 12 y 13.

Sobre estas escalas se puede pues construir una nueva "Escala de Pronóstico de Delincuencia". La probabilidad de pertenecer a un determinado grupo se calcula sobre la base de la puntuación z obtenida por una determinada persona, en función de las puntuaciones stens de los factores que entran en la ecuación:

El valor de z, asociado a cada sujeto, estará dado por la fórmula:

Z= 0.41 * St_03 + 0.274 * St_04 + 0.257 * St_06 + 0.365 * St_07 + 0.275 * St_08 + 0.209 * St_09 + 0.407 * St_12 + 0.333 * St_13 + -15.142

Este valor de z debe ser convertido en la PROBABILIDAD de que la persona pertenezca al grupo 1 (presidiarios, en nuestro caso) lo cual se obtiene por la conversión como:

$$prob = \frac{1}{1+e^{-z}} * 100 \text{ (SPSS, 1999b, pág. 41)}$$

Un segundo modelo de regresión se calculó incluyendo en el mismo la escala 49. Este modelo explica el 63% de la varianza observada, siendo el poder de pronóstico del modelo muy alto, ya que logra clasificar correctamente el 85% de los casos: 92% de los no presidiarios y 72% de los presidiarios.

Este modelo explica el 63% de la varianza observada:

Cuadro Nº 19: Resumen de los Modelos

Resumen de los modelos

Paso	-2 log de la verosimilitud	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1	186.425	.462	.642
2	186.472	.462	.642
3	186.605	.461	.641
4	186.807	.461	.641
5	187.090	.461	.640
6	187.556	.460	.639
7	188.265	.458	.637
8	189.915	.455	.633

El poder de pronóstico del modelo es muy alto, ya que logra clasificar correctamente el 85% de los casos: 92% de los No-Presidiarios y 72% de los presidiarios

Cuadro Nº 20: Tabla de clasificación de los casos

Tabla de clasificación[a]

Observado			Pronosticado		
			Es o no presidiario		Porcentaje correcto
			No	Si	
Paso 8	Es o no presidiario	No	176	15	92.1
		Si	27	68	71.6
	Porcentaje global				85.3

a. El valor de corte es .500

Los coeficientes obtenidos son los siguientes, para el modelo retenido:

Cuadro Nº 21: Coeficientes del Modelo logístico, con Esc49 incluida

Variables en la ecuación

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95.0% para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Paso 8	STTFAC01	-.675	.191	12.503	1	.000	.509	.350	.740
	STTFAC04	-.293	.159	3.422	1	.064	.746	.546	1.018
	STTFAC05	-.467	.147	10.018	1	.002	.627	.470	.837
	STTFAC07	.196	.109	3.244	1	.072	1.216	.983	1.506
	STTFAC10	-.420	.149	7.983	1	.005	.657	.491	.879
	STTFAC11	-.375	.146	6.615	1	.010	.687	.516	.915
	STTFAC12	.203	.098	4.252	1	.039	1.225	1.010	1.486
	STTFAC13	.208	.120	3.008	1	.083	1.231	.973	1.556
	STTFAC15	-.177	.109	2.648	1	.104	.838	.677	1.037
	ESC49	.404	.069	34.568	1	.000	1.498	1.309	1.714
	Constante	-15.027	1.846	66.285	1	.000	.000		

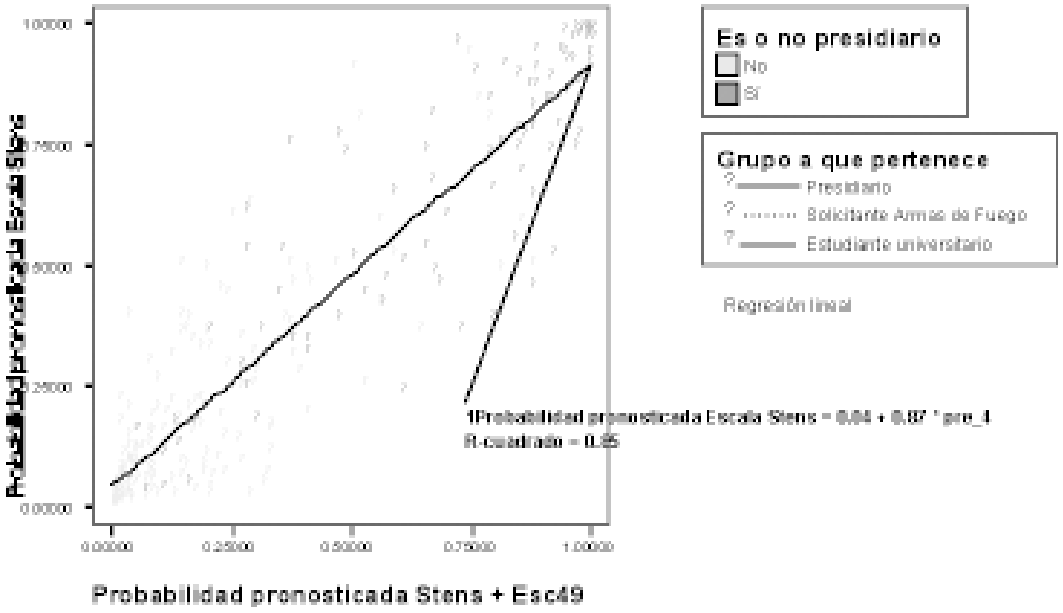
Nótese que los factores F01, F04, F05, F10, F11 y F15 tienen una contribución NEGATIVA, mientras que el F07, F12 y F13, junto con la escala 49, contribuyen positivamente.

Sobre estos valores se puede construir la formula para el cálculo de z, a partir de los puntos stens en las escalas Y DE LAS PUNTUACIONES DIRECTAS de la Esc49, como sigue:

PR2 = -0.675 * St_01 - 0.293 * St_04 - 0.467 * St_05 + 0.196 * St_07 - 0.42 * St_10 - 0.375 * St_11 + 0.203 * St_12 + 0.208 * St_13 - 0.177 * St_15 + 0.404 * ESC49 -15.027)

El nivel de correlación entre este valor de probabilidad de pertenencia a un grupo y el calculado sin la escala 49 se muestra a continuación:

Gráfico No. 8: Dispersión y correlación de las probabilidades calculadas con y sin la Esc49

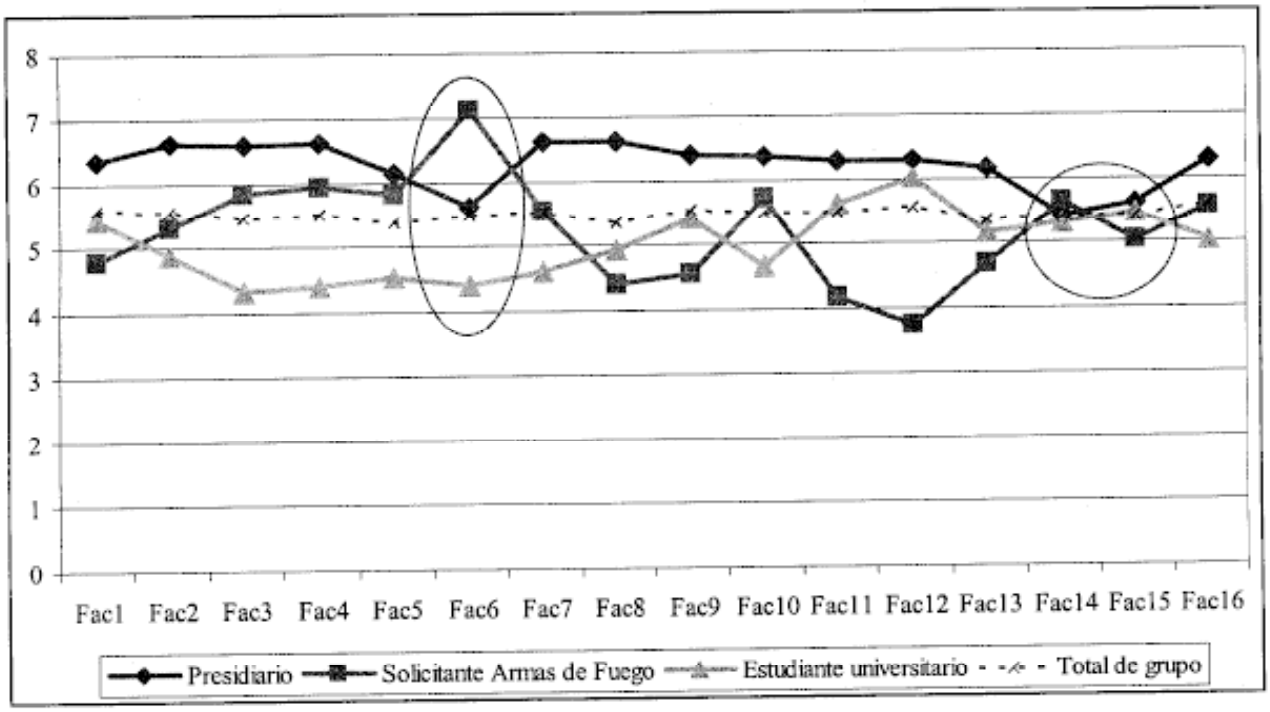


Entre ambos modelos se obtiene un 0.85 de coeficiente de correlación, muy alto. Es posible disponer de ambos índices, y utilizarlos combinadamente para un mejor pronóstico. En todo caso, si existiese una disparidad muy grande entre ambos valores de probabilidad, es más confiable el ofrecido por la fórmula calculada con la esc49.

Se sugiere considerar una zona limítrofe para clasificar el riesgo de semejanza de perfiles de personalidad con la de los presidiarios, mediante el esquema siguiente:

Rango de Probabilidad		Clasificación
Desde	Hasta	
0	25	No riesgo
26	40	Normal
41	60	Limítrofe: No se asume riesgo marcado
61	75	Probable riesgo
76	89	Riesgo evidente
90	100	Alto riesgo

Gráfico No. 9: Promedio de grupo en las escalas retenidas



El grupo de presidiarios obtiene puntuaciones más elevadas en casi todas las escalas, excepto en la escala 6 **(Despreocupación)**, en la que es el grupo de solicitantes de permisos quienes, en promedio tienen, las puntuaciones más altas, y en la escala 14 **(Negativismo Social)**, donde junto con la 15 **(Dependencia**), no parece haber diferencias entre los grupos.

Confiabilidad de las escalas nuevas

Para cada una de las nuevas escalas se calcularon los valores de confiabilidad (Alfa de Cronbach), así como para la Esc49. Los valores de confiabilidad oscilan entre .21 y .67, con la excepción de la escala 6, que posee una confiabilidad sumamente baja (-.006). De todas maneras, hay dos acotaciones que formular:

a) La confiabilidad de las escalas está calculada sobre el archivo intermedio que se elaboró para calcular la Esc49. En ese sentido, la dirección de las respuestas no obedece al esquema de la escala en sí, sino a la plantilla para la esc49.

b) La cantidad de ítem en las escalas es muy baja. Nótese cómo mejora la confiabilidad para la escala Esc49, (= 0.81) con 49 preguntas.

Posteriormente se establecieron las características de los grupos normativos, según las escalas retenidas sobre la base de los promedios de los tres grupos, encontrándose que el grupo de presidiarios obtiene puntuaciones más elevadas en casi todas las escalas, excepto en la escala 6 ("Despreocupación"), en la que es el grupo de solicitantes de permisos de armas de fuego, quienes tienen las puntuaciones más altas en promedio, y en la escala 14 (Negativismo Social), donde junto con la 15, no parece haber diferencias entre los grupos. Las comparaciones de las medias en la escala normalizada, señalan que solamente en los factores 6, 14 y 15, las escalas no logran discriminar entre los grupos, por lo que se sugiere que aunque la escala 6 y 15 se utilicen para calcular el valor z para el cálculo de probabilidad, se saque de la interpretación escala por escala, al igual que se debería hacer con la escala 14.

Significados de las escalas conservadas
Se procedió a interpretar teóricamente los valores stens de las escalas, los que deben ser confirmados con otros tipos de estudio de seguimiento sobre las mismas. Contrarias al test de 16 FP de Cattell, las interpretaciones no son bipolares, sino que responden a una interpretación de tres puntos: Valores 9 y 10, valores 5 y 6; y valores 1 y 2. Para los stens 3, 4, 7 y 8, considerados de "transición" entre dos grupos, no se debe realizar ninguna interpretación. (Véase en anexo el significado de las escalas según la puntuación sten)

Versión definitiva de la prueba
Se construyó la versión definitiva de la prueba en forma de cuadernillo con hoja de respuestas. Se suprimieron las "caritas" de las respuestas, que se sustituyeron por "SI", "No Sé" y "No". Se elaboró un manual de aplicación y un programa computarizado para la corrección, interpretación y el reporte de los resultados.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Tras la creación de la Comisión Médica de la Secretaría de Estado de Interior y Policía en el 2003, los cuestionarios de salud mental anteriormente utilizados para seleccionar y autorizar permisos para portar armas de fuego en los solicitantes, mostraron ser muy poco idóneos o confiables para pronosticar riesgo potencial de conductas delictivas en dichos candidatos.

El presente estudio, diseñado y ejecutado por su autora, quien dirige el Instituto de Psicología de la Universidad Autónoma de Santo Domingo y cuyos aspectos metodológicos fueron dirigidos por Evaluaciones Psicológicas Sistémicas, se abocó a construir la escala reducida de Factores de Personalidad Asociada con la Posibilidad de Conductas Delictivas (FPACD) o Esc49, para lo cual se aplicó la prueba 16 FP de Cattell a grupos diferenciados (presidiarios y no presidiarios), concluye mostrando la confiabilidad y validez necesaria del nuevo instrumento. Primero, por el poder alto del modelo empleado para pronosticar las diferencias entre los grupos según los rasgos de personalidad, y segundo, por el nivel de confiabilidad mostrado, a excepción de las escalas 6, 14 y 15, validando la utilidad práctica de la Escala FPACD para los fines que fue concebida. Sólo resta continuar su aplicación, evaluar y contrastar con otros instrumentos diagnósticos los resultados de esta nueva creación.

NOTAS

Para finales del año 2004 la Secretaria de Estado de Interior y Policía interrumpe el acuerdo que creó la Comisión Médica entre esa institución, la Universidad Autónoma de Santo Domingo y el Colegio Médico Dominicano, dejándose a merced de instituciones privadas la evaluación y selección de los portadores de armas de fuego (un evidente retroceso de los procedimientos avanzados que se habían iniciado anteriormente en el área). Por otro lado, una de las limitaciones del estudio realizado para la creación de la nueva escala, fue la falta de homogeneidad de los grupos de la muestra en cuanto al sexo, predominantemente masculino en presidiarios y portadores de armas de fuego y femenino en estudiantes universitarios, lo que de alguna manera pudo alterar los resultados comparativos. Por razones lógicas, no se anexa el Cuestionario de Factores de Personalidad Asociados a Conductas Delictivas (FPACD) o Escala 49, y sólo se presentan los rasgos personales que mide dicha prueba. Un sinnúmero de cuadros y gráficos estadísticos (más de 112 en total) por problemas de espacio no pudieron ser incluidos en el presente artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brea, Mayra & Cabral, Edylberto (2000) ¿Aumenta la Violencia en República Dominicana? *Perspectivas Psicológicas*. Año 1 (1), p. 64-72.

Brea, Mayra (2003) *Informe del procedimiento de creación del área psicológica de la Comisión Médica de la Secretaría de Estado de Interior y Policía.* Informe inédito, UASD.

Brent DA, Perper JA, et al. (1991) The presence and accessibility of firearms in the homes and adolescent suicides: a case-control study. *JAMA,* 266 (21): 2989

Cabral, Edylberto & Brea, Mayra (1999) Violencia y Factores Socioeconómicos de Riesgo. República Dominicana en el Contexto de América Latina. *Revista CañaBrava* 23 (3), p. 9-11 y 24 (3), p. 4-6.

Cabral, E. & Brea, M. (2001) *Violencia y los Factores Socioeconómicos de Riesgo en la RepúblicaDominicana*. En: http://www.psicologiacientifica.com/publicaciones/biblioteca/articulos/ar-mbrea01.htm

Cabral, E. & Brea, M. (2003) Violencia en República Dominicana: Tendencias Recientes. *Perspectivas Psicológicas.* Año IV (3-4), p. 145-154.

Cattell, Raymond B. et al (1980) *Cuestionario de 16 Factores de Personalidad:* Manual. México: Editorial El Manual Moderno.

Cruz, José Miguel; Trigueros, Álvaro y González, Francisco (2000) *El crimen violento en El Salvador. Factores sociales y económicos asociados.* En http://www.uca.edu.sv/publica/iudop/2000/boletin4/bol400.htm

Cuadra L, Elvira (2000) *Proliferación y Control de Armas en Nicaragua.* Fundación Arias para la Paz y el Progreso. Manuscrito del Primer Foro Centroamericano sobre la Proliferación de Armas Livianas de Fuego, realizado en Guatemala del 27-29 de julio.

Del Orbe, Romy y Artiles, A. (2002) *Factores de Personalidad que determinan la calidad del desempeño de los vigilantes que laboran en una compañía de seguridad en Sto. Dgo.* Tesis de Grado para obtener la Licenciatura de psicología, UNPHU.

Díaz Estévez, J V. (2000) *Introducción a los Métodos de Investigación y Medición Psicológicas: Construcción de Cuestionarios, Escalas y Test.* Valencia: Editorial CSU.

Echeverri Ch, Jorge; Escobar C, F; Martínez, JW; Garzón, A y Gómez, D. (2002). *Trastorno de Personalidad antisocial en condenados por homicidio en Pereira, Colombia.* En: http://www.cues.udg.mx/revistas//

EPSI (1995). *Manual del Test 16 FP (16 Factores de Personalidad).* Sto. Dgo: Autor.

Fisher, A.; Laing, J. y Stockel, J. (1985) *Manual para el diseño de investigaciones operacionales en planificación familiar.* México: Population Council.

Hoffman O, Karen (2002). *Perfil cognitivo, emocional y conductual de individuos que portan armas de fuego a nivel personal. Investigación de la Universidad de Costa Rica*. En http://www.ucatolica.ac.cr/psico/perfil//

Kleck G. (1991). *Point blank: guns and violence in America.* Hawthorne, N.Y.: Aldine de Gruyter.

Pacific Center for Violence Prevention (2002) *Reduciendo el acceso a las armas de fuego.* En http://www.ppcup.org//

Money, Christopher Z. y Duval, Robert D. (1993) Bootstraping. A Nonparametric Approach to Statistical Inference. *Sage University Paper series on Quantitative Applications in the Social Sciences,* 07-095. Newbury Park, CA: Sage.

Rodríguez, Mario y De León, Mayda (2001). *Armas Ligeras y Violencia en Guatemala. En Arsenal Invisible: Armas livianas y Seguridad Ciudadana en la Postguerra Centroamericana*, p.205-260. Ia. ed, San José, Costa Rica. En http// :www.arias.org.cr/documentos/armasliv/ gtarmasdiagn/

Secretaría de Estado de Interior y Policía (2002). *Manual sobre Comercio, Porte y Tenencia de "Armas de Fuego" en la República Dominicana. Orientación y Guía para el Ciudadano.* Edición actualizada, Rep. Dom: Editora Amalba.

Seisdedos, N. (1981) 16FP, *Monografía Técnica.* TEA Ediciones. Madrid: 2ª Edición

SPSS (1999a) *SPSS Base 10.0. Applications Guide.* SPSS, Chicago, IL.

SPSS (1999b) *SPSS Regression Models 10.0.* SPSS, Chicago, IL

Umaña C, Carlos (2000). *Hacia la construcción de una sociedad sin violencia. Proyecto para el Fortalecimiento de los Mecanismos de Control de Armas Ligeras.* PNUD.

Violence Policy Center. (2002) *Los hispanos y la violencia con las armas de fuego.* En http:// vpc.org//

ANEXO

Significado de las escalas: Cómo es la persona, según su puntuación sten en la ESC49.

Escala	Puntuaciones bajas (Sten 1 y 2)	Puntuaciones medias (Sten 5 y 6)	Puntuaciones altas (Sten 9 y 10)
F01- Impulsividad Aislada	IMPULSIVO REPRIMIDO	SERENO	IMPULSIVO-AISLADO
	Con muchas dudas sobre sus propios controles de la impulsividad. Intenta compartir con los demás, pero le es difícil controlar su agresividad. Puede estar lleno de dudas o no haber entendido apropiadamente la prueba.	Persona serena, sosegada y conciliadora, a quien le gusta compartir y que acepta sus responsabilidades sociales y le gusta participar con el grupo	Más bien impulsiva, algo agresiva y expansiva, que prefiere estar por su cuenta, no le gusta compartir ni intercambiar socialmente y que no acepta interferencia de los demás en sus asuntos. Por lo general, rechaza el ser líder de grupos, prefiriendo actuar por su cuenta. Es también algo cínico respecto a las intenciones y motivaciones de los demás.
F02- Aislamiento Introverso	INTROVERSION REPRIMIDA	EXPANSIVO	AISLADO-INTROVERSO
	Indeciso y con dudas de si prefiere trabajar con grupos o participar en ellos. Muestra poca decisión, muchas dudas e incertidumbres y poca comprensión de sus propios deseos e impulsos.	Paciente, comunicativa y expansiva. Tiende a expresar sus problemáticas sin mayores problemas. Le gusta trabajar con personas y no le molesta la interacción social.	Excluye a los demás, pero sin ser agresiva. Prefiere trabajar y actuar a solas y le molesta la ingerencia de los otros. Es de personas aisladas, introversas, algo cohibidas y centradas en sí mismas.
F03- Moralismo sofisticado	AMBIGÜEDAD MORALISTA	PERMISIVO	MORALISTA
	Es moderadamente exigente con los demás y con aspectos como la organización y el "respeto a las costumbres". Presenta muchas incertidumbres y dudas sobre la aceptación o no de las normas.	Acepta las normas y valores sociales, sin cuestionarlos excesivamente y sin gran esfuerzo de apego a los mismos, a veces algo desordenado. No le molesta asumir responsabilidades.	Posee una visión de patrones morales y sociales, con un énfasis en la eficiencia y el orden. Hay un apego a respetar las reglas y las convenciones sociales, prefiere el contacto con personas serias y puede ser muy exigente en asuntos de orden. Pero hacia sí mismo, prefiere no asumir responsabilidades, ni le gusta planificar para el futuro. Parece celoso de su propia intimidad y deseoso de ser socialmente aprobado.

Escala	Puntuaciones bajas (Sten 1 y 2)	Puntuaciones medias (Sten 5 y 6)	Puntuaciones altas (Sten 9 y 10)
F04- Autosuficiencia	AMBIVALENCIA AUTORITARIA	SUMISO	AUTORITARIO
	Se debate entre ser autoritario o sumiso, manteniendo cierto desprecio por los patrones tradicionales. Trata de controlar su impulsividad y presenta actitudes ambivalentes hacia imponerse a los demás.	Más bien sumisa, acepta a los demás y a la autoridad. Puede mostrar apertura mental y adaptarse a cambios y nuevas exigencias del medio.	Actitud de autosuficiencia y de rechazo a la ingerencia de los demás, apegándose a patrones tradicionalistas de ver las cosas, así como a una actitud dominante hacia los demás y una autovalorización positiva. A veces es impulsivo, en su afán de imponer su propio criterio, pero es exigente respecto a su organización personal.
F05- Inhibición	INDECISO-REPRIMIDO	ABIERTO	REPRIMIDO
	Trata de ser abierto y expansivo, pero tiene dificultades para poder crear relaciones. No le teme a sus propias emociones, y parece tener confianza en sí mismo y sus posibilidades.	Abierta, expansiva, un poco descuidada. Se involucra fácilmente con los demás. Le gusta dirigir y parece tener mucha confianza en sus propias habilidades.	De carácter inhibido, reprimido y cauteloso, temeroso de los demás, a quien no le gusta dirigir y que desconfía de sus habilidades para enfrentarse con los demás.
F06- Despreocupación	IMPACIENTE	CONTROLADO	DESPREOCUPADO
	Impaciente, impulsivo, con cierta inestabilidad emocional, a quien le distraen y molestan las interferencias o las personas indecisas.	Muestra un cierto equilibrio, normal, entre despreocupación e impaciencia. Acepta sus errores y la injerencia de otras personas.	Presenta un aspecto de tranquilidad, despreocupado, paciente, que no le preocupa mucho la opinión de los demás sobre sí mismo, ni se preocupa mucho por el futuro. No "sufre demasiado" las cosas.
F07- Des-humor	ALEGRE	NORMALMENTE PARTICIPATIVO	ABURRIDO
	Alegre, le gustan las reuniones sociales, las fiestas y las actividades de expansión. Puede ser muy impulsivo, a veces, y no es muy respetuoso de las tradiciones.	Acepta y goza del contacto con los demás, pero moderadamente. Le gusta estar en grupos animados y presenta un humor normal.	Carente de sentido de humor, retraída y más bien portada al rechazo a la diversión y a la expansión del alma. Es conservadora y "apagada".
F08- Escapismo	DESPREOCUPADO	CONSCIENTE	ESCAPISTA

Escala	Puntuaciones bajas (Sten 1 y 2)	Puntuaciones medias (Sten 5 y 6)	Puntuaciones altas (Sten 9 y 10)
	Despreocupado de sus deberes, aunque los asume y acepta las críticas de los demás. Indeciso en cuanto a asumir responsabilidades y planificaciones.	Conciente de sus deberes, los asume y acepta las críticas de los demás. Le gusta planificar e involucrarse.	Preocupada, intolerante a las opiniones adversas y que prefiere no tener responsabilidades ni planificación. Luce mostrar una actitud de escape hacia los deberes.
F09- Retraimiento Preocupado	CONFIADO	PARTICIPATIVO	RETRAIDO
	Tranquilo, en cuanto a sus propias capacidades, sereno y sin cavilaciones, aunque duda, a veces, de sus potencialidades.	Participativa, animada, motivada a compartir, sin excesivas cavilaciones. Acepta a los demás, sin imponerse.	Tiende a retraerse, a rumiar sus problemáticas, y se sienten desalentadas y faltas de estímulo, con poca confianza en sí misma. Está sumergido en preocupaciones y cavilaciones.
F10- Retraimiento Agresivo	GREGARIO	NORMALMENTE GREGARIO	AISLADO
	Acepta y comparte con los demás, reconoce la autoridad y las normas del grupo, a la vez que acepta su propio nivel social.	Actitud media entre aceptación del grupo y gusto por su propia independencia. Acepta sus propios errores.	Retraída, un poco agresiva con quien no concuerda con sus puntos de vista, deseoso de "progreso social" y retraída en su expresión emocional.
F11- Desconfianza	CONFIADO	CONFIADO	DESCONFIADO
	Ambiguo e indeciso, con respecto a confiar en sí mismo. Cierta inestabilidad emocional, aunque no parece sujeto a alteraciones del humor.	Confiada, serena, a veces un poco despreocupada	No cree mucho en los demás, desconfía de las intenciones de los otros, y tiene una actitud preocupada y con rasgos de inestabilidad personal. No le gusta planificar.
F12- Angustia	SOSEGADO	PREOCUPADO	TENSO
	Relativamente libre de tensiones y presiones, despreocupada y animada	Sensible a las críticas de los demás, le gusta planificar y organizar su vida, con cierta tendencia a respuestas emotivas y moderadamente ansiosas	Centrada en sí misma, con preocupaciones derivadas de sus propios impulsos. Luce ser más bien depresiva preocupada y ansiosa.
F13	ACTIVIDAD NORMAL	CONFIADO	IMPULSIVO

Escala	Puntuaciones bajas (Sten 1 y 2)	Puntuaciones medias (Sten 5 y 6)	Puntuaciones altas (Sten 9 y 10)
Impulsividad Intranquila	Normalmente activo, sin excesivas preocupaciones.	Confía en si misma, es serena y tranquila. A veces es muy sosegada y poco activa.	Luce una persona preocupada, impulsiva, intranquila, y deseosa de establecer su propio valor. Luce preocupada y necesitada de actividad para disipar sus ansiedades.
F14- Negativismo social	SOCIABILIDAD NORMAL	SOCIABLE	NEGATIVISTA
	Acepta el contacto social y la participación con los demás, aunque muestra tendencia a cavilaciones y preocupaciones excesivas.	Gusta del contacto social, de la participación con los demás, sin preocuparse excesivamente de las críticas.	Rechaza el contacto social y la dirección de grupos. Muestra una actitud negativista hacia los demás, con despreocupación hacia el "qué dirán"
F15- Dependencia	MADURO	AUTOCONFIADO	DEPENDIENTE
	Relativamente madura, confiada en su propio yo. A veces puede ser muy independiente	Confía en si misma, sin fobias ni ansiedades indebidas.	Probablemente presenta una personalidad histeriforme, con cierto nivel de incertidumbre sobre la propia valía.
F16- Rechazo a liderazgo	AMENO	ACEPTA EL LIDERAZGO	RECHAZA EL LIDERAZGO
	Socialmente expansivo, no le atrae mucho el dirigir, prefiriendo la diversión y el compartir.	Le gusta dirigir, participar, opinar, coordinar. Acepta las críticas y sugerencias y parece ser hábil en el liderazgo de tipo democrático.	Rechaza el liderazgo, pero aún así se involucran y es relativamente agresiva, aunque sin asumir la conducción del grupo

ARTÍCULOS

La Motivación, Comunicación y Actitudes de los Empleados como Elementos Fundamentales en la Organización

Noris De La Cruz*

RESUMEN

Se resalta la importancia que para la vida de la empresa tiene el estudio del comportamiento organizacional (CO) y en él la motivación, comunicación y las actitudes como elementos vitales para lograr la satisfacción de las partes que interactúan en esta dinámica. Se enfoca la motivación como factor impulsor del comportamiento. Se subraya también la importancia de la comunicación vista como un proceso administrativo por entender que cada función administrativa comprende una forma de comunicación. Las actitudes como sentimientos nos muestran la manera en que estos socios perciben la empresa, su trabajo y todos los elementos de su entorno laboral. Se concluye enfatizando la importancia del papel que juegan estos elementos en la vida de las personas y de las organizaciones. Se traducen en salud, bienestar, y crecimiento para ambos, logrando que los clientes internos y externos permanezcan; los internos buscando satisfacer permanentemente a los externos y éstos proporcionando beneficios en sus diversas manifestaciones; esto se traduce en bienestar para la sociedad.

El estudio del Comportamiento Organizacional comienza entre 1948 y 1952. En su carácter interdisciplinario, involucra una serie de factores importantes, entre ellos la motivación, la comunicación y las actitudes; en este espacio daremos unas pinceladas a estas tres columnas.

La motivación como aspecto importante en el estudio del Comportamiento Organizacional (CO) es vital para lograr la permanencia de las personas en la empresa. Este concepto como disposición de la persona para emitir una acción, involucra los motivos, que son los que determinan o mueven a la persona a actuar en un sentido específico.

La motivación se refiere a los factores que activan y dirigen el comportamiento de los seres humanos y de otros organismos; su complejidad ha ocasionado una variedad de enfoques conceptuales, esto es, biológicos, cognitivos y sociales; todos estos enfoques buscan explicar la energía que guía el comportamiento de las personas en direcciones específicas. Con todo esto nos referimos al **factor estímulo** como energía interna que produce una respuesta en un órgano sensorial.

La motivación ha sido, es y seguirá siendo una verdadera preocupación para las organizaciones, las cuales continuarán en la búsqueda de soluciones. Este es uno de los temas que más se investiga en el CO.

En medio de ese proceso de investigación, los administradores no descansan en su búsqueda de novedades para motivar a sus empleados. Esto involucra tres elementos fundamentales: Intensidad, Dirección y Persistencia. Lo primero

**Profesora adscrita y coordinadora de la Cátedra de Psicología Social y Organizacional de la UASD.*
Consultora en Psicología Organizacional.

es cuánto se esfuerza un empleado enfocándose en una dirección que beneficie a la organización y por cuánto tiempo puede o logra la persona sostener este esfuerzo; por ello, un empleado motivado se aferra a una tarea con vehemencia para alcanzar las metas propuestas, en este logro debemos considerar la calidad, el esfuerzo y la intensidad puesta en acción. Esta lógica nos presenta la motivación como el motor impulsor de cada persona, cuyo combustible posee componentes internos y externos, lo cual ha movido a diversos estudiosos de la conducta a plantear diversas teorías, las cuales pueden clasificarse en dos grupos. El primero, llamado teorías motivacionales, comprende La Teoría de la Jerarquía de Necesidades Humanas (Abraham Maslow), Teorías X y Y (Douglas Mc-Gregor), Teoría de los Dos Factores (Frederick Herzberg), también denominada Teoría del Mantenimiento de la Motivación. El segundo se denomina teorías contemporáneas de la motivación, y está compuesto por la teoría ERG (Clayton Alderfer), Teoría de las Necesidades de Mc-Clelland (o de las Motivaciones Sociales), Teoría de la Fijación de Metas (Gene Broadwater), Teoría del Flujo y la Motivación Intrínseca, Teoría del Reforzamiento, Teoría de la Equidad (Adams), Teoría de las Expectativas (Víctor Vroom) y Teoría de las Metas (Locke), (véase Robbins, 2004)

En esta diversidad, la validez de una tiende a invalidar otras y muchas se complementan; lo importante entonces es articular las teorías más aplicables para ponerlas en práctica como recurso que incrementa la probabilidad de permanencia de las personas en las organizaciones, contribuyendo al logro de la satisfacción del empleado. En este logro la comunicación es un elemento vital, vista, estudiada y administrada como un proceso. Es vital para la organización porque ésta no puede existir sin la comunicación, es así que la administración es comunicación. Esto significa que cada función administrativa comprende una forma de comunicación, directa o indirecta, y lo mismo puede decirse de cada actividad que se desarrolla en la empresa; debemos entonces comprender el concepto de comunicación, el cual se define como el "proceso interpretativo, mediante el cual las personas responden y crean mensajes para adaptarse a su entorno y a las personas que lo rodean" (Fernández, 2001). Las políticas organizacionales, decisiones administrativas y las instrucciones de trabajo serian infuncionales o inefectivas si no se comunican a las personas responsables, de manera que sean comprendidas por quienes las deben poner en práctica.

La comunicación efectiva es básica para la transformación organizacional y se considera crítica para lograr la motivación de los empleados y su satisfacción en el trabajo. Todo administrador necesita información oportuna y útil para tomar decisiones acertadas; cuando los datos son incompletos, deficientes o inadecuados, afectan la motivación, la actitud, la satisfacción, el rendimiento de los empleados y todas las áreas de la organización, dado el alcance de la influencia gerencial.

Uno de los tipos de comunicación es la bidireccional, en la cual observamos varios pasos que van desde la elaboración de la idea pasando por la codificación, transmisión, recepción, decodificación, aceptación y uso, hasta llegar a la retroalimentación como paso que cierra el proceso. En éste pueden identificarse algunos problemas potenciales. La polarización, disonancia cognoscitiva, razonamiento defensivo y el guardar las apariencias; todo esto puede darse en el proceso de comunicación. Además, están los ruidos o interferencias que afectan la transmisión y comprensión del mensaje. Estos problemas y barreras pueden resultar en lo que hemos denominado como deformaciones comunicativas entre administradores y empleados (Kinicki & Kreitner, 2003). Estas deformaciones son un

verdadero problema en y para las organizaciones; esto se traduce en directrices erróneas, transmisiones de informaciones incorrectas y otras dificultades y problemas que se pueden transformar en pérdidas, en diferentes formas, para la empresa.

Un aspecto a tomar en cuenta son los símbolos de la comunicación, dentro de los cuales apuntaremos los dos de uso más frecuente en la empresa, las **palabras** y la **acción**. El primer símbolo es usado tanto de manera escrita como oral y en este segundo modo existen tres tipos de comportamientos o estilos de comunicación. El **asertivo** (persona expresiva y de mejoramiento personal, que propugna por el respeto y la dignidad), el **agresivo** (persona expresiva y de mejoramiento personal, pero que siempre trata de sacar ventaja de otros a como dé lugar), y por último está el estilo **no asertivo,** el cual se caracteriza por la timidez y negación de la propia persona (Kinicki & Kreitner, 2003). Dado que los administradores buscan siempre mejorar su competencia en el uso de la comunicación, es recomendable para ello el estilo asertivo; con éste, el administrador lograría ser un mejor comunicador y así, un ejecutivo o dirigente más funcional y de mejores y mayores resultados.

Existen otras direcciones de la comunicación que afectan la interacción de las personas en las organizaciones; están, la comunicación descendente, ascendente (con ventajas y desventajas, dificultades y requisitos), lateral y electrónica. También la comunicación informal, donde entran los **rumores** y el **chisme** como formas que surgen de la **interacción social**, de modo que afectan como elementos del proceso de comunicación a la empresa de manera positiva o negativa, de acuerdo a como se administre este tan importante proceso, el cual se desarrolla de forma verbal y no verbal, apuntando que en el segundo aspecto son tomados en cuenta todos nuestros movimientos como elementos informativos; gestos, contacto físico, expresiones faciales, movimientos corporales, tacto visual y otros. Este proceso se pone en marcha ante la presencia de los interlocutores (Emisor-Receptor) por lo que la escucha es fundamental para el éxito de este llamado arte, en el cual algunos autores consideran existen diferencias entre hombres y mujeres.

La comunicación efectiva produce actitudes más positivas, lo que se manifiesta en el nivel de motivación que exhibe el empleado en el desempeño de sus funciones, en la calidad del servicio o producto terminado, en su interacción con los superiores, con los miembros de su equipo, clientes externos y demás grupos involucrados en esta actividad productiva que como resultado final afecta positivamente a la sociedad en términos de los beneficios que ésta recibe. En el desarrollo del proceso comunicativo la tecnología es abrazada por las organizaciones porque, con su uso para la obtención de información, se logra mejorar la satisfacción de los empleados (o socios) y de los grupos señalados.

En lo que se ha clasificado como comunicación organizacional hace su entrada el Internet, Intranet, el correo electrónico, la video conferencia, el tele trabajo y la computación colaborativa, la cual con el uso del software y el hardware de la computadora logra ayudar a los empleados (socios) a mejorar su trabajo, incluyendo las redes formales de grupos pequeños. Todo esto, como ya hemos dicho, crea en la persona una actitud más enfocada hacia el logro de objetivos, no sólo personales si no también organizacionales.

La comunicación como transferencia y comprensión de significados para la acción efectiva cumple con la función de "controlar la conducta de los miembros del grupo o de la organización a través de las jerarquías de autoridad y el establecimiento de lineamientos, fomenta la motivación al dar las explicaciones requeridas a

los empleados o socios para que ejecuten las acciones necesarias en busca de un mecanismo fundamental que permita a los trabajadores manifestar sus frustraciones y sentimientos de satisfacción" (Robbins, 2004).

Comunicarse se constituye en un escape para la expresión de emociones y sentimientos de satisfacción de necesidades tanto de tipo social como básicas y, además, tiene la función de facilitar la toma de decisiones porque proporciona las informaciones que los empleados y grupos de empleados necesitan para emitir las acciones pertinentes.

En la dinámica que hemos establecido están involucradas las actitudes de los empleados, las cuales son entendidas como sentimientos y creencias que determinan en gran parte la forma en que los empleados perciben su ambiente/su compromiso con las acciones que se pretenden y su comportamiento (Keith & Newstrom, 2003); las actitudes son afectadas por la percepción y están en acción todos nuestros sentidos, por ello la satisfacción, el compromiso organizacional y el involucramiento en el trabajo son elementos tomados en cuenta en nuestra preocupación por motivar al empleado y lograr su permanencia en la empresa, en lo que la comunicación juega un papel protagónico.

La **satisfacción en el trabajo** como tema de importancia es enfocada de manera **individual** y **global**; la primera se refiere a la actitud de un empleado y la segunda como una actitud global, que involucra el comportamiento de muchas personas y en diferentes aspectos del trabajo o de la empresa. La satisfacción en el trabajo es dinámica porque está afectada por las necesidades de los empleados y puede disminuir o aumentar y en esa misma medida afecta la calidad y cantidad del trabajo que realiza la persona y sus consecuencias son tanto internas como externas. Esta actitud, negativa o positiva, tiende a surgir en la medida en que el empleado obtiene cada vez más informaciones sobre la empresa, sus superiores y sus compañeros de trabajo. Si el nivel de satisfacción es alto, encontraremos que el empleado (socio) se sumerge en su trabajo de modo que lo concibe como parte de su vida e invierte más energía, tiempo y todos los recursos que puede de acuerdo con su motivación. Esto significa que observaremos en esta (s) persona (s) un más alto nivel de lealtad y un mayor deseo de participar en todas las actividades de la empresa, por lo que su sentido de pertenencia también se afirmará o se incrementará.

Por lo que hemos señalado, el lector puede ya inferir que las actitudes tienen sus efectos en los empleados y por supuesto, en las organizaciones. Estos son factores de predicción de comportamientos, tanto de satisfacción como de insatisfacción. El empleado insatisfecho no se dedica a su trabajo, manifiesta apatía, retraimiento físico y psicológico, no se involucra en actividades de la empresa, exhibe conductas agresivas, manifiesta desacuerdo con gran frecuencia, empieza a exigir derechos, a presentarse como víctima de injusticias; todo lo ve de otro color y con otra fragancia. Este comportamiento afecta a los empleados más influenciables (menos maduros, menos leales, con reservas- por diversas razones y otro tipo de debilidades) por lo que contamina el clima de la organización y se traducirá en perdidas internas y externas, humanas y materiales, entre otras consecuencias.

En estas condiciones, el empleado tiende a emitir conductas violentas, como llegar tarde a su lugar de trabajo, caer en robo, ausentismo, tortuguismo (que se traduce en improductividad), conflictos diversos y otras manifestaciones. Todos estos comportamientos negativos dañan a la empresa y a sus miembros.

En lo positivo, estas actitudes favorecen a la organización y a todos sus recursos, de modo muy especial al **recurso humano,** tanto en su interacción en este ambiente como fuera de él;

esto incluye su relación familiar y como resultado tendremos mejores ciudadanos.

En conclusión, la motivación, la comunicación y las actitudes de los empleados (socios) juegan un papel fundamental en el mercado, en su desarrollo, crecimiento y desarrollo de las personas; por lo que se constituyen en esenciales para alcanzar la permanencia de éstas (las personas) en su lugar de trabajo. Estos elementos afectan la toma de decisiones en todos sus niveles y ésta se vincula con la percepción como manera de organizar e interpretar las impresiones sensoriales. Es entonces que la permanencia de las personas en las empresas depende de una gran cantidad de factores que se encuentran enlazados y que son y serán en esencia el equilibrio de estas (las organizaciones).

Toda persona que interactúa en un ambiente de trabajo, sobre todo quienes dirigen, deben prestar atención a la percepción que de usted, del trabajo, de sus compañeros y de la empresa tiene el empleado (socio); esta es la entrada a la comprensión de las actitudes.

REFERENCIAS

Fernández C., Carlos (2001). *La Comunicación Humana en el Mundo Contemporáneo.* 2da. Edición. México: Mc Graw Hill.

Guillen G., Carlos: Gil B., Rocío (2000). *Psicología del Trabajo Para las Relaciones Laborales.* España: Mc Graw Hill.

Keith, Davis; Newstrom, John W. (2003). *Comportamiento Humano en el Trabajo.* 11ava. Edición. México: Mc Graw Hill.

Kinicki, Ángelo; Kreitner, Robert (2003). *Comportamiento Organizacional.* México: Mc Graw Hill.

Robbins, Stepben P. (2004). *Comportamiento Organizacional.* 10.ma. Edición, México: Pearson.

Werther, William B; Keith, Davis (2000). *Administración de Personal y Recursos Humanos.* 5ta. Ed. México: Mc Graw Hill.

ARTÍCULOS

Estadística y Psicología: Análisis Histórico de la Inferencia Estadística

Enerio Rodríguez Arias*

RESUMEN

Después de enunciar brevemente los principales aportes de los pioneros ingleses de la ciencia estadística, se examina en una perspectiva histórica el proceso de la inferencia estadística como el mecanismo fundamental para el manejo de los errores variables en una investigación. Se identifican los componentes distintivos de los dos enfoques conceptuales que se amalgaman en la exposición establecida de los diferentes pasos de la inferencia estadística, a saber, el enfoque de Fisher y el enfoque de Pearson y Neyman. Las enemistades personales entre estadísticos ilustran el papel de las pasiones humanas en las controversias intelectuales. Se alude brevemente a las consecuencias negativas del híbrido representado por el matrimonio de conveniencia entre puntos de vista claramente opuestos.

El presente artículo es de interés tanto para el estadístico como para el psicólogo. Las técnicas de análisis de datos más frecuentemente utilizadas por los psicólogos en sus investigaciones, fueron creadas por un pequeño grupo de estadísticos ingleses: Francis Galton, Karl Pearson, William Gosset (Student), Ronald Fisher y Egon Pearson (hijo de Karl Pearson); este último (Egon Pearson) trabajó en colaboración con el matemático polaco Jerzy Neyman, quien vivió por un tiempo en Inglaterra y más tarde se estableció en Los Estados Unidos de América. Las ideas de correlación y regresión provienen de Galton; el primer Pearson, además de producir la fórmula para el cálculo de la correlación, es el creador de la prueba de la ji cuadrada; Gosset creó la prueba t en su forma original, Fisher desarrolló aún más la prueba t, bautizándola con el nombre de "la t de Student" y no la t de Gosset, porque éste, debido a los términos del contrato laboral suscrito entre él y la cervecería Guinness de Dublín, Irlanda, sólo podía firmar con su verdadero nombre los informes y documentos preparados para la empresa, y por esa razón usaba el pseudónimo de "Student" para firmar sus artículos sobre estadística.

Además de desarrollar la famosa t de Student, Fisher creó el análisis de varianza, que luego fue bautizado con el nombre de prueba F en su honor. Pero el legado más controversial de Fisher es la prueba de la hipótesis nula como la estrategia de inferencia inductiva que debe guiar el análisis estadístico de los datos en una investigación científica. Es en este punto donde han intervenido Egon Pearson y Jerzy Neyman (de aquí en adelante, Pearson & Neyman), contradiciendo la posición de Fisher y generando un debate, desconocido para la mayoría de estadísticos y psicólogos, que a través de los libros de texto hemos heredado una estrategia de análisis que aparentemente ha disuelto la contradicción. (Aron & Aron, 2001; Gigerenzer et al., 2004).

* Psicólogo, Dr. en Filosofía. Profesor Titular de la Escuela de Psicología de la Universidad Autónoma de Santo Domingo. Profesor de Filosofía de la Ciencia y Metodología de la Investigación en el nivel de Maestría.

Además de informar al lector acerca de cómo la enemistad personal puede afectar una controversia científica, la meta principal del presente artículo es dejar claramente establecido qué es de Fisher y qué es de Pearson & Neyman en la prueba de la hipótesis nula, tal como el procedimiento es expuesto en los libros de texto y rutinariamente practicado en la investigación psicológica publicada.

Refrescando la memoria del lector

Utilizando una analogía de indudable valor didáctico, Hyman (1964) comparaba el análisis estadístico de los datos de una investigación con el proceso de la digestión. Cuando el alimento, que en esta analogía corresponde a los datos, es ingerido por un organismo, no puede ser utilizado por éste mientras no haya sido desintegrado y reconstituido en una forma asimilable. Diferentes sustancias alimenticias requieren para este proceso diferentes períodos de tiempo y combinaciones distintas de la actividad digestiva. El proceso digestivo ha de adaptarse en una forma altamente específica a cada tipo de alimento. Y en una forma análoga, el investigador ha de adaptar sus procedimientos de análisis de los datos a la naturaleza originaria de sus observaciones. Algunos instrumentos de reunión de datos arrojan datos iniciales en forma de números, a los cuales se pueden aplicar directamente técnicas estadísticas. Otros instrumentos, como los cuestionarios de respuesta libre y las entrevistas, arrojan datos iniciales que requieren de tratamiento y codificación adicionales, antes de que se pueda comenzar a realizar con ellos cualquier análisis estadístico. Diferentes clases de datos requieren tipos diferentes de análisis antes de quedar reducidos a una forma en la que puedan ser interpretados. (Girden, 1996; Stern & Kalof, 1996).

En la situación más sencilla de investigación, hay una variable dependiente y por lo menos una variable independiente con dos valores. La tarea del investigador consiste en determinar el grado en que los datos de la investigación reflejan una relación entre las variables independiente y dependiente; o dicho en otros términos, el análisis estadístico de los datos persigue determinar si dos grupos que difieren en el lugar que ocupan en la variable independiente, difieren también en la variable dependiente. Tanto la relación entre las variables como la ausencia de relación entre las mismas, pueden resultar enmascaradas por dos clases de errores: los errores constantes y los errores variables. Los errores constantes son producidos por variables extrañas que afectan de manera constante los resultados de una investigación; por ejemplo afectan siempre de la misma manera la relación (o la falta de relación) entre dos variables (independiente y dependiente), o afectan siempre de la misma manera (favorable o desfavorablemente) a los grupos de la investigación. Los errores variables, en cambio, son producidos por variables extrañas que afectan de manera variable los resultados de la investigación; se trata de variables extrañas que actúan aleatoriamente sobre todos los sujetos de la investigación, y que por esa misma razón, sus efectos tienden, a largo plazo, a anularse mutuamente.

No existen fórmulas simples para prevenir los errores constantes. A través de su entrenamiento y experiencia, el investigador aprende a anticipar muchas de las fuentes más graves de errores constantes; pero nunca tiene una garantía absoluta de que ha eliminado toda posibilidad de que alguna variable extraña pueda estar produciendo un error constante. En realidad, una gran parte del progreso alcanzado en cualquier campo de la investigación científica depende del descubrimiento de las fuentes de tales errores constantes. Salvo algunos descubrimientos científicos excepcionales, puede decirse que en general la mayoría de los descubrimientos científicos, eliminan alguna fuente de error constante.

En cuanto a los errores variables, además de los esfuerzos que puede hacer el investigador para minimizar la varianza de error a través del diseño

de la investigación (Kerlinger & Lee, 2002), una forma de enfrentar dichos errores es la inferencia estadística (Hyman, op. cit.). Esta expresión se aplica a un conjunto de procedimientos utilizados para determinar el grado en que la relación observada entre dos variables (o la diferencia observada en una variable dependiente entre dos o más grupos de sujetos) puede explicarse como resultado del azar, es decir, atribuirse a fuentes de errores variables. Para verificar la posibilidad de que la relación observada entre las variables independiente y dependiente de una investigación pueda explicarse como resultado del azar, el investigador realiza una operación designada con el nombre de ritual de la prueba de significación estadística. El término "ritual" describe adecuadamente dicha operación, porque sucede que la mayoría de los investigadores realizan la prueba de significación estadística de una manera rutinaria, ejecutando cada paso de la operación de modo automático, tal como están formulados en los libros de texto. Dicho ritual, conocido también como la prueba de la hipótesis nula fue creado por Ronald Fisher. Veamos los pasos de la prueba de la hipótesis nula, tal como aparecen en cualquier libro de texto de estadística. Valga la advertencia previa de que en dicha exposición se combinan las posiciones de Fisher y de Pearson-Neyman, pero en cada caso se identifica la posición a la que pertenece cada elemento.

Pasos del ritual de la prueba de significación estadística:

1. El investigador formula la hipótesis nula. En términos generales, la hipótesis nula afirma que no existe ninguna relación real o verdadera entre las variables independiente y dependiente de una investigación, y que, por tanto, si alguna relación es observada entre dichas variables en los datos de la investigación, la misma podría explicarse como resultado del azar. Es por eso que a la hipótesis nula se le llama la hipótesis del azar. Dicho de otra manera, la hipótesis nula expresa que si se repitiera la investigación un número suficiente de veces, siempre con una muestra distinta extraída aleatoriamente de la misma población, las diferencias en la variable dependiente entre los grupos de la investigación tenderían a neutralizarse y terminarían siendo cero. El razonamiento implícito en la hipótesis nula es el siguiente: Suponiendo que el resultado de una investigación particular constituye una selección al azar de entre una multitud de resultados posibles, el investigador se pregunta cuál sería la probabilidad de obtener por azar la diferencia que él ha encontrado entre los grupos de su investigación.

   Si esa probabilidad es igual o menor que un nivel de probabilidad convencional previamente establecido, entonces el investigador concluye que los resultados por él observados no se deben al azar, y, por tanto, rechaza la hipótesis nula. Si, en cambio, la probabilidad de que la diferencia observada entre los grupos se pueda explicar como resultado del azar es superior al nivel de probabilidad convencional previamente establecido, entonces nos se puede descartar el azar, es decir, no se rechaza la hipótesis nula. Esta formulación es puramente fisheriana.

2. Es obvio que la decisión sobre la hipótesis nula requiere de que se haya establecido previamente un nivel de significación estadística, es decir, un criterio que sirva de base a la decisión de rechazar o no rechazar la hipótesis nula. Al establecer un criterio de decisión sobre la hipótesis nula, el investigador puede ponderar los errores que podría cometer en su decisión sobre la hipótesis nula. Una primera forma de error (se conoce como el error tipo I) consiste en rechazar una hipótesis nula verdadera, es decir, descartar el azar como explicación cuando los resultados podrían explicarse razonablemente con base en el mismo. Este es el error que comete el investigador que ve más que lo que hay en los datos; es decir, el investigador concluye que existe una relación real o verdadera entre las

variables independiente y dependiente de la investigación, cuando en realidad la relación observada se puede explicar razonablemente como resultado del azar. El llamado error tipoI es el error del investigador que se apresura a concluir a favor de su hipótesis de investigación. Fisher no habló de ningún otro error, pues la prueba de la hipótesis nula para él no era otra cosa que un freno a la tendencia natural de un investigador a creer que una hipótesis ha sido confirmada por el simple hecho de que los resultados de la investigación siguen la misma dirección de la hipótesis.

En la estrategia de Fisher, sólo hay un error posible: rechazar una hipótesis nula verdadera. Una segunda forma de error (se conoce como el error tipo II), introducida por Egon Pearson y Jerzy Neyman, consiste en no rechazar una hipótesis nula falsa, es decir, no descartar el azar aun cuando éste no constituye una explicación razonable de los datos. Este es el error que comete el investigador que ve menos que lo que hay en los datos; por miedo a rechazar incorrectamente el azar, el investigador puede exponerse al riesgo de pasar por alto una relación real o verdadera entre las variables de su investigación. Fueron Pearson y Neyman los que, al introducir un segundo tipo de error, bautizaron como error tipo uno al error de que había hablado Fisher.

En la perspectiva fisheriana, el nivel de significación estadística es el punto que separa las probabilidades que nos conducen a rechazar la posibilidad de que la relación observada entre las variables de una investigación se deba completamente a errores variables (errores de azar) de aquellas probabilidades que nos conducen a no rechazar esa posibilidad.

Según Fisher, el nivel de significación estadística equivale a la magnitud del riesgo que está dispuesto a correr el investigador, de cometer el error de rechazar una hipótesis nula verdadera (el llamado error tipo I). Para la mayoría de los propósitos, el nivel de significación previamente establecido suele ser de 0.05, aunque en áreas de investigación más rigurosas se trabaja con un nivel de significación de 0.01. Suponiendo que se trabaja con un nivel de significación de 0.05, se rechazaría la hipótesis nula siempre que la probabilidad de explicar los resultados obtenidos en una investigación como si fueran obra del azar sea igual o menor que 0.05.

En la perspectiva de Pearson y Neyman, para establecer el nivel de significación estadística habría que atender al impacto de cada tipo de error en el objetivo del investigador, y a partir de ahí se decidiría cuál de ellos es preferible minimizar. Pearson y Neyman llamaron alfa al error tipo I y beta al error tipo II; a partir de este último tipo de error, introdujeron el concepto de "poder de una prueba estadística", el cual se refiere a su capacidad para evitar el error tipo II, y está definido por 1 menos beta, y en estrecha relación con éste se ha desarrollado el concepto de "tamaño del efecto" que algunos han propuesto como sustituto de los valores p en los informes de investigación científica. (Cohen, 1990, 1994; Kraemer & Thiemann, 1987; Murphy & Myors, 2004).

3. El tercer paso del llamado ritual de la prueba de significación estadística consiste en la elección de la prueba estadística que se utilizará para someter a prueba la hipótesis nula. Hay dos clases de pruebas estadísticas: Las paramétricas y las no paramétricas. Se llama paramétricas a aquellas pruebas estadísticas que exigen que los datos a los que se aplican cumplan con los siguientes requisitos: Que los valores de la variable dependiente sigan la distribución de la curva normal, por lo menos en la población a la que pertenezca la muestra en la que se hizo la investigación; que las varianzas de los grupos que se comparan en una variable dependiente sean aproximadamente iguales (homos-cedasticidad, u homogeneidad de las varianzas); y que la variable dependiente esté medida en una escala que sea por lo menos de intervalo, aunque este

último requisito no es compartido por todos los estadísticos (McGuigan, 1993; Siegel, 1956). Cuando los datos cumplen con los requisitos indicados, especialmente con los dos primeros, las pruebas estadísticas paramétricas exhiben su máximo poder, es decir, su máxima capacidad para detectar una relación real o verdadera entre dos variables, si es que la misma existe. Las pruebas paramétricas más conocidas y usadas son la prueba t de Student, la prueba F, llamada así en honor a Fisher, y el coeficiente de correlación de Pearson, simbolizado por r. Cuando estas pruebas estadísticas se aplican a datos que violan los dos primeros de los requisitos señalados, pierden parte de su poder. Las pruebas estadísticas no paramétricas, en cambio, no hacen a los datos ninguna de las exigencias que les hacen las pruebas estadísticas paramétricas; por eso se les denomina "pruebas estadísticas libres de distribución". Las más conocidas y usadas de estas pruebas son la ji cuadrada de Pearson, la prueba de la probabilidad exacta de Fisher, los coeficientes de contingencia de Pearson y Cramer, la prueba U de Mann & Whitney, el coeficiente de correlación de rangos de Spearman, y el coeficiente de asociación ordinal de Goodman y Kruskal (coeficiente gamma), (Conover, 1999; Leach, 1979; Siegel, op. cit.). Todas estas pruebas poseen menos poder que las pruebas paramétricas correspondientes, pero han demostrado ser muy útiles como alternativas cuando no se considera apropiado el uso de pruebas paramétricas.

4. El último paso del ritual de la prueba de significación estadística consiste en comparar el valor arrojado por la prueba estadística aplicada a los datos, con el valor que en circunstancias comparables puede ocurrir por azar con una probabilidad de 0.05 o 0.01, según el valor de la probabilidad que se haya adoptado como nivel de significación estadística. Si al consultar la tabla de los resultados de la prueba estadística que pueden ocurrir por azar con diferentes niveles de probabilidad, se observa que el resultado de la investigación tiene una probabilidad de ocurrir por azar igual o menor que la probabilidad adoptada como nivel de significación estadística, entonces se rechaza la hipótesis nula. Si, en cambio, el resultado de la investigación tiene una probabilidad de ocurrir por azar mayor que la probabilidad adoptada como nivel de significación estadística, entonces no se rechaza la hipótesis nula. Esto es todo cuanto diría Fisher al terminar la prueba de la hipótesis nula. Pearson & Neyman, en cambio, incorporaron la idea de simetría entre el rechazo y la confirmación de la hipótesis nula; es a partir de ellos que los libros de texto de estadística han incorporado la expresión "se acepta la hipótesis nula", pues para Fisher sólo era posible rechazar o no rechazar la hipótesis nula.

La historia detrás de una diferencia conceptual.

En un pequeño libro dedicado al estudio de los pioneros de la estadística, Tankard (1984) se refiere al hecho de que las cuatro técnicas estadísticas más comunes fueron creadas por cuatro ingleses nacidos dentro de un período de sesenta y ocho años. El primero de ellos, Francis Galton (1822-1911) es el precursor inmediato de la ciencia estadística en Inglaterra. Primo de Charles Darwin, fue el primero en hablar de biometría (término que usaba para referirse a lo que luego sería la estadística. Creó la cátedra de Eugenesia en la universidad de Londres. Sus estudios de la relación entre la altura de los hijos y sus padres le llevaron a los conceptos de correlación y regresión. Karl Pearson (1857-1936) ha sido considerado como el fundador de la ciencia estadística. Seguidor entusiasta de la teoría de la evolución, e influido por las ideas de Galton, creyó encontrar en la correlación, cuya fórmula de cálculo desarrolló, el instrumento adecuado para convertir la psicología, la antropología y la sociología en ciencias tan respetadas como la física y la química. Su contribución más famosa a la

estadística es la prueba ji cuadrada, aunque es más común escuchar "la correlación de Pearson". Fundó la revista especializada en Estadística *Biométrika,* y contribuyó de manera notable a elevar el prestigio de la estadística como un instrumento de gran valor para el método científico. Como toda persona controversial, fue capaz de provocar tanto amistades devotas como enconadas enemistades. William Gosset (1876-1937) fue uno de sus mejores amigos, mientras que Ronald Fisher (1890-1962) fue uno de sus peores enemigos. En realidad Gosset era amigo de ambos, y siempre trató de suavizar los problemas entre ellos. Pero la enemistad entre Pearson y Fisher era tan profunda que Fisher sólo pudo publicar un artículo en la revista *Biométrika* que dirigía Pearson. Eso ocurrió en 1915, cuando Fisher tenía 25 años y Pearson 39. A partir de ese año, Pearson apeló a las más inverosímiles excusas para negarle las páginas de*Biométrika* a Fisher; ni siquiera algunas notas técnicas breves, enviadas por Fisher para aclarar asuntos conceptuales de estadística, le fueron publicadas en *Biométrika.* (Cowles, 2001).

Karl Pearson se retiró en 1933, y le correspondió a Ronald Fisher sustituirlo en la cátedra de Eugenesia, originalmente creada por Galton en la Universidad de Londres. Pearson murió en 1936, precisamente el año en que él y Fisher comenzaban su más punzante discusión.

Ronald Fisher fue probablemente el más brillante y productivo de los miembros del pequeño grupo de estadísticos ingleses. Publicó alrededor de 300 trabajos y siete libros, en los cuales desarrolló muchos de los conceptos de la estadística: La importancia de la aleatorización, la varianza, el análisis de varianza, la distinción entre estadística (medida de muestra) y parámetro (medida de población), hipótesis nula, niveles de significación, y las ideas fundamentales del diseño de investigación. De temperamento difícil, se vio involucrado en profundas enemistades. Se dice de él que cuando le hablaban en broma, él contestaba en serio; cuando los demás estaban serios, entonces él bromeaba.

Karl Pearson tenía un hijo, Egon Pearson (1895-1980) quien también era estadístico y trabajaba en el laboratorio Galton bajo las órdenes de su padre. En 1925, el joven Egon inició una perdurable amistad con Jerzy Neyman (1894-1981), un joven matemático de la Universidad de Varsovia que acababa de llegar al laboratorio Galton. Cuando Karl Pearson se retiró en 1933, para que su hijo Egon Pearson no estuviera bajo la dirección de Ronald Fisher, se creó un nuevo Departamento de Estadística, a ser dirigido por Egon Pearson. De nada valieron los esfuerzos del binomio Pearson-Neyman por evitar la continuación de la vieja enemistad de Fisher, pues este desplazó su hostilidad hacia ellos, reaccionando de manera enfurecida frente a las extensiones y elaboraciones que de la posición de Fisher trataban de hacer Pearson & Neyman.

Fisher consideraba que su manera de someter a prueba la hipótesis nula era absolutamente objetiva y rigurosa y la única forma de inferencia inequívoca. Cuando Jerzy Neyman terminó de pronunciar su discurso de ingreso a la *Royal Statistical Society* en Londres, Fisher comentó sarcásticamente que Neyman debería haber elegido un tema "sobre el cual pudiera hablar con autoridad". Neyman, por su parte, declaró que los métodos de prueba de Fisher eran "en un sentido matemáticamente especificable, peores que inútiles". (Aron & Aron, op. cit, pp. 580-581). Esta historia revela de qué manera, aun tratándose de una ciencia como la estadística, que en su naturaleza parece totalmente ajena a los sentimientos humanos, las creaciones del intelecto humano se pueden ver condicionadas por factores temperamentales y pasiones deleznables.

Aunque estadísticos y psicólogos hemos sido formados a partir de la hibridación de dos enfoques diferentes de la inferencia estadística, y al parecer existe cierta conformidad en el campo con el híbrido resultante, algunos psicólogos, entre los que se cuentan Gigerenzer y Murray (1987), sostienen que los puntos de vista de Fisher y de Pearson & Neyman son fundamentalmente

opuestos, y que su errónea combinación no fue más que un matrimonio por conveniencia, basado en el deseo de presentar tanto a la estadística como a la psicología como ciencias basadas en un método de toma de decisiones unificado, mecánico y sin defectos.

El resultado de ese proceso, según Gigerenzer & Murray, es el abandono de la controversia y los métodos alternativos, al igual que textos de estadística "repletos de confusión conceptual, ambigüedad y errores" (Gigerenzer & Murray, op. cit. p. 23).

El autor del presente artículo espera haber contribuido a que el lector conozca la combinación de enfoques opuestos en el proceso de la decisión estadística y la historia oculta detrás de una controversia en apariencia puramente conceptual.

REFERENCIAS

Aron, A. & Aron, E. N. (2001). *Estadística para Psicología.* Buenos Aires: Pearson Education, S.A.

Cohen, J. (1990). Things I Have Learned (so far). *American Psychologist.* 45, 12, 1304-1312.

Cohen, J. (1994). The Earth is Round ($p<0.05$). *American Psychologist,* 49, 1, 997-1003.

Conover, W. J. (1999). *Practical Nomparametric Statistics* (3rd Ed.). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Cowles, M. (2001). *Statistics in Psychology* (2nd Ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Gigerenzer, G., Krauss, S. Vitouch, O. (2004). The Null Ritual: What you always wanted to know about significance testing but were afraid to ask. En David Kaplan (ed). *The Sage Handbook of Quantitative Methodology for the Social Sciences*. (cap. 21), (pp. 391-408). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

Gigerenzer, G., & Murray, D.J. (1987). *Cognition as Intuitive Statistics.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Girden, E. R. (1966). *Evaluating Research Articles: From Start to Finish.* Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

Hyman, R. (1966). *The Nature of Psychological Inquiry.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hill.

Kerlinger, F. N., & Lee, H. B.(2002). *Investigación del comportamiento.* (4. Ed.). México, D. F.: McGraw-Hill.

Kraemer, H.C. & Thiemann, S. (1987). *How Many Subjects? Statistical Power Analysis in Research*. Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.

Leach, C. (1979). *Introduction to Statistics: A Nomparametric Approach for Social Sciences.* New York: John Wiley & Sons, Inc.

McGuigan, F.J. (1993). *Experimental Psychology: Methods of Research.* (6th Ed.). New York: Prentice-Hall.

Murphy, K. R. & Myors, B. (2004). *Statistical Power Analysis.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Siegel, S. (1956). *Nomparametric Statistics for the Behavioral Sciences.* New York: McGraw-Hill Book Company.

Stern, P. & Kalof, L. (1996). *Evaluating Social Science Research* (2nd Ed.). New York: Oxford University Press.

Tankard, J. Jr. (1984). *The Statistical Pioneers.* Cambridge, MA: Schenkman.

RESEÑAS

Reconocimiento en la UASD por Labor Psicológica Desempeñada

Dra. Mayra Brea de Cabral

Consejo Universitario de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) por resolución No. 2004-161, tras la petición hecha por el Instituto de Psicología (IPSU) y refrendada por el Consejo Directivo de la Facultad de Humanidades, otorgó reconocimiento a psicólogos y estudiantes de término de la UASD que contribuyeron al desarrollo y recuperación de la salud mental de los pobladores sobrevivientes y afectados por la riada de Jimaní. El reconocimiento fue extendido, también, a tres profesionales de la psicología, la Licda. Ángela Caba, Licda. Deisy Bastardo y Lic. Roberto Cedano, quienes aportaron con gran esfuerzo al desarrollo de los programas de Prácticas Supervisadas del noveno semestre de la carrera de Psicología de la universidad, y muy especialmente dos de ellos, que a través de las posiciones ocupadas en la Dirección General de Salud Mental de la Secretaría de Estado de Salud (SESPAS), supieron poner en alto la profesión de Psicología en nuestro país.

Fue un deber de las autoridades universitarias, encabezadas por el Rector Magnífico, Dr. Porfirio García Fernández, reconocer la labor realizada por los 31 psicólogos recién graduados o estudiantes de término de la Escuela de Psicología, quienes asistieron en forma alternada al lugar de la tragedia en Jimaní por más de tres meses consecutivos, abandonando las comodidades del hogar y desplazándose en precarias condiciones humanas, para ir a un rincón tan empobrecido y desbastado por la naturaleza, y quienes ofrecieron lo mejor de si, llevándole un mensaje de esperanza y alegría a niños y adolescentes de la región, aplicando técnicas de intervención en crisis a jóvenes y adultos de los barrios afectados de la Q, El Cerro, Espartillo, Los Robles, La 40, CONANI, entre otros.

Estamos totalmente seguros de que el pueblo de Jimaní debe sentirse agradecido de esos hombres y mujeres uasdianos, que ofrecieron el apoyo y mostraron su altruismo, para que ellos pudiesen soportar su duelo y recuperar el equilibrio psicoafectivo que habían perdido.

En este evento también se reconoció la labor de la Licda. Ángela Caba, quien dirigió la Dirección General de Salud Mental de la Secretaría de Estado de Salud (SESPAS) durante el 2000-2004. Esta profesora de la UASD coordinó acciones oportunas sabiendo integrar equipos multidisciplinarios compuestos por psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, enfermeras y promotores de salud, entre otros, para crear nuevos servicios de psicología clínica y comunitaria en los rincones más apartados del país, y de reforzar aquellos ya existentes. Tuvo una destacada participación dirigiendo su equipo en dos momentos importantes, en que parte de la población dominicana requirió de apoyo psicológico: el primero, en la tragedia del accidente aéreo ocurrido en New York en el año 2003, ofreciendo soporte a los familiares de los fallecidos; y el segundo momento, a mediados del año 2004, durante el proceso de intervención en crisis que se llevó a efecto en Jimaní.

El reconocimiento a la profesora Deisy Bastardo, Ex-subdirectora de la Dirección General de Salud Mental de la SESPAS, le fue otorgado por su contribución al desarrollo de las actividades que involucran el mejoramiento de la calidad docente-práctica del estudiante de psicología de nuestra universidad, ofrecido desde las múltiples instancias en la que le ha tocado servir. La profesora Bastardo es muy estimada por los estudiantes de la Cátedra de Psicología Social de la universidad.

La tercera persona reconocida en el acto de noviembre del año pasado, fue el Lic. Roberto Cedano, alférez de navío de la Marina de Guerra, a quien le fuera entregado por su esmerada dedicación a favor de la universidad Estatal como encargado de los pasantes en el Departamento de Salud Mental del Hospital Militar de las Fuerzas Armadas, y que por varios años consecutivos, supo dar parte de su tiempo y supervisar el aprovechamiento académico y práctico de nuestros estudiantes de término, sin menospreciar la labor que han desempeñado también, tanto el director del Departamento, Dr. Manuel Fernández, como el grueso de profesionales de calidad excepcional que lo acompaña en dicho hospital.

Finalmente, el Consejo Universitario entregó un diploma de reconocimiento a la Dra. Mayra Brea, quien coordinó por la universidad la actividad tan humanitaria y fructífera en Jimaní, y cuyo reconocimiento lo dedicó a la Red Interinstitucional creada para tales fines, la que supo sobre la marcha, superar obstáculos y aprender de los errores, adaptarse a las precarias condiciones existentes en esa titánica labor, mencionando entre ellas al UNICEF, Visión Mundial, al coronel Payan Arechei del Digfarcin, a la Dirección General de Salud Mental de la Secretaría de Estado de Salud Pública, y a otras organizaciones no gubernamentales que se unieron para aliviar el dolor de los afectados por la tragedia tan devastadora, que por suerte recibió el apoyo solidario internacional necesario.

Hemos de esperar que esos lazos de cooperación interinstitucional, cultivados de forma espontánea y voluntaria, puedan mantener sus energías latentes para otras ocasiones que pudiese ser requerido, ya que somos un país expuesto a los arrebatos más crueles de la naturaleza.

Perspectivas Psicológicas felicita a todos los reconocidos y agradece el gesto de las autoridades universitarias que se honraron de alguna manera, con estos reconocimientos.

Puesta en Circulación de Normas Nacionales para la Atención en Salud Mental y Despedida de Gestión 2000-2004 de la Direccion General de Salud Mental

El 6 de agosto del 2004 se realizó un acto en la Universidad Católica Santo Domingo para despedir la gestión de la Licda. Ángela Caba al frente de la Dirección General de Salud Mental de la Secretaría de Estado de Salud Pública, y al mismo tiempo se puso en circulación las Normas Nacionales para la Atención en Salud Mental de la República Dominicana. Las Normas expresan los criterios técnicos y administrativos generales y de orientación en los distintos niveles de la atención en salud mental desde una perspectiva integral e interdisciplinaria, y están legalmente sustentadas en la Constitución de la República en las Leyes 42-01 General de Salud y 87-01 de Seguridad Social y sus reglamentos.

Las normas se organizan en 13 capítulos que contienen sus objetivos, ámbito de aplicación en la consulta externa, sala de Intervención en Crisis, sala de Corta Estadía y de Hospital de Día, y en sus unidades ejecutoras por cada función esencial de salud pública. Se refiere también a la estructura, funciones y responsabilidades de los recursos humanos de los centros comunitarios, e incorpora la creación del puesto de Jefe de Servicios de Psicología en los centros hospitalarios. Comprende, además, los procedimientos terapéuticos para los servicios, y para el manejo de las Urgencias desde ese nivel de atención, así como la normativa para la aplicación de la Terapia Electroconvulsiva. De igual manera, se ofrece

orientación sobre la vigilancia epidemiológica, la investigación, evaluación y la capacitación en los distintos niveles de atención en Salud Mental.

Se felicita este paso de avance y sugiere su aplicación y ampliación a todos los ámbitos de la salud mental.

En la segunda parte del acto celebrado el 6 de agosto del 2004, la Licda. Angela Caba pronunció sus palabras de despedida de la Dirección General de Salud Mental (DGSM), y dado las importantes recomendaciones para el área, Perspectivas Psicológicas decide reproducir textualmente parte de su discurso en lo adelante:

"Ya que estoy haciendo uso de la palabra, y que este es mi último acto oficial como directora de salud mental, me tomo la libertad de continuar con mi discurso de despedida. pero no teman, no los voy a agobiar enumerándoles un listado de logros de gestión o algo por el estilo. lo que consideramos más relevante de nuestro período al frente de la DGSM, lo encontrarán en el número 6 de la revista Para Vivir Mejor, que dedicamos al Informe de Gestión, y que tal vez puedan leer en un rato de ocio o aburrimiento.

Más bien quiero referirme a algunas situaciones que creo importante tener en cuenta para que la próxima gestión se ahorre los inconvenientes que la nuestra ha tenido. Es importante lograr la incorporación del tema de Salud Mental en la próxima revisión del convenio de préstamo con el BID para la reforma del sector salud, vía la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS). Durante estos 4 años hemos hecho todos los esfuerzos a nuestro alcance, y lo único que conseguimos como respuesta del representante del BID en el país, es que los convenios para la reforma del sector salud no contemplaron la salud mental. Entonces, de qué salud integral nos están hablando? Ojo con ello, porque en la mejor expresión del Dr. Antonio Zaglul, "están perpetuando la visión zoológica de la salud" en el país, al excluir precisamente lo que diferencia la salud humana de la salud veterinaria: la salud mental.

Luego de largos cabildeos donde los nacionales nos referían hacia Washington, y estos últimos nos dijeron que el país tiene la última palabra al escoger sus prioridades, y esto depende no del titular de la CERSS, sino del Coordinador Técnico asignado a los proyectos financiados por el BID. Les deseo que tengan mejor suerte que la que nosotros tuvimos, pero hay que moverse a tiempo.

De igual manera, el seguimiento al Plan Decenal de Salud es un compromiso estratégico para continuar posicionando la salud mental dentro del sector. En las primeras reuniones de identificación de problemas, luego de varias negociaciones y cabildeos, logramos que se aprobaran tres componentes importantes dentro de la categoría denominada "enfermedades discapacitantes", como son los Trastornos del Estado de Ánimo, los Trastornos de Ansiedad (con su secuela de Enfermedades Psicosomáticas) y los Trastornos Psicóticos. En la categoría de "Problemas Sociales", incorporamos la Violencia, en todas sus manifestaciones, incluido el Maltrato Infantil, la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes y el Uso, Abuso y Dependencia de Sustancias. Creemos que en ese Plan Decenal de Salud hay que continuar haciendo espacio a la salud mental de manera transversal, y revisar otras categorías como los Accidentes y Traumatismos y las enfermedades crónicas.

También será necesaria la elaboración de un Plan Nacional de Salud Mental en Desastres, cuyo punto de partida bien podría ser la pasada experiencia del equipo que intervino la crisis postdesastre en Jimaní, que realizó un trabajo de mucha calidad y excelencia. De igual manera, las guías de atención a los diagnósticos más frecuentes y el desarrollo del sistema de vigilancia epidemiológica son prioridades a atender.

Puede aprovecharse para esto último, el Convenio de Cooperación Técnica entre Países que propusimos con las Repúblicas de Cuba y Panamá, previsto para iniciarse en enero del 2005, donde se contempló el apoyo técnico para esos fines.

Ojo avizor con propuestas de asesores extranjeros, que eliminan el Departamento de Salud Mental, como Dirección General para reducirlo a un Programa o empaquetarlo en una Dirección de Salud. Y mi alerta va, porque no podemos perder el espacio ganado con tanto esfuerzo,. con unos 28 años de existencia, ha sido difícil lograr el apoyo económico y la voluntad política, y la salud mental hay que hacerla visible, darle carácter e importancia en la estructura jerárquica para poder lograr ese apoyo económico y político. Es más, creemos que la Dirección debe ser elevada a Subsecretaría, porque si decimos que la salud es un estado de bienestar biopsicosocial, los aspectos biológicos están representados a lo largo y a lo ancho de la estructura de Secretaría de Estado de Salud y los aspectos sociales se incorporan a través de la Subsecretaría de Asistencia Social... es justo que los aspectos psicológicos estén representados igualmente a través de una Subsecretaría que le permita manejar una mayor asignación presupuestaria. Así lo propusimos en el Ante-proyecto de Ley de Salud Mental que va camino al Congreso de la República.

Por último, es necesario obtener la reubicación física del Departamento, para poder reducir el hacinamiento a que hemos estado sometidos en este tiempo.

La experiencia de estar al frente de la DGSM por estos cuatro años, ha sido para mí de mucho aprendizaje, es casi un Doctorado, pero lo mejor ha sido poder conocer y relacionarme con personas de tanta valía y calidad.

Estoy convencida de que el país cuenta con un recurso humano calificado en salud mental de grado superior. Ese grupo que encontré al llegar, (la rotación de personal fue mínima, porque la estrategia era ampliar cobertura y no sustituir), y que hoy les devuelvo ampliado en cantidad porque aunque la ampliación de cobertura, no alcanzó las metas trazadas, si se amplió y se llevaron servicios a algunas de las regiones que no contaban con ellos-. Se lo devuelvo también fortalecido en calidad, en conocimientos y experiencias, porque la formación, la actualización y el desarrollo de capacidades fue una actividad continuada.

El puesto también me brindó la oportunidad de conocer muchas personas de otros países, y comparar nuestra situación con la de otras latitudes. Es cierto que hay países con mayor desarrollo que el nuestro y mejor atención a la salud mental, pero también es cierto que tenemos muchos otros países de la región por detrás de nuestros estándares.

Antes de concluir con esta celebración, quiero pedir perdón...quiero pedir perdón a aquellas personas que por alguna decisión, expresión u omisión de parte mía, se sintieran afectadas, les aseguro que si ocurrió, no estaba en mis intenciones.....

.... Gracias a mis colegas de la psicología, y les exhorto a continuar atreviéndose a dignificar la psicología dominicana, a través de un servicio de calidad y de una búsqueda activa del conocimiento que nos permita interactuar cara a cara con la psiquiatría, en actitud de colaboración para el beneficio de los usuarios y usuarias y de la población en general.”.

Al finalizar la Licda. Caba agradeció a su equipo de trabajo, y a otras organizaciones e instituciones colaboradoras.

Perspectivas Psicológicas felicita los aportes logrados por la pasada gestión en el cargo de la Dirección General de Salud Mental y desea grandes éxitos a las nuevas autoridades electas para desempeñar dichas funciones, al Dr. José Mieses, quien había dirigido anteriormente dicha dependencia; y a todo su equipo, para que continúen cosechando nuevos logros en el área a pesar de todas las adversidades con las que se cuenta, les exhortamos a trabajar para mejorar las condiciones de salud mental y la calidad de vida de los dominicanos.

CARTAS DE SOLIDARIDAD INTERNACIONAL RECIBIDAS ANTE LA TRAGEDIA DE JIMANÍ

Queridas y queridos colegas;
Un gran abrazo cada uno/a. Acabo de recibir este mensaje de Mayra Brea desde República Dominicana. Ella ha colaborado muy cercanamente con SIP y se los comparto en solidaridad.
Con mucho aprecio.

Maria del Pilar
——Original Message——
From: Mayra Brea
[mailto:mayrab@hotmail.com]
Sent: Thursday, May 27, 2004 9:11 AM
To: mpgderod@uvg.edu.gt
Subject: Hola

Saludos María del Pilar:
No te imaginas la tragedia, parece que sobrepasan el millar de muertos, y están enterrando en fosas comunes los cadáveres por la descomposición de los cuerpos, hay muchos centenares de desaparecidos. Estamos tratando en la UASD de formar un grupo que asistamos a dar terapia de apoyo ante el desastre.

Atentamente
Mayra Brea
Rep. Dom.

De: Ma. del Pilar Grazioso
(mpgderod@uvg.edu.gt) Guatemala

Mi querida Mayra:
En ningún momento me imaginé que la tragedia fuera tan terrible. Por favor déjanos saber si hay algo que pudiéramos hacer en solidaridad. Me permites que envíe este mensaje a los representantes de SIP REP y SIP JUNTA. Creo que es en momentos como este que los lazos de amistad y compromiso tienen que hacerse presentes.
Con todo mi cariño y amistad

María del Pilar Grazioso de Rodríguez
Directora Departamento de Psicología
Decana Facultad de Ciencias Sociales
de la Universidad del Valle de Guatemala

De: Marcelo Urra
(marcelo.urra@entelchile.net) Chile

Estimada Mayra:
Recibe nuestra preocupación y compromiso por las víctimas que tan duramente han afectado a República Dominicana y Haití. Me permito sugerir a la Junta Directiva de la SIP evaluar la posibilidad de coordinar posibles acciones que como psicólogos podamos realizar a favor de las víctimas.
En otro e-mail espero ponerte en contacto con un psicólogo chileno experto en Psicología de la Emergencia que pudiera entregar algún tipo de ayuda.
Un cordial saludo,

Marcelo Urra
Delegado Nacional de Chile
Sociedad Interamericana de Psicología

From: "Juan C. Canga L."
(jcanga@reacciun.ve) Venezuela
To: "Mayra Brea" <mayrab@hotmail.com>
CC: sip-rep@sfsu.edu

Apreciada Mayra, desde Venezuela seguimos con preocupación el efecto de las lluvias sobre República Dominicana y Haití. Debo reconocer que nos sentimos especialmente sensibles ante estas circunstancias en virtud de una experiencia similar que nos tocó vivir en diciembre de 1999.
En este orden de ideas deseamos expresarte el apoyo de los colegas venezolanos en estas difíciles circunstancias y colocar a tu completa disposición los conocimientos, materiales y experiencia que

hemos logrado adquirir y documentar desde esa fecha; que nos ayudó a coordinar y a brindar una adecuada atención psicosocial a los afectados por las lluvias a través de la Red de Apoyo Psicológico.

No quisiéramos despedirnos sin expresarte la satisfacción que sentíamos -a pesar de los difíciles momentos que nos tocó vivir- al ver cómo el apoyo psicosocial que ofrecimos contribuyó a una mejor y mas rápida incorporación de los afectados a sus actividades cotidianas y en otros casos fue crucial en el mantenimiento de una esperanza de vida. Por último te hacemos llegar uno de nuestros lemas de la campaña de difusión, con el cual pretendíamos ilustrar la importancia de darle continuidad a la atención psicosocial -en la fase de estrés postraumático- mucho después de haber finalizado las lluvias.

"Para algunos no ha parado de llover..."

Saludos
Juan Carlos

De: David Pérez Jiménez (dperez@prdigital.com)
Puerto Rico

Estimada Mayra:
En la noche de ayer la Junta Directiva de la Asociación de Psicología de Puerto Rico, que me honro en presidir, acogió a bien una propuesta hecha por mí para que llevemos a cabo una campaña de recaudación de fondos y artículos de primera necesidad para nuestros hermanos Dominicanos que están atravesando esta terrible crisis. El martes sale en correo a todos nuestros socios/as solicitándole su apoyo. También vamos a hacer algunos acercamientos a algunas organizaciones que nos puedan hacer donativos. Nuestro interés es hacer un viaje para llevar estos artículos, además de estar disponibles para asistirlos en lo que ustedes estimen conveniente (apoyo emocional, práctico, intervención en crisis, etc.). Pusimos como fecha límite para recibir los artículos y donativos el miércoles 9 de junio y una fecha tentativa del viaje del 11-14. Estaríamos disponibles para viajar un grupo de aproximadamente 4-5 colegas de la Junta. El próximo martes (el lunes en PR es feriado) me estaré comunicando con el consulado dominicano en PR a ver de qué modo nos puede ayudar en esta gestión. Me interesaría saber cómo podemos coordinar este esfuerzo con psicólogos dominicanos, no se si a través del colegio de psicólogos/as o a través de algún grupo de psicólogos/as que esté atendiendo este asunto. Por favor, ¿podrías dejarme saber de qué modo sería más efectivo canalizar esta gestión? Ante una crisis como esta, nuestro deber es no quedarnos como espectadores, sino expresar nuestra solidaridad mediante la acción planificada.
Cordialmente,

David Pérez Jiménez, Ph.D
Presidente de la Asociación de
Psicología de Puerto Rico
Representante Nacional de Puerto Rico

De: José Emilio García Noce
(joseemiliogarcia@hotmail.com)
Paraguay

Estimada Mayra:
Los graves sucesos que ha debido afrontar el pueblo dominicano en los últimos días nos han impresionado profundamente a todos. También hemos admirado el valor de tus compatriotas para sobreponerse a esta desafortunada adversidad. Quiero expresarte mi solidaridad y la de mis compañeros de la SIP-Paraguay en esta grave circunstancia. Confiamos en que hallaran la fortaleza necesaria para salir adelante.

José E. García
Delegado Nacional de la SIP
Asunción, Paraguay

De: Carlos Riesen
(criesen@hotmail.com)
Panamá

Hola.
Con mucho pesar estamos recibiendo las noticias de Rep. Dominicana y Haití lamentamos y los tenemos presentes, deseándoles que salgan con bien de tan dura prueba.
Si en algo pudiésemos ayudar favor, solicitarlo.
Con nuestro cariño

Carlos E. Riesen
Delegado por Panamá

De: Eva Laura C
(evalore@hotmail.com) Tampico, México

Estimados amigos de Dominicana:
Siento mucho su pesar y dolor. Reciban mi más afectuoso abrazo lleno de amor, solidaridad y comprensión. No hay más palabras.

Psic. Eva Laura Castilleja Rodríguez.,
MSP. ICQ 60134427
Tampico, Tamaulipas., México

De: lucia cazali
(luciacazali@hotmail.com) Guatemala

Querida Mayra:
Me solidarizo con toda la gente allá ante tan grande tragedia. Si en algo puedo ser de tu ayuda no dudes en comunicármelo, aunque lejos te mando todo mi deseo que logren darle a todos los damnificados la ayuda necesaria, mucha fortaleza en estos momentos, te mando un fuerte abrazo.

Lucia Cazali Leal
Representante Nacional Guatemala
Presidenta I Congreso Regional
De: Carlos Ivan Orellana
(corellana@buho.uca.edu.sv)
El Salvador
Estimada Mayra:

Un abrazo solidario desde El Salvador, confío que tu gente pueda salir adelante a pesar de tanta destrucción y pérdida. En nuestro caso aún el invierno no trata tan mal a los más vulnerables pero las voces de alerta comienzan a escucharse. Aquí en la UCA actualmente nos embarga el dolor por el asesinato de uno de nuestros estudiantes. Que nos queda sino seguir contracorriente, poniendo el pecho de la vida frente a toda esa muerte.
Ojalá no pase mucho tiempo antes que nos escribamos a propósito de mejores circunstancias, hasta luego.

Carlos Iván Orellana Calderón
Coordinación Departamento de Psicología
Universidad Centroamericana
"José Simeón Cañas" (UCA), El Salvador
Delegado Nacional de la Sociedad
Interamericana de Psicología

De: Fundación Aiglé
(fundacion@aigle.org.ar) Argentina

Querida Mayra:
Mi mayor solidaridad y la de todos los psicólogos de Argentina en esta hora tan difícil para vuestro pueblo.
Héctor Fernández-Álvarez.

De: Andrés Consoli
(consoli@sfsu.edu) USA

Querida Mayra,
Me uno a las expresiones de Maria del Pilar, Joe, y Alice, así como las de tod@s l@s miembr@s de la junta directiva de la SIP, de l@s rep/delegad@s nacionales y de la membresía en su unanimidad. Te deseamos a ti y a tu pueblo la mayor entereza y resiliencia ante tamaña adversidad. Recibe un abrazo con la energía profesional y personal para afrontar las circunstancias.

En solidaridad,
Andrés J. Consoli, Ph.D.
Associate Professor
Department of Counseling.
College of Health & Human Services 1600 Holloway Ave., BH 524
San Francisco State University San Francisco, CA 94132

De: José Toro (jtoro@rrpac.upr.clu.edu)
Puerto Rico

Mayra:

Recibe nuestra más grande solidaridad en ocasión del desastre producido por las recientes lluvias en la República Dominicana. Estuve en Santo Domingo precisamente durante esta semana trabajando con USAID y quedé impresionado con los eventos. La SIP se une a esta solidaridad y estamos seguros que las destrezas de resiliencia puedan ser firmes ante estos eventos. Déjanos saber si podemos colaborar en algo,

José Toro-Alfonso
Secretario General SIP

De: Rubén Ardila (psycholo@aolpremium.com)
Colombia
Date: Sun, 6 Jun 2004 10:58:53 -0500
Dra. Mayra Brea
Santo Domingo

Estimada amiga:
Deseo enviarte mis condolencias, solidaridad y simpatía por todos los terribles acontecimientos que han sucedido en tu país. La naturaleza ha sido muy cruel con República Dominicana. Lo siento muchísimo. Sabes que tengo gran cariño por tu país y por su gente. Espero que ya esté controlada la situación, y que la naturaleza no vuelva a castigarlos en forma tan injusta.
Un gran abrazo de solidaridad latinoamericana, de

Rubén Ardila, Ph.D.
National University of Colombia
Bogota - Colombia

De: Alice H. Eagly
(eagly@northwestern.edu) USA

Dear Mayra:
The newspapers have made clear that a terrible disaster has occurred in the Dominican Republic and Haiti.

It is difficult to imagine the extent of the losses. We admire the strength that you and your colleagues are showing in this time of such extreme difficulty.

Alice H. Eagly
Department of Psychology
2029 Sheridan Road
Northwestern University
Evanston IL 60208-2710

Agradecemos esas y otras comunicaciones que nos han enviado como muestra de una gran solidaridad latinoamericana.

PSICOINFORMES

ActividadesRelacionadas a la Psicología, Celebradas en la República Dominicana en el Año 2004

Conferencia Hipnosis: Una Visión Científica, celebrada el jueves 26 de febrero del 2004 con la participación del Prof. Julio Mariño Santana. Organizada por la Cátedra de Psicología Clínica Antonio Zaglul. Lugar: Instituto Tecnológico (INTEC).

Conferencia Internacional El Caribe, Varios Idiomas y Muchas Culturas, Unido para Combatir el VIH/SIDA, realizada del 5 al 7 de marzo de 2004. Organizada por el Instituto Nacional de Salud de EE.UU. y la Universidad de Puerto Rico. Lugar: Hotel V Centenario y el Jaragua.

Foro Ética Profesional en el Campo Laboral de la Psicología, realizado el 6 de abril del 2004. Organizada por el Instituto de Psicología de la UASD y Escuela de Psicología. Lugar: Paraninfo de la Facultad de Ciencias Médicas de la UASD.

Conferencia Actitudes ante la Discapacidad. Importancia de las Actitudes Públicas ante la Integración Social de las Personas con Discapacidad, dictada por el Dr. Antonio Aguado, Profesor de la Universidad de Oviedo, el 29 de abril del 2004. Organizada por el Instituto de Estudios para la Paz y la Cooperación, y las Escuelas de Psicología y Pedagogía de la UASD. Lugar: Paraninfo de la Facultad de Humanidades de la UASD.

Puesta en circulación de ocho informes de Educación Superior Dominicana, 14 de junio del 2004, organizada por la Secretaría de Estado de Educación Superior Ciencia y Tecnología y el Instituto Internacional para la Educación Superior en América Latina y el Caribe Lugar: Sede de la UNESCO.

Primera Jornada Nacional de Actualización Psicológica. 10 de julio del 2004. Organizada por el Colegio Dominicano de Psicólogos. Universidad Católica Santo Domingo.

Puesta en circulación de las Normas Nacionales de Atención a la Salud Mental y de la Investigación en Salud Mental en Zonas Francas, el día viernes 6 de agosto del 2004. Organizada por la Dirección General de Salud Mental de la Secretaría de Estado de Salud Pública. Lugar: Auditorio de la Biblioteca de la Universidad Católica Santo Domingo.

Puesta en circulación del libro Antonio Zaglul: Vida y Obra, efectuada el 12 de agosto de 2004. Organizada por la Fundación Antonio Zaglul, en el Paraninfo Facultad Ciencias de la Salud de la UASD.

Conferencia La Metodología de la Investigación Aplicada a la Psicología, dictada por el Prof. Enerio Rodríguez el 24 de agosto del 2004. Organizada por los Clubes de la UNESCO. Lugar: Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, UASD.

Congreso Internacional Hacia Dónde Va la Psicología. Septiembre 3 al 5 del 2004. Organizada por la Escuela de Psicología de la Universidad

Católica Santo Domingo. Biblioteca de la Universidad Católica Santo Domingo (UCSD).

II. Seminario Psicología Organizacional: Aportes a la Psicología del Consumidor. 10 de octubre del 2004. Organizada por INDOPSIA. Lugar: Colegio Médico Dominicano.

II. Congreso Internacional de Educación: La Pedagogía y la Andragogía en el Contexto de la Ciencia de la Educación, Desarrollo Histórico y Epistemológico. 15-17 de octubre del 2004. Organizado por AELAC. UASD.

Taller de Validación del Instrumento para el Estudio del Conocimiento, Creencias, Actitudes y Prácticas Sexuales (CCAP) en las Filas de la Policía Nacional, el 24 de octubre del 2004, Organizada por el: Instituto de Psicología, efectuado en el Consejo Presidencial del Sida.

Simposio Hacia el Relanzamiento de la Investigación Científica en Humanidades. 26-27 de octubre del 2004. Organizada por la Comisión de Investigación de la Facultad de Humanidades, FH., UASD.

Seminario Internacional Psicología y Violencia. 31 de octubre del 2004. Organizado por INDOPSIA. Lugar: Colegio Médico Dominicano.

Seminario Interdisciplinario sobre Prevención, Atención y Ascensión a la Violencia de Género Intrafamiliar. 17 al 19 de noviembre del 2004. Organizado por INTEC, PROFAMILIA y la Secretaría de Estado de la Mujer. Lugar: Hotel V. Centenario.

Conferencia Violencia Conyugal en la República Dominicana: Hurgando Tras sus Raíces. 9 de diciembre del 2004. Organizada por la Secretaría de Estado de la Mujer, Profamilia y Centro de Estudios de Género de INTEC. Instituto Tecnológico (INTEC).

OTRAS INFORMACIONES IMPORTANTES

Del 19 al 22 de julio del 2004 fue celebrado el IV Congreso Iberoamericano de Psicología y el II Encuentro de la Red Iberoamericana de Facultades y Escuelas de Psicología en Santiago de Chile, organizado por la Federación Iberoamericana de Facultades y Escuelas de Psicología (FIAP) y patrocinado por el Colegio de Psicólogos de Chile. Este Congreso contó con la participación de psicólogos de varios países y uno de los temas tratado de mayor trascendencia fue la acreditación de la psicología en Latinoamérica.

Se realizó con gran éxito, el Primer Congreso Regional de la Sociedad Interamericana de Psicología (SIP) en Guatemala, del 3 al 5 de octubre del 2004. Nuestras felicitaciones al Comité Ejecutivo Organizador, encabezado por las colegas Lucía Cazali y María del Pilar Grazioso, que junto a la excelente labor de Anaité Valle y demás miembros de apoyo logístico, realizaron grandes esfuerzos para lograr las metas propuestas.

El Instituto de Psicología Clínica y Comportamiento Organizacional y la Universidad Interamericana de San Germán de Puerto Rico celebraron los días 15 y 16 de octubre del 2004 en Puerto Rico, el 3er. Congreso Domínico-Puertorriqueño de Psicología, el cual contó con el auspicio de la Universidad de Aguadillas y la participación de psicólogos de ambos países.

APA otorgó el premio 2005 al Dr. Eduardo Almeida, psicólogo social mexicano y especialista en psicología comunitaria.

Una noticia que consternó a la comunidad de psicólogos fue el fallecimiento el día 8 del mes de diciembre del 2004, del Dr. Rogelio Díaz-Guerrero, psicólogo mexicano de gran renombre internacional, y quien fuera investido como Profesor Honorario de la Universidad Autónoma de Santo Domingo en 1997, cuando nos honró con

su participación en el Congreso "30 Años de la Psicología Dominicana: Pasado, Presente y Futuro".

El Dr Enerio Rodríguez Arias ha sido reconocido en el año 2004 por dos universidades dominicanas. La Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), le otorgó su máximo galardón, el título de Profesor Meritísimo, y la Universidad Católica Santo Domingo el de Profesor Honorario. Nuestras más sinceras felicitaciones por tan merecido reconocimientos.

Igualmente, la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) reconoció como Profesores Meritísimos en un acto celebrado en el mes de octubre del 2004, a los destacados psicólogos dominicanos, Dr. Tirso Mejía-Ricart y Dr. Luis Emilio Montalvo. También nuestras felicitaciones a los dos profesores uasdianos que tanto han aportado con sus conocimientos.

A principios de diciembre, la Asociación Colombiana para el Avance de la Ciencia en Colombia, le otorgó al Dr. Rubén Ardila el Premio Nacional al Mérito Científico. Le extendemos nuestras más calurosas felicitaciones.

DIRECCIONES DE INTERÉS EN LA WEB

SOCIEDAD INTERAMERICANA DE PSICOLOGÍA (SIP)
http://www.sipsych.org/

REVISTA INTERAMERICANA DE PSICOLOGÍA (RIP)
http://www.psicorip.org.

BOLETIN PSICÓLOGO INTERAMERICANO
http://www.psicologointeramericano.com

APA Liaison Div. 52
http://www.tamu-commerce.edu/orgs/div52/flags.html

CURRENT CONTENTS/SOCIAL & BEHAVIORAL SCIENCES
http://www.isi.org

PSYCINFO (PSYCHOLOGICAL ABSTRACTS)
http://www.apa.org/psycinfo

CSA SOCIOLOGICAL ABSTRACTS
http://www.csa.com

INTERNATIONAL BIBLIOGRAPHY OF THE SOCIAL SCIENCES
http://www.ibss.ac.uk/

PSICODOC (COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE MADRID)
http://psicodoc.idbaratz.com

SOCIAL SERVICES ABSTRACTS
http://www.csa.com

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO (CLASE)
http://www.dgb.unam.mx/clase.html

SERVICIO ELECTRÓNICO DE INFORMACIÓN PSICOLÓGICA (PSERINFO) http://www.psicologiacientifica.com/

FUNDACIÓN PARA EL AVANCE DE LA PSICOLOGÍA Y LA REVISTA LATINOAMERICANA DE PSICOLOGÍA
http://www.rlpsi.org/index2.htm

REVISTA TATUAJES DE PSICOSOMÁTICA DE PSICOMUNDO
http://www.psicomundo.com/tatuajes

PÁGINA DE AUTISMO
http://www.autismo.com/

PÁGINA DE TRASTORNOS DE LECTURA
http://www.biopsicologia.net/fichas/page_3215.html

CENTRO DE PSICOLOGÍA APLICADA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID.
http://www.uam.es/otroscentros/psicologiaplicada/actvidadesppales.html

CATÁLOGO DE LA BIBLIOTECA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
http://oruga.bibcen.uam.es/uhtbin/cgisirsi/j7N4Ex71M9/FILOSOFIA/193300010/60/72/

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA
http://sepsiq.org/index2.htm

BUSCADOR DE PSICOLOGÍA DEL COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGO
http://www.cop.es/database/

PSICOLOGÍA ONLINE.COM
http://www.psicologia-online.com/ESMUbeda/Libros/Manual/manualbib.htm

AYUDA PARA TESISTAS
E INVESTIGADORES,
INCLUYE BUSCADORES GOOGLE
Y YAHOO
http://www.intercontacto.com/

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS AFINES EN ARGENTINA
http://www.galeon.com/pcazau/

RESÚMENES DE LIBROS Y ARTÍCULOS DE PSICOLOGÍA DE CHILE
http://www.geocities.com/psicoresumenes/
PÁGINA EN HONOR AL
DR. DÍAZ-GUERRERO
http://www.psicologico.cl-
El profesor Rogelio Díaz-Guerrero

REVISTA EL CONSUMIDOR DE MARÍA MERCEDES BOTERO
http://www.inpsicon.com

CALENDARIO DE CONGRESOS Y EVENTOS INTERNACIONALES

I Congreso Caribeño y II Congreso Cubano de Salud Integral en la Adolescencia. Del 21 al 25 de Febrero del 2005. Organizan Sección de Adolescencia de la Sociedad Cubana de Pediatría y Grupo Nacional de Salud para la Atención Integral a la Salud en la Adolescencia. Lugar: Centro de Convenciones Heredia, Santiago de Cuba.

30 Congreso Interamericano de Psicología: Hacia una Psicología sin Fronteras. Del 26 al 30 de junio del 2005. Organiza: Sociedad Interamericana de Psicología, Buenos Aires, Argentina. Inf: http://www.sip2005.org.ar
E-mail: info@sip2005.org.ar

129-th Annual Meeting. Mayo 31- junio 4, 2005. Organizado por la American Association on Mental Retardation [AAMR], en Salt Lake City, UT

113-th Convention. En agosto 19-23, 2005, organizado por la American Psychological Association en Washington, DC.

Congreso Convención Intercontinental de Psicología y Ciencias Sociales y Humanas. Octubre 31 - Noviembre 4, 2005, organizado por la Sociedad de Psicólogos de Cuba en la Ciudad de la Habana, Cuba.Inf: E-mail: garias@fq.uh.cu y imilan@rect.uh.cu agencia@universitur.get.tur.cu

Libro Electrónico

Jairo Alonso Rozo Castillo
Herbert T. Baquero Venegas
(Universidad Nacional de Colombia)
Andrés M. Pérez-Acosta, Ph.D.
(Universidad de los Andes, Colombia

PSICOM Editores

Fundación para el Avance de la Psicología
http://www.rlpsi.org

¿Cuáles son los modelos explicativos más importantes desarrollados para explicar el aprendizaje y la memoria?

¿Por qué es importante para la psicología conocer los avances en neurociencias?

¿Por qué es importante para los neurocientíficos conocer los avances y modelos desarrollados por la psicología científica?

¿Cuál es el futuro en la investigación en el aprendizaje asociativo?

¿Cuál es el modelo explicativo del aprendizaje asociativo más completo hasta el momento?

Si le interesa conocer estas respuestas, sin lugar a dudas le interesa este *E-Book*. Es la única publicación en idioma español que **integra** los más importantes modelos explicativos que dan respuestas a los procesos que sustentan el desarrollo del Aprendizaje Asociativo.

Adquiéralo en:

http://www.psicologiacientifica.com/publicaciones/editorial/libaa/index.htm

Es un excelente texto de apoyo para áreas como la psicología del aprendizaje, la memoria, el desarrollo epistemológico de la psicología, o la psicología cognitiva animal.

Publicaciones de la Universidad
Autónoma de Santo Domingo
Volumen 5 • Año VI • 2005

ISBN 99934-77-79-6

PERSPECTIVAS PSICOLÓGICAS

Diagramación y Portada
Rosa Julia Urbáez

Impreso en los Talleres Gráficos
de la Editora Universitaria
en el mes de febrero de 2005

REQUISITOS PARA LA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS

Perspectivas Psicológicas en su sección de **artículos/ensayos** contiene trabajos inéditos (no publicados), de profundidad teórica y/o experimentales que refieran investigaciones psicológicas relacionadas a la salud mental, de interés científico y/o comunitario y que contribuyan con el desarrollo de la disciplina en cualquiera de sus áreas; además **reseñas** (de libros, autores, experiencias o eventos en el ámbito psicológico); también **psicoinformes** con noticias y comentarios breves del mundo de la psicología, un calendario de actividades nacionales e internacionales en dicho quehacer, etc.

Los artículos deben cumplir con las normas y requerimientos internacionales para publicación en psicología (**estilo de la American Psychological Association** - APA).

- Deben ser entregados en un original y una copia a doble espacio, y/o en formato de diskette o CD (Microsoft Word), cuyo volumen no exceda de **25 páginas o cuartillas** en total (con tablas, referencias bibliográficas, etc. incluido). Se requiere estar acompañado de un resumen del contenido del trabajo, con una extensión entre 100 y 150 palabras para los artículos de investigación empírica y para los de carácter teórico entre 75 y 100 palabras. Anexo además, las reseñas curriculares del autor (es).

- Las referencias bibliográficas (solo estarán las mencionadas en el contenido) vendrán ordenadas alfabéticamente al final del artículo, reseñando **autor (es), año de publicación, título, lugar de edición y editora**. En caso de artículos: **autor (es), año, título, nombre completo de la publicación, volumen o número y páginas.** Los títulos de los libros y/o revistas irán **subrayados o en itálicas**. Las figuras, tablas, fotografías, etc. habrán de ser enviadas en páginas separadas, señalando con claridad su ubicación.

- Las citas bibliográficas se incluirán en el texto, no al pie de página, ni notas al final; se harán con el apellido del autor y el año de publicación (ambos entre paréntesis y separado por una coma). Si el nombre del autor forma parte de la narración se pone entre paréntesis sólo el año. Si se trata de dos autores, siempre se citan ambos. Cuando el trabajo tiene más de dos y menos de seis autores, se citan todos la primera vez, en las siguientes citas se pone sólo el nombre del primero seguido de "et al." y el año. Utilizar siempre el sistema de autor, año. Si se citan exactamente las palabras de un autor, éstas deben ir entre comillas "" y se incluirá el número de la página. Si la cita excede de 40 palabras, se inserta con la utilización de doble sangría.

Ya entregado el material al Consejo Editorial de esta revista, y una vez sean estos aprobados, pasará a ser propiedad de la misma, por lo que no podrán ser publicados en otras fuentes sin la previa autorización. El Consejo Editorial de Perspectivas Psicológicas no será responsable de las opiniones emitidas por los autores en el contenido de los trabajos.

Para fines de suscripción, envío de artículos o publicidad, favor de contactar a la Dra. Mayra Brea y/o Escuela de Psicología, Facultad de Humanidades de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, teléfono: (809) 686-0193, ext. 310. Fax: (809) 682-1754. E-mail-mayrab@hotmail.com o dramayrab@yahoo.es

Servicio Electrónico de Información Psicológica
ISSN 1794-2497

PSERINFO, es la primera y única fuente secundaria de información de la psicología en español que navega por la red ofreciéndole cada mes las mejores novedades publicadas en revistas científicas, libros académicos e instrumentos de medición y evaluación en psicología.

SUSCRIPCION GRATUITA

PSERINFO investiga, sintetiza e informa acerca de las principales revistas, libros de psicología en español y los principales instrumentos psicológicos (pruebas, test, inventarios, baterías y programas). Consta de tres secciones: libros, revistas e instrumentos psicológicos. En cada modalidad se presentan los títulos y resúmenes recientemente publicados, además de toda la información editorial y comercial necesaria para aquellas personas que quieran obtener el libro, la revista o el instrumento psicológico de su interés.

Directores:
- Lyria Esperanza Perilla M.A.
Centro de Información Psicológica - Colombia

Editor:
- Jairo A. Rozo
Universidad de Sevilla - España

Asesor:
- Andrés M. Pérez-Acosta, Ph.D.
Universidad de los Andes - Colombia

Gerente:
- Julio César Salamanca
Director - PsicologiaCientifica.com

Comité Editorial:
- Luis Armando Oblitas, Ph.D. - México
- Mayra Brea, Ph.D. - República Dominicana
- Fernando Cárdenas MSc. - Brasil
- Marianela Denegri, Ph.D. - Chile
- Luis Gustavo González, Ph.D. - Cuba
- Carlos D. Mias - Argentina
- Alfonso Orantes - Venezuela
- Emilio Ortiz Torres, Ph.D. - Cuba
- Esperanza Perilla - Colombia
- Ana Belén Sampedro- Venezuela

¿Por qué suscribirse a la PSERINFO

- El material que ofrece es cuidadosamente seleccionado por un equipo especializado en información psicológica.
- Le permite tener acceso a los mejores artículos de las principales revistas de psicología en idioma español.
- Informa sobre la creación y adaptación de numerosas herramientas psicotecnológicas, que sirven de instrumentos valiosos de evaluación e intervención en numerosos campos de aplicación psicológica.
- Le ofrece oportunidades para establecer vínculos con autores, pares académicos y editores.
- Su formato permite al suscriptor estar permanentemente informado sin invertir demasiado tiempo. Además cuenta con un motor de búsqueda que ayuda a discriminar aún más la información.

PSERINFO le ofrece información de calidad, actualizada y del mayor interés para todos los profesionales de la psicología hispanoparlante

UTILICE LA UNICA HERRAMIENTA EN SU GENERO EN IBEROAMERICA, QUE LE PERMITE MANTENERSE ACTUALIZADO EN MEDIO DEL CAMBIANTE MUNDO DE LA PSICOLOGIA CIENTIFICA EN ESPAÑOL

Para suscribirse GRATIS y conocer todos los detalles de esta importante publicación, ingrese a la siguiente dirección en Internet:

http://psicologiacientifica.com/publicaciones/editorial/pserinfo/index.htm