

revista i
EDICION ESPECIAL
SPECIAL ISSUE
americana de psicología
American journal of psychology



VOLUMEN / VOLUME 34

NUMERO / NUMBER 1

2000

La Sociedad Interamericana de Psicología (SIP) publica la *Revista Interamericana de Psicología* desde 1967. Nuestra política es reflejar los desarrollos que están ocurriendo en la psicología del continente, tanto desde perspectiva teórica como la aplicada o profesional; al hacerlo buscamos promover la comunicación y la colaboración entre los psicólogos y psicólogas de los diferentes países de América. La Revista se publica dos veces al año y acepta manuscritos en todas las áreas de la Psicología, en inglés, español, francés o portugués. Distribuimos la Revista libre de costo a todo miembro solvente de la SIP. También proveemos suscripciones individuales a personas de otras profesiones por \$40 anuales. El costo de las suscripciones institucionales es de \$60 anuales. Para adquirir una de estas suscripciones o para hacerse miembro de la SIP, complete formularios incluidos en este número. Puede escribir al respecto a Josephine Resto Olivo, Gerente Editor, P.O. Box 23174, San Juan, P.R. 00931-3174. La RIP está catalogada en los siguientes índices bibliográficos: *Institute for Scientific Information Alerting Service, Current Contents/Social & Behavioral Sciences, Social Sciences Citation Index, PsycLIT y PSICODOC*.

Las INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES Y AUTORAS se incluyen en las páginas finales de la Revista.

The *Interamerican Journal of Psychology* is published by the Interamerican Society of Psychology since 1967. Our editorial policy is to reflect the developments occurring in psychology in the continent, both from the theoretical and the applied-professional perspectives; in doing this we aim to promote communication and collaboration among psychologists of different countries of the Americas. The Journal is published twice a year, and accepts manuscripts in all areas of Psychology, in English, Spanish, French or Portuguese.

All active members of SIP receive IJP without additional costs. Individuals from other professions can purchase subscriptions for \$40 a year. Annual institutional subscriptions cost \$60.00. To acquire an individual or institutional subscription, or to become a member of SIP, complete the forms which are included in this number. Regarding these write to Josephine Resto Olivo Managing Editor, P.O. Box 23174, San Juan, Puerto Rico 00931-3174. The IJP is included in the following bibliographic indexes: *Institute for Scientific Information Alerting Service, Current Contents/Social & Behavioral Sciences, Social Sciences Citation Index, PsycLIT y PSICODOC*.

INSTRUCTIONS TO AUTHORS are in the final pages of the Journal.

A *Revista Interamericana de Psicología* é publicada pela Sociedade Interamericana de Psicologia desde 1967. Nossa política é refletir os desenvolvimentos que estão ocorrendo na psicologia do continente, tanto na perspectiva teórica como na aplicada ou profissional; ao realizá-la procura-se promover a comunicação e a colaboração entre os psicólogos e psicólogas, dos diferentes países de América. A Revista é publicada duas vezes ao ano e aceita originais em todas as áreas da Psicologia, em inglês, espanhol francês e português.

Todos os membros ativos da SIP recebem a Revista sem custo adicional. Indivíduos de outras profissões podem assinar a revista por US\$40 anuais. As assinaturas institucionais anuais custam US\$60. Para fazer sua assinatura individual ou institucional, ou para se tornar membro da SIP, complete os formulários incluídos neste número. Para tanto escreva a Josephine Resto Olivo, Gerente Editorial, P.O. Box 23174, San Juan, Puerto Rico 00931-3174. A RIP está catalogada nos seguintes índices bibliográficos: *Institute for Scientific Information Alerting Service, Current Contents/Social & Behavioral Sciences, Social Sciences Citation Index, PsycLIT y PSICODOC*.

As INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES E AUTORAS encontram-se nas páginas finais da Revista.

La *Revue Interaméricaine de Psychologie* est publiée depuis 1967. Notre politique est de refléter les développements qui sont en train de se passer dans la psychologie du continent tant de la perspective théorique que de l'appliquée ou professionnelle; en ainsi faisant on cherche à promouvoir la communication et la collaboration entre les psychologues des différents pays de l'Amérique. La Revue est publiée deux fois par an et elle accepte des manuscrits en tous les domaines de la Psychologie, en anglais, espagnol, français ou portugais.

Tous les membres actifs de la SIP reçoivent la revue exempt de coût. Des individus d'autres professions peuvent se souscrire pour \$40 annuels. Le coût des souscriptions institutionnelles est de \$60 annuels. Pour acquérir une souscription individuelle ou institutionnelle, ou pour devenir membre de la SIP, complétez les formulaires inclus dans ce numéro. Pour des informations concernant ceci écrivez à Josephine Resto Olivo Directrice de la Rédaction, P.O. Box 23174, San Juan, Puerto Rico 00931-3174. La RIP est incluse dans les suivants index bibliographiques: *Institute for Scientific Information Alerting Service, Current Contents/Social & Behavioral Sciences, Social Sciences Citation Index, PsycLIT y PSICODOC*.

Les INSTRUCTIONS POUR LES AUTEURS se trouvent dans les dernières pages de la Revue.

CONTENIDO/CONTENTS/SUMARIO/CONTENU
ARTICULOS/ARTICLES/ARTIGOS/ARTICLE

Edición Especial: La Psicología Aplicada en el Caribe

Applied Psychology in the Caribbean

Ana. I. Alvarez, Editora Invitada

Invited Editor

Introducción

Introduction

Ana I. Alvarez

PSICOLOGÍA APLICADA A LA SALUD MENTAL
PSYCHOLOGY APPLIED TO MENTAL HEALTH

**Substance abusing women with children in treatment:
A Virgin Islands' residential model**

Mujeres usuarias de drogas con niños/as en tratamiento:

Un modelo residencial de las Islas Vírgenes

G. Rita Dudley Grant, Irvin Williams y Karen Hunt

**The epidemiology of mental disorders in the adult
population of Puerto Rico**

*La epidemiología de los desórdenes mentales en la
población adulta de Puerto Rico*

Gloria Canino, Héctor Bird, Maritza Rubio-Stipec y
Milagros Bravo

Psicoanálisis de la mujer y ritos de posesión

Women's psychoanalysis and rites of possession

Huberto Bogaert

PSICOLOGÍA APLICADA AL MUNDO LABORAL
PSYCHOLOGY APPLIED TO WORK SETTINGS

**Unity in diversity: A study of work values, attitudes
and motivation in a multicultural society**

*Unidad en la diversidad: Un estudio de valores, actitudes
y motivación en el trabajo, en una sociedad multicultural*
Kwame R. Charles

**El ámbito laboral: Algunas reflexiones desde un
enfoque sociopsicológico**

*The work setting: Some thoughts from a sociopsychologi-
cal perspective*
Mara Fuentes Avila

Irma Serrano-García

Editora/Editor

*Universidad de Puerto Rico,
Río Piedras*

Josephine Resto Olivo

Gerente Editorial/

Managing Editor

*Universidad de Puerto Rico,
Río Piedras*

Edna Acosta Pérez

Asistente de Promoción

Lorna Torres López

Asistente

María Lúcia Camargo

Keila Lugo Rañal

Traductoras

Noel Caraballo

José Martínez

María del R. Hernández-

Cartagena

Consultores/as

Estadísticos

BackRoom Productions &
Publications

Diseño Gráfico

ISSN: 0034-9690

**El razonamiento defensivo y su efecto sobre la
calidad del servicio público en Puerto Rico**

*Defensive reasoning and its effect on the quality of public
service in Puerto Rico*

Carlos A. Toro Díaz

**PSICOLOGÍA APLICADA EN LAS ESCUELAS
PSYCHOLOGY APPLIED TO SCHOOLS**

**Problems and possibilities for the personality develop-
ment of the learner in the Aruban educational system:
Urgent need for a Caribbean educational psychology**

*Problemas y posibilidades para el desarrollo de la perso-
nalidad del educando/a en el sistema educativo de Aruba:*

Necesidad urgente de una psicología educativa caribeña

Lydia Emerencia

**PSYCHOLOGY APLICADA EN LAS COMUNIDADES
PSYCHOLOGY APPLIED IN COMMUNITIES**

**Desarrollo de la psicología comunitaria en la
República Dominicana**

*Development of community psychology in Dominican
Republic*

Josefina Zaiter

**Aportaciones de la Psicología de Comunidad en Puerto
Rico a un marco teórico alternativo sobre el potencial de
apoderamiento de las comunidades**

*Contributions of Community Psychology in Puerto Rico to
an alternative theoretical model of the potencial of commu-
nities' empowerment*

Marya Muñoz Vázquez

**PSICOLOGÍA APLICADA A LA SALUD
PSYCHOLOGY APPLIED TO HEALTH**

**Implicaciones psicosociales en la intervención para la
prevención de la transmisión del Virus de
Inmunodeficiencia Humana (VIH) con hombres homo-
sexuales en Puerto Rico: Un modelo para el Caribe**

*Psychosocial implications in preventive interventions
against HIV transmission among homosexual men in
Puerto Rico: A Caribbean model*

José Toro-Alfonso

Adolescence and AIDS in Jamaica

La adolescencia y el SIDA en Jamaica

Lincoln Williams

Algunas consideraciones del enfoque de promoción en el programa cubano para la prevención del VIH/SIDA

Some considerations regarding health promotion in the

Cuban HIV/AIDS prevention program

Isabel Louro Bernal y Giselda Sanabria Ramos

Instrucciones para los autores y autoras

Instructions to authors

Instruções aos autores e autoras

Instructions pour les auteurs

JUNTA DE CONSULTORES Y CONSULTORAS EDITORIALES
BOARD OF CONSULTING EDITORS
JUNTA DE CONSULTORES E CONSULTORAS EDITORIAIS
COMITÉ DE CONSULTANTS ET CONSULTANTES DE L'ÉDITION

Reynaldo Alarcón
 Universidad Peruana Cayetano
 Heredia.

PERU

Rita Arauz Molina
 Fundación Nimehuazín.

NICARAGUA

Rubén Ardila
 Universidad Nacional de
 Colombia.

COLOMBIA

Clara Benedicto
 Universidad Autónoma
 de Santo Domingo.

REPUBLICA DOMINICANA

Angela Biaggio
 Universidad Federal do Río
 Grande do Sul.

BRASIL

Amalio Blanco
 Universidad Autónoma de
 Madrid.

ESPAÑA

Janet Bonilla
 Universidad de Puerto Rico,
 Recinto de Mayagüez.

PUERTO RICO

Erica Burman
 The Manchester Metropolitan
 University.

UNITED KINGDOM

Víctor Colotla
 Universidad Nacional
 Autónoma de México.

MEXICO

Teresita Cordero Cordero
 Universidad de Costa Rica.

COSTA RICA

Rolando Díaz Loving
 Universidad Nacional
 Autónoma de México.

MEXICO

Rita G. Dudley-Grant
 Virgin Island Behavioral
 Services, Alternative Behavioral
 Services.

U.S. VIRGIN ISLAND

Oliva Espin
 California School of
 Professional Psychology,
 U.S.A.

Bernardo Ferdman
 California School of
 Professional Psychology.

U.S.A.

Héctor Fernández-Alvarez
 Centro de Estudios Humanos
 AIGLE.

ARGENTINA

Marta Givaudan
 Instituto Mexicano de la
 Investigación
 de la Familia

MEXICO

Gerald Gorn
 Hong Kong University of
 Science and Technology.

CANADA

Wayne H. Holtzman
 The University of Texas,
 Austin.

U.S.A.

Mauricio Knobel
 Universidad Estadual de
 Campinas.

BRASIL

Isabel Louro
 Escuela Nacional de Salud
 Pública.

CUBA

Steve López
 University of Maryland.
 U.S.A.

Juracy C. Márques
 Pontificia Universidade
 Católica
 do Río Grande do Sul.

BRASIL

Alfonso Martínez-Taboas
 Universidad Carlos Albizu.

PUERTO RICO

Rosalía Montealegre
 Universidad Nacional de
 Colombia.

COLOMBIA

Maritza Montero
 Universidad Central de
 Venezuela.

VENEZUELA

Frederic Munné
 Universidad de Barcelona.

ESPAÑA

Mathilde Neder
 Pontificia Universidad Católica de
 São Paulo.

BRASIL

Eduardo Nicenboim
 Centro de Estudios Humanos
 AIGLE.

ARGENTINA

Isaac Prilleltensky
 Victoria University.

AUSTRALIA

Rebeca Puche Navarro
 Universidad del Valle.

COLOMBIA

Antonio Puente
 University of North Carolina at
 Wilmington.

U.S.A.

Julian Rappaport
 University of Illinois at Urbana-
 Champaign.

U.S.A.

Irma Roca De Torres
 Universidad Puerto Rico,
 Recinto de Río Piedras.

PUERTO RICO

Ivonne Romero García
 Universidad Interamericana de
 Puerto Rico, Recinto
 Metropolitano.

PUERTO RICO

Jeannette Roselló
 Universidad de Puerto Rico,
 Recinto de Río Piedras.

PUERTO RICO

Michel Sabourin
 University of Montreal.

CANADA

Euclides Sánchez
 Universidad Central de Venezuela.

VENEZUELA

Peter Suefeld
 The University of British
 Columbia.

CANADA

Julio F. Villegas
 Universidad de Santo Tomás.

CHILE

Esther Wiesenfeld
 Universidad Central de Venezuela.

VENEZUELA

Bryan Wilcox
 University of Nebraska,
 U.S.A.

JUNTA DE CONSULTORES Y CONSULTORAS EDITORIALES ASOCIADOS
BOARD OF ASSOCIATE CONSULTING EDITORS
COMITÉ AVALIADORES E AVALIADORAS EDITORIALES ASOCIADOS
COMITÉ DES CONSULTANTS ET CONSULTANTES ÉDITORIAUX ASSOCIÉS

Le damos la bienvenida a la tarea de evaluación y publicación. Sabemos que su insumo será de gran utilidad para la Revista al igual que esperamos que la experiencia les nutra en su desarrollo profesional.

Welcome to the task of evaluation and publication. We know that your feedback will be very useful and hope that the experience will nurture your professional development.

Seja bem-vindo/a à tarefa de avaliar e publicar. Sabemos que sua colaboração será de grande utilidade e esperamos que esta experiência nutra seu desenvolvimento profissional.

Nous vous souhaitons la bienvenue à la tâche d'évaluation et publication. Nous savons que vos réactions résulteront d'une grande utilité pour la Revue et de même nous espérons que cette expérience nourrira votre développement professionnel.

Stephanie Austin

York University. CANADA.

José Carrión Baralt

Universidad Carlos Albizu. PUERTO RICO.

Elizabeth Castillo

Universidad de los Andes, COLOMBIA

Lucia R. DiMeo

University of the Virgin Islands, U.S.A.

Andrea Dottolo,

San Diego State University. U.S.A.

Andrés M. Pérez-Acosta

Universidad Católica de Colombia, COLOMBIA

Miguel Pérez-García

Universidad de Granada. ESPAÑA

Carmen L. Rivera Medina

Universidad de Puerto Rico. PUERTO RICO.

George Schwartz

McGill University. CANADA.

Galia Siegel

University of Illinois U.S.A.

Carlos Silva

Universidad Central, VENEZUELA

JUNTA DE CONSULTORES Y CONSULTORAS AD-HOC
BOARD OF AD-HOC CONSULTING EDITORS
COMITÉ AVALIADORES E AVALIADORAS AD-HOC
COMITÉ DES CONSULTANTS ET CONSULTANTES AD-HOC

La Editora agradece el trabajo realizado y la disponibilidad a cooperar con la Revista. Su colaboración agiliza nuestra labor y asegura una publicación de excelencia.

The Editor recognizes your contribution and willingness to cooperate with the Journal. Your collaboration facilitates our work and assures the excellence of our publication.

A Editora agradece o trabalho realizado e a disponibilidade para cooperar com a Revista. Sua colaboração agiliza nosso trabalho e garante uma publicação de excelência.

L'Éditrice remercie le travail réalisé et la disponibilité à coopérer avec la Revue. Votre collaboration facilite notre travail et assure de l'excellence de notre publication.

Ana Isabel Alvarez

Universidad de Puerto Rico, PUERTO RICO.

Hortensia Amaro

Boston University. U.S.A.

Guillermo Bernal

Universidad de Puerto Rico, PUERTO RICO.

Frances Boulon de Díaz

Autoridad de Energía Eléctrica. PUERTO RICO.

Milagros Bravo

Universidad de Puerto Rico, PUERTO RICO.

Miguel E. Martínez

Universidad Carlos Albizu. PUERTO RICO.

Maribel Matos

Universidad de Puerto Rico, PUERTO RICO.

Marya Muñoz, Consultora. PUERTO RICO.

Enric Pol, Universitat de Barcelona. ESPAÑA.

Wanda C. Rodríguez Arocho

Universidad de Puerto Rico, PUERTO RICO.

Irene Sumaza

Universidad Interamericana, PUERTO RICO.

Giovanni Tirado

Universidad de Puerto Rico, PUERTO RICO.

Nilsa Torres

Universidad de Puerto Rico PUERTO RICO.

Introducción

Ana Isabel Alvarez¹

Universidad de Puerto Rico, Puerto Rico

Los trabajos que incluye en esta edición especial de la Revista Interamericana de Psicología (RIP) son en su mayoría parte de un ciclo de simposios organizados por invitación durante el XXV Congreso Interamericano de Psicología celebrado en el 1995 en San Juan, Puerto Rico². La idea inicial fue lograr la presentación de trabajos sobre diversas áreas del conocimiento y sobre la práctica de la psicología en el Caribe Isleño cuya ausencia ha sido notable en los foros regionales e internacionales. La tarea no fue sencilla ya que parte de lo que caracteriza a la región es la falta de contacto y comunicación entre las personas que viven en ella. El producto final fue una serie de trabajos de gran interés y valiosa información.

Inicialmente invité a los autoras y autoras a publicar sus trabajos en un libro editado por mí. Todas/os accedieron buenamente. A pesar de esta intención original la tarea era difícil ya que cuando pensaba en la distribución del libro no me fue posible localizar una editorial que lo distribuyera por toda América. Cuando la Dra. Irma Serrano-García asumió la edición de la RIP me invitó a publicar los trabajos en dos números especiales para el año dos mil. Así tendríamos la oportunidad de distribuir dichos números por todo el hemisferio. Con eso en mente nos dimos a la tarea y aquí está la primera parte del esfuerzo.

Este primer volumen presenta trabajos en áreas aplicadas de la psicología como la salud mental, la promoción de la salud y la prevención de la epidemia del VIH/SIDA, la psicología en las comunidades, en los centros de trabajo, las escuelas y con familias. Incluimos trabajos de diversos países como: Aruba, Cuba, Islas Vírgenes Estadounidenses, Jamaica, Puerto Rico, República

¹ Puede comunicarse con la autora a la siguiente dirección: Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología, P.O. Box 23345 UPR Station, San Juan, Puerto Rico 00931.

² Dado este hecho, los artículos no incluían compendios. La Editora Invitada y la Editora de la RIP redactaron casi todos los que aparecen a lo largo del volumen.

Dominicana y Trinidad y Tobago. Más aún, en dichos trabajos se evidencia la diversidad teórico-metodológica desde la que se practica la psicología en el Caribe Isleño así como múltiples niveles de complejidad de acuerdo al desarrollo particular de la disciplina en cada país.

Entre los trabajos de orientación clínica contamos con tres perspectivas. Canino, Bird, Rubio-Stipeck y Bravo presentan un estudio epidemiológico de salud mental en Puerto Rico. Bogaert combina la presentación de un caso clínico desde una orientación psico-analítica y hallazgos preliminares del Rorschach con una muestra de practicantes del voodoo en la zona urbana de la República Dominicana. Por otro lado, Dudley-Grant, Williams y Hunt presentan los efectos de una intervención clínica-comunitaria con madres adictas y sus hijos e hijas en las Islas Vírgenes estadounidenses.

También los escritos sobre la psicología en el ámbito laboral son diversos. Charles presenta un estudio empírico con el propósito de explorar si hay diferencias entre dos grupos étnicos en Trinidad y Tobago en relación a la motivación y actitudes hacia el trabajo. Toro plantea una discusión sobre mecanismos defensivos entre la fuerza trabajadora del sector público en Puerto Rico. Desde Cuba, Fuentes desarrolla una discusión teórica donde plantea el "producto" como parte de la subjetividad que se construye o desarrolla en las organizaciones y las implicaciones de esta propuesta para la práctica psicológica.

En términos del quehacer psicológico en el contexto escolar contamos con el trabajo de Emerencia que plantea una amalgama de asuntos como: el aprendizaje de un segundo idioma, el desarrollo de la identidad, el conflicto cultural y la transculturación en un contexto colonial como el de Aruba.

Sobre la psicología comunitaria Muñoz analiza las transformaciones teórico-discursivas que ha experimentado la psicología comunitaria en Puerto Rico a lo largo de su desarrollo durante los pasados cuarenta años. Zaiter hace también un recorrido histórico de la psicología comunitaria en República Dominicana discutiendo particularmente cómo el devenir político-social del país repercute sobre la práctica comunitaria y las tensiones y contradicciones que este proceso impone. Finalmente los trabajos de Toro-Alfonso, Williams y Louro y Sanabria presentan tres casos en la prevención y el tratamiento del

VIH/SIDA en Puerto Rico, Jamaica y Cuba respectivamente.

El segundo volumen incluirá trabajos sobre la historia de la psicología en diversos países de la región. Habrá escritos sobre antecedentes y precursores en diversos países, sobre las organizaciones profesionales de la psicología, sobre el estado actual de la disciplina y el desarrollo de algunas especialidades.

Los resultados de este ejercicio son múltiples. Primeramente, estoy convencida que por lo menos provocará reflexión y discusión entre los/as colegas tanto en la región Caribeña como en el hemisferio. Creo no equivocarme al afirmar que es la primera vez que se presenta un conjunto sustancial de trabajos de psicólogos y psicólogas del Caribe que incluya personas de tan diversos países, áreas de especialidad, postura teórica y perspectiva metodológica. También este ejercicio facilitó establecer contacto entre nosotras/os y ya han surgido posteriores intercambios. Tal vez la publicación de estos trabajos den una nueva chispa que permita continuar con los esfuerzos ya establecidos y nos mueva a iniciar algunos nuevos diálogos. Ustedes dirán.

Agradezco a la Dra. Irma Serrano-García la oportunidad que nos ha brindado de difundir estos trabajos. A las/os colegas que depositaron en mí su confianza accediendo a participar en este proyecto, mi agradecimiento y un abrazo fraternal.

Introduction

Ana Isabel Alvarez¹

University of Puerto Rico, Puerto Rico

The articles included in this Special Edition of the Interamerican Journal of Psychology (IJP) are mainly part of a sequence of invited symposiums presented during the XXV Interamerican Congress of Psychology held in San Juan, Puerto Rico in 1995. Originally, the intention was to present a series of papers on diverse areas of psychological knowledge and practice in the Insular Caribbean, notably absent in regional and international forums. The task was not easy because the lack of contact and communication between people who live in the islands, a regional characteristic, did not facilitate its achievement. The result was a series of interesting and valuable papers.

Initially, I invited the authors to publish their works in an edited book. All kindly agreed. Nevertheless, again the task was difficult given that the distribution of such a book was limited by the lack of an editorial publisher with distribution capacity in the Americas. When doctor Serrano-García assumed the editorship of the IJP, she invited me to publish the papers in two special numbers of the Journal for the year 2000. This strategy would allow us to distribute the materials through the entire hemisphere. Keeping this possibility in mind we embraced the task and here is the first part of that effort.

This first number presents articles in applied psychology such as mental health, health promotion and prevention of HIV/AIDS, community psychology, psychology in work, school and family contexts. We included papers from several countries: Aruba, Cuba, U.S. Virgin Islands, Jamaica, Puerto Rico, Dominican Republic and Trinidad and Tobago. Moreover, these articles manifest the theoretical-methodological diversity of psychological practice in the Insular Caribbean, as well as the multiple levels of complexity according to the specific development of the discipline in each country.

Among the mental health efforts we included three perspectives.

Canino, Bird, Rubio-Stepic and Bravo present an epidemiological study of mental health in Puerto Rico. Bogaert, from a psychoanalytic perspective, presents a clinical case and preliminary findings of an administration of the Rorschach to a sample of voodoo practitioners in the urban areas of Dominican Republic. On the other hand, Dudley-Grant, Williams and Hunt present a clinical-community study with substance abusing mothers and their children in the U.S. Virgin Islands.

The papers on work psychology are also diverse. Charles presents an empirical study to find out if there are differences in motivation and attitudes toward work between different ethnic groups in Trinidad and Tobago. Toro proposes a discussion on defensive mechanisms among the work force in the public sector in Puerto Rico. Fuentes, from Cuba articulates a theoretical discussion in which she proposes that the subjectivity constructed or developed in organizations is part of the "work product" and as such has psychological implications.

In terms of psychological practice in the school context I included a paper from Emerencia that discusses a variety of issues, such as: second language, learning development, cultural conflict and transculturation in a colonial context as the one in Aruba.

In terms of community psychology Muñoz analyzes the theoretical-discursive transformation that this specialty has experienced in Puerto Rico through its development during the last 40 years. Zaiter also makes a historical account of community psychology in Dominican Republic focusing on how the socio-political process of the country influences the practice of community psychology and the tensions and contradictions such a process imposes. Finally the papers from Toro-Alfonso, Williams, Louro and Sanabria offer three examples of prevention and treatment of HIV/AIDS in Puerto Rico, Jamaica and Cuba, respectively.

The second number of this special edition will include the history of psychology among the countries in the region. It will include papers about antecedents and precursors in different countries, on psychological organizations and on the situation of the discipline and some psychological specialties.

The results of this effort are multiple. First, I am convinced that these texts will at least provoke analysis and discussion among colleagues in the Caribbean region as well as the hemisphere. I believe

I am not mistaken in stating that this is the first time that a substantial selection of papers from psychologists in the Caribbean, including a wide range of countries, areas of specialties, theoretical and methodological perspectives, is published. This process also facilitated the establishment of contacts among ourselves that lead to other exchanges. Maybe the dissemination of these papers will ignite a spark that will allow us to pursue the contacts and efforts already established and will lead to new dialogues. You will decide.

I thank Dr. Irma Serrano-García for the opportunity that she has offered us by publishing this material. To all the colleagues that placed their trust in me and agreed to participate in this project, my thanks, appreciation and a fraternal embrace.

Substance Abusing Women with Children in Treatment: A Virgin Islands Residential Model

**G. Rita Dudley Grant¹
Irvin Williams
Karen Hunt**

***Virgin Islands Behavioral Services,
U.S.A. Virgin Islands***

Abstract

A residential program for drug addicted women and their children is described. This program is based in a community organization and financed by the Center for Substance Abuse Treatment, Women and Children's Branch of the U.S. Virgin Islands. The Recovery Project for Women and Children offered long term integrated services expecting to reduce the use of alcohol and other controlled substances, reduce dependency on the social welfare system and increase the use of specific vocational and life skills. Program results, as well as recommendations for the future, are presented.

Compendio

En este trabajo se describe un programa residencial para mujeres adictas con niños y niñas en una organización comunitaria que es financiado por el Centro para Tratamiento de Mujeres y Niños/as Adictos de las Islas Vírgenes estadounidenses. El Proyecto de Recuperación de Mujeres y Niños/as ofrecía un plan integrado de servicios a largo plazo con la expectativa de reducir el consumo de alcohol y sustancias controladas, reducir la dependencia del sistema de beneficencia social y aumentar el uso de destrezas específicas de vida y vocacionales. Se presentan los resultados del programa y se discuten recomendaciones que deben considerarse prospectivamente.

Key words: Substance abuse; Women in residential treatment
Palabras clave: Abuso de drogas; Mujeres en programa residencial

¹ Correspondence concerning this article should be addressed to: P.O. Box 24241, Christiansted, VI 00824.

The Caribbean is currently experiencing a major social and cultural upheaval. Changes are apparent in the United States Virgin Islands where the impact of North American colonialism has resulted in a community which struggles to maintain its identity in the face of forces which it can barely understand, much less control. The United States Virgin Islands (USVI) is a set of three islands: St. Thomas, St. Croix and St. John. Their keys are located 40 miles east of Puerto Rico. The population of approximately 110 thousand is 77% African Caribbean, 9% Hispanic or other minority (such as East Indian, and Middle Eastern) and 14% Caucasian. There have been nine cultures, seven of whose flags have flown over these islands. The longest ownership prior to the United States was by Denmark which sold the islands to the United States in 1917.

Although accustomed to changes in political and cultural leadership, the current forces nevertheless represent values, economic and social systems which are in conflict with traditional West Indian structures. Thus, communalism is replaced by individualism, "family first" is threatened by the desire for self-centered success, and efforts for planned and measured development give way to unbridled expansion with the necessity to survive in an ever more economically and socially competitive world. Women's roles in these changes is crucial. It has been said that "women are the carriers of the culture", thus the burden of maintaining a standard and a way of life that is uniquely Caribbean appears to fall more heavily on women in our community.

In addition to these inevitable social forces which have brought some positive changes, the Virgin Islands, like other islands in the West Indies, have become a major point of transshipment of drugs from South America to the United States. The influx of drugs into our communities has resulted in increases in crime, violence and substance abuse addictions. In 1990, the Virgin Islands' government contracted with the Village - Virgin Islands' Partners in Recovery, a not for profit, community based, comprehensive substance abuse service agency to develop residential drug addiction treatment in the territory. In 1993, this agency successfully applied for and was awarded a five year competitive demonstration grant by the Center for Substance Abuse Treatment

Women and Children's Branch Programs, to develop a residential treatment program for women and children in the Virgin Islands. This paper will describe the program as it operated in 1994-95 including interviews of staff and residents.

SCOPE OF THE PROBLEM

Substance abuse in the USVI has seen dramatic increases over the past decade. The Division of Mental Health and Substance Abuse of the V.I. Department of Health reported a 600% increase in the incidence of crack cocaine in 1986. There has been a steady increase since then, especially among the female addict population. A recent presentation to the Women, Infants and Children (WIC) program spoke about the third generation of crack babies. Grandmothers who are often caring for these children were alcoholics themselves. However, they were able to keep their families together. The mental and emotional devastation of crack places any family or self preservation value below the need for the drug (Dudley, 1992).

Dizon, Hatcher and Dudley (1992), reporting on patterns of black and white women's consumption in the Virgin Islands, found a lower incidence of drinking among black women than whites. There was a significantly higher level of drinking among white women, and black women were more likely to be abstainers. The authors concluded in part that, similar to the United States, multiple roles and more active lives played a major role in reducing alcoholism in the lives of Virgin Islands' women.

While women are increasingly at risk for alcohol and drug use, it has been widely acknowledged that they have not been appropriately nor adequately served by the traditional substance abuse treatment system (Breyer & Hill, 1993). Traditional programs have not developed means of addressing the biological, social and emotional needs of women. They do not consider differences in potential sources of referral, nor in needs that promote longer term stays in treatment. Even programs that are beginning to be designed specifically to meet women's needs, or are specifically all female, often demonstrate some if not all of these deficiencies.

A key example follows. There has been a prevailing attitude

within traditional residential substance abuse programs for women, that having children present would be a deterrent to recovery. It was felt that the addicted women needed time away from maternal and familial responsibilities to focus on their own mental and emotional issues. Indeed, it was thought that children would serve as an escape or a barrier to the addict admitting and confronting her addiction. However, the problems women faced obtaining child care often meant women could not enter treatment nor complete the proscribed time once they were in the center. Thus, this orientation against children in the setting became a barrier to accessing treatment for most women, and women's programs had traditionally done very poorly. The Center for Substance Abuse Treatment, a section of the Substance Abuse and Mental Health Services Administration, put special emphasis and 20% of the block grant on women's and children's programs. Further yet, in 1992 they disseminated a Request for Proposals to fund demonstration programs which could address the special needs of women with children.

TARGET POPULATION

In 1992, the Division of Mental Health and Substance Abuse served approximately 800 clients in the territory, 225 of whom received substance abuse services. Of those receiving addiction treatment, only 13% (30) were women, (Mental Health and Drug Dependency, Block Grant, 1993), yet national estimates suggest that anywhere from 30% to 50% of addicts in need of treatment are female (Hull, 1994). While the number may be somewhat smaller in the Caribbean in general, and the V.I. in particular, it remains clear that many women in need of addiction services are not willing or able to access the services traditionally provided to date.

This article presents the Women and Children's Recovery Project (WCRP) which seeks to provide residential services to 60 women over the life of the five year grant. The women must be addicted to alcohol or another drug and have at least one child 13 or under who will live with her on site.

Goals and Objectives

The primary goal of the WCRP is:

To demonstrate that a comprehensive continuum of intervention and treatment services for women along with prevention services for their children and families, delivered in a safe resource focused community based setting, coupled with primary health, mental health and social services will result in : (1) reduced alcohol and other drug use, (2) reduced reliance on social health welfare systems, and (3) increased functioning in specific life skill and vocational areas (Williams, 1993).

Program Description

The residential program is located on the western end of St. Croix in a renovated motel. Each of the 10 efficiency units houses a woman and up to three children ranging in age from new-borns to 13 years old. Program components include: outreach/engagement activities, primary residential treatment for women, infant/child/adolescent oriented prevention and intervention and coordinated case management of ancillary services. Referrals come primarily from the Department of Health, Maternal, Child Health, Mental Health and Substance Abuse and Medical Assistance programs, the Department of Human Services, and targeted outreach to communities such as the Latino community, as well as through the court system.

The women are provided with:

- 1) Comprehensive, long term, gender/cultural/ethnic specific treatment to women who have from one to three children;
- 2) Specialized educational and vocational services to assist women to have specialized job skills;
- 3) Specialized educational, mentoring, tutoring and other services to adolescent children of substance abusers;
- 4) Intense case management;
- 5) Educational strategies to reduce HIV/AIDS risk behavior; and
- 6) Specialized family services integrated into the daily regimen of women and children in treatment.

Other services and resources are accessed as deemed necessary and appropriate by Case Manager and other staff.

Treatment Philosophy

The V.I. Village

believes that chemical dependency is a chronic, complex, bio-psycho-social disease phenomenon, and that treatment is most successful when providers offer a sustained continuum of comprehensive therapeutic interventions including health, substance abuse, education and social services. The programs are abstinence based and utilize the 12 step programs of Alcoholics Anonymous, Narcotics Anonymous, and other self-help groups, in conjunction with reality based therapeutic interventions and peer support. The environment created by each program is deliberately set up to encourage self responsibility and self-reliance, while, at the same time, recognizing the need of women and children to feel cared for and nurtured. Within this framework, trained staff will focus not only on substance abuse, but on socialization efforts including interpersonal relatedness, competence, and autonomy (or self-determination) (Williams, 1993, p. 21).

Tobacco is also restricted to residents and staff on the premises, and residents are not allowed to smoke in front of their children.

There are five phases of treatment. In:

- (a) Phase I, Orientation/retention- the resident is given extensive medical and psycho-social evaluations, basic communication skills and is introduced to the treatment environment.
- (b) Phase II, Primary Treatment – the center provides intensive individual, group and family treatment, vocational counseling and extensive education regarding parenting skills, as well as the nature of their disease. It is in this phase that cognitive restructuring, and insight can lead to deep and long lasting behavioral change. The fact that these

insights and new knowledge can be immediately implemented in the mothers' interactions with their children reinforces the learning and greatly enhances the potential for healing.

- (c) Phase III, Re-entry - the focus changes from intrapersonal and mother/child relationships to interpersonal and social relationships. The mothers develop skills in carrying out goals and managing relationships with family members and significant others. Male-female relationships, heretofore unaddressed by treatment programs in this stage of treatment are examined and the residents assisted in understanding healthy relationships and recognizing codependent symptoms.
- (d) Phase IV, Reintegration where the focus is on bonding, relapse prevention, full employment, continued intense case management and in-home training regarding parenting, household management, among others; and
- (e) Phase V, Continuing Care – where the program develops and maintains support systems for the women as well as providing for intensive long term treatment as needed.

The children also obtain specialized interventions of a comprehensive nature. Their services include a) physical development, b) social development (substance abuse resistance skills training, self-esteem development, mother/child bonding, peer oriented activities'; and c) cognitive development (educational services). The program is also available to residents who are HIV positive.

RESULTS TO DATE

Since the program's inception in April, 1994 (Start up October, 1994 due to renovation), there have been 16 admissions. Those women have been accompanied by 31 children. Admission criteria cut off the original age for children at 7, however, the realities of women's lives have necessitated admissions up to age 13. In 1995 there were 7 residents and 15 children in treatment who ranged in age from one to 13. The women ranged in age from 25 to 44 with most in their early to mid thirties.

An extensive interview with Magdalene Jackson Cooper (1995),

the primary therapist at the center, provided detailed information about the women's treatment issues. The primary drugs of choice were alcohol and crack/cocaine. All women admitted have been sexually, emotionally and physically abused, according to the program director, Ms. Karen Hunt (Personal communication, April 15, 1995).

Most (99.5%) of their issues are around men (Jackson Cooper, Personal communication, June 29, 1995). Codependency has for the most part led them into addiction. They struggle with themes of abandonment and emotional and physical neglect of their children. Due to the depths that their disease has taken them, they have repeatedly put their children at risk, have been unable to protect them from being physically and sexually abused by the men in their lives, and have even bartered their children to obtain drugs.

As they begin to recover, they are often overwhelmed by the devastation that has been wrought by drugs on their lives, and its impact on their children. They have to learn how to gain their children's respect, how to develop and maintain boundaries and set limits. Often there has been minimal bonding with the children at birth or thereafter because of their addiction. Thus, there is a process of rebonding which is fostered in the therapeutic setting. Parenting skills and inner child work occurs in group therapy and parenting skills classes.

The women are emotionally undeveloped, essentially "walking around like little girls" (Jackson Cooper, Personal communication, June 29, 1995). Some are so filled with rage or have been so emotionally damaged that the therapeutic process had to start at a very primitive level. The first goal of treatment is to help the woman identify her feelings, and then in a safe environment, attempt to return to the source/pain that first caused them. Reichian, and other related approaches to treatment are often utilized in a group setting where the regression occurs with the support of fellow residents and staff. Mattress work and relaxation techniques are often used to facilitate the process.

Cultural Differences

This particular program was modeled on one successfully implemented by the Village in Miami (Jackson, 1992). Similar

programs have been operating in Orlando and elsewhere around the United States for some time (Reed, 1987). However, this the first project of its kind that has been attempted in the Caribbean. Some of the major cultural differences appear to occur as barriers to treatment. According to Ms. Jackson Cooper, (Personal communication, June 29, 1995), West Indian women stay out of treatment longer due to the intensity of the stigma and shame associated with treatment still deeply embedded in our cultural values. Motherhood is highly regarded in our culture. Any sign of the disease of addiction severely contradicts this image. Thus, the value of motherhood enhances denial rather than fostering the need for treatment.

Secondly, there are large gaps in the array of services necessary to obtain and maintain a life of sobriety. A strength of the West Indian community is the strong extended family system. Unfortunately this positive aspect of our community becomes a barrier to treatment. The woman's length of stay is shorter. She and her children will often end up living with a grandmother or aunt where she can continue to use drugs without fear of being put out as she would be in the extended network of a service system. Thus, the extended family becomes an enabler of the disease rather than the source of support that it is intended to be. Another issue identified is that self-esteem appears to be very low. Women that do come in to treatment often feel ashamed and dehumanized. They believe they will never be able to regain the respect of their family members nor of the community.

Personal Histories

Interviews with two of the residents proved to be particularly enlightening. Both reported having been emotionally, physically and sexually abused as children, one just having fully recalled this traumatic experience the day before our interview. The other female, was born in St. Thomas and was the mother of four children, a 19 and a 17 year old, both pregnant, a 15 year old who is in the eleventh grade and living with her paternal grandmother, and a seventeen month old who resides with her at the center. She had been in treatment at the Village Women and Children's program for the past fourteen months. Her mother died when she was 11,

from a tumor caused by ongoing beatings by her alcoholic father. She was then raised by her father, maternal grandmother and an aunt, but she felt that she basically raised herself from that point on. She dropped out in the eighth grade, but was able because of family connections to get a job as a nurses' aide in the hospital. Ten years ago she was introduced to crack, and had been using alcohol and marihuana as well until entering treatment. She reported that she lost custody of her older children because of her addiction, at one point prostituting herself for \$5.00 per "trick" in order to pay for her drugs. She had previously tried another women's program run by the Village, also located in St. Croix but dropped out, still in denial about her addiction. She agreed to come into treatment because when the baby was four months old, she dropped him off with her eldest daughter and went to smoke pot. Her daughter reported her to Child Protective Services because "she didn't want what had happened to her to happen to him". The resident admits that she now realizes that she was in a "state of insanity". She was "doing O.K. in the present without looking at the future". Human Services offered her an ultimatum, lose custody of the baby or come into the Women and Children's treatment program. She felt that the program changed her outlook on life, and taught her skills such as parenting and self care which she never had before. She felt that they were helping her to break the cycle, not only with the baby but with the older children as well. Her current goals were to obtain employment, and a home in a safe environment so that her family could reunited. She states "Thank god that they have not given up on me,... they feel that they can trust me,... I feel that I can trust myself".

The second resident we interviewed had been there five months and was obviously going through a painful period in her treatment. She was 35 years old with four children, ages 17, 13, 7 and 3, three of whom were currently residing with her at the center. She explained that while she had always remembered her father's physical abuse, only in the past day did she remember his sexual abuse. She reports that her father was abusive but not an alcoholic. Drug abuse appeared to be more on her mother's side. She was afraid to tell her mother how much her father was beating her. She reported that she was his eldest girl child and he appeared to be

paranoid about any relationships that she had with boys. She was even prohibited from sitting next to her male cousins. She was introduced to marihuana by her uncle and then to other drugs by boyfriends. She maintained a tremendous amount of anger towards her father, stating "He's dead yet he's still there, in my head".

Treatment Issues

Both women typified a major treatment issue often previously overlooked by traditional programs. Their relationship issues were pervasive. The program director, Karen Hunt, stated that their sexual addictions superseded their chemical addictions and if not dealt with early on in treatment, were often the cause of premature termination and or relapse. Therefore, another major focus of treatment was on developing and maintaining healthy relationships with significant others. These women had low self esteem and were more likely to blame themselves for their troubles than men. In fact "...women drug abusers feel very badly about their lives, and may even be blaming themselves for things they are unable to change" (Reed, 1987, p. 155). They are so accustomed to being used, and using their bodies to get their intimacy and nurturance needs met, that they have limited knowledge and great fear of having to take care of themselves. This lack of information is denied and often repressed by drug use.

At the same time, drug abusers will alternately neglect and become overly dependent on their children. They treat the boys as their "little husbands" and may compete with their girls for affection and attention from others. The treatment setting attempts to address all these concerns in a long term manner that can bring about significant behavioral changes for the entire family.

FUTURE DIRECTIONS

This model treatment program, the first of its kind in the Caribbean, seeks to serve a large and highly underserved population, namely substance abusing women and their children. Several barriers to care have been removed by including children in the residential setting, providing culturally relevant treatment modalities, and assisting the women to restructure their lives in a safe, long term environment. Essential aspects of the program

include interagency collaboration from Human Services, Health and Education, as well as community based organizations and voluntary individuals' which foster a holistic approach to recovery. Ongoing program evaluation will continue to identify areas of the project which should be strengthened to ensure complete success.

One area that could be further developed is the children's program. The children come with severe histories of exposure to their mother's addictive behavior. They often have experienced the consequent inadequate nurturing resulting from the disease, and may have been victims of physical and/or sexual abuse as well. In order to address their emotional needs, individual and group therapy, as well as extensive educational/recreational programs, must be expanded if the goal of prevention for this next generation is to be achieved.

Should the positive results of the Village Women with Children's program continue, it should serve as a model for replication throughout the Caribbean. Further data will be made available as the program progresses.

References

Breyel, J. M. & Hill, I. T. (1993). *Creating systems of care for substance abusing pregnant women and their children*. National Governors' Association, Health Policy Studies, Center for Policy Research, Washington, D.C.

Division of Mental Health, Alcoholism and Drug Dependency, VI Department of Health. (1993). *1993 Block Grant Application to the Substance Abuse and Mental Health Services Administration*. VI: Author.

Dizon, M. M., Hatcher, A. T., & Dudley, G. R. (1992, November). *Alcohol consumption patterns among black and white women in the U.S. Virgin Islands, 1989*. Paper presented at the Annual Meeting of the American Public Health Association, Washington, D.C.

Dudley, G.R. (1992, October). *Mental health and substance in the U.S. Virgin Islands: Current realities and future perspectives*. Presentation made at the retreat meeting of the Board of Lutheran Social Services, St. Croix, VI.

Hull, T. (1994, October 2) Female abusers face problems in finding recovery programs. *Chicago Tribune*, 6, 12.

Jackson, V. (1992). *Women and children residential treatment: The Miami model*. Demonstration project funded by the Center for Substance Abuse Treatment, Women and Children's Branch Programs, SAMHSA, HHS. Washington, D.C.

Reed, B.G. (1987). Developing women-sensitive drug dependence treatment services: Why so difficult? *Journal of Psychoactive Drugs*, 19 (2), 151-164.

Williams, I.J. (1993) *The Village - Virgin Islands - Women and Children Residential Treatment*. Grant application submitted in response to RFP from Center for Substance Abuse Treatment, Women and Children's Branch Programs, SAMHSA, HHS. VI: Author.

The Epidemiology of Mental Disorders in the Adult Population of Puerto Rico

Glorisa Canino¹

University of Puerto Rico, Puerto Rico

Héctor Bird

Columbia University, U.S.A.

Maritza Rubio-Stipec

University of Puerto Rico, Puerto Rico

Milagros Bravo

University of Puerto Rico, Puerto Rico

Abstract

A detailed review of the results of psychiatric epidemiological studies carried out in Puerto Rico in the last decade is presented. The results of these studies show that contrary to prior research in this area, the prevalence and correlates of psychiatric disorders and symptoms in the Puerto Rican population are not significantly different from those observed in other communities, in particular in the United States. Exceptions were somatization disorder and symptoms which were found to be significantly more common in Puerto Rico as compared to the U.S. and drug abuse/dependence which was found to be considerably less common. The prevalence of a "culturally defined syndrome" of *ataques de nervios* and its correlates is also discussed. Interpretations of these results are offered as are implications for future research.

Compendio

Presentamos una revisión detallada de los estudios de epidemiología psiquiátrica llevados a cabo en Puerto Rico en la última década. Los resultados de estos estudios demuestran que contrario a lo que se ha encontrado en la investigación previa en esta área, la prevalencia y los correlatos de los trastornos psiquiátricos en Puerto Rico no son significativamente diferentes a los que se observan en otras comunidades, en particular en Estados Unidos. Excepciones a esto fueron el trastorno de somatización y sus síntomas que son más frecuentes en Puerto Rico, y el abuso y dependencia a drogas que encontramos mucho menos común en la

¹ Address for correspondence: Glorisa Canino, Ph.D. Professor and Director Behavioral Sciences Research Institute, UPR Medical Sciences Campus, PO Box 365067, San Juan, PR 00936-5067. Phone: (787) 754-8624 Fax: (787) 767-5959, e-mail: g_canino@rcmaca.upr.ciu.edu

isla al compararla con comunidades estadounidenses. También discutimos la prevalencia de síndromes culturales como los "ataques de nervios" y sus correlatos. Ofrecemos interpretaciones de los resultados y discutimos las implicaciones para investigaciones futuras.

Key words: Epidemiology; Mental health in adults

Palabras clave: Epidemiología; Salud mental en personas adultas

Puerto Rico is a United States Commonwealth in the Caribbean with 3,435 square miles of territory and a population of just over 3.5 million. According to the United States Census Bureau the population count for Puerto Rico in 1990 was 3,522,035 inhabitants, with a 1994 projection of 3,641,949, for a population density of 1-60 per square mile, one of the most densely populated areas in the world.

Recent decades have witnessed a rapid transition from a rural, agrarian society to a more urban, industrial and commercial economic structure. These changes, coupled with the predominantly poor socioeconomic level of the population (58.9% is under the United States poverty level, a per capita yearly income of \$4,177 and a median yearly family income of \$9,988) have created a situation of apparent high risk for the development of psychopathology. Indicators of social disruption traditionally associated with increased risk for mental illness are pervasive in Puerto Rico. Official unemployment remains at the level of over 15%; 10.36% illiteracy in adults over 18 years of age, 42% of adults do not have a high school education; divorce rates are among the highest in the world (5.3% per 1,000 inhabitants); consumption of alcohol is high (8.59 L of ethyl alcohol per capita for persons older than 15 years) (Departamento de Salud, 1990). In addition, the per capita homicide rate for 1991 and 1992 on the island was the highest in the U.S. (23.2 homicides per 100,000 inhabitants). When all U.S. cities were compared, San Juan had the second highest per capita murder rate (80.2 per 100,000) in 1991, twice as high as it had been in 1990, and the second highest in United States territories at 68/100,000.

In spite of several indicators of social disruption in Puerto Rico, there appears to be no correlation between them and the prevalence rates of psychiatric disorders observed in several epidemiological studies carried out on the island in the past decade. What follows is a discussion of the main results and methods of 4 epidemiologic

studies of mental disorders carried out in Puerto Rico for the adult and children population. In general, findings reflect that prevalence rates (except for somatization and drug abuse) do not differ significantly from those obtained in similar studies carried out in the United States and other parts of the world. Risk factors are also similar, although sex risk ratios are more distinct.

PSYCHIATRIC DISORDERS AMONG THE ADULT PUERTO RICAN POPULATION: MAJOR FINDINGS OF TWO EPIDEMIOLOGICAL SURVEYS

There was a long-standing observation that Puerto Ricans reported higher levels of psychiatric symptoms than did other North Americans (Dohrenwend, 1976; Dohrenwend & Dohrenwend, 1969; Srole & Fisher, 1962). This observation had been noted in studies of Puerto Ricans from both the island and the mainland (García, 1974; Haberman, 1976). According to these data Puerto Ricans suffered from unusually high rates of mental illness. Such statements were questionable because measures of disorder in these studies had not been linked explicitly to diagnostic systems; furthermore, the reliability and cultural relevance of the instruments used to collect the data had not been expressly assessed for the Puerto Rican population.

During the last decade, the need for systematic epidemiologic data on mental disorders was recognized in the United States as well as in Puerto Rico. One of the goals of the National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment Area (ECA) program (Regier, Myers & Kramer, 1984) was to address this need in the United States. To ensure the comparability of data obtained at different sites of the ECA program, a newly structured interview, the Diagnostic Interview Schedule (DIS) was created (Robins, Helzer, Croughan, Williams, & Spitzer, 1981). This interview, designed to be administered by non-clinicians, leads to computer-scored diagnoses based on DSM-III criteria.

The availability of the DIS' and the possibility of comparing data from Puerto Rico with that obtained in the ECA program at various U.S. sites' inspired the first major island-wide epidemiologic survey of mental disorders in Puerto Rico. During 1984, several schedules of the DIS were administered to a probability sample (N= 1,554) of the island's adult population 17-64 years old. One

year later torrential rains produced widespread flooding and deadly mudslides in areas inhabited by a large portion of those previously interviewed, allowing for the assessment of the event's impact both prospectively and retrospectively. Since the sample of this 1987 study was designed to represent the adult population of the island (disaster areas were over-sampled), a supplement from the National Institute of Drug Addiction (NIDA) was obtained to also study (independent of the disaster) the prevalence and correlates of drug abuse-dependence. Thus, the DIS administered in 1987 contained new schedules which were not ascertained in the 1984 survey, namely, drug abuse /dependence, antisocial personality, post-traumatic stress disorder and generalized anxiety.

Testing of the Spanish DIS

During the first phase of the study a Spanish translation of the DIS was adapted and tested for use among the Puerto Rican population (Bravo, Woodbury-Fariña, Canino, & Rubio-Stipec, 1993). A comprehensive cross cultural model was used to adapt and translate the DIS. This model involved testing the instrument for cultural equivalence in five dimensions: 1) content equivalence, or the examination of whether the content of each item is relevant to the population under study, 2) semantic equivalence, or that the meaning of each item is similar in the language of each culture, 3) technical equivalence, or that a similar effect is achieved by the measuring techniques used in the different cultures, 4) conceptual equivalence, or that the same theoretical construct is evaluated in the different cultures involved, and 5) criterion equivalence, or that the interpretation of the measure's results are similar when evaluated in accordance with the established norms of each culture. As part of these complex processes of translation and adaptation, the test retest reliability of the DIS as well as the concordance of the instrument with clinical diagnoses was assessed (Canino, Bird, et al, 1987). The results of this study showed comparable results with those obtained in mainland samples where the DIS's psychometric properties were also tested (Robins, Helzer, Croughan, Williams, & Spitzer, 1981). In general, the results showed that lay interviewers collected almost the same information as clinicians, when both the lay interviewer and the psychiatrist used the DIS. Yet the comparison of the lay interviewer with the DIS and the psychiatrist's clin-

ical diagnoses showed the lowest level of concordance. The values improved with higher rank diagnoses, suggesting that all methods tend to top similar domains of psychopathology even when they disagree about specific diagnoses. The values also improved for dysthymia and obsessive compulsive disorder after modifications were made to the DIS which were culturally syntonic.

Somatization, Cognitive Impairment and Drug Abuse/Dependence

The second phase of the 1984 study involved applying selected schedules of the DIS to a stratified island-wide probability sample of the adult population ages 17 to 64. With the exception of somatization disorder and cognitive impairment, prevalence rates in the study were similar to those obtained in the U.S. ECA studies (28.1% an DIS lifetime disorder; 16.0% last six months) (Canino, Bird, Shrout, et al, 1987). Results of the 1987 survey showed similar rates of antisocial personality, and generalized anxiety between Puerto Rico and the ECA. However, considerably lower prevalence rates of illicit drug use (8.2%) and drug abuse and dependence syndromes (1.2%) were found in Puerto Rico than corresponding estimates from the ECA surveys, 30.4% and 8.0% respectively) (Canino, Anthony, Freeman, Schrout, & Rubio-Stipec, 1993).

The difference in prevalence rates of drug use/abuse between sites could not be explained by differences in the age distributions across the two survey populations. Because the island sample was younger (it included no persons over age 69), and because illicit drug use is more common among 18-39 year old than among older adults, the island's prevalence might be expected to be higher, not lower. The lower rates of drug use/abuse in Puerto Rico are consistent with findings obtained from other Hispanic populations both in the United States and South America. For example, the prevalence of drug abuse/dependence among immigrant Mexican Americans of the Los Angeles ECA site was 1.8% (Burnam, Hough, Karno, Escobar, & Telles, 1987). Much higher rates of drug addiction were obtained for Mexican Americans born in the United States, suggesting that acculturation to the U.S. society may be related to higher rates of drug use. Similarly, higher rates of marihuana use were found for Mexicans living in the United States (42%) as compared to Mexicans living in Mexico (7%) (Ortiz, &

Medina-Mora, 1987). Although the possibility that Hispanics in general tend to underreport drug use compared to Anglos or acculturated Hispanics cannot be ruled out; cultural differences between these populations might explain the findings obtained. It would seem worthwhile to consider in future research whether the apparent differences might be due to greater familism and extended kinship networks existent in Hispanic and Puerto Rican families in particular. The higher rates of family conflict, disintegration and alienation sometimes found in families of those with drug abuse and dependence are less common in Puerto Rico, especially compared with Anglo and Hispanic American populations in the bigger cities of the United States.

Cognitive impairment was found to be considerably more prevalent on the island as compared to the five ECA communities. Further analyses of these differences revealed that cognitive impairment, as measured by the Mini Mental Status Examination, was biased for subjects with an eighth grade education or less (Bird, Canino, Rubio-Stipec, & Shrout, 1987). Since the majority of the island's population is of low income and educational level, the published cut-off points for determining severe cognitive impairment on the island were not appropriate. A cut-off of 16 instead of 12 was recommended for use with the Puerto Rican population.

Somatization disorder and somatic symptoms, were also found to be more prevalent on the island as compared to other U.S. communities. Previous clinical studies have reported that Hispanic patients interviewed both in the U.S. and in their countries of origin tended to present high levels of somatic symptoms (Dohrenwend, & Dohrenwend, 1969; Escobar, Gómez, & Tuason, 1983; Mezzich, & Raab, 1980). Since even in more developed countries, people of lower socioeconomic backgrounds who have a psychiatric disorder are more likely than those of more advantaged backgrounds to present somatic symptoms, the tendency to "somatize" rather than "psychologize" has been viewed as being largely the result of socioeconomic factors. This association with sociodemographic factors was confirmed in the Puerto Rico study (Canino, Escobar, Canino, & Rubio-Stipec, 1992; Rubio-Stipec, Canino, et al, 1993). However, the higher mean number of somatic symptoms in Puerto Rico as compared to other groups (ECA communities,

Mexican Americans and non-Hispanic whites) could not be solely explained by differences in age, sex, level of education, and number of people in the household. This difference remained significant after statistically taking into account sample differences in age, sex and education (Canino, Escobar, Canino, & Rubio-Stipec, 1992).

Previous explorations of these findings revealed that Puerto Rican's tendency to somatize was not related to what has been commonly stated as a tendency to express depressive symptoms or demoralization through somatic symptoms (Rubio-Stipec, Shrout, Bird, Canino, & Bravo, 1989). Using symptom data from the 1984 adult probability sample of residents in Puerto Rico, five clusters of items (those associated with diagnoses of affective disorders, schizophrenia phobic disorder, somatization and alcoholism), quantitative measures of psychopathology were formed from each cluster. The factor structure of these scales was replicated in two probability samples of the Los Angeles (LAECA) study, one composed of Mexican Americans and one of Anglo-Americans. Four of the scales were replicated in both LA samples, however, the scale of somatization was not formed in either of the LA samples, only in the Puerto Rico sample. Of interest was the fact that the depressive and somatization scales formed through the factor analyses were separate and did not contain overlapping items, suggesting that both depressive and somatization symptoms are separate and distinct constructs.

Another possible explanation for this high prevalence of somatic symptoms was explored. In the probing system of the DIS, used to separate physically explained from possible psychiatric symptoms, the respondent reports a symptom, then s/he is asked whether a doctor was told about it and if so, what the doctor said was causing the symptom. If the doctor said it was explained by a physical illness, it is not counted toward the diagnosis or as a somatic symptom. If Puerto Rican doctors are more prone to interpret somatic symptoms as "psychogenic" this could explain the higher prevalence of the symptoms.

Another possibility is related to the accessibility of health care. In countries where health care is not as accessible (for whatever reason) or people do not seek health care as readily, many people with physical symptoms might not come to a physician and, if no

cause is attributed by the respondent, a possible physical symptom would be classified as a symptom of somatization disorder. For this reason, the probe chart of somatization of the Composite International Diagnostic Interview Schedule (CIDI) (which is the same used by the DIS), was examined in order to ascertain its effectiveness in truly classifying a somatic symptom as a psychiatric symptom (Rubio-Stipec, Canino, et al, 1993). Data generated from 17 countries (many of which are underdeveloped and have poor accessibility of care) in the first field trial of the CIDI were used to test the inter-rater reliability of each coding and to examine whether the sum of symptoms classified under the probe flowchart were associated with the known correlates of somatization. The findings showed that the probe flowchart screens somatic symptoms similarly in a variety of settings and cultures and that it is highly reliable for each of its five possible coding classifications. Therefore, comparisons of the rates of somatic symptoms, between different sites and cultures, using the somatization module helped identify true cultural differences. In fact, the findings showed higher prevalence of somatic symptoms among all Latin countries as compared to those of other cultural heritage. This is consonant with the results of previous clinical studies which have reported higher rates of somatization symptoms among patients from Columbia and Peru (Escobar, Randolph, & Hill, 1986; Mezzich, & Raab, 1980).

To explain cultural differences in the presentation of somatic versus psychological symptoms, it has been argued that some groups (e.g., Anglo Saxons) may be more likely to partition somatic and psychological phenomena in a Cartesian way (mind-body dichotomy) while others (e.g., Latin American) may be more likely to integrate both kinds of experiences and express them somatically. Our study of this issue suggests that for Puerto Ricans and Latin populations this may be true.

Except for the somatization disorder, and symptom level analyses, all other comparisons made between the Puerto Rico prevalence rates and those obtained in the U.S. ECA communities did not control for possible differences in sample composition. In addition, the possibility existed that Puerto Ricans might report more psychological symptoms while not suffering any higher rates of most disorders. Because of this, detailed analyses were made comparing prevalence rates and symptom levels between the Puerto Rico site,

and the Los Angeles ECA site which had a sample composed of Mexican Americans (U.S. born and migrants) and Anglo Non-Hispanic whites. To be sure that mental health differences between Puerto Ricans and other ethnic groups were not attributable to important social variables that might be correlated with ethnic subgroup, we statistically adjusted for several demographic variables, including education level, age, gender and number of adults in the household (Shrout, Canino, Bird, Rubio-Stipec, Bravo, & Burnam). We found that Puerto Ricans had more somatization disorder, but less affective and alcohol disorders as compared with U.S.-born Mexican Americans or non-Hispanic whites. We also found no evidence that more psychopathology would be found among Puerto Ricans when symptom counts were considered. No major differences were obtained between sites when symptom counts levels were compared. The only exception were somatization symptoms which were more prevalent among Puerto Ricans as compared with the other ethnic groups and psychotic symptoms which were less prevalent. Drug symptoms were not ascertained in this study.

Utilization of Mental Health Services and Projections to the Year 2,000

In order to make the data more relevant for planners, an analyses was made of the percentage of those who met criteria for DSM-III and also used or did not use mental or health services or sought help from a spiritualist (Hohmann, Richeport, Marriot, Canino, Rubio-Stipec, & Bird, 1990; Martínez, Sesman, Bravo, Canino, & Rubio-Stipec, 1991). The results of these analyses showed that the majority of individuals who are in need of mental health services are not receiving services in the specialty sector but mostly in the general medical health sector. These results were later confirmed in the adult poor population of Puerto Rico by other investigators (Alegría, et al, 1991). These investigators found that the main reason for not using services was related to economic and geographic barriers as well as to the belief of most individuals that they could resolve their problems. It was also found, as part of the 1984 prevalence study, that around 20% of the population consults a spiritualist over a lifetime, however, consultation to the spiritualist does not substitute consulting the formal health sector (Hohmann, Richeport, Marriot, Canino, Rubio-Stipec, & Bird, 1990). Those

who meet criteria for alcohol abuse and dependence seek less mental health services, whereas those who meet criteria for schizophrenia or major depression are the most frequent utilizers of services (Martínez, Sesman, Bravo, Canino, & Rubio-Stipec, 1991).

Projections of the 1984 prevalence data were calculated for the estimated population between 17 and 64 years of age in Puerto Rico for the year 2,000 (Avilés, Canino, & Rubio-Stipec, 1990). These projections showed that given that no major changes in risk factors or treatment accessibility are introduced to the island in the period between 1984 and 2,000, the prevalence of mental disorders will increase. The prevalence of affective and anxiety disorders, in particular, will have a relative increase of 5% in great part due to the expected increase among women. The simultaneous increase in the prevalence of psychiatric disorders and the increase in the population will have the combined effect of increasing the number of psychiatric cases by 25%.

Correlates of Disorder and Cross-Cultural Comparisons

As with the ECA studies, in Puerto Rico, the lifetime prevalence of mental disorders decreased with education (Canino, Bird, Shrout, et al, 1987). Alcohol abuse and dependence, antisocial personality and drug use/abuse were more frequent among males, while anxiety and depressive disorders were more frequent among females. Depressive disorders in Puerto Rico were found to be more than twice as prevalent in women than men (10.7% vs. 4.9%) and the prevalence of dysthymia was almost four times greater for women than men (Canino, et al, 1987). Even after demographic, health and marital and employment status variables were controlled in multiple regression analyses, women continued to be at higher risk of depressive symptomatology when compared to men. Consistent with other studies, separated, widowed or divorced individuals, as well as those with poor physical or mental health, unemployed males and those residing in urban areas had higher number of depressive symptoms than their counterparts. This difference between males and females in the prevalence of depressive disorders was found to be more marked in Puerto Rico as compared to the U.S. ECA where the differences in gender were not as dramatic. The higher sex ratio in Puerto Rico is consistent with a sex role model which postulates that Puerto Rican males and females have

different vulnerability to depressive disorders because of the more patriarchal social context in which they are socialized.

A comparison of the epidemiology of alcohol abuse/dependence in DIS-based population surveys carried out in 10 different regions of the world, showed considerable variation in the prevalence of the disorder across sites (Helzer & Canino, 1992). However, there was considerable similarity in the symptom expressions and course of alcoholism. The mean number of positive alcohol symptoms, the duration of the disorder and symptomatic as well comorbidity patterns were similar across regions of the world. However, differences were observed in sex and age of onset. For most of the sites, the mean age of onset of first symptom was in the early to mid 20's. A later mean age of onset (late 20's and early 30's) was found in four sites, Puerto Rico, Korea, Shanghai and Munich. The later age of onset in Puerto Rico was interpreted as due to the great tolerance of the society for intoxication and alcoholic behavior among men. It was hypothesized that symptomatic alcohol behavior may not be endorsed until it is more severely expressed (Canino, Burnam, & Caetano, 1992).

Although in all the cultures studied, excessive drinking and alcoholism were predominantly male activities, the male/female ratio varied considerably across cultures. The sex ratios were particularly high in the Asian and Hispanic cultures (where alcoholism was considerably more common in men) as compared to Western and Anglo Saxon cultures. In the five U.S. communities, Munich, Edmonton, Christchurch and among the American Indians, alcoholism was 4 to 6 times greater in men than women. In Seoul, Puerto Rico and among the U.S. Mexican American populations, alcoholism was between 12 to 25 times greater in men. The differences in sex ratio across cultures provided evidence in favor of the importance of culture and attitudes towards drinking in determining the prevalence rates. In the more traditional cultures with marked sex role stereotypes (as in Puerto Rico) the prevalence of excessive drinking and alcoholism among women was considerably lower as compared to those societies with less traditional cultures. Of interest, nevertheless was the fact that among the young age group of Puerto Ricans (17-25) the sex ratio in the prevalence of alcoholism was considerably diminished to what is observed in the U.S., suggesting that with new and future generations the prevalence of

alcoholism in women would be increasingly higher than at present (Canino, Bird, Shrout, Rubio-Stipec, Geil, & Bravo, 1987).

In all countries, including Puerto Rico, alcoholism was found to co-occur strongly with depressive disorders, drug use/abuse/dependence and antisocial personality disorders. Similarly, in all countries, the duration of alcoholism among those in remission for a year was from 8 to 10 years (10 in Puerto Rico).

THE 1987 DISASTER STUDY

A year later, after the 1984 island wide survey of mental disorders in the adult population of Puerto Rico, torrential rains throughout the island caused extensive and disastrous mudslides that left 180 people dead and disrupted the lives of thousands of others. Around 4,000 persons had to be lodged in public shelters for up to several months, and approximately 19,000 suffered considerable material losses. Aimed to document the psychological sequelae of the disaster, 912 adults (17-18) were interviewed with the Spanish version of the DIS (Bravo, Rubio-Stipec, Canino, Woodbury, & Ribera, 1990; Canino, Bravo, Rubio-Stipec, & Woodbury, 1990). A total of 375 persons interviewed both in 1984 and 1987 made up the prospective study's panel sample. The latter sample included these 375 persons plus 537 who were interviewed in 1987 for the first time.

The results of the retrospective data showed that depression, generalized anxiety and post-traumatic stress disorders (PTSD) were more common among those exposed as compared to the non-exposed. In addition, the exposed group reported poorer health, feelings of being overwhelmed by problems as well as greater use of health services. However, although these analyses were made controlling for socio-demographic variables, the possibility existed that the exposed differed from the non-exposed on pre-disaster morbidity. For this reason, the prospective analyses were considered important to disentangle this possible methodological artifact. Our results of those interviewed before and after the disaster confirmed those obtained with the retrospective data (PTSD symptoms were not assessed in the 1984 survey). Both somatic and depressive symptoms were found to be true outcomes of the disaster. This psychiatric morbidity could not be explained by mediating variables or known risk factors such as sex, age, education and previ-

ous symptoms.

We also examined the role of the family (marital and parental status) on response to the disaster in two disaster sites, Puerto Rico and the Times Beach disaster of St. Louis, Missouri (Solomon, Bravo, Rubio-Stipek, & Canino, 1993). We hypothesized that family role would moderate the effect of disaster exposure. In St. Louis, worse outcomes were found for single and married parents exposed to disaster, substantially exceeding the symptomatology of all unexposed respondents except non-victim single parents. In Puerto Rico, victims without families had higher levels of alcohol abuse symptoms than did any other subgroup. Perceived emotional support was found to be an important moderator of disaster's effect on psychiatric distress in Puerto Rico, generally overriding the effect of family role. Single parents in both sites who were exposed to disaster had substantially reduced levels of emotional support available to them, as compared to unexposed single parents, suggesting that single parents are at particularly high risk for losing access to emotional support following disaster. The study suggested that both single and married parents constitute important high risk victim groups and that perceived support from family and friends buffers the effects of disaster exposure.

Ataques de Nervios (Nerve Attacks)

As previously stated, in our 1984 survey we found somatization symptoms to be considerably more prevalent in Puerto Rico as compared to other U.S. communities (Escobar & Canino, 1988). In addition, in analyzing the factor structure of the DIS, we found that when comparative analyses were done using the Los Angeles ECA data for Anglo and Mexican Americans, there was a somatization factor that was unique to the Puerto Rico study. Upon reviewing this factor, we identified a cluster of symptoms that described an *ataque de nervios*, a popular category of distress characterized by trembling, heart palpitations, a sense of heat in the chest rising into the head, faintness and seizure-like episodes. Typical *ataques* occur at culturally appropriate times, such as during funerals, at the scene of an accident, or during a family argument or fight.

We created a scale to measure this popular category of distress, using 12 of the relevant symptom items from the somatization section of the DIS (Guarnaccia, Rubio-Stipek, & Canino, 1989). We

found that approximately 23% of the adult population of Puerto Rico fit the *ataques de nervios* category described in the scale. We also found that women, those with low socio-economic status, formerly married and out of the labor force were significantly over-represented in the *ataques* group. In addition, a significant proportion of those scoring high on the scale, met diagnostic criteria for a DSM III disorder. Particularly high rates of major depression, dysthymia, agoraphobia, phobic disorder and panic disorder were found among the *ataque de nervios* group.

As a result of these analyses, in the 1987 survey a question was added to the DIS to directly ascertain the presence and severity of *ataque de nervios*. The question posed was: "At some time, have you ever had an *ataque de nervios*"? If the person said yes, they were asked to describe the *ataque* and the situation that provoked it, as well as whether it impaired the person in his/her daily activities or sought help because of the *ataque*. The results showed that 16% of the population had experienced an *ataque* in their lifetime, while 12% reported that the *ataque* was severe enough to either consult a physician or other profession, take medications or cause impaired daily functioning. Common symptoms used in describing the *ataque de nervios* were shouting uncontrollably, becoming nervous, trembling, breaking things, becoming hysterical, fainting or passing out, aggressiveness and desperation. The social characteristics of those experiencing an *ataque* were identical to those reported previously with our *ataque scale*. As in the former study, we found that people who reported an *ataque* were more likely to meet criteria for a depressive or anxiety disorder (63% of those with *ataques*), particularly, dysthymia, major depression, panic disorder, generalized anxiety, and post-traumatic stress disorder. This group was 25 times more likely to meet criteria for panic disorder and 10 times more likely to meet criteria for major depression as compared to those not reporting an *ataque*.

The results of the study suggest two hypotheses concerning the relationship between *ataques de nervios* and psychiatric disorders. One is that people experience *ataques* as a prodromal phase of developing an anxiety or depression disorder. The second is that *ataques de nervios* are a culturally meaningful way that Puerto Ricans, with a history of anxiety and depression describe their conditions. Thus *ataque de nervios* could be a cultural idiom used by

low-income Puerto Rican women and men to describe episodes of anxiety and depression. At this point it is not possible with the available data to determine which of the two hypotheses is more applicable. However, further longitudinal study of this cohort of people is being presently carried out by Dr. Guarnaccia and we hope the new data will be able to clarify the role of *ataques de nervios* in the Puerto Rican culture and whether we can consider it a true culturally defined syndrome or merely a cultural idiom to describe common psychiatric conditions.

CONCLUSIONS

The two main epidemiological surveys of the adult population of Puerto Rico demonstrated that our population is not at greater risk for most psychiatric disorders or symptoms as previously thought. However, somatization disorder and symptoms are more prevalent on the island and drug use/abuse/dependence is significantly less prevalent as compared to U.S. communities. Most correlates of disorders are similar in Puerto Rico as compared to other sites in the U.S. or other regions of the world. However, the sex ratios of most gender specific disorders are higher in Puerto Rico as compared to less traditional societies such as the U.S. or Canada. In addition, the role of social support from family and friends in buffering stress and possibly lowering the risk for drug use seems to be an important component of the Puerto Rican society. A high percentage of our population report having experienced an *ataque de nervios* and most of these people meet criteria for either a depressive or anxiety disorder. It is not clear whether the *ataque* might be a prodromal phase of depressive or anxiety episodes, or whether this is a cultural idiom to describe the episodes of these conditions. We expect to carry out longitudinal studies in the future that can provide incidence data and determine risk factors for the psychiatric conditions studied cross-sectionally in the past.

References

- Alegría, M., Robles, R., & Freeman, D., et al. (1991). Patterns of mental health utilization among Puerto Rican poor. *American Journal of Public Health, 81*, 875-879.
- Avilés, L., Canino, G., & Rubio-Stipec, M. (1990). Proyecciones de diagnósticos psiquiátricos en Puerto Rico, año 2000. *Puerto Rican Health Science Journal, 9*, 235-243.

Bird H., Canino, G., Rubio-Stipec, M., & Shrout, P. (1987). Use of the minimal state examination in a probability sample of a Hispanic population. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 175, 731-737.

Bravo, M., Rubio-Stipec, M., Canino, G., Woodbury, M., & Ribera, J. (1990). The psychological sequelae of disaster stress: Prospectively and retrospectively evaluated. *American Journal of Community Psychology*, 18, 661-680.

Bravo, M., Woodbury-Fariña, M., Canino, G.J., & Rubio-Stipec, M. (1993). The Spanish translation and cultural adaptation of the Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) in Puerto Rico. *Cultural Medicine Psychiatry*, 17, 329-344.

Burnam, M.A., Hough, R.L., Karno, M., Escobar, J.I., & Telles, C.A. (1987). Acculturation and lifetime prevalence of psychiatric disorders among Mexican Americans in Los Angeles. *Journal of Health Social Behavior*, 28, 89-102.

Canino, G., Anthony, J.C., Freeman, D., Shrout, P., & Rubio-Stipec, M. (1993). Drug abuse and illicit drug use in Puerto Rico. *American Journal of Public Health*, 83, 194-200.

Canino, G., Bird, H., & Shrout, P., et al. (1987). The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, 44, 727-735.

Canino, G., Bird, H., Shrout, P., Rubio-Stipec, M., Geil, K., & Bravo, M. (1987). The prevalence of alcohol abuse and/or dependence in P.R. In M. Gaviria, & J. Arana (Eds.) *Health and behavior: Research agenda for Hispanics*. Chicago, Ill: The University of Illinois at Chicago.

Canino, G., Bird, H., & Shrout, P.E., et al. (1987). The Spanish Diagnostic Interview Schedule: Reliability and concordance with clinical diagnoses in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, 44, 720-726.

Canino, G., Bravo, M., Rubio-Stipec, M., & Woodbury, M. (1990). The impact of disaster on mental health: Prospective and retrospective analyses. *International Journal of Mental Health*, 19, 51-69.

Canino, G., Burnam, A., & Caetano, R. (1992). The prevalence of alcohol abuse and/or dependence in two Hispanic communities. In J. Helzer, & G. Canino (Eds.) *Alcoholism-North America, Europe and Asia: A Coordinated Analyses of Population from Ten Regions*. (131-158) London, England: Oxford University Press.

Canino, I., Escobar, J., Canino, G., & Rubio-Stipec, M. (1992). Functional somatic symptoms: A cross-ethnic comparison. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 605-612.

Departamento de Salud. (1990). *Informe Anual de Estadísticas Vitales, 1990*. San Juan, Puerto Rico: Oficina de Planificación, Evaluación e Informes, Departamento de Servicios Contra la Adicción.

Dohrenwend, B.P. (1976). Social status and psychological disorder: An issue of substance, an issue of method. *American Sociological Review*, 31, 14-34.

Dohrenwend, B.P., & Dohrenwend, B.S. (1969). *Social status and psychological disorder: A causal inquiry*. New York, N.Y.: John Wiley & Sons.

Escobar, J., & Canino, G. (1988). Síntomas somáticos no explicados medicamente. In (Eds.) *Diagnóstico en psiquiatría*. (382-385) Barcelona, España: Salvat.

Escobar, J.I., Gómez, J., & Tuason, V.B. (1983). Depressive phenomenology in North and South American patients. *American Journal of Psychiatry*, 140, 47-51.

Escobar, J.I., Randolph, E.T., & Hill, M.A. (1986). Symptom of schizophrenia in Hispanic and Anglo veterans. *Cultural Medicine Psychiatry*, 10, 259-276.

García, C.S. (1974). Psicopatología de la población normal en Puerto Rico. In J. Roselló (Ed.) (49-76) *Psicología: Investigación científica*. Madrid, España: Talleres de Industrias Gráficas, Diario Día.

Guarnaccia, P., Rubio-Stipec, M., & Canino, G. (1989). Ataques de nervios in the Puerto Rico Diagnostic Interview Schedule: The impact of cultural categories on psychiatric

epidemiology. *Cultural Medicine Psychiatry*, 13, 275-295.

Haberman, P.V. (1976). Psychiatric symptoms among Puerto Ricans in Puerto Rico and New York City. *Ethnicity*, 3, 33-144.

Helzer, J., & Canino, G. (1992). Comparative analysis of alcoholism in ten cultural regions. In J. Helzer, & G. Canino (Eds.) *Alcoholism-North America, Europe and Asia: A Coordinated Analyses of Population from Ten Regions*. (289-308) London, England: Oxford University Press.

Hohmann, A., Richeport, M., Marriot, B., Canino, G., Rubio-Stipec, M., & Bird H. (1990). Spiritism in Puerto Rico: Results of an island-wide community study. *British Journal of Psychiatry*, 156, 328-335.

Martínez, R.E., Sestman, M., Bravo, M., Canino, G., & Rubio-Stipec, M. Utilización de servicios de salud en Puerto Rico por personas con trastornos mentales. *Puerto Rican Health Science Journal*, 10, 39-42.

Mezzich, J.E., & Raab, E.S. (1980). Depressive symptomatology across the Americas. *Archives of General Psychiatry*, 37, 818-823.

Ortiz, A., & Medina-Mora, M.E. (1987). Research on drug abuse in Mexico. In *Epidemiology of drug abuse and issues among Native American Populations*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office: Community Epidemiology Work Group Proceedings.

Regier, D.A., Myers, J., & Kramer, M., et al. (1984). The NIMH epidemiologic catchment area program: Historical context, major objectives, and study population characteristics. *Archives of General Psychiatry*, 41, 934-941.

Robins, L.N., Helzer, J.E., Croughan, J., Williams, J.B.W., & Spitzer, R.L. (1981). *NIMH Diagnostic Interview Schedule: Version III*. Rockville, MD: NIMH.

Rubio-Stipec, M., & Canino, G., et al. (1993). The somatization schedule of the composite diagnostic interview: The use of the probe chart in 17 different countries. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 3, 129-136.

Rubio-Stipec, M., Shrout, P., Bird, H., Canino, G., & Bravo, M. (1989). Symptom scales of The Diagnostic Interview Schedule: Factor results in Hispanic and Anglo samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 30-34.

Shrout, P., Canino, G., Bird, H., Rubio-Stipec, M., Bravo, M., & Burnam, A. (1992). Mental health status among Puerto Ricans, Mexican Americans, and Non-Hispanic Whites. *American Journal of Community Psychology*, 20, 729-752.

Solomon, S., Bravo, M., Rubio-Stipec, M., & Canino, G. (1993). Effect of family role on response to disaster. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 255-269.

Srole, L., & Fisher, A.K. (1962). *Mental health in the metropolis: The midtown Manhattan study*. New York, N.Y.: McGraw-Hill.

Psicoanálisis de la Mujer y Ritos de Posesión

Huberto Bogaert
*Universidad Autónoma de Santo Domingo,
República Dominicana*

Compendio

En este trabajo presento un estudio de caso clínico de posesión de una paciente de origen rural sometida a psicoterapia de orientación analítica. También incluyo algunos hallazgos de una investigación etno-psicológica sobre la personalidad de voduistas dominicanas del medio urbano de Santo Domingo, República Dominicana basado en el análisis de la prueba Rorschach. Discuto la necesidad de adaptar la psicoterapia analítica, particularmente aquella dirigida a la mujer, al contexto socio-cultural y al medio hospitalario.

Abstract

This article has two objectives. The first is to present a clinical case study of the possession of a patient from a rural background that has received psychoanalytic therapy. The second objective presents the results of an ethno-psychological research study about the personality of Dominicans who practice voodoo based on an analysis of Rorschach test results. The need to adapt analytic therapy, particularly for women, to the socio-cultural context and the hospital setting, is discussed.

Palabras clave: Psicoanálisis; Etno-psicología; Vodú
Key Words: Psychoanalysis; Ethnopsychology; Voodoo

En la primera parte de este trabajo presento el caso de una paciente de origen rural, que fue sometida a una psicoterapia de orientación analítica, adaptada tanto a su situación socio-cultural como a las condiciones definidas por el medio hospitalario. Posteriormente, incluyo un estudio etnográfico psicológico de personas iniciadas en el vodú. Sirve como trasfondo a ambos el trabajo titulado *Enfermedad Mental, Psicoterapia y Cultura* (Bogaert, 1992).

ESTUDIO DE UN CASO CLINICO DE POSESION

No utilicé psicoanálisis en sentido clásico, con sus sesiones frecuentes, el recurso del diván y la perspectiva de una duración bastante larga. Por el contrario practiqué una psicoterapia adaptada al contexto en el que se inscribió la demanda clínica de la paciente. En el curso del tratamiento - cuya duración fue de seis meses, a razón de una sesión semanal - entrevisté también a algunos miembros de la familia de María, su madre y una hermana. Analicé a la paciente de conformidad con el ritmo impuesto por el enfoque psicoterapéutico contemplado desde el inicio de la consulta.

Descripción Clínica

María es una señora de 32 años de edad, que vivía con su esposo y 5 hijos. Desde hace 9 años, presentaba síntomas que los tratamientos farmacológicos no habían curado:

Siento decaimiento en el corazón y dolor de cabeza; se me acalambra la lengua y me pongo como quien va a perder el juicio; siento las manos frías y sudorosas y como un gas en el cuerpo, y un caliente en la espalda.

María recordaba un hecho relacionado con el origen de sus síntomas. Después de la muerte de una prima que tenía la costumbre de peinarla, empezó a sentir olores, hasta que un día tuvo una "visión" en la que "se me reveló buscando leña". En ese momento, María sintió las manos sudorosas y un deseo de gritar; se puso a temblar y se transformó. El fenómeno, que según la interpretación tradicional fue provocado por los "seres"¹, se repetía desde entonces:

Es como una cosa que se va yendo, se va despidiendo. Entonces, esa carga en la espalda, como cuando uno está cansado. Y me sube una cosa como ardiendo por el pecho y la garganta, que sube y me agarra la parte izquierda del pecho. Me sube una cosa con un sabor a sangre. La cabeza se pone como loca y la lengua se traba. Se le mete a uno un pestañear, los ojos se me viran y me transformo.

¹ El "ser" también conocido como "loa" o "misterio", es un genio, divinidad o espíritu.

Sin embargo, lo que motivó que María acudiera a consulta psicológica fue un hecho más reciente. En una ocasión tuvo problemas con una hermana menor, "que ha tenido cuatro hijos con hombres distintos". Después de reclamarle a su hermana la devolución de un vestido que ésta tomó sin su autorización, María fue víctima de su agresión; y, según relató, tratando de defenderse, le rompió la boca. Después María "hizo una hora santa" y, aunque dice haber encontrado cierta tranquilidad interior, su enfermedad empeoró: "Antes yo estaba achacosa, pero no como ahora".

Cuestionada sobre la relación del incidente con su hermana y el empeoramiento de su enfermedad, María declaró: "Doctor, ese día yo me transformé y le di por la boca, pero yo hubiera podido matarla. Ella me decía cuenera, perra, que yo engañaba a mi marido". Desde antes del conflicto con su hermana, María experimentaba "que los seres le subían". Después del incidente, sintió además un dolor en la parte izquierda del tórax:

Esa maldad de ahí me anda por ahí adentro como cuando uno tiene un pájaro que se está comiendo a uno por dentro, y me desespera. Siento una palpitación, una llaga viva.

María llevaba con su esposo una vida sexual insatisfactoria: "A veces siento deseos y otras veces no; pero soy una esposa obediente, y nunca me le niego". Más aún, dice: "A veces tengo una ilusión, pero cuando él viene se me desvanecen. En otras ocasiones, después de tener relaciones sexuales con su esposo, "vienen seres - dice que me hacen sentir lo que con él no siento". Incluso le han dicho en sueño: "El marido tuyo no es ése sino aquél", refiriéndose a un señor casado que ella conoce. Todo esto contribuyó a crear una intensa ambigüedad: "Yo siento que quiero a mi esposo, pero hay una cosa en mí que me hace perderle...; no sé si es la incompreensión. . . ."

La familia del esposo de María no la visitaba; y, en cierto modo, la rechazaba. También los vecinos y vecinas "la abochornan". María confesó no saber quién era el padre de su hija menor, por haber "jugado a las dos cartas". Sin embargo, no tardó en preguntarse "si fue ella quien quiso, u otra cosa...". Tan pronto empezó a mostrar indicios de culpabilidad, no tardó en atribuir el origen de sus experiencias extramaritales a los "seres".

Muchos miembros de su familia atribuyeron el origen de sus síntomas a los "seres". Su madre, quien trabajaba incluso como terapeuta tradicional, deseaba organizarle el "bautizo de sangre".

El esposo de María aseguraba que él "no cree en eso". Sin embargo, solía decir a su esposa: "Yo sé que tu tienes una cosa que no me quiere". La falta de consenso familiar sobre el tratamiento más apropiado para la enfermedad de María constituyó un factor importante en la prolongación de su sintomatología. La madre de María afirmó que es ella quien más se ha ocupado de la enfermedad de su hija. Aun cuando había deseado hacerle un "bautizo de sangre", estima: "Después que la hija se casa, pertenece a su esposo".

Posteriormente, con el progreso de la psicoterapia de orientación analítica, María informó que ella y su esposo llegaron a un acuerdo. Ambos deseaban que el "bautizo de sangre" se produjera, pero con exclusión de la madre en tanto terapeuta.

Interpretaciones Psicodinámicas

La madre de María, de 60 años de edad, fue abandonada por su esposo a los 38 años y, aunque se mostraba renuente a tratar el tema de sus pasadas relaciones maritales, permitió que su hija le comunicara al terapeuta lo acontecido. El padre de María tuvo cinco hijos, a los que abandonó: "A nosotros nos dejó como puercos y nunca se ocupó". Procreó otros hijos en Haina, "y se casó en la capital con una rubia..."

Sin embargo, a pesar de su indignación, María permaneció vinculada a su padre por su identificación e investidura. Por una secreta identificación con su conducta ilegal e inmoral, el padre representaba un anti-modelo cuyo prestigio le atraía inconscientemente. La vida libertina del padre provocó en María un efecto de seducción que tendía a destruir el universo de sus valores tradicionales. La tendencia a dejarse seducir por hombres de mayor edad, parientes o amigos de su esposo, así como sus propias tentativas de seducción en la transferencia, daban testimonio de un apego al objeto propio del complejo de Edipo positivo. El fantasma incestuoso sobredeterminaba el lazo pasional, cuyas críticas

¹ Rito vodúista que se realiza con la sangre de un ave y que sirve para "fijar" el loa o "ser" tutelar en el cerebro del candidato o candidata a la iniciación.

desencadenaban los síntomas que motivaron la consulta. La relación con la madre era ambivalente; y, aun cuando el padre le servía de modelo, María asumía inconscientemente varios rasgos maternos mediante identificaciones parciales típicamente histéricas. Más aún, el deseo de su madre sobre ella condicionaba parcialmente su modo de vida. La doble identificación se tornaba conflictiva, e incidía negativamente sobre la identidad de María.

Aun cuando en María se constituyera el superyó por identificación con la figura materna, la culpabilidad poco interiorizada se invertía con frecuencia en experiencias persecutorias en las que los perseguidores eran muchas veces del sexo masculino. Su inmovilización en la posición dual era favorecida por la ausencia del padre y la presencia de una madre fálica. Los "seres", a través de la acción terapéutica realizada por la madre de María, contribuían al sustento económico de la familia; y, al sustituir al padre, ocupaban una posición fálica: "Papá, para arrepentirse y congraciarse con Dios, se hizo adventista; y le dijo a mamá que botara esos seres y se arreglara con él. Pero ella le respondió que por esos santos' uno vive. Ella no quiso dejar sus santos y se separaron para siempre".

La madre reprochó al padre el abandono material y moral; y, considerándose una víctima, educó a su hija de manera que compensara lo que ella no encontró en su marido. La figura del padre apareció como insuficiente, y el sentimiento de insatisfacción - procedente de la madre - fue compensado por María de forma fantasmal. Para mantener el deseo que nacía del Complejo de Edipo naciente y el prestigio de su objeto, María idealizó la figura paterna. Posteriormente, esta idealización y el fantasma incestuoso sobredeterminaron en María una actitud que la expuso a las solicitudes amorosas del entorno familiar y de los amigos de su esposo. El hombre con quien María soñaba, sin falla ni falta, era un hombre comprometido, en cierto modo prohibido y situado a una distancia que lo alejaba de los límites decepcionantes de la realidad. María atribuía a su amante lo que le faltaba al padre; y, al desear convertirse en su sierva, trataba de alcanzar su propia perfección especular. La idealización correspondía a un despliegue narcisista, y el encuentro con el otro se acompañaba de la exaltación de la estima de sí. La separación o la pérdida del objeto idealizado provocó un sentimiento de pérdida del ideal del yo.

De ahí la ambivalencia de María, su oscilación entre el apego ávido y el desapego indiferente, entre la angustia y la depresión. Esta última aparecía dentro de la evolución de una problemática fundamentalmente histérica, sucediendo a un momento de importantes satisfacciones fantasmales; satisfacciones concernientes a la representación propia, y relativas al objeto de deseo: el falo idealizado.

María atribuía el significante fálico tanto a los amantes idealizados como a los "seres". El padre real no pudo competir con los "seres" frente al deseo de la madre; y, en consecuencia, se distanció considerablemente del ideal. La posesión por los "seres" permitió superar la depresión y, en cierto modo, se alternaba con ésta. La fase depresiva de la histeria correspondía con los momentos en que María descubrió al padre real en la figura sustitutiva de su esposo.

El fantasma de la incorporación no era sólo la satisfacción de un deseo de posesión, sino la repetición activa del fantasma de la seducción que había ejercido el falo paterno sobre un deseo fuertemente fijado en la posición oral. El espíritu que habitaba el cuerpo de María era una representación del falo imaginario del padre. Pero, era la creencia difusa en la posibilidad de la posesión la que condicionaba el realismo alucinatorio de los fantasmas.

Ni el padre - en tanto seductor imaginario - ni la madre fueron castrados; y, en consecuencia, no pudieron servir de modelo para la identificación promotora del ideal. El simbolismo de la castración se expresó a través de la "herencia" de los "seres" (Ortigue, 1973). Heredarlos equivalía a ocupar el lugar de la madre "muerta", y esto suponía que la madre se aceptaría en falta. María descuidó el "servicio" a los "seres"; y, aunque el trance apareció a raíz de la muerte de una prima, la herencia no podía asumirse plenamente, en razón de la situación familiar y de las condiciones de aculturación implícitas, que promovían la no resolución del complejo de Edipo.

María no sabía si su padre la había reconocido legalmente, aun cuando llevaba su apellido en el lugar que corresponde al apellido materno; inversión significativa si se tiene en cuenta el valor estructurante de este significante. El padre, normalmente presente por la alianza y el intercambio, la ley de la deuda y el don, fue quien, por medio de la palabra, hizo significativo eso de lo que carecía la madre. Sin embargo, como el padre de María abandonó

a su familia y dejó a su hija sin la certeza de un nombre, María se sintió víctima de potencias sin nombre, de "seres", que la perseguían implacablemente, solicitada por entidades terroríficas.

El pacto simbólico permaneció incierto y enigmático. Aunque las potencias la solicitaban María no concluyó la alianza ni aceptaba la ley. Ella rechazó el pacto con potencias desconocidas. María no aceptó el don propuesto, y se interrogó sobre el otro que le proponía la alianza.

Las crisis de María constituyó la expresión de un conflicto de identidad, de un cuestionamiento radical de su personalidad. Su sintomatología era una solución provisional que combinaba identificaciones contradictorias. De ahí el perpetuo deseo de reasegurarse a sí misma, su búsqueda de reconocimiento y de amor. María sufría de ponerse en escena. Otras personas le servían a menudo de espejo; y esto la hacía pensar en una fijación al estadio especular, tal y como ocurre cuando la seducción especular capta a un pariente en incompatibilidad de deseo con el otro (Vergote, 1978). Posteriormente la identificación que surge del Complejo de Edipo, al prolongar la identificación especular, provocó una doble identificación con el padre y la madre y mantuvo una ausencia relativa de identidad sexual.

La identificación simbólica - como valor de posición consistente en heredar los poderes - sólo podrá alcanzarse mediante el diálogo analítico. María inició el proceso de reconocimiento de su propio deseo, y promovió la identificación ideal a partir del encuentro psicoterapéutico.

El terapeuta tradicional "trabajó" con Gregorio Hernández. Era un hombre joven que, desde la perspectiva de la paciente, se situaba en contraposición a la madre, quién "trabajaba" con San Santiago como patrón. De ese modo, la decisión de acudir al terapeuta tradicional constituyó también una ocasión de mostrar la rivalidad con la madre. Por otra parte, la aceptación del "bautizo" con exclusión de la madre marcó el inicio de la reconciliación con el esposo y la suegra.

Si analizamos el modo en que María se "separó" de su madre, reconoceremos que, a un nivel más profundo, este hecho marcó también, y de un modo paradójico, la identificación simbólica con el significante de la madre "muerta", promotora del ideal del yo. Con el "bautizo", se convirtió en una iniciada como su madre. La

identificación ideal con la madre fue precedida necesariamente por la rivalidad. El rechazo de la madre, en tanto terapeuta, marcó el inicio de un duelo que nunca había ocurrido; es decir, el duelo de la madre en tanto objeto primordial intensamente investido .

El proceso de aculturación no sólo influyó en la personalidad de María a través de las vicisitudes de su vida, sino que también intervino a nivel de la resolución de sus conflictos. La psicoterapia analítica, emprendida a partir de la demanda de la paciente, se convirtió en un factor determinante en la evolución de los conflictos individuales y familiares, y llegó a promover indirectamente la celebración del "bautizo de sangre" en tanto rito terapéutico de origen tradicional.

Antes del "bautizo", María presentó, además de los síntomas físicos implicados en las caídas, una sugestibilidad anormal. La imitación autosugestiva y la identificación afectiva e imaginaria determinaron que la idea se manifestara a nivel del cuerpo. La afectividad, en tanto modalidad de la conciencia que desborda el poder de representación, al no poder expresarse de manera que concordara con el mensaje ofrecido, se precipitó sobre el cuerpo. Al no poder descubrir representaciones que la orientaran en el mundo del sentido, por evocar deseos incestuosos y dolorosos, reprimió la afectividad y la expresó mediante conversiones¹.

Los trances evocan las crisis histéricas (Isreal, 1977). La fase de recuperación sucede a la fase paroxística, y una crisis atípica es reglada por la sucesión de los episodios de la pasión. La fase tónica es seguida por una fase resolutive; y, en una conciencia crepuscular, el sujeto encarna las representaciones míticas de su entorno. María se identificó con los loases y, por un transitivismo típico de la relación especular, transfirió sus representaciones fantasmales y sus deseos infantiles. Las crisis operan en un estado de regresión psicológica indiscutible. Al mismo tiempo que repiten la experiencia traumática, la mantienen reprimida.

Psicoterapia y Representaciones Colectivas

Los síntomas de conversión que motivaron la consulta psicológica constituyeron la precipitación corporal y persecutoria del conflicto entre los deseos incestuosos dirigidos hacia el padre-

¹El trastorno histérico se distingue del trastorno psicósomático por su carácter expresivo (Véase Racamier).

representado por las figuras de los amantes - y la rivalidad imaginaria hacia la madre, desplazada hacia la hermana que la acusaba. Por otra parte, la disociación histérica y el delirio de persecución se constituyeron como defensas frente a la angustia masiva.

La castración simbólica de María implicó la asunción definitiva de la deuda simbólica que el "bautizo" representaba en un plano mítico. En ese sentido, los fantasmas personales de María se confundían con las representaciones colectivas de los "seres"; y la psicoterapia analítica transcurría en estrecho paralelismo con los tratamientos tradicionales.

La tarea que el terapeuta tradicional se propuso a través del "bautizo" fue la de transmutar el espíritu, el "ser", en un elemento del sistema simbólico colectivo. La condición es que él dé a conocer su nombre y su "división". El "ser" ocupará entonces un lugar en el sistema de los loases y sus relaciones con la persona dependerán de las instituciones, los objetos y las reglas que rigen el culto. De esta forma el sujeto es liberado de la relación dual que lo unía al producto de sus propias proyecciones. Con el nombramiento del "ser", el sujeto se libera de la relación cautivante en torno a la cual había organizado su experiencia (Zempléni, 1966).

El estudio del caso de María pone de manifiesto el modo singular en que las representaciones colectivas de origen tradicional inciden en la interpretación y en la evolución de los trastornos de la conducta. En el medio tradicional dominicano, la enfermedad mental se interpreta de conformidad con los sistemas colectivos de representación, como la magia, la brujería y la posesión. El estudio revela que la posesión constituyó un dominio etiológico capaz de permitirle a María categorizar los conflictos psicológicos que ella experimentaba en relación con los demás miembros de su grupo social, así como las dificultades que enfrentaba con los fundamentos normativos de su comunidad. Pero, por otra parte, la posesión - en tanto rito de iniciación hizo posible la realización de un cambio terapéutico que la psicoterapia de orientación analítica promovió en la paciente, permitiéndole expresar y sublimar la vida pulsativa. Gracias a esta experiencia, María pudo alcanzar un nivel normal de desenvolvimiento familiar y social.

¹ Los loases se organizan en grupos conocidos como divisiones.

BOGAERT

INVESTIGACIÓN ETNOLOGICA SOBRE LA PERSONALIDAD DE LAS PERSONAS INICIADAS EN EL VODU

Decidí investigar la personalidad de los/as voduistas dominicanos del medio urbano pobre de la ciudad de Santo Domingo, y me pregunté si existe entre estas personas un perfil característico de la personalidad y, de ser cierto, si corresponde a un cuadro clínico. Para responder esas interrogantes, decidí recurrir a la aplicación de la prueba proyectiva Rorschach, a fin de que los resultados obtenidos sirvieran como índices psicopatológicos y psicodinámicos de la personalidad de las personas participantes.

La Muestra

El problema metodológico fundamental, que consideré desde el inicio, fue: ¿cómo disponer de una muestra de participantes que pudieran ser poseídos/as ritualmente, ignorando la distribución estadística de ese rasgo en el conjunto de la población? No existe ningún censo oficial sobre las prácticas del vodú. Sin embargo, mi conocimiento del medio urbano pobre, me indicaba que el trance de posesión está universalmente distribuido, aunque se trate de un fenómeno reservado a ciertos individuos.

Recluté a las personas participantes del grupo experimental, mediante el azar controlado. No elegí individuos determinados de antemano, y todos los seleccionados se adecuaron a criterios específicos de muestreo. Como no existen pruebas objetivas para verificar la simulación del trance de posesión, recurrí a informadores e informadoras fiables cuyas declaraciones fueron a su vez confirmadas por otras personas elegidas entre la parentela, el vecindario o el medio de trabajo. Como quienes informaron aseguraban el contacto con los/as voduistas, resultaba indispensable prepararlos para el examen y el reclutamiento de las personas participantes. Organicé algunas sesiones de formación para explicarles el objetivo de la investigación y para enseñarles los criterios de conformidad con los cuales la muestra debía constituirse. Las personas voduistas debían ser conocidas por las personas participantes y quienes informaron no debían mencionar jamás la posibilidad de remuneración cuando abordaban un caso.

Para constituir el grupo control, elegí al azar un miembro de cada una de las 30 familias que respondían a los criterios de muestreo. Para elegir las familias previamente localizadas, utilicé una tabla de números aleatorios. Me aseguré de que ninguno de los/as participantes del grupo control hubiese presentado trastornos psicológicos manifiestos. La apariencia física y mental de las personas participantes era normal.

Las personas participantes del grupo de control recibieron las mismas consignas que las del grupo experimental, salvo en lo concerniente al trance de posesión. Puse énfasis en el hecho de que deseábamos conocer la personalidad de los dominicanos y dominicanas de su clase social. Interrogué a las personas, además, para determinar el grado de participación en el vodú; sólo retuve a las no-voduistas.

Tanto el grupo control como el grupo experimental constó de 30 participantes de ambos sexos -16 mujeres y 14 hombres -, de nacionalidad dominicana, residentes en el Distrito Nacional, de raza negra, adultas, analfabetas, de nivel socioeconómico bajo, obreros y obreras no especializados, de la religión católica, casados/as o viviendo en concubinato .

Resultados e Interpretación

Para fines de este trabajo sólo presento los resultados de la Prueba de Rorschach concerniente a las mujeres.

Las mujeres voduistas dieron más respuestas de pequeños detalles usuales que las mujeres no-voduistas. Esto puede significar que las primeras se interesan más en lo específico y concreto, manifestando una inteligencia fundamentalmente práctica. Un énfasis excesivo en las respuestas de pequeños detalles usuales, en combinación con un nivel formal adecuado, puede ser también un índice de inseguridad y de necesidad de recurrir a lo evidente. Sin embargo, los resultados de los otros índices no favorecen esta última interpretación.

Las mujeres voduistas suministran más respuestas de movimiento humano que las mujeres no-voduistas. Esto reveló la existencia de un proceso imaginativo más rico, de una mayor capacidad de empatía con otras personas y una percepción más diferenciada. La respuesta de movimiento humano, si bien surge de un movimiento de empatía y de interiorización, puede también ser prueba de la

disposición al ensueño y a la pérdida del sentido de la realidad. Esta última hipótesis no se confirma a nivel de los resultados de la prueba. Las mujeres voduistas no difirieron de las mujeres no-voduistas en lo concerniente a los factores que caracterizan el contacto afectivo; el contacto con la realidad; ni la proporción entre los factores de extensión, que son un factor de contacto positivo y los de flexión, que indican que la persona se aleja del mundo. Las mujeres voduistas son más capaces de aceptar sus propios impulsos y sus fantasmas, manteniendo buenas relaciones de objeto. Es probable que sean personas mejor integradas y más capaces de tener experiencias creativas.

Entre las mujeres voduistas constaté la existencia de un potencial creativo que permite el logro de las aspiraciones. Entre las mujeres no-voduistas, el nivel de aspiración era demasiado elevado en relación con sus posibilidades intelectuales efectivas. La mujer no-voduista del medio urbano pobre ocupaba una posición marginal y generalmente, tenía dificultades en términos de los valores y de los objetivos de su sociedad. La mujer voduista, por el contrario, desempeñaba un rol altamente valorizado.

El trance de posesión permite a ciertos individuos jugar roles que, de otro modo, le son inaccesibles. En contraste con el rol secular de tales sujetos, el trance va a suministrarles gratificaciones. La diferencia de status entre la mujer no-voduista y la mujer voduista es el resultado del reconocimiento social acordado a la posesión ritual.

La mujer voduista dió más respuestas de contenido humano, lo que muestra la fuerza del vínculo que la une a su medio social. Tiene interés por las cosas humanas; y, quizás, sentido de lo humano, capacidad de contacto humano. Esta suele ser una característica de los sujetos que ejercen una profesión que demanda comprensión humana, como es el caso de las mujeres voduistas que desempeñan el rol de sacerdotizas y de terapeutas.

Las mujeres voduistas presentaron un número más reducido de respuestas de contenido animal, lo que es indicativo de una visión del mundo menos estereotipada. Sus intereses son más vastos.

Por último, las mujeres voduistas presentan un nivel formal ponderado más elevado que el de las mujeres no-voduistas. Esto indica una mayor capacidad intelectual efectiva.

En comparación con la mujer no-voduista, la mujer voduista se caracterizó por una vida afectiva más rica, una mayor sensibilidad hacia la otra persona, y una manipulación más efectiva de sus propios impulsos. Manifestó más interés por lo específico, poseía una inteligencia práctica y una mayor capacidad intelectual. A diferencia de la mujer no-voduista, su potencial creativo le permitía realizar sus aspiraciones. Poseía además, una mayor gama de intereses, y su visión del mundo era menos estereotipada. En la medida en que las voduistas acceden al culto por la mediación de los trastornos de conducta, estos resultados me permiten reconocer la dimensión terapéutica de los ritos de iniciación de posesión, en el medio urbano pobre de la ciudad de Santo Domingo.

CONCLUSION

Freud se refirió a la feminidad como el continente oscuro (*the dark continent*), reconociendo su carácter enigmático. De hecho su investigación sobre la mujer parece condenada a recubrir lo que descubre. En ese sentido, ¿escapa Freud a los prejuicios de su época? Es necesario considerar la resistencia que él mismo ofrece a sus propios descubrimientos. ¿En qué medida las teorías del psicoanálisis clásico permanecen tributarias de la historia de la sexualidad femenina? ¿Puede resolverse el enigma de la primitiva relación madre-hija, el estadio preedípico, mientras se considere la feminidad como una formación secundaria con respecto a la masculinidad? Sin embargo, también existe el peligro de convertir la distinción de los sexos en un dato. Por esa razón, más que saber qué es una mujer, conviene descubrir cómo ella constituye su feminidad a través de su vida. Superar las resistencias que impiden reconocer las diferencias entre los sexos no justifica el reducir la masculinidad y la feminidad a hechos biológicos.

Es significativo que Freud formulara sus primeras hipótesis psicopatológicas a propósito de la histeria, que la mayor parte de su clientela estuviera integrada por mujeres y que, no obstante, la evolución sexual de la niña fuera descrita mucho tiempo después que la del niño y de un modo más incompleto. Esto revela la existencia de resistencias de las que Freud tomó conciencia posteriormente.

En el Caso Dora, Freud tomó en cuenta a la madre que surgió del Complejo de Edipo, a la rival. Sin embargo, no consideró a la madre previa a ese momento, la madre del *infans*. Quien practica el psicoanálisis debe conocer y haber experimentado personalmente la transferencia materna. Debe haber interrogado la dimensión de lo materno en su propio psicoanálisis. De lo contrario, su atención estará limitada y ejercerá un efecto limitante en sus pacientes. "Tomar así la roca de lo biológico como un escollo, manifiesta la repetición aún actual de la idea según la cual, en definitiva, las mujeres no son analizables en razón de la intensidad de su carácter anal, y, por consiguiente, de su incapacidad para sublimar".

El interés por el tema de la posesión surgió como resultado del ejercicio de la psicología clínica con los dominicanos y dominicanas del medio urbano pobre. La práctica psicoterapéutica en una sociedad afro-americana en vías de aculturación, me condujo a considerar la posesión como un modelo de interpretación de la enfermedad mental. El estudio del caso de María es una exploración clínica de una paciente de origen rural, relativamente aculturada, tratada con psicoterapia de orientación analítica e iniciada en un rito terapéutico de posesión. Tanto el estudio clínico como los aspectos de la investigación etnopsicológica que he presentado, conducen a una reflexión crítica sobre el psicoanálisis de la mujer y sugieren la necesidad de una reformulación del mismo, en particular cuando ésta se desenvuelve en un medio socio-cultural diferente a aquel donde ha surgido el discurso psicoanalítico. Por otra parte, la perspectiva psicodinámica se enriquece cuando se extiende su labor interpretativa a fenómenos culturales como la posesión, siempre y cuando se realice una articulación interdisciplinaria que respete las diferentes dimensiones de su objeto de estudio y evite el reduccionismo.

Referencias

- Bogaert, H. (1992). *Enfermedad mental, psicoterapia y cultura*. Santo Domingo, República Dominicana: INTEC.
- Isreal, L. (1977). *L'hystérique, le sexe et le médecin*. París, Francia: Masson.
- Ortigue, Mc. y E. (1973). *Oedipe Africain*. París, Francia: U.G.E.
- Racamier, P.C. *De psychoanalyse en psychiatrie*. París, Francia: Payot.
- Vergote, A. (1978). *Dette et désir. Deux axes chrétiens et la dérive pathologique*. París, Francia: Seuil.
- Zempléni, A. (1966). La dimensión thérapeutique del culte des Rab. *Psychopathologie Africaine*, II (3), 316-423.

Unity in Diversity: A Study of Work Values, Attitudes and Motivation in A Multicultural Society

Kwame R. Charles¹
University of the West Indies, Trinidad & Tobago

Abstract

The objective of this research study was to examine the impact of cultural diversity in a multicultural society on the work values, attitudes and motivation of diverse cultural groups in Trinidad and Tobago. Hofstede's Value Survey Module (VSM 82) and the Motivation Questionnaire (Charles & Marshall, 1992) were administered to 324 university students enrolled in management courses. In general terms, results support the hypothesis that differences exist in the work values and attitudes of the two principal cultural groups. The theoretical, methodological and practical implications of the study are discussed.

Compendio

El objetivo de este trabajo fue investigar el impacto de la diversidad cultural en los valores, las actitudes y la motivación hacia el trabajo de diversos grupos culturales en Trinidad y Tobago. Administré el Sondeo Modular de Valores de Hofstede y el Cuestionario de Motivación de Charles y Marshall (1992) a 324 estudiantes universitarios/as en cursos de gerencia. En términos generales, puedo inferir de los hallazgos apoyo a la hipótesis de que existen diferencias en las actitudes y valores sobre el trabajo entre los dos grupos culturales principales. Finalmente, discuto las implicaciones del estudio en términos teóricos, metodológicos y prácticos.

Key words: Work values; Attitudes and motivation; Multicultural society
Palabras clave: Valores; Actitudes y motivación; Sociedad multicultural

¹ Correspondence concerning this article should be addressed to: Quality Consultants, 66A Pinckton Street, Newtown, Port of Spain, Trinidad and Tobago, West Indies.
Phone (868)628-2750.
Fax: (868) 628-2752

The study of cultural diversity and its impact on organizational behavior and management is a relatively recent phenomenon in the social science literature (Arvey, Bhagat, & Salas, 1991; Cox, 1993; Daft, 1995; Ferdman, 1992, 1995; Jackson & Associates, 1992; Triandis, Dunnette, & Hough, 1994.) This shift to a focus on culture and cultural differences has been fueled by the work of organizational theorists like Nancy Adler (1983, 1991) and Geert Hofstede (1980, 1991), among others. These researchers and others (Trompenaars, 1994) have pioneered the study of the impact of culture on behavior in general and on organizational behavior and management in particular. As a result of their work, cultural diversity and multiculturalism have assumed new importance in the organizational psychology and behavior literature.

Over the last 15 years, researchers have been chronicling the observed and assumed effects of culture on our values, our attitudes to work, our work motivation, and our behavior at work (Adler, 1991; Hofstede, 1980, 1991; Jaeger & Kanungo, 1990; Kanungo & Mendonca, 1994; Trompenaars, 1994). The conclusion of these studies is that culture counts. Culture influences the way people behave in organizations. The implication of this conclusion is that, in this era of globalization and internationalization, an understanding of how different cultures influence people is crucial for business success (Trompenaars, 1994).

Much of the research on cultural diversity has taken place across national boundaries, with researchers comparing different national cultures with each other. For example, Laurent (1983) found that managers in different countries had very divergent views about appropriate managerial roles and behavior. Hofstede (1980) and Hofstede and Bond (1984) examined cultural values in 40 countries around the world but within the same multinational organization. They found substantial differences across countries on a number of work-related values. Hofstede's work represents the theoretical backdrop to the present study of work values, attitudes and motivation in a multicultural society. His research findings are described later in this section.

Unlike most of the research in this area, the present study was conducted within the same national borders in a primarily bi-cul-

tural society. Its purpose was to investigate the impact of cultural diversity in a multicultural society on the work values, work attitudes, and motivation of the various cultural groupings. This could be useful when exploring the challenges of managing different cultural groupings within the same society.

Table 1
Ethnic Groupings in Trinidad and Tobago

Ethnic groupings	(%)
East Indian	40.3
African	39.6
Mixed	18.4
Other	1.7
Total	100.0

Source: *1990 Population Census of Trinidad & Tobago* Central Statistical Office, Government of Trinidad & Tobago, 1992.

The country in which this study was conducted was Trinidad and Tobago, a small (1.2 million), culturally diverse country comprising descendants of India, Africa, Europe, Asia, and the Middle East, and a large mixed population (See Table 1). Trinidad and Tobago boasts of its multicultural identity, but this multiculturalism is not without challenges (Charles, 1995).

TRINIDAD & TOBAGO

Historic forces have conspired to make Trinidad and Tobago the multicultural society that it is today. "Discovered" by Christopher Columbus in 1498, he named the larger of the two islands that comprise the Republic of Trinidad and Tobago, La Trinidad, after the three mountain peaks that he saw on approaching the south of the island, which reminded him of the Trinity of Roman Catholicism.

Since "discovery", the history of Trinidad and Tobago has been the history of most of the countries of the Caribbean and the New

World. Colonized by different European powers at different times, Africans were brought to Trinidad and Tobago as slaves from the 1500's to 1834. After emancipation of the slaves, Chinese, and then East Indian immigrants were brought to the colony to take over the jobs abandoned by the freed slaves on the sugar cane plantations. These immigrants came under a system of "indentureship" where they worked for a specified period and then were provided with land as payment. Indentureship was replaced with more modern forms of wage labor under British colonization, and finally, in 1962 Trinidad and Tobago obtained independence from Britain. What has developed in Trinidad and Tobago, therefore, is a number of ethnic groupings, each with its own peculiar culture passed on from generation to generation and forming a multi-ethnic, multi-cultural society.

Several primarily sociological studies have suggested that ethnic and cultural differences exist between the two major ethnic groups in the society - Indians and Africans - with respect to approaches to work, entrepreneurship, and business (Camejo, 1978; Ryan, 1991; Ryan & Barclay, 1992; Ryan & Stewart, 1994.) Ryan and Barclay, for example, conclude from their study of African-Trinidadian entrepreneurship that this group tends to be the "co-creator" of their economic powerlessness unlike their Indian-Trinidadian counterparts who have tended to work together to create their economic power.

Camejo (1978), on the other hand, found no major differences attributable to ethnicity regarding rules of work, promotions and means of promotions, approval of supervisors, attitude toward friendship groups, and instrumental attitudes toward their job when he surveyed African and Indian workers. This finding is important, because the discussion of ethnicity in Trinidad & Tobago suggests that ethnic differences exist with respect to the economic "traits" of African-Trinidadians as being "generous" and "lazy" and East Indians as being "industrious" and "unceasingly concerned with material acquisition" - stereotypes that have endured since the arrival of East Indians in the mid 1800s (Breerton, 1974; Premdas, 1993; Yelvington, 1994).

In another study, Ramsaran (1993) found that while Indians were represented in proportion to their size in the population, with

respect to entrepreneurship, Africans were highly under-represented. In general, Indian-Trinidadians are considered to have a more entrepreneurial and business tradition than their African counterparts, who have traditionally gravitated towards secure, salaried employment in the public service (Centre for Ethnic Studies, 1993).

Although few studies have directly compared work-related values, attitudes, and motivation within these two ethnic groups, differences are inferred from the different spheres of economic activity which characterize the two groups in the society. One purpose of the present study was to determine whether any such differences do in fact exist between these two ethnic groups.

CULTURAL DIFFERENCES: THE THEORETICAL FRAMEWORK

The theoretical framework used in this study to test cultural differences in work-related values and attitudes was Hofstede's (1980, 1991) work on cultural dimensions. In his seminal works on culture's consequences, the Dutch social anthropologist, Geert Hofstede proposed four dimensions along which cultures vary:

Individualism\Collectivism. Individualism pertains to societies and cultures in which the ties between individuals are loose: everyone is expected to look after themselves and their immediate family. Individual achievement is emphasized. On the other hand, collectivism characterizes societies and cultures in which people are integrated into strong, cohesive in-groups, (e.g. relatives, clans and tribes) which, throughout their lifetime, continue to protect them in exchange for unquestioning loyalty (Hofstede, 1991, p. 51).

Power Distance is defined as the extent to which the less powerful members of institutions and organizations in a society or culture expect and accept that power is distributed unequally (Hofstede, 1991, p. 28).

Uncertainty Avoidance is the extent to which the members of a culture feel threatened by uncertain or unknown situations (Hofstede, 1991, p. 113).

Masculinity\Femininity. Masculinity pertains to societies and cultures in which social gender roles are clearly distinct and the

CHARLES

dominant values in the society or culture are characterized by assertiveness and materialism. Femininity pertains to societies and cultures in which social gender roles overlap and the society or culture emphasizes relationships, concern for others and overall quality of life (Hofstede, 1991, p. 82-83).

A large body of research using this cultural typology exists. Sondergaard (1994) found over 1000 citations of Hofstede's work in articles listed in the Social Science Citation Index between 1980 and 1993. He also found over 30 book reviews of Hofstede's *Culture's Consequences* and over 60 replications of his work. In general, researchers have found support for Hofstede's dimensions.

Notwithstanding this widespread use of Hofstede's work no known research has been conducted using his dimensions or the instrument developed to measure the dimensions within a multicultural society. As previously stated, the present study sought to add to the wealth of research on cultural differences by applying Hofstede's cultural values instrument to research in a multicultural society.

Only one other known study used Hofstede's dimensions in Trinidad & Tobago (Punnett, Singh, & Williams, 1994). In this study the researchers examined the relative impact of level of economic development versus British heritage as a result of colonialism on Hofstede's four cultural dimensions. The study found a strong relationship between economic development and individualism. Although it was not the purpose of the study to examine intercultural differences within the sample surveyed, the researchers did find what they considered a significant difference between Africans and Indians on the Masculinity/Femininity dimension such that Indians scored higher on this scale than Africans. Indians also scored higher than Africans on the Power Distance and Uncertainty Avoidance scales and lower on the Individualism scale. However, the researchers did not consider these differences as significant.

UNITY IN DIVERSITY HYPOTHESES

Based on the sociological inferences of cultural differences between the two major ethnic groups in our multicultural society, and given the exploratory nature of the study, a general and non-directional hypothesis was formulated. It was that:

Indian and African respondents will differ significantly with respect to work values, work attitudes, and work motivation.

METHOD

Participants

Participants in this study were 324 first and second year undergraduate students enrolled in management courses at the University of the West Indies, Trinidad & Tobago. The management courses were Introduction to Management and Organizational Behavior. The study formed part of the experiential learning experience in these courses.

Instruments

Two instruments were used. Hofstede's Value Survey Module (VSM 82) was used to test cultural differences in work attitudes and values. The VSM consists of three parts: (a) Part 1 asks respondents to think of an ideal job and rate 18 statements in term of how important they would be to the respondents in their ideal job. Five other questions in this part measure respondents' preferred management style and attitudes to their present job. (b) Part 2 of the VSM asks respondents to indicate the degree of agreement or disagreement with 24 questions on general life values. (c) Part 3 captures demographic data. Although the VSM contains 47 items, only 13 are used to determine Hofstede's four cultural dimensions. The VSM has been used extensively in a wide variety of research, and there is evidence of its validity as a measure of cultural values (Bosland, 1985; Punnett & Withane, 1990; Sondergaard, 1994).

The second instrument used in this study was a Motivation

Questionnaire which asked respondents to rank 10 items in terms of how much the items motivated them to perform their jobs to the best of their abilities (Kovach, 1987; Charles & Marshall, 1992). This questionnaire was used to measure respondents' motivation to work.

Procedure

Participants completed the two instruments in tutorial groups of 15-30 students as part of the experiential learning process of their courses. The instruments were then used to introduce students to the topic of diversity in work values, attitudes, and motivation in organizations and management.

Analysis

Hofstede's original approach to calculating his four cultural dimensions does not lend itself to traditional significance testing (Hofstede 1980). Hofstede's interest lies in showing where different cultures are on his four dimensions. In contrast, the main purpose of this study was to measure cultural differences between two ethnic groups. In order to be able to do this a principal components factor analysis, using a varimax rotation, was conducted on the 13 VSM items that make up Hofstede's four dimensions. The factor analysis produced five factors which were then used in all subsequent analyses of the data. The five factors produced were named as follows:

1. Extrinsic Dimension
2. Power Distance Dimension
3. People Dimension
4. Authority Dimension
5. Commitment Dimension

These new dimensions with their factor loadings are presented in Table 3, while Table 4 compares the new dimensions with Hofstede's original dimensions. One can see some parallel and overlap between the two sets of dimensions.

In order to test the main hypothesis, a series of one-way analyses of variance were conducted on the five dimensions produced by

RESULTS

Participant Profile

Of the 324 students completing the questionnaires, 42% were of African origin and 26% of East Indian origin. Whereas these percentages are not representative of the population as a whole, the numbers were sufficiently large to test differences between the two groups. Two-thirds of the respondents were female, which reflects the predominance of females enrolled on this campus of the University of the West Indies. Close to two-thirds were under 25 years of age and 41% had less than one year's working experience. Table 2 provides a profile of respondents in this study.

Cultural Dimensions and Ethnicity

The main hypothesis of this study was that Indian and African respondents would differ significantly in their work values, attitudes and motivation. With respect to work values and attitudes, with all other ethnic groupings removed from the analysis, respondents of East Indian origin scored significantly higher on the Extrinsic Dimension than respondents of African origin ($F=5.65$ $p<.02$). That is, Indian respondents rated opportunity for higher wages and job advancement, job security and working conditions as more important than African respondents. Although this finding supports the general hypothesis of differences between the two ethnic groups, this was the only statistically significant difference found on the "new" cultural dimensions.

It should be noted, however, that this finding is similar to the finding in the Punnett et al. (1994) study of high school students in Trinidad & Tobago, which found that Indian students scored higher than African students on the Hofstede's original Masculinity Index. The Extrinsic Dimension in this study contains four of the five items included in Hofstede's Masculinity Index.

Cultural Dimensions and Gender

Although no hypotheses were developed for demographic variables other than ethnicity, the absence of significant findings on this variable led to the analysis of other demographic variables.

Unexpectedly, extrinsic factors were much more important to female respondents than to their male counterparts ($F=7.39, p<.01$). Female respondents also scored significantly higher than male respondents on the People Dimension: "Working With Cooperative People" ($F=5.12, p<.05$).

Table 2

Participant Profile (N = 324)

Ethnic Origin	n	(%)
African	136	42.0
Indian	85	26.2
Mixed	77	23.8
Other	14	4.3
No Response	12	3.7
Gender		
Male	96	29.6
Female	214	66.1
No Response	14	4.3
Age		
Below 20 yrs	78	24.1
20-24	132	40.7
25-34	47	14.5
Over 34	55	17.0
No Response	12	3.7
Working Experience		
None at all	52	16.0
Less than 1	82	25.3
1-5 yrs	88	27.2
6-15 yrs	39	12.0
Over 15 yrs	50	15.4
No response	13	4.0

Cultural Dimensions and Age

Of all age groups, older respondents showed the least commitment to their organizations and their family and personal life

($F=5.66$, $p<.001$). Conversely and perhaps understandably, younger respondents had the lowest Power Distance ($F=3.06$, $p<.05$) and Authority scores ($F=2.65$, $p<.05$).

Cultural Dimensions and Work Experience

Work experience produced only one significant difference on the five cultural dimensions. Commitment to Organization and Family was lowest both among respondents with no working experience and respondents with over 15 years work experience ($F=8.98$, $p<.001$). There was, therefore, a curvilinear relationship between Commitment and Work Experience.

Results for the Cultural Dimensions are summarized in Table 3.

Work Motivation

The overall rankings of the ten motivational items based on their mean scores are shown in Table 4. As can be seen, "Wages" was ranked the highest, with "Interesting Work", "Appreciation", and "Promotion" mentioned afterwards in that order. "Management's Loyalty", "Help with Personal Problems", and "Tactful Disciplining" were the least motivating of the ten factors. Only the motivational factors ranked among the first five, were included in the remaining analyses as I felt that differences among the lower ranked factors would be meaningless.

Work Motivation and Ethnicity

Analysis of the relationships between ethnic origin and work motivation showed marginal significance levels for three of the top five motivational items when all four ethnic groupings were included in the analysis. The items approaching conventional levels of significance were "Involvement" ($p<.06$), "Interesting Work" ($p<.07$) and "Promotion" ($p<.10$). When the Indian and African sub-samples were analyzed separately, African respondents were found to be more motivated by "Involvement" ($F=7.15$, $p<.01$) and "Interesting Work" ($F=4.13$, $p<.05$) than their Indian counterparts. Indian respondents were marginally more motivated by "Promotion" than African respondents ($F=2.74$, $p<.10$).

Table 3

Anova for Work Values and Attitudes by Demographic Variables*

Variable	n	Mean	S.D.	F.Ratio	Sig.
<u>Extrinsic Dimension</u>					
<u>Ethnic Origin</u>					
African	134	1.82	.45	5.64	.02
Indian	83	1.67	.43		
<u>Gender</u>					
Male	94	1.87	.49	7.39	.01
Female	211	1.72	.44		
<u>People Dimension</u>					
<u>Gender</u>					
Male	96	1.97	.73	5.12	.05
Female	214	1.77	.72		
<u>Commitment Dimension</u>					
<u>Age</u>					
Below 20	69	1.89	.58	5.66	.001
20 - 24	106	1.80	.55		
25 - 34	45	1.84	.70		
Over 34	55	2.20	.64		
<u>Work Experience</u>					
None	42	2.19	.55	8.97	.001
Less Than	1 year	66	1.68	.56	
1 - 5 yrs	78	1.76	.53		
6 - 15 yrs	38	1.93	.67		
Over 15 yrs	50	2.20	.65		
<u>Power Distance</u>					
<u>Age</u>					
Below 20	71	2.92	.63	3.05	.05
<u>Variable</u>					
	n	Mean	S.D.	F.Ratio	Sig.
20 - 24	115	2.62	.75		
25 - 34	46	2.78	.72		
Over 34	55	2.87	.77		
<u>Authority Dimension</u>					
<u>Age</u>					
Below 20	78	2.89	.56	2.65	.05
20 - 24	130	2.84	.61		
25 - 34	46	2.61	.62		
Over 34	54	2.69	.66		

*The lower the score, the more important the dimension.

Table 4

Motivation, Means and Rankings*

Item	Mean	S.D.	Ranking
Wages	3.00	2.23	1
Interesting Work	3.64	2.30	2
Appreciation	4.37	2.40	3
Promotion	4.79	2.37	4
Good Working Conditions	4.80	2.05	5
Involvement	4.98	2.55	6
Job Security	5.17	2.35	7
Loyalty	7.20	2.00	8
Help with Personal Problems	8.44	2.16	9
Tactful Disciplining	8.54	1.80	10

*The lower the score, the higher the motivation.

Work Motivation and Gender

Only one motivational factor yielded a significant gender difference: females were more motivated by "Interesting Work" than males ($F=4.67$, $p<.05$).

Work Motivation and Age and Work Experience

Age and work experience yielded similar results for the motivational factors. Both demographic variables revealed significant differences on Wages, Involvement, and Interesting Work. "Wages" was most important and "Involvement" least important for the 20-24 age groups ($p<.05$ and $.01$, respectively). "Interesting Work" was least important for the over 34 age group ($p<.05$).

With respect to work experience, the motivational factor "Wages" was most important to respondents who had never worked at all ($p<.05$); while "Involvement" was least important to this group and most important to respondents who had over 15 years work experience ($p<.05$). This latter group was least motivated by "Interesting Work" ($p<.05$). Table 5 gives a summary of the motivation findings.

Table 5

Anova for Work Motivation by Demographic Variables*

Variable/Motivation Factor	N	Mean	S.D.	F.Ratio	Sig.
Ethnic Origin					
Involvement					
African	123	4.52	2.44	7.15	.01
Indian	80	5.48	2.56		
Interesting Work					
African	123	3.49	2.36	4.13	.05
Indian	80	4.18	2.35		
Promotion					
African	123	5.07	2.39	2.74	.10
Indian	80	4.50	2.35		
Gender					
Interesting Work					
Male	89	4.06	2.40	4.67	.05
Female	203	3.43	2.23		
Age					
Wages					
Below 20	77	3.05	2.40	3.60	.05
20 - 24	124	2.65	1.93		
25 -34	44	3.91	2.49		
Over 34	48	3.08	2.18		
Involvement					
Below 20	77	4.83	2.48	5.11	.01
20 - 24	124	5.52	2.50		
25 -34	44	4.39	2.42		
Over 34	48	4.06	2.42		
Interesting Work					
Below 20	77	3.49	2.30	3.11	.05
20 - 24	124	3.52	2.28		
25 -34	44	3.14	2.04		
Over 34	48	4.48	2.39		
Work experience					
Wages					
None	47	2.45	1.97	2.67	.05
Less Than 1 Year	79	3.03	2.28		
1 - 5 yrs	85	2.86	2.04		
6 - 15 yrs	37	3.97	2.59		
Over 15 yrs	44	3.11	2.21		

*The lower the score, the higher the motivation.

Table 5 (Cont)

Anova for Work Motivation by Demographic Variables*

Variable/Motivation Factor	N	Mean	S.D.	F.Ratio	Sig.
Involvement					
None	47	5.49	2.71	3.34	.05
Less Than 1 Year	79	5.09	2.43		
1 - 5 yrs	85	5.27	2.52		
6 - 15 yrs	37	4.27	2.17		
Over 15 yrs	44	3.98	2.52		
Interesting Work					
None	47	3.96	2.39	2.59	.05
Less Than 1 Year	79	3.10	2.07		
1 - 5 yrs	85	3.59	2.38		
6 - 15 yrs	37	3.46	2.10		
Over 15 yrs	44	4.39	2.43		

*The lower the score, the higher the motivation.

DISCUSSION

In general, the results of this study do not offer strong support for the hypothesis that the two major ethnic and cultural groups in Trinidad & Tobago hold differing attitudes and values to work and are motivated by different things. The only statistically significant difference found in the "new" cultural dimensions created in this study was that respondents of East Indian origin scored higher on the Extrinsic Dimension than respondents of African origin. With respect to work motivation, only two motivational factors yielded conventional levels of significance: Involvement and Interesting work. African respondents were more motivated by involvement and interesting work than Indian respondents. Indian respondents, on the other hand, were marginally more motivated by promotion on the job.

The major findings of this study came from the analysis of the other demographic variables. There were significant gender, age and work experience differences with respect to work attitudes, values, and motivation. A somewhat counter-intuitive finding was that female respondents scored higher on the Extrinsic Dimension than male respondents, indicating that the women in this study found extrinsic factors like the opportunity for higher earnings and advancement on the job, job security and good working conditions

as more important than did the men in the study. This finding may reflect changing gender perspectives in the society where, on the average, women are out-performing men in the educational and corporate spheres. At the same time, these extrinsic values were "tempered" by the greater desire on the part of female respondents to work with cooperative people.

Age and work experience differences also impacted work values, attitudes, and motivation in this study. Older and more experienced respondents were less committed to their organizations and to their family and personal lives. This may be a function of the "mid-career crisis" that workers sometimes experience in their 40's or when they have been working with the same organization for a long time. Although not measured, it is known that most of the older respondents in this study were public servants attempting to improve their marketability within and outside of the public service by pursuing a degree.

The younger respondents in this study showed a lower tolerance for power distance and authority than their older counterparts. This could be a function of the lack of work experience within this group or the changing attitudes to power and authority among young people in society. Future research would need to test these possible explanations.

With respect to work motivation, younger and less experienced respondents were more motivated by money and less by involvement. Older and more experienced workers were more motivated by involvement and less by interesting work.

The results on work motivation in this study are very similar to those obtained in another study conducted with hotel workers in the Bahamas (Charles & Marshall, 1992). In that study, wages, good working conditions, appreciation, and interesting work were the first four factor rankings, while the last five rankings were identical to the present study. That study also found gender and age differences in the motivation factors.

CONCLUSION

The results of this study have important implications for research and management in an ethnically and culturally diverse society such as Trinidad & Tobago. One implication is that the

assumption that cultural differences exist whenever there are culturally diverse groups in a society may not always be correct. One possible explanation for the absence of significant findings on the ethnic dimension may be the fact that the sample for this study was homogeneous with respect to educational attainment: respondents all came from a tertiary level institution. Tertiary education may very well be acting as an equalizing force in the society, blurring the differences in work values, attitudes, and motivation between the two ethnic groups, but not gender and time-based differences. Future research should test the hypothesis of ethnic and cultural differences in a work setting with respondents of varying educational levels.

The implications for the findings of this study for practicing managers are that women, men and younger and older workers are motivated by different things. Managers may want to choose organizational practices that are congruent with the underlying values and attitudes of the different groups (Punnett & Withane, 1990). All people do not have the same values and attitudes towards work, nor are they all motivated by the same things. Future research should explore gender and intergenerational differences to examine these instances of workforce diversity as they relate to motivation, leadership, job performance, and organizational effectiveness.

References

- Adler, N.J. (1983). Cross-cultural management research: The ostrich and the trend. *Academy of Management Review*, 8, 226-232.
- Adler, N.J. (1991). *International dimensions of organizational behavior* (2nd ed). Boston, MA: Kent.
- Arvey, R.D., Bhagat R.S., & Salas, E. (1991). Cross-cultural and cross-national issues in personnel and human resource management: Where do we go from here? *Research in Personnel and Human Resources Management*, 9, 367-407.
- Bond, M.H. (Ed). (1987). *The cross-cultural challenge to social psychology*. Newbury Park, CA: Sage.
- Bosland, N. (1985). An evaluation of replication studies using the Value Survey Module. *Working Paper 85/2*, Maastricht, The Netherlands: Institute for Research on Intercultural Cooperation.
- Brecreton, B. (1974). The foundations of prejudice: Indians and Africans in 19th Century Trinidad. *Caribbean Issues*, 1 (1), 15-28.
- Camejo, A. (1978). *Industrialization, labour utilization and commitment in manufacturing in organizations in Trinidad & Tobago*. Unpublished Ph.D. Thesis, University of the West Indies, Trinidad & Tobago.
- Charles, K.R. (1995). Cultural diversity as a human resource challenge. In R. Deosaran (Eds.), *Cultural Diversity: Politics, Education and Society*. (102-123). Trinidad & Tobago:

CHARLES

The ANSA McAL Psychological Research Centre.

Charles, K.R., & Marshall, L.H. (1992). Motivational preferences of Caribbean hotel workers: An exploratory study. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 4 (3), 25-29.

Cox, T. Jr. (1993). *Cultural diversity in organizations: Theory, research and practice*. San Francisco, CA: Berrett-Koehler.

Daft, R.L. (1995). *Understanding management*. Fort Worth, TX: Dryden.

Ferdman, B.M. (1992). The dynamics of ethnic diversity in organizations: Toward integrative models. In K. Kelly (Ed). *Issues, theory and research in Industrial/Organizational Psychology* (339-384). Amsterdam, Netherlands: North Holland.

Ferdman, B.M. (1995). Cultural identity and diversity in organizations: Bridging the gap between group differences and individual uniqueness. In M. Chemers, M. Constanzo & S. Oskamp (Eds). *Diversity in Organizations* (37-61). Thousand Oaks, CA: Sage.

Hofstede, G. (1980). *Culture's consequences: International differences in work-related values*. Beverly Hills, CA: Sage.

Hofstede, G. (1991). *Cultures and organizations: Software of the mind*. London, England: McGraw-Hill.

Hofstede, G. & Bond, M.H. (1984). Hofstede's cultural dimensions: An independent validation using Rokeach's Value Survey. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 15, 417-433.

Jackson, S.E., & Associates. (1992). *Diversity in the workplace: Human Resource Initiatives*. New York, N.Y.: Guilford.

Jaeger, A.M., & Kanungo, R.N. (Eds.) (1990). *Management in developing countries*. London, England: Routledge.

Kanungo, R.N. & Mendonca, M. (Eds.) (1994). *Work motivation: Models for developing countries*. New Delhi, India: Sage.

Kovach, K.A. (1987). What motivates employees? Workers and supervisors give different answers. *Business Horizons*, September/October, 58-65.

Laurent, A. (1983). The cultural diversity of Western conceptions of management. *International Studies of Management and Organization*, 8 (1/2), 75-96.

Punnett, B.J., Singh, J.B., & Williams, G. (1994). The relative influence of economic development and Anglo heritage on expressed values: Empirical evidence from a Caribbean country. *International Journal Intercultural Relations*, 1, 99-115.

Punnett, B.J., & Withane, S. (1990). Hofstede's Value Survey Module: To embrace or abandon? That is the question. In S. B. Prasad (Ed.), *Advances in International Comparative Management*, (Vol. 5), Greenwich, CT: JAI Press.

Premdas, R. (Ed). (1993). *The Enigma of ethnicity: An analysis of race in the Caribbean and the world*. School of Continuing Studies, University of the West Indies: Trinidad & Tobago.

Ramsaran, D. (1993). Entrepreneurs in Trinidad and Tobago: A sociological study. In S. Ryan. & T. Stewart (Eds.) (1994). *Entrepreneurship in the Caribbean*. University of the West Indies I.S.E.R., Trinidad & Tobago.

Ryan, S. (1991). *Social and occupational stratification- in contemporary Trinidad and Tobago*. University of the West Indies I.S.E.R., Trinidad & Tobago.

Ryan, S. & Barclay L.A. (Eds.) (1992). *Sharks and sardines: Blacks in business in Trinidad and Tobago*. University of the West Indies I.S.E.R., Trinidad & Tobago.

Centre for Ethnic Studies. (1993). *Ethnicity and employment practices in Trinidad and Tobago*. University of the West Indies, Trinidad & Tobago.

Ryan, S., & Stewart, T. (Eds.) (1994). *Entrepreneurship in the Caribbean*. University of the West Indies I.S.E.R., Trinidad & Tobago.

UNITY IN DIVERSITY

Sondergaard, M. (1994). Hofstede's Consequences: A study of reviews, citations and replications. *Organization Studies*, 15 (3), 447-456.

Triandis, H.C., Dunnette, M.D., & Hough, L.M. (Eds). (1994). *Handbook of industrial and organizational psychology* (Vol. 4). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Trompenaars, F. (1994). *Riding the waves of culture: Understanding diversity in global business*. Chicago, IL: Irwin..

Yelvington, K.A. (1993). Ethnicity at work in Trinidad. In R. Premdas, (Ed). *The enigma of ethnicity: An analysis of race in the Caribbean and the world*. (99-122) School of Continuing Studies, University of the West Indies, Trinidad & Tobago.

El Ambito Laboral: Algunas Reflexiones desde un Enfoque Sociopsicológico

Mara Fuentes Ávila¹

Universidad de La Habana, Cuba

Compendio

La autora plantea que el "producto" de una organización es una parte de la subjetividad que se constituye y desarrolla en la misma. Toda organización se crea con el objetivo de desarrollar ciertas actividades que requieren acción conjunta y coordinada, muchas veces estructurada en sistemas de interacción que se articulan en grupos pequeños. Lo psicológico emerge en dicha actividad como consecuencia de la construcción de dos niveles de apropiación de esa actividad: una apropiación subjetiva-individual y otra subjetiva-grupal. La investigación efectuada durante alrededor de cuatro años le ha permitido aislar cinco configuraciones subjetivas que se diferencian entre sí. Finalmente, discute las implicaciones prácticas de la conceptualización de los grupos de trabajo como grupos psicológicos.

Abstract

The author states that the "product" of an organization is part of the subjective stance that is constructed and developed within it. Every organization is created so as to carry out certain activities that require joint and coordinated action, which in turn are oftentimes structured in interactive systems within small groups. Within this activity, psychological components emerge as the result of two levels of appropriation: individual subjectivity and group subjectivity. Over a four year period the author implemented research which yielded five distinct subjective configurations. The practical consequences of the conceptualization of work groups as socio-psychological entities are discussed.

Palabras clave: Organizaciones; Producto; Subjetividad
Key Words: Organizations; Product; Subjective stance

¹Puede comunicarse con la autora a la siguiente dirección: Universidad de la Habana, Facultad de Psicología, Departamento de Psicología del Trabajo, San Rafael Mazón Plaza, La Habana, Cuba.

La pertenencia del ser humano a una determinada sociedad no presupone la existencia de una determinación automática, simplificada, o rectilínea de su conciencia individual. Teniendo en cuenta su vida y vivencias inmediatas, la actividad de cada ser humano transcurre en contextos sociales específicos a lo largo de un recorrido vital por diferentes grupos e instituciones. En este se fraguan las individualidades que en una permanente relación dialéctica instituido-instituyente reproducen sus mecanismos de perpetuación y a la vez, inevitablemente, los van transformando en la medida en que las fuerzas instituyentes se abren camino en las grietas de lo instituido (Fuentes, 1994a). En tal sentido, las instituciones producen individuos, que a su vez, desde la particularidad de su subjetividad, están en condiciones tanto de sostener y reproducir dicha sociedad como de transformarla.

La permanencia y continuidad de las instituciones de una sociedad, son una consecuencia no solamente de las condiciones materiales y económicas, sino básicamente, del entretejido sociopsicológico que logren establecer las mismas alrededor de un sistema de valores comunes. La acción de las instituciones sobre sus miembros puede ser armónica o asimétrica. Puede ser armónica en la medida en que el conjunto de ellas funcione como un sistema coordinado donde se establezca, dadas sus singularidades y desde su particular, un proyecto social común; o asimétrica si actúan como un conglomerado donde cada una se comporta como un todo que se consume en sí mismo siendo por lo tanto imperfecto. Así pues, las instituciones, sean éstas culturales, sociales, políticas, educativas o productivas tienen un efecto socializador sobre la personalidad y el psicólogo o psicóloga debe visualizarlas a partir de su funcionamiento en un marco social determinado como un sistema coherente y articulado, o como un conjunto de espacios físicos donde se realiza una actividad común. Como consecuencia, el desarrollo de su potencial ejercerá un efecto sociopsicológico de conjunto en la subjetividad individual y colectiva.

Se hace necesario, pues, lograr una comprensión de que el funcionamiento institucional gira alrededor de ejes básicos alrededor de los cuales se construye el "producto" institucional.

Ese "producto" no podemos entenderlo como un mero *output* productivo sino, básicamente, como la subjetividad que se construye y desarrolla a su interior.

¿Cuál sería, en este caso el eje sobre el cual se entreteje este "producto" particular? Desde mi punto de vista, en el caso de las instituciones productivas ese eje habría que ubicarlo en el equipo de trabajo, entendido éste, desde luego, no como grupo sociopsicológico. ¿Qué supone esto y cuál es el alcance de esta concepción? Permítanme algunas reflexiones necesarias en relación a la noción de organizaciones y los grupos a su interior.

Cuando hablamos de la relación entre el individuo y la sociedad hacemos referencia a que el sujeto está inserto en el campo social no en un proceso abstracto y difuso, sino perteneciendo e integrando diferentes tipos de micro o macro agrupaciones (instituciones). De alguna manera las personas se distribuyen en grupos que son parte del todo, en los que expresan necesidades individuales y sociales, necesidades que van desde sentirse incluidas y aceptadas socialmente hasta patentizar la propia implicación al hacer efectivo el poder de decisión en ámbitos extrafamiliares.

La organización y los grupos pues, se van delineando como un proceso más amplio que la mera reunión de individuos, como un espacio imaginario y real donde se transforman paulatinamente las relaciones y los vínculos de las personas participantes. Este nuevo producto o estructura imaginaria genera sus propias leyes de organización y determina el funcionamiento grupal ajeno a la voluntad de sus miembros vistos estos como unidades atomizadas.

El espacio organizacional y grupal no es una realidad cerrada; es una construcción sociopsicológica que se hace visible desde las particularidades de la dinámica cuya lectura se hace necesaria para entender los procesos de desarrollo. Este lugar, es uno por excelencia de génesis y transformación, resignifica el lugar de "lo grupal" en un doble movimiento teórico: el trabajo sobre sus especificidades y su articulación con las múltiples inscripciones que lo atraviesan.

Al hablar del grupo y las organizaciones como espacios sociopsicológicos de génesis y transformación no quisiera que entendiéramos estos aspectos como dos momentos desligados,

escalonados; como si se estuviera pensando en un orden de determinaciones o en una suerte de tensión entre ambos. Estamos en el campo de los procesos sociales, donde desde una permanente interpretación de lo institucional, lo grupal y lo individual, se posibilita la creación de un espacio peculiar, que resulta un lugar operativo de transformación social e individual. Es evidente que no estoy hablando de un espacio físico, sino de un espacio que se erige desde el vínculo intersubjetivo (Fuentes, 1994b).

Ahora bien, cabría preguntarnos: ¿qué hacer para trabajar el ámbito laboral desde esta concepción, es decir, visualizado como espacio grupal, como lugar de desarrollo personal, de construcción de la subjetividad? En este enfoque, ubicamos la categoría actividad como el núcleo, el eje sobre el cual se van constituyendo todos los procesos dinámicos en las organizaciones.

Toda organización se constituye con el objetivo de desarrollar determinadas actividades las que, desde sus especificidades concretas, requieren la acción conjunta y coordinada. Esta muchas veces está estructurada en sistemas de interacción que, desde diferentes niveles, se articulan en grupos pequeños.

Sin embargo, hablar de actividades conjuntas realizadas por un número de personas en acciones coordinadas no presupone, en puridad científica, la existencia de una comunidad psicológica. Es menester pues, comprender que al hablar de actividad nos estamos refiriendo al momento objetivo de la acción conjunta, pero que la emergencia de lo psicológico es una consecuencia de la construcción de dos niveles de apropiación de esa actividad:

- a) una apropiación subjetivo-individual, que ocurre cuando la actividad se convierte para el sujeto en tareas específicas que adquieren un cierto sentido personal y se incluyen en determinada organización de su proyecto individual de vida; y
- b) una apropiación subjetivo-grupal, que ocurre como consecuencia de la construcción de una meta compartida que las personas visualizan como el "para qué" de lo que están haciendo y la incluyen, desde esta saliencia, en cada proyecto personal, en una perspectiva de aspectos compartidos con otras personas con las cuales, a partir de esta pertenencia, nos identificamos.

La relación actividad-tarea-meta, es un continuo de desarrollo a través del cual la actividad, como momento objetivo se torna en momentos subjetivos sucesivos, en el nivel individual y grupal. Esta resulta ser el punto de partida de nuestra comprensión del problema de la construcción del sentido de grupo y de la subjetividad colectiva. Así pues, a la actividad conjunta le atribuimos relevancia y significación en atención a un complejo entretreído de sentidos y significados que sobrepasan el mero alcance de la eficiencia productiva.

En nuestro enfoque, adjudicamos al proceso de cohesión y de influencia el papel rector en la adquisición que haga la organización de una capacidad sociopsicológica. A partir de esta capacidad, la organización podrá desde su interior, potenciar su presencia y efecto de unir y construir individualidades. Estas contienen y reproducen, desde lo particular de cada subjetividad, los aspectos valorativos del ser grupal y social más general de la organización.

Nuestra investigación acerca de la influencia grupal puso en evidencia que el proceso de cohesión e influencia se estructura a partir de las peculiaridades de la actividad conjunta. Son de importancia el sentido que se atribuye al tipo de interacción que promueve y el significado personal que adquiere para el sujeto, desde la articulación que resulte entre las metas grupales, las necesidades individuales y los motivos de pertenencia y permanencia de las personas que integran la organización.

Lógicamente, esto que acabo de explicar no puede ocurrir, en modo alguno, como un proceso con carácter automático ni simplista, en el que pudiera parecer que todo aparece predeterminado no ya desde la actividad, sino desde el tipo de interacción que promueve. Lo que estoy tratando de fundamentar y subrayar es una lógica teórica que apunta a una regulación en la que el fenómeno de la influencia se va gestando desde aspectos organizativos y estructurales. Estos, inevitablemente atraviesan sistemas de vínculos interpersonales y estados psicológicos más o menos estables (Fuentes, 1993). De lo antes dicho, la idea fundamental es que de la articulación entre la meta grupal, las necesidades individuales y los motivos de pertenencia y permanencia, el grupo laboral como tal puede tornarse en motivo

FUENTES

para la satisfacción de las necesidades de sus miembros, pues sólo en y a través del grupo, sus integrantes comprenden que pueden satisfacer determinadas necesidades que les resultan de relevancia y significación.

Es imaginable pues, a partir del análisis de estas características, el alto valor que como referente conductual y valorativo adquiere el grupo al actuar como motivo para sus miembros, posibilitando en este sentido, el ejercicio de un alto nivel de influencia sobre ellos/as. En este sentido, considero que los resultados de las investigaciones sobre particularidades de la inserción social y conformación de la subjetividad ponen en evidencia esta relación.

En estas investigaciones, que se desarrollan desde hace 4 años, hemos podido aislar 5 configuraciones subjetivas que se diferencian entre sí en atención a las particularidades del rol ocupacional que desempeñan los sujetos y del sentido personal que le conceden al trabajo que realizan para la obtención de metas de alcance social y personal. En estos trabajos estudiamos 7 variables:

- (a) Percepción de la vida cotidiana
- (b) Tipo de respuesta que se actualiza para enfrentar el cotidiano (constructiva vs pasiva, emocional vs racional, entre otras).
- (c) Ubicación personal en su medio social (espectadores vs protagonistas, entre otras).
- (d) Perspectiva futura
- (e) Referentes utilizados en la selección de conducta actual.
- (g) Lugar que se le concede a la familia, la pareja y los grupos formales e informales de pertenencia como espacios reparadores de la experiencia cotidiana, y el
- (h) Clima de la comunicación y las relaciones interpersonales.

Así las cosas, resultó que las personas participantes fueron aquellas que tuvieron una visión más equilibrada de su cotidiano de vida, y que enfrentaban su vida y los conflictos a ella asociados de manera constructiva. Además, no se mantenían como meros espectadores y espectadoras en el escenario social sino que se atribuían y desempeñaban un rol de protagonismo en un alcance

tanto social como individual. Poseían altas perspectivas futuras y organizaban su vida actual en conexión con proyectos futuros, y elegían a su familia como referente permanente en la elección de su conducta y organización valorativa. Elegían además a su familia y a su grupo laboral, como un espacio reparador de la experiencia cotidiana y mantenían un clima adecuado en la comunicación y en el sistema de relaciones interpersonales. Su trabajo le generaba satisfacción en el sentido de que del mismo y del sistema de relaciones a el vinculado, derivaban una relación no sólo intelectual y técnico-profesional sino también en el orden motivacional con efectos en otras áreas y esferas de su vida.

Me quedaría ahora aclarar desde qué suerte de articulación el grupo construye un espacio sociopsicológico tal, que posibilita que el escenario laboral se torne en un lugar de transformaciones individuales; en un espacio donde nos introducimos en el camino de hacernos sujetos sociales y, a la vez, donde vivimos la experiencia más rica y fundamental de nuestro yo: la sensación de ser uno o una mismo. Esta interrogante me conduce al problema de la cohesión grupal, la cual entiendo como expresión singular de la integración afectiva, valorativa y funcional que alcanzan las personas al interior del grupo, lo cual condiciona la complejidad estructural y funcional de este fenómeno.

La construcción que hace cada grupo de su cohesión, ocurre simultáneamente al proceso de desarrollo individual como consecuencia de la inserción particular que hace cada individuo a la organización y de la concientización de su pertenencia grupal específica. Este proceso, desde mi punto de vista, se articula desde el vínculo particular que establece cada sujeto con la tarea grupal y como consecuencia del sentido personal que adquiera la misma para cada individuo en relación con sus necesidades personales y con el carácter de su motivo de pertenencia al grupo y/o permanencia en el mismo.

He aquí que, como resultado, la integración de quienes pertenecen al grupo puede ser producto de dos factores: (a) un sistema de relaciones interpersonales basadas fundamentalmente en lo interindividual y que construyen durante la actividad conjunta ya que está pobremente condicionada por el contenido de la misma, y (b) un sistema integrado de vínculos interpersonales que

construyen desde la actividad conjunta y que está fuertemente condicionado por el carácter de la relación particular que establece cada sujeto con la tarea grupal a partir de la cual deriva el lugar que le concede a los "otros" en el espacio institucional que comparten. Como puede observarse, en nuestro enfoque estamos considerando la existencia de una permanente interpenetración del nivel personal, el interindividual, el grupal y el institucional. Esta nos aleja del error mecanicista en el que, a fuerza de subrayar la importancia de lo grupal, el proceso resulta ser cómplice de una concepción en que se establece una relación de contraposición entre el individuo y los niveles sociales en que se inserta.

El desarrollo social no ocurre, ni debe entenderse a despecho del desarrollo de la individualidad, entendida ésta como producto de un sistema de vínculos interpersonales que se entretajan a partir de la actividad conjunta. La cohesión grupal es pues, el proceso que al interno del grupo produce una interpretación de lo individual y lo grupal. Resulta ser, tal como lo entiendo, el punto de partida en el estudio de los procesos de organización y dinámica del grupo y la base sobre la cual el ámbito laboral emerge como espacio sociopsicológico. El sentido de grupo puede entenderse como emergencia totalizadora de sujetos en el que cada cual existe para todos y cada uno, y no necesariamente de forma directa y personal sino como un representante más de lo humano, semejante y diferente a la vez.

Todo esto que acabo de explicar de manera muy sintética, resulta ser proceso consustancial a toda dinámica que se presenta con diferentes niveles de asimetría y desequilibrio como consecuencia del grado de espontaneidad o dirección del proceso grupal. Si los equipos de trabajo no se ven ni se manejan como grupos sociopsicológicos, entonces el proceso dinámico a su interior fluctuará entre comportamientos asimétricos con el surgimiento consecuente de conductas grupales e individuales que "sorprenden" a sus propios protagonistas o que sencillamente estos/as no pueden explicar.

El conocimiento de los procesos de dinámica grupal permite visualizar las consecuencias favorables de la comprensión de los fenómenos emergentes y la posterior acción correctiva en relación a los mismos. Además, permite dirigir el proceso dinámico desde

una perspectiva profiláctica conduciendo al grupo por los "mejores caminos" o lo que es lo mismo, favoreciendo su desarrollo. Esta conducción grupal desde un conocimiento de los procesos dinámicos a su interior supone:

- (a) evitar conflictos, más que conocer cómo solucionarlos.
- (b) estimular la comunicación interpersonal más que intervenir en la solución de desavenencias interpersonales.
- (c) desarrollar la cohesión del grupo, en su conjunto más que favorecer el acuerdo entre subgrupos.
- (d) concebir la potencialidad de que todos los integrantes ejerzan influencia sobre el resto, más que estimular la acción de influencia de miembros específicos.
- (e) entender el liderazgo en el marco del desempeño de roles atribuidos por el grupo y asumidos en éste, más que como un atributo particular de determinados miembros, y
- (f) comprender la conducta individual como expresión subjetiva del clima sociopsicológico, más que como una reacción personal atribuida a particulares historias de vida.

Desde luego, lograr estas acciones supone no solamente conocimientos teóricos sobre los procesos dinámicos al interior del grupo sino también habilidades prácticas para operacionalizar estos conocimientos en situaciones concretas. Para ello estoy proponiendo, un programa de intervención para el desarrollo de habilidades en el trabajo con grupos laborales, que proporcionará los recursos científicos y técnicos necesarios para utilizar técnicas psicológicas que les permitan:

- (a) desarrollar habilidades para la conducción y dirección eficiente de los grupos,
- (b) promover el desarrollo de la comunicación eficiente y el entendimiento mutuo,
- (c) determinar los factores sociopsicológicos asociados al desempeño de roles al interior del grupo y el efecto relativo de su influencia en el funcionamiento grupal,
- (d) facilitar el establecimiento de relaciones interpersonales cálidas y eficientes,
- (e) conocer y utilizar los aspectos sociopsicológicos que actúan

- sobre un grupo para mantenerlo cohesivo en el desempeño de sus funciones, y
- (f) detectar el clima sociopsicológico del grupo, interpretar los factores que lo condicionan e intervenir para mejorarlo.

En términos generales, los programas están concebidos para impartirse en forma de talleres tanto a grupos reales como a grupos nominales de no más de 20 personas, ya que el tipo de trabajo grupal que se realizará resulta muy difícil con un número mayor. Paralelamente al trabajo de adquisición de conocimientos y habilidades asociado al tema específico del adiestramiento, los psicólogos y psicólogas responsables de su aplicación realizarán un trabajo diagnóstico del funcionamiento grupal.

Los programas estarán estructurados en tres tipos de ejercicios:

- (a) **Ejercicios de Conocimiento**- Están dirigidos a ofrecerle a las personas los sistemas de conocimiento relativos al tema del adiestramiento.
- (b) **Ejercicios de Sensibilización**- La introducción de este tipo de ejercicio tiene como objetivo que las personas no sólo conozcan los distintos aspectos sociopsicológicos asociados al tema de estudio, sino que vivencien en y desde su propia subjetividad, la presencia de los mismos en sus formas positivas y negativas.
- (c) **Ejercicios de Reconocimiento**- Están dirigidos a activar en las personas los conocimientos impartidos y a aplicar los mismos a situaciones concretas en las que tengan que identificar, en sus distintas manifestaciones, los fenómenos estudiados.

La evaluación de estos programas supone: (a) constatar la adquisición de conocimientos y habilidades asociadas directamente a los temas del adiestramiento, (b) evaluar el desarrollo alcanzado por el grupo, y (c) constatar la implantación del sistema de conocimientos y habilidades adquiridos en el trabajo cotidiano.

Por último, compartiré una reflexión, desde lo profesional pero sentida desde mi inserción como miembro de esta sociedad, que se caracteriza por diferentes niveles de carencias, conflictos,

preocupaciones, compromisos y protagonismo. Los psicólogos y psicólogas no podemos resolver todos los problemas asociados al ser humano. Es evidente que otras partes de la sociedad deberán concurrir con su presencia y esfuerzo en este empeño. Pero lo que no podemos dejar de hacer los psicólogos y psicólogas, es ver todos los problemas asociados con el ser humano y tratar de encontrarle la traducción que en el plano de esta ciencia se hace posible.

El recorrido del ser humano por las diferentes instituciones y grupos laborales, pasa por la psicología social. La comprensión del efecto de influencia y de construcción de la subjetividad que al interno de las instituciones se produce, pasa por la psicología social. El proceso de adjudicación de valor al trabajo y de su actualización como referente conductual actual y prospectivo, pasa por la psicología social. La elaboración de programas para potenciar desde el ámbito laboral una eficiente inserción social, pasa por la psicología social. Toca pues, a los psicólogos y psicólogas pensar cómo contribuir a perfeccionar estos procesos de cuyos desarrollos actuales nadie duda pero de cuyas imperfecciones tampoco.

La realidad social que en términos del ámbito laboral enfrentan el científico y la científica social en su entorno cotidiano está determinada por múltiples elementos. En ella concurren factores económicos, políticos, ideológicos, culturales e históricos, por lo que no podemos los psicólogos y psicólogas adjudicarnos toda la magnitud de su estudio. Otras especialidades de las Ciencias Sociales tienen su espacio y deben utilizarlo. Por mi parte, si alguien me preguntara por el espacio de la Psicología Social, le brindaría estas reflexiones.

Referencias

- Fuentes, M. (1993). *Psicología social del grupo: Investigación y desarrollo de teorías*. Puebla, México: Ed. Universidad Autónoma de Puebla, Puebla.
- Fuentes, M. (1994a). Psicología y desarrollo social. *Revista Cubana de Psicología*.
- Fuentes, M. (1994b) Psicología grupal: Lugar de génesis y transformación. *Revista Alelón*, V (5).

El Razonamiento Defensivo y su Efecto Sobre la Calidad del Servicio Público en Puerto Rico

Carlos A. Toro Díaz¹

Universidad de Puerto Rico, Puerto Rico

Compendio

Un fenómeno que subyace el problema de la efectividad en el ofrecimiento de servicios públicos en Puerto Rico es el razonamiento defensivo. Esta conducta se manifiesta cuando una persona o grupo (a) sostiene alguna premisa cuya validez es cuestionable, pero asume que no lo es; (b) hace inferencias que no necesariamente se desprenden de la(s) premisa(s), pero da por sentado que sí se desprenden; y (c) llega a conclusiones que cree que ha evaluado bien, pero la forma en que las ha enmarcado imposibilita evaluarlas rigurosamente (Argyris, 1985, 1990; Toro Díaz, 1995). Para aclarar el significado del concepto, presento varias ilustraciones, explico sus características sobresalientes y discuto sus implicaciones en torno al funcionamiento de las organizaciones. Procedo a enmarcar el concepto dentro del contexto del servicio público en Puerto Rico presentando algunas ilustraciones para respaldar el argumento de que el uso inadvertido del razonamiento defensivo por parte de diversos actores dentro y fuera de las agencias gubernamentales tiende a perpetuar el deterioro en la calidad del servicio público en Puerto Rico. Finalmente, presento recomendaciones para atender el problema planteado.

Abstract

Defensive reasoning underlies the problem of the ineffectiveness of public service in Puerto Rico. This behavior is apparent when a person or group: (a) upholds a premise of questionable validity but assumes it is unquestionable, (b) makes inferences that supposed follow from that premise, but they do not and (c) reaches conclusions after careful consideration, in a manner that does not allow for rigorous evaluation (Argyris, 1985, 1990; Toro Díaz, 1995). To clarify the concept's meaning I present various illustrations, explain its main characteristics,

¹ Para mayor información puede comunicarse con el autor a: Departamento de Psicología, Apartado 23345, Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras, San Juan, P.R. 00931-3345, o por correo electrónico a Ctoro@upracd.upr.clu.edu.

and discuss its implications for organizational functioning. I proceed to frame the concept within the context of public service in Puerto Rico presenting examples of the inadvertent use of defensive reasoning by various actors within and outside of government agencies which perpetuate the deterioration of the quality of public service on the island. Finally, I present recommendations to deal with the problem.

Palabras clave: Razonamiento defensivo; Calidad del servicio; Servicio público

Key words: Defensive reasoning; Service effectiveness; Public sector

En Puerto Rico, si uno le pregunta a prácticamente cualquier persona su opinión sobre la calidad del servicio que ofrecen las entidades gubernamentales, me temo que la respuesta es casi universalmente desfavorable. Es decir, independientemente de la ideología político-partidista de la persona, independientemente de su ocupación, de si se trata o no de alguien que trabaja para el gobierno, de su nivel educativo o socioeconómico; casi todos los puertorriqueños y puertorriqueñas pensamos (justa o injustamente) que el servicio público en nuestro país "no sirve". Me temo que - a tono con lo que plantea Santana Rabell (1993) en su abarcador estudio - la mayoría no sólo diría que no sirve, sino que se está empeorando.

Recientemente consideré este tema en una investigación y escribí un artículo que se publicará próximamente en la *Revista de Administración Pública* de la Universidad de Puerto Rico (Toro Díaz, en imprenta). La conclusión principal a la cual llegué fue que la ciudadanía en general, la prensa, el liderato político y los propios funcionarios y funcionarias públicos de todos los niveles, somos cómplices en el proceso de perpetuar el deterioro en la calidad del servicio público en nuestra isla. Específicamente, hice dos conjuntos de observaciones que me parecen pertinentes para los propósitos de este artículo. Inicialmente, hice las siguientes observaciones que enfatizan la complicidad de la ciudadanía en general:

- 1) que la ciudadanía en general (incluyendo al liderato político, a la prensa y a los consumidores y consumidoras) continuamente se enfrenta a situaciones en las cuales las acciones de funcionarios y funcionarias públicos (de

- distintos niveles organizacionales) provocan dudas sobre la calidad de los criterios utilizados;
- 2) que muchas de estas dudas se rellenan con explicaciones y conjeturas que implican evaluaciones negativas en torno a la competencia o las intenciones de los actores en cuestión;
 - 3) que dichas dudas, explicaciones, conjeturas y evaluaciones negativas tienden a expresarse abiertamente; es decir, la ciudadanía en general suele reaccionar a tales situaciones divulgando públicamente sus conjeturas y evaluaciones;
 - 4) que de esta forma las dudas no sólo no se aclaran, sino que las conjeturas y explicaciones se validan unilateralmente (es decir, sin la participación de los funcionarios y funcionarias evaluados);
 - 5) que lo anterior provoca deterioro en la calidad de la relación entre las partes y, por consiguiente, el compromiso y la motivación para producir servicio de excelencia se va desvaneciendo progresivamente; y
 - 6) que según los deseos de ofrecer servicios de excelencia van desvaneciendo, también se va deteriorando la calidad del servicio público.

Además, hice las siguientes observaciones similares pero que enfatizan la complicidad de los funcionarios y funcionarias públicos:

- 1) que estos se enfrentan continuamente a situaciones en las cuales las acciones de otras personas o grupos (muchas veces sus superiores) no sólo tienen implicaciones importantes para ellos y ellas, sino que provocan dudas sobre la calidad de los criterios usados;
- 2) que muchas de estas dudas se rellenan con explicaciones y conjeturas que implican evaluaciones negativas en torno a la competencia o las intenciones de los actores en cuestión;
- 3) que dichas dudas, explicaciones, conjeturas y evaluaciones negativas tienden a manejarse privadamente; es decir, los funcionarios y funcionarias suelen reaccionar a tales situaciones suprimiendo la expresión de sus dudas y evaluaciones;

- 4) que de esta forma las dudas no sólo no se aclaran, sino que las conjeturas y explicaciones se validan unilateralmente;
- 5) que lo anterior provoca deterioro en la calidad de la relación de trabajo entre las partes y, por consiguiente, el compromiso y la motivación para producir servicio de excelencia se va desvaneciendo progresivamente; y
- 6) que según los deseos de ofrecer servicios de excelencia van desvaneciendo, también se va deteriorando la calidad del servicio público.

Al reflexionar más sobre este asunto, he intentado indagar más allá de lo obvio. Por eso, el propósito de este artículo es presentar algunos resultados iniciales del ejercicio. En efecto, estos resultados representan el andamiaje teórico y los rasgos metodológicos sobresalientes de un proyecto de investigación destinado a producir información útil sobre el tema.

En términos generales, he encontrado que si uno escarba la superficie de los diagnósticos, las explicaciones, las razones y las prescripciones que suelen ofrecerse en torno a este problema, sale a relucir un fenómeno que pienso merece mayor atención ya que parece estar más cerca de la médula - si no en la misma médula - del creciente deterioro en la calidad del servicio público en nuestra Isla. Se trata - según yo he estado observando e infiriendo - de un fenómeno que contamina el ambiente social de las organizaciones, obstaculizando seriamente las posibilidades de efectividad organizacional y calidad de vida laboral.

Me estoy refiriendo al **razonamiento defensivo** (Argyris, 1985, 1990; Toro Díaz, 1995). Se dice que una persona o grupo razona defensivamente cuando (a) sostiene alguna premisa cuya validez es cuestionable, pero asume que no lo es; (b) hace inferencias que no necesariamente se desprenden de la(s) premisa(s), pero da por sentado que sí se desprenden; y (c) llega a conclusiones que cree que ha evaluado bien, pero la forma que las ha enmarcado imposibilita evaluarlas rigurosamente. Lo que he estado encontrando consistentemente en mis investigaciones sobre el comportamiento organizacional es que éste es precisamente el tipo de razonamiento que usamos ante aquellos tipos de situaciones a que aludía antes. Me refiero a aquellas situaciones cuando la

conducta de otra persona (o grupo) nos provoca dudas sobre la calidad de los criterios usados por esa persona o grupo y dicha conducta nos afecta de una forma no trivial.

He encontrado también que este tipo de razonamiento tiene varias características importantes que quisiera resumir. En primer lugar, se trata de una conducta que está profundamente arraigada en nuestros respectivos sistemas de procesar información. Esto significa que razonamos defensivamente de una forma tan natural y automática, que no nos damos cuenta. En segundo lugar, es un razonamiento fundamentalmente unilateral. Es decir, refleja la tendencia de los individuos a construir la realidad desde sus puntos de vista y a asumirla correcta. Finalmente, es contraria al aprendizaje porque su uso tiene el efecto neto de minimizar la producción de información válida. Por información válida me refiero al tipo de información que una persona puede respaldar con datos directamente observables de manera que la otra acierte al hacer inferencias y atribuciones sobre lo que la primera sostiene (Argyris & Schön, 1974). Esta conducta que produce información válida también conlleva la creación de condiciones que induce a las demás personas a proveer datos directamente observables que permitirán hacer inferencias y atribuciones acertadas sobre ellos. Al usar razonamiento defensivo, la producción de este tipo de información se minimiza y se afecta adversamente tanto la calidad de las decisiones como el compromiso de las partes con las mismas.

ALGUNAS ILUSTRACIONES DE RAZONAMIENTO DEFENSIVO

Para tratar de aclarar la naturaleza del razonamiento defensivo, le pido al lector o lectora que considere algunas ilustraciones. Según notará, he recurrido a la transcripción de conversaciones, ya que es ahí donde encontramos datos directamente observables de los cuales podemos inferir la manifestación de este fenómeno. He encontrado que ésta es una buena estrategia metodológica, ya que - según indicaba - el razonamiento defensivo es algo que ocurre de forma natural, rápida e inadvertida. La transcripción de conversaciones decelera el proceso y permite examinarlo con calma.

La primera ilustración gira en torno al caso que presentó en clase

una de mis estudiantes, María, quien entonces trabajaba como gerente en un departamento de una compañía de seguros. Hacía ya varios meses que María venía cuestionando la labor de su secretaria, Iris, y en un par de ocasiones habían hablado al respecto. En esta ocasión particular, María ha recibido nuevas quejas de Iris y decidió hablar otra vez con ella. La conversación, según su recuerdo, fluyó más o menos así:

M: Iris, tengo que hablarte de nuevo sobre tu labor aquí. Ayer las muchachas vinieron a verme porque dicen que tu estás cometiendo muchos errores y tardándote mucho. ¿Qué es lo que pasa?

I: ¡Ay, María! Yo se ... Es que yo tengo que confesarte que este trabajo ya me aburre. Yo quisiera algo más retante.

M: [Un poco sorprendida, pues no esperaba esa respuesta.] Bueno, Iris, yo no se. Esto no me lo habías mencionado antes. Déjame ver qué podemos hacer. Mira, se me ocurre que para el lunes tu me traigas las ideas que tienes sobre cómo hacer tu trabajo más interesante; nos reunimos y las discutimos. ¿Qué te parece?

I: Sí, me parece muy bien. Gracias por tu paciencia y por tu disposición a ayudarme.

Luego María y yo discutimos esta conversación y llegamos a algunas conclusiones. Primero, acordamos que cuando Iris dice "... Es que yo tengo que confesarte que este trabajo ya me aburre", está, en efecto, aceptando que incumple pero que ello está justificado por lo poco retante de su trabajo. Segundo, acordamos que cuando María le contesta "Bueno, ... déjame ver qué podemos hacer.[...]", está aprobando la justificación de Iris; es decir, (al igual que Iris) María está justificando el incumplimiento en virtud de la naturaleza de las tareas. Tercero, acordamos que, a pesar de lo anterior, María no está de acuerdo con la idea de que el incumplimiento se justifica en virtud de la naturaleza poco retante del trabajo. Cuarto, acordamos que razonó defensivamente cuando dió por buena una inferencia que - según ella misma luego admitió - no se desprendía de la premisa; es decir, cuando sostuvo que estaba bien incumplir

porque el trabajo no era retante.

Más adelante María también me informó que la calidad de la relación de trabajo entre Iris y ella siguió deteriorándose cuando Iris no sólo incumplió con lo que dijo que iba a hacer para añadirle interés a su trabajo, sino que continuó cometiendo errores y demorándose excesivamente. El problema culminó y "se resolvió" cuando María convenció a su jefe que ya era tiempo de despedir a Iris y conseguir una nueva secretaria. "Se resolvió" está entre comillas porque pienso que el problema fundamental del razonamiento defensivo sigue presente y contaminando el ambiente de trabajo de María. El despido de Iris, que es una de las respuestas ulteriores más comunes en las empresas privadas ante situaciones conflictivas, es - desde mi perspectiva - una respuesta simplista a un problema complejo que persiste (Toro Díaz, 1995).

La próxima ilustración surgió en el contexto de una conversación que sostuve con una persona de la gerencia intermedia de una agencia gubernamental en Puerto Rico. Yo le había preguntado a Javier sobre el clima de trabajo en su agencia y éste me había indicado que no era muy favorable. Luego de elaborar para aclararme su evaluación, le pregunté a qué se lo atribuía y me contestó lo siguiente:

Mira, Carlos, aquí lo que hay es un relajo con la politiquería. Por ejemplo, uno llega un lunes y resulta que de repente tienes un nuevo jefe que tu no sabes ni de dónde salió ni qué cualificaciones tiene. Nosotros les llamamos los extraterrestres. Se quedan ahí un tiempo. Como no saben nada, no hacen nada. Entonces los sacan y nombran a otro extraterrestre incompetente.

Después de recuperarme de la crudeza del ejemplo, ingenuamente me atreví preguntarle: "¿Y ustedes, los subalternos, qué hacen cuando éso ocurre?" La contestación predecible fue: "¿Qué vamos a hacer? ¡Nada! Si alguien se atreve a protestar, cae en la página de Cheo." Nuestra conversación continuó, pero quiero detenerme momentáneamente para reflexionar sobre esto usando la terminología que he estado sugiriendo.

Primero, cuando nombran a un nuevo jefe o jefa, pienso que ello

razonablemente provoca en Javier dudas sobre los criterios usados para tal decisión. Cuando sus superiores no toman la iniciativa de aclarar sus dudas, Javier concluye que los criterios usados no fueron de mérito y que la persona nombrada es incompetente. Es en este momento que comienza a razonar defensivamente porque hace inferencias que no necesariamente se desprenden de la premisa, pero él da por sentado que sí. Es decir, infiere que la persona nombrada no es competente porque a él no le han presentado sus cualificaciones. Debo destacar que en lo que me estoy fijando es en la forma que Javier razona, no en la validez de sus conclusiones. Es decir, pienso que es completamente concebible que las conclusiones de Javier sean válidas, pero mi observación es que la forma en que él las está validando es unilateral.

Segundo, cuando Javier explica que ante tales situaciones sus compañeros, compañeras y él no hacen nada, ello refleja que los funcionarios y funcionarias están suprimiendo la expresión de sus dudas y evaluaciones. De esta forma las dudas no sólo permanecen, sino que las conjeturas y explicaciones se validan unilateralmente. Según indiqué antes, pienso que esto provoca deterioro en la calidad de la relación de trabajo entre las partes y, por consiguiente, el compromiso y la motivación para producir servicio de excelencia se va desvaneciendo progresivamente. De esta forma se puede apreciar cómo el razonamiento defensivo está en la médula de la dificultad de ofrecer de servicios de calidad.

Al continuar mi conversación con Javier, pude hacer otro par de observaciones relacionadas. Esto ocurrió porque le insistí que se imaginara hablando con cualquier persona en su agencia que pudiera atender el problema de los extraterrestres y él me dijo (luego de volver a asegurarme que ésa sería una gestión futil) que con quien hablaría sería con el jefe de su jefe. Entonces le pedí que se imaginara esa conversación; es decir, le pregunté "¿Qué tu le dirías?" y su contestación fue: "A mi lo que me darían ganas de decirle es: '¿Quién es este extraterrestre que nos han impuesto aquí? ¿Qué manera es ésta de administrar una agencia? ¡Por éso estamos como estamos!'"

En primer lugar, con esta respuesta Javier simplemente estaba reconfirmando lo que ya había me expresado y, en ese sentido, estaba reflejando nuevamente su razonamiento defensivo. En

segundo lugar, pienso que es fácil comprender su conclusión de que no conviene protestar, ya que me temo que las consecuencias confirmarían sus temores. Tercero, noto como la forma en que él está enmarcando la situación le impide evaluar rigurosamente sus conclusiones. Es decir, si la forma que él evalúa la situación le conduce a llegar conclusiones que ya da por buenas, no tiene sentido que las examine y, por lo tanto, se autoperpetúan. Esto último es otro indicador de razonamiento defensivo.

IMPLICACIONES

Aunque pienso que estas ilustraciones pueden ayudar a explicar el concepto, tengo que reconocer que su valor práctico es muy limitado. Sin embargo, pienso que la ubicuidad que le estoy atribuyendo al razonamiento defensivo tiene profundas implicaciones para el funcionamiento de las organizaciones. Es decir, si lo que estoy proponiendo es válido en el sentido de que todas las personas tienden a razonar de una forma inefectiva ante situaciones comunes, conviene identificar formas para investigar y aprender más al respecto.

No obstante, al plantear el problema de la metodología y los procedimientos para la investigación de este fenómeno, debo reconocer que fácilmente se puede caer en la paradójica trampa de reproducir en nuestras acciones el mismo razonamiento defensivo que precisamente queremos investigar y - al hacerlo - crear condiciones que eliminan las posibilidades de producir información válida. Después de todo, la atribución que le estoy haciendo a la gente representa una evaluación que razonablemente debe provocar dudas en las demás personas en cuanto a la calidad de los criterios que estoy usando. En tanto y en cuanto la reacción de las demás personas (y la mía) esté caracterizada por razonamiento defensivo, mi propia teoría predice que los esfuerzos culminarán en fracaso. En efecto, la metodología que contemplo requiere, por lo tanto, unos procedimientos que contribuyan a la construcción de condiciones partícipes dentro de las cuales los actores interesados en aprender tengamos control compartido sobre las inferencias y las conclusiones a las que lleguemos.

A continuación presento los aspectos sobresalientes de una serie

de pasos que pienso representarían una metodología como la contemplada. Aunque nada impide que estas actividades se lleven a cabo en cualquier tipo de organización, pienso que la gran preocupación que existe en nuestro país sobre la calidad del servicio público justificaría realizar un estudio de esta naturaleza en alguna agencia gubernamental.

Primer Paso: Reunión Inicial con la Alta Gerencia

El primer punto en la agenda de esta reunión sería presentarle a la alta gerencia de la organización una conferencia que resuma el significado del razonamiento defensivo y su efecto sobre la calidad del servicio ofrecido por las organizaciones. Idealmente, esta conferencia incluiría datos acopiados previamente para ilustrar y fortalecer los argumentos.

Durante la presentación y especialmente al final de la misma, debería promoverse activamente que las personas participantes cuestionen los datos, los argumentos y las teorías planteadas. Pienso que sería improbable que la presentación no estuviera provocando dudas sobre la calidad de los criterios que se estarían usando. El éxito de esta parte de la metodología dependerá en gran medida del grado al cual las personas participantes se sientan en libertad de cuestionar y confrontar las ideas de los investigadores e investigadoras.

El punto final de la agenda de esta reunión inicial con la alta gerencia sería la determinación de su interés en aprender más sobre el asunto. En otras palabras, en este momento el grupo debe tomar una decisión con relación a la continuación del proceso de aprendizaje, lo cual conllevaría una disposición a colaborar en la producción de información pertinente. Es decir, las personas interesadas participarían en una entrevista individual con el investigador o investigadora con el fin de obtener los datos (dentro de su realidad) que permitan validar (o invalidar) la teoría del razonamiento defensivo. Es importante señalar que la participación individual en una entrevista debe ser voluntaria y que, por lo tanto, los investigadores e investigadoras deben hacer esfuerzos por destacar que rechazar la participación no sólo es perfectamente legítimo, sino deseable en el caso de aquellas personas que así lo prefieran.

Segundo Paso: Las Entrevistas

Cada una de las personas participantes interesadas se reuniría con los investigadores e investigadoras por un término de alrededor de una hora para conversar sobre el trabajo en su organización. Cuando la persona entrevistada señale áreas problemáticas, los investigadores e investigadoras intentarían dirigir la conversación hacia las acciones de los distintos protagonistas, incluyendo a la persona entrevistada. Es decir, la estructura de la entrevista sería tal que se producirían varias instancias concretas en que alguien ha hecho (o dejado de hacer) algo que no sólo ha afectado a la persona entrevistada, sino que ha provocado en ella dudas sobre la calidad de los criterios usados. Luego de aclarar lo más posible la naturaleza del incidente o la situación, se indagaría para averiguar cómo la persona participante la manejó; es decir, qué hizo cuando las acciones de la otra parte provocaron en él o ella dudas sobre la calidad de los criterios usados. En efecto, se esperaría que cada entrevista produjera varias ilustraciones de **razonamiento defensivo en acción**; es decir, ilustraciones que permitieran hacer una conexión explícita entre el concepto teórico de **razonamiento defensivo** y las acciones (o inacciones) de las personas participantes.

Tercer Paso: Las Inferencias

A base de los datos acopiados a través de las entrevistas, los investigadores e investigadoras procederían a desarrollar un documento cuyo contenido fuera el conjunto de ilustraciones de razonamiento defensivo en acción. En otras palabras, se trataría de un documento en el cual harían explícitas sus inferencias sobre el razonamiento defensivo que han identificado en las acciones de las personas participantes.

Cuarto Paso: Segunda Reunión Grupal con las Personas Participantes

La agenda fundamental de esta reunión sería que las personas participantes validaran el documento preparado por los investigadores e investigadoras. En otras palabras, la reunión conllevaría el examen detenido de la información contenida en el documento con la intención de discutirla, cuestionarla, aclararla,

editarla y - eventualmente - validarla. Se espera que esto conlleve que las personas participantes se adueñen de la información que les permitirá darse cuenta de cómo, sin darse cuenta son capaces de razonar defensivamente. Además, podrán visualizar con la ayuda de datos concretos cómo este tipo de razonamiento les conduce a acciones cuyas consecuencias son contraproducentes. Si llegan a estas conclusiones, podrán estar motivadas para embarcarse en el próximo paso en ánimo de desarrollar nuevas destrezas que les permitan razonar y actuar de formas efectivas.

Quinto Paso: Desarrollo de Destrezas de Razonamiento Productivo

Las personas razonan productivamente cuando usan datos concretos para respaldar sus premisas, inferencias y conclusiones a la vez que promueven que las demás le cuestionen su razonamiento. Esto implica que las personas que razonan productivamente contribuyen a la creación de contextos interpersonales en los cuales pueden escoger libremente a base de información válida. Como resultado, se sienten dueñas de la situación y desarrollan compromiso interno respecto a las decisiones tomadas. Por tal motivo, los grupos constituidos por personas que razonan productivamente no sólo tienen mayores probabilidades de éxito en el ofrecimiento de servicios, sino que disfrutan de una mejor calidad de vida laboral.

Para desarrollar destrezas de razonamiento productivo, al igual que para desarrollar destrezas de cualquier tipo, la persona necesita, en primer lugar, el interés de hacerlo; segundo, un diseño o una teoría que le informe la práctica; tercero, práctica. Si asumimos que a base de las actividades previas las personas participantes han desarrollado el interés y ya conocen los fundamentos de la teoría de razonamiento defensivo y razonamiento productivo, el énfasis en esta etapa será sobre la práctica. Esto significa la creación de condiciones de aprendizaje dentro de las cuales desarrollen sus propios casos y los rediseñen; usen grabaciones y transcripciones de sus conversaciones como fuente de datos directamente observables; y se ayuden mutuamente ofreciendo retroalimentación y jugando roles (*role playing*).

Sexto Paso: Repetición en Otros Grupos

Una vez el grupo de la alta gerencia ha demostrado su compromiso con la idea de aprender, razonamiento productivo, procede iniciar esfuerzos para involucrar a otros miembros de la organización. En este proceso, se identifica un nuevo grupo de participantes que tendrá la oportunidad de exponerse a las mismas actividades que he descrito. A través del tiempo se espera que todos los miembros de la organización tengan esta oportunidad. Más aún, la presencia e influencia de los investigadores e investigadoras originales puede ir disminuyendo según aumenta la de los miembros de la organización que ya van desarrollando conocimiento teórico y práctico.

Conviene señalar que en el caso de estos grupos subsiguientes existen dos ventajas importantes que aumentan las probabilidades de éxito. En primer lugar, se puede usar constructivamente el poder tradicional de la estructura jerárquica, ya que el aprendizaje organizacional procede de arriba hacia abajo. En segundo lugar, según se van repitiendo a través de la organización las actividades de aprendizaje, quienes faciliten el proceso tendrán cada vez más información pertinente para ilustrar sus teorías y fortalecer sus argumentos.

CONCLUSIONES

No se cuáles serán las probabilidades de que se lleve a cabo un estudio de esta naturaleza en una agencia gubernamental puertorriqueña. Algo que juega en su contra es que - a mi modo de ver - representa una forma radicalmente distinta de acercarse al problema de la calidad del servicio. La misma teoría que les estoy proponiendo predice que estas ideas provocarán dudas sobre la calidad de los criterios que estoy usando y que estas dudas se rellenarán de especulaciones y evaluaciones que, a su vez, se validarán unilateralmente. Bajo estas condiciones, mi predicción es que la receptividad será mínima.

Sin embargo, al igual que cualquier otro esfuerzo de cambio radical en las ciencias sociales, debemos estar preparados y preparadas no sólo con teorías sino con diseños metodológicos. Pienso que los investigadores e investigadoras podemos perder el potencial de influenciar porque en los raros momentos en que se

nos presenta la oportunidad, nos encontramos que no estamos preparados para proceder y poner nuestras teorías en práctica.

Por esta razón me ha parecido prudente comenzar el diseño de este proceso metodológico. Espero que al compartirlo con mis estudiantes y colegas, lo cuestionen y lo evalúen. Espero también que ello me ayude a mejorarlo.

Referencias

Argyris, C. (1985). *Strategy, change and defensive routines*. Boston, MA: Pitman Publishing Inc.

Argyris, C. (1990). *Overcoming organizational defenses: Facilitating organizational learning*. Boston, MA: Allyn & Bacon.

Argyris, C., & Schön, D. (1974). *Theory in practice: Increasing professional effectiveness*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Santana-Rabell, L. (1993). Fulgor y decadencia de la administración pública en Puerto Rico: Agenda para la reforma. *Revista de Administración Pública*, 25, Edición Especial.

Toro Díaz, C. (1995). *Aprendizaje en las organizaciones: Limitaciones y alternativas*. San Juan, PR: Publicaciones Puertorriqueñas.

Toro Díaz, C. (En imprenta). Perpetuación de la mediocridad en la calidad del servicio público en Puerto Rico. *Revista de Administración Pública*.

***Problems and Possibilities for the
Personality Development of the Learner
in the Aruban Educational System:
The Urgent Need for a Caribbean
Educational Psychology***

Lydia Emerencia¹
Instituto Pedagógico Arubano, Aruba

Abstract

In this article I analyze educational practice in Aruba. I also discuss the importance of a well-grounded Caribbean educational psychology and propose a model for its elaboration oriented toward its application in Caribbean schools. I discuss the principal components of the model presenting a reconceptualization of schooling in its relation to society, culture and students.

Compendio

En este trabajo analizo la práctica de la educación en Aruba y discuto la importancia de una psicología educativa caribeña bien fundamentada. Propongo un modelo para la elaboración de una psicología educativa caribeña orientada a la práctica en las escuelas del Caribe. Discuto los componentes principales del modelo planteando una reconceptualización de la escolaridad y su relación con la sociedad, la cultura y el/la educando/a.

Key words: Personality development; Aruban children; Educational system
Palabras clave: Desarrollo de personalidad; Niños/as arubanos; Sistemas educativos

¹ Correspondence concerning this article should be addressed to: Paradera 99-C, Aruba, Dutch Caribbean.

In this article I will analyze the practice of education in Aruba and consider the importance of a well developed Caribbean educational psychology as well as present a proposal for its elaboration. The first question, however, is "what can be denominated a "Caribbean educational psychology" and what should its function be"? I believe that Caribbean educational psychology should take the Caribbean personality and its formation and the Caribbean community, culture and historic development as points of departure for theory and research. It should be a psychology oriented towards educational practice in Caribbean schools.

THE STATE OF THE ART OF SCHOOL PSYCHOLOGY IN ARUBA

School psychology in Aruba has focused traditionally on testing, evaluation and individual psychotherapy. The focus has been on the learning and behavioral problems of individual children. The therapeutic approach has been mostly de-contextualized, removing the child from the classroom for special treatment by the school psychologist or counselor, either at the school-site, or at the Department of Education. The role of the teacher, the classroom's psychological and pedagogical climate, the school's culture, content and method of instruction and the social-cultural contexts of learning and teaching in Aruba, have not been sufficiently considered in therapy. The relation between school psychologists and schools has not always been positive. Teachers and school principals have often had the feeling of being "left out", and their teaching activities, intentions and problems misunderstood by the psychologists. The last few years have seen a shift towards a focus on the counseling and guidance of first and second grade and kindergarten teachers. The aim is to upgrade teaching abilities in general and in basic subjects in particular, as part of a more preventive approach. Recently the Section of School Psychology in the Department of Education announced a change in their organization, objectives and work procedures, where more attention will be given to the school as an organization and guidance and counseling will move towards a system-approach.

School psychologists in Aruba, who primarily have clinical

training and little experience in classroom teaching, have teamed up with school-based counselors (former classroom teachers), who work in several schools at the same time. This has been a positive step, although the necessary integration of counselors in the schools has not yet taken place. The practice of school psychology in Aruba identified important information about learning and behavior problems in our schools. However, it has not yet offered us a systematized knowledge-base about learning and teaching nor about the personality formation of children in Aruban school contexts.

CARIBBEAN EDUCATIONAL PSYCHOLOGY IN SERVICE: A CONCEPT OF SCHOOLING

Caribbean educational psychology should offer information on learning and personality development of the Caribbean personality upon which an adjusted concept of schooling can be grounded. The concept of schooling contains a coherent set of ideas and views regarding the tasks and functions of the schooling system which offers direction and meaning to all educational activities in schools. It also offers the necessary ingredients to elaborate the organization of schooling in terms of objectives, contents, instructional methods, evaluation methods, teacher-learner, learner-learner and school-community relations, as well as the organization of the learning process. The central components of the schooling model include the following concepts schooling, learner, culture (cultural goods) and society.

Central Elements of the Concept of Schooling

With the term **schooling** I refer to the manner in which teaching, learning and socialization are organized in a structured and systematic way. Schools possess their own characteristic culture which can be defined as "the deeper level of basic assumptions and beliefs that are shared by members of an organization, that operate unconsciously, and that define in a basic 'taken-for-granted' fashion an organization's view of itself and its environment" (Kieret & Vanberghe, 1990). The school is the pre-eminent social institution, next to the family, with the strongest potential for the formation and progress of the individual and society.

Culture is "the product of human's social life and the social activity of human beings" (Vygotsky in Davodov, 1995). Every culture is characterized by certain common collective representations. Every community also has sub-cultures: cultures of certain specific groups in the community. One of the central elements of culture is language, a social-cultural-historic phenomenon, which represents the collective experience of the community: its knowledge, experiences, moral, philosophy and emotions. Its poetry, its songs, its stories, its proverbs and expressions contain a richness of information and at the same time, express the way the specific linguistic group organizes, theorizes, explains and judges its world.

It is well known that one of the strongest psychological strategies to colonize a nation is to take away its language: there is no more effective way to weaken a nation. It is precisely because of its great importance in people's life (both at the individual and group level), that language provokes emotions and contradictions. Discussions around language bring about strong attitudes: the emotional importance connected to language is logical, because language forms part of the being of a person. Language is a system of signs: symbols with a definite meaning that have evolved in the history of a specific culture. Language is, at the same time, a social phenomenon. Linguistic communities have mutual relations in which certain languages are stronger than others. The relationship between languages often reflects the social-political relationship and the balance of power between different language-groups.

By community I mean the 'big context': the society in which the individual is born and raised, and in which s/he forms an identity. This big context consists of structures, institutions and relationships. Community on the other hand also refers to the 'small group-context': the context formed by family, neighborhood and social groups in which the individual has its most direct and frequent interactions. Finally, the term learner refers to a 'culturally formed being', engaged in a constant process of enculturation in his/her surrounding society, in the presence of, together with, and assisted by others. Being a learner means participating in culture and contributing to that culture. A learner is not an object of instruction, but an active subject that gives meaning to its

surroundings, has its own strategies, objectives and motives (Van Oers & Wardekker, 1993).

Relations of Congruence or Dissonance Between Concepts

Schooling is related to the entities described above. We can basically distinguish two types of relations: dissonance and congruence.

A Relation of Dissonance

In this kind of relationship education is a foreign body in the community; it does not develop out of its necessities, does not take its culture, language, traditions, knowledge, norms and values as its basis, and it does not contribute to solving its problems. The ideological and educational aspects of education are not grounded in the surrounding context. The psychological-pedagogical relation with the learner (the anthropological aspect) is distorted, because the school system does not accept the identity of the learner.

A Relation of Congruence

In this type of relationship there is a meaningful relationship, a 'continuing line' between school, society, culture and language. Congruence between community, culture and schooling makes the school a natural and 'psychologically safe' place, close to home and community. Schools recognize the larger educational environment and work in concert with it to produce meaningful and beneficial learning for all involved. The psychological-pedagogical relation is based on acceptance of and respect for the cultural repertoire of the learner, because there is no distance between school and society.

From my perspective, the concept of congruence also means an emancipatory orientation to education. Congruence, therefore, does not mean that schooling merely reproduces relations in our community, but, on the contrary, fosters the development and progress of the surrounding milieu. It also promotes democratization, social justice and change, in the individual as well as the societal level. Social reality becomes the object of study in schools, where key activities are oriented towards solving real and concrete problems, formulating development-models and awaking

a consciousness among students to take on community responsibility. For education to be able to change, the community must change, developing and formulating its own development style and model, preferably on the basis of a consensus (Rama, 1984).

Paolo Freire and Henry Geroux state the following about schools' tasks and the direction of educational change:

At stake here is the recognition that the issue of purpose and meaning is central to creating a language of reform that returns the notion of educational theory and practice to the realm of public discourse. At its best, the language of educational theory should embody a public philosophy dedicated to returning schools to their primary task: to be places of critical education in the service of creating a public sphere of citizens who are able to exercise power over their own lives, and especially over the conditions of knowledge production and acquisition. This is a language linked to the imperatives of a practical hope, one that views the relationship between leadership and schooling as part of a wider struggle to create the lived experience of empowerment for the vast majority (Giroux, 1989, p.viii).

THE RELATIONSHIP BETWEEN SCHOOL, LEARNER, CULTURE, LANGUAGE, AND SOCIETY IN ARUBA.

In Aruba the relation between schooling, learner, society, culture and language is one of dissonance, which manifests itself in both an evident and a hidden way. While not typical of the Aruban situation, this dissonance has been specifically determined by colonial history and the post-colonial reality of the community. Schooling in Aruba has not been the result of a collective and conscious action, but an area of activity, over which the Aruban people have just recently started to take control. The dissonance manifests itself in the following ways:

- (1) The discrepancy between instructional language and the

linguistic reality of our community- Schooling does not reflect the linguistic nor the cultural reality of our community, and rejects the national native language (Papiamento). Dutch is the official language of instruction in Aruban schools and Papiamento does not even appear in the curriculum of primary and secondary schools. The two other important languages in the community, English and Spanish, are given a secondary role in favor of Dutch which has very little value in social communication. The last Census of 1991 (Centraal Statistiek, 1992) showed that 81% of the school population speaks Papiamento, 7% English, 5% Spanish and 5% Dutch. That Papiamento has not been given its rightful place in education stands in a sharp contrast to the position this language has acquired in the community. Papiamento is used in almost all settings in the community; most newspapers are written in Papiamento, most radio stations broadcast in this language, it is spoken in Parliament and government offices and most individuals use it when addressing other members of the community. Prins-Winkel has critically analyzed colonial efforts to suppress Papiamento and shows how, at a given moment, the "myth of educational advantages through using Dutch in schools" came to exist. Over time, it "unmistakably took hold of the people's imagination". She describes the psychological consequences of the cultural colonization as follows: "On the long run, the most ardent believers in the Dutch-language myth often were the parents of children most apt to become victims of the system" (Prins-Winkel, 1981).

- (2) The discrepancy between the approach of language and language education in schools and the use of language in the community- In the Aruban schools language is used in a mechanical and artificial form and does not represent the tradition, color, rhythm, melody and culture that characterize the use of language on the island. Language education in Aruban schools is far from authentic education.
- (3) The discrepancy between the contents of education and social reality- The contents of education are predominantly Holland-oriented and the children read and learn little about

EMERENCIA

their own people nor about things they know and care about. Education offered in Aruban schools misses the *couleur local* and points of recognition that should encourage children to learn. It is an education that does not orient the younger generation to understand and take responsibility for its own community as it passes through a slow process of de-colonization. This is caused, in part, by the slow development of local educational material, although it has started with much enthusiasm. There are also problems, of a more subtle and psychological nature, since school contents has been about others, and not about 'us' for a very long time. We are simply not used to the idea that curricula can and should reflect our own life and reality at its center or that schooling should be in the interest of our own, very concrete, needs. This strange connection with schooling and the 'paralyzing' effects it has had on us, should be seen as a direct consequence of the history of colonial orientation in our schools.

ASSUMPTIONS BEHIND THE DISSONANCE

The dissonance I have described exists because it is sustained by a few 'venerable assumptions' (Reyes, 1992). Many people in Aruba think that the only language that will benefit the cognitive growth of a child is Dutch, that Aruban children must be immersed in Dutch as quickly as possible if they are to succeed in school, that Dutch is the only legitimate medium for learning and instruction, and that Dutch instruction is concomitant with education and development. Knowledge of the home and of the surrounding society are not considered worthwhile and are often seen as a hindrance for education and development. These assumptions are clearly present in the Aruban community and determine the actions taken or not taken in the educational field. As long as these deep rooted assumptions are not recognized, and changed, and as long as this situation is not connected to the post-colonial atmosphere of our society, it will be difficult to bring fundamental changes to the schooling system.

The dissonance that exists between schooling on one hand and the learner, language, culture and society, on the other, has several negative effects. First, Aruban education is **'pedagogically irresponsible'**, because it rejects the child and destroys the credibility of schooling. If schools do not take the Aruban child seriously, how can we ask the child to take us seriously? Schools offer a distorted and destructive notion of learning and, for the majority of Aruban children, education is neither pleasant nor interesting and is certainly not experienced as a worthwhile endeavor. Unfortunately, learning in the Aruban schools is a stressful activity for most children, where failure to express themselves in a foreign language and the rejection of their own culture and society, is experienced on a daily basis.

Second, schooling is **'insignificant with respect to cultural development and planning'**, because it does not devote sufficient attention to the ways of knowing, thinking and acting in the community. In this manner, the opportunity to promote the conservation of cultural heritage, to reinforce collective cultural memory and to amplify our national culture, is lost. Schooling, therefore, has been of little help in the process of nation building in our young community. Because the national language has not yet been functionally incorporated in the schools, we lack opportunities to support its planning and amplification. Finally, education cannot unite the different linguistic groups in the community, nor can it develop respect and mutual understanding and tolerance between them, because insufficient attention is given to the cultural and linguistic diversity that our children encounter daily.

Third, schooling becomes **'insignificant for the promotion of Aruba's social-political development'**. Since the *Status Aparte* of Aruba, the island is confronted with many responsibilities with respect to national development. The importance of education for this process should be evident. Education fails, however, to develop in students a democratic way of being, an ethical political attitude, or an understanding of the political management of the country and of national solidarity. Because local themes and issues do not find their way in to the curriculum, education cannot contribute to the solution of serious problems in our community. The price of this

negligence may be high because current rapid social-economic developments are making the development of local leadership and human potential an urgent priority.

Fourth, schooling gives **'little attention to the positive personality development of children'**, mainly because it neglects important instruments like the mother tongue and knowledge of the home. The level of knowledge schools offer often boils down to relatively simple forms of verbalism and rote learning. The active role is reserved for the teacher and the typical instructional approach used is directive, and unilateral. I agree with Germán Rama (1984) who wrote that in education in many Latin American and Caribbean countries, there is an "infantilization" of children and youth".

Additionally, the instruction-process promotes primarily individual forms of learning and provides little opportunity for children to engage in cooperative learning. In assessment practices the focus is primarily on the reproduction of knowledge and there is no investigation as to whether learners are capable of producing and creating new knowledge, either individually or cooperatively. The directive-authoritarian instructional approach contradicts the vitality and natural energy of children of any age. This is especially so in the case of adolescents, an age of restlessness and critical attitude. Germán Rama (1987) showed that in Latin America and the Caribbean this traditional education is ".....a factor that influences student's motivation negatively: it leads to academic failure, to desertion, or to mere formal acquiescence, to that false 'school culture' so distant from our social reality" (Translated by the editor). Education is not attractive to many of our youngsters and it is not supporting them through the difficult process of moving into adulthood in the Aruban society of today.

SOME IMPORTANT QUESTIONS

Educators in Aruba are now confronting some important and painful questions: Why do we continue education that is so obviously NOT in the interest of the Aruban child? Why are we not more sensitive to the emotional pain and suffering of our schoolchildren? How could we have forgotten the pain we ourselves experienced, when passing through the very same system

or the price we had to pay to 'succeed' in this system? Have we become indifferent to the needs of our children, and lost a caring touch in our educational activities? Or is it that we are trying to change things but don't really know how? If, even in the first grade, we continue to hinder children's expression of feelings and obtaining knowledge in their own language, what does this tell us about the pedagogical-psychological relation that we maintain with our students?

Prins-Winkel (1981) made a very critical and painful point, when she wrote: "One may wonder at how these tragic developments could have gone unnoticed so long and how, after the effects of failure became clear, for so long no effective steps to really remedy the situation have been taken" (p.15) She warns us that "the 'Dutch-oriented school' has failure built in and consequently, demotivating tendencies start to take their toll: pupils give up and so do their teachers (Prins-Winkel, 1981) As educators and psychologists we must admit that feelings of deception in our system and feelings of powerlessness often lead us to give up. We must collectively fight against this. Maybe we should let our strong (though often hidden) feelings, that rise from the past and still hurt, guide us in to action. Maybe we should start to be open to each others feelings, and talk about them among ourselves and with our students. We should start to be honest with our students about the cultural foundations of our education. We should admit that school is a 'cultural site' and demand that instead of allowing schooling to take us away from ourselves, it should enable us to recognize and know ourselves better. Giroux and Freire propose that teachers educate their pupils to see school ...

.....as places that not only produce subjects, but also subjectivities and that learning is not merely about the acquisition of knowledge, but also about the production of social practicisim which provides students with a sense of place, identity, worth and valueEducators need a theory of pedagogy and popular culture that alerts them to overcome the way schooling makes some students voiceless, the ways teachers and students are often reduced to technicians, the ways particular forms of

EMERENCIA

authority subvert the ethical force and possibilities of educational leadership and learning (Giroux, et al, 1989).

We must make clear to our students/pupils that it is NOT O.K., NOT a normal thing, to refuse to speak the language that unites us, and instead use a language that sets us apart. And, that it is NOT O.K. to ask them to forget their community and think and first learn about the community, history and experiences of others. We have to restore the relationship of trust and confidence children ask for, and depend on, the honesty of their educators. Educational psychology and school psychological counseling and guidance should see its place and function within this context.

THE NEED FOR, AND THE CHALLENGE OF, CONGRUENCE

We need to improve the school system in the direction of more congruence between the school and its community. This will provide more opportunities to all children and broaden the function and importance of education in our society. In particular attention should be given to the following:

1. Language education - We must urgently develop a language policy for the Aruban schools that should not only focus on the introduction of Papiamentu as the language of instruction, but also give a clear perspective of the place and the function of the foreign languages, Dutch, Spanish and English, in the different kinds and levels of education.

2. Contents and substance of education- We must develop a systematic plan for sociocultural research that will help us list the rich 'sources of knowledge' (Moll, 1990) relevant to our community. These will be used as instructional materials in schools. More congruence with regard to contents means taking into account the diversity of our community, preparing children to live harmoniously in a multiethnic and multilingual world. The curriculum should recognize the incorporation and empowerment of a diversity of 'voices', experiences and identities, which will contribute substantially to the development of a democratic sense

in the community.

3. Instructional methods - Instructional methods and models in the Aruban school should depart from typical and idiosyncratic ways of thinking, learning and acting in our community. The research agenda should include the inquiry into, and the analysis and description of, the cultural elements that characterize our cognitive style and that of our students: typical ways of gathering, processing an integrating information. On this basis, the instructional approach should promote thinking-skills and learning strategies in our children.

A FRAMEWORK FOR THE DEVELOPMENT OF A CARIBBEAN EDUCATIONAL PSYCHOLOGY AND PEDAGOGY

A Caribbean educational psychology should help us develop a schooling system that has a more congruent relation with its surrounding context. The cultural-historic view of human development can be used as a theoretical framework to this end. In this view, the process of 'meaningful appropriation of culture' is considered essential and education is seen as "a process of enculturation, in which children are encouraged and assisted in the appropriation of a broad range of fundamental knowledge and understanding.."(Van Oers, 1992) Rosa and Montero (1990) describe the cultural-historic theory as

a general theory of the social origin of the uniquely human psychological functions, the transmission of which, to the individual through ontogenesis, constitutes development. That transmission is carried out through dialectical interaction mediated by the use of sign systems between the individual and the sociocultural context. The fruits of that interaction are both the transformation of the individual through internalization and the modification and change of the very context within which interaction occurs.

The idea of the mediation of mental functions by cultural psychological tools and signs is crucial. Some important

implications of this theory follow:

1. The point of view regarding development of children

Sociocultural theory has challenged existing notions of cognitive development by suggesting that psychological functioning is specific to its social context and is dependent on the mastery of culturally defined modes of speaking, thinking and acting (Forman, Mimek, & Stone, 1993).

2. The point of view regarding culture

No culture is inferior to any other culture, and no language is inferior to any other language. Every culture and every language is functional for the members of a specific cultural group and forms the best point of departure for the development of the child.

3. The point of view regarding the learning-culture relation

The child's learning is closely related to the sociocultural surroundings, because culture has a very important role in the formation of 'cognitive style': the preferred methods of acquisition, processing and manifestation of knowledge, the perception and interpretation of the world. I speak here of the cultural foundations of learning (Ruiz, 1995). The role of culture in learning is increasingly being recognized: all learning is culturally mediated by tools and signs (Davidov, 1995). If the mediating tools in schooling do not 'match' the cultural experience, cognitive style and knowledge of the child, problems in learning will occur. Teaching, will be more successful if it can sustain forms of thinking in the society that surround teaching activities. Stating that cognitive style is culturally determined does not rule out the fact that every individual forms a unique relation between his/her personal characteristics and the culture that surrounds him/her.

4. The point of view regarding relations between learning and society

Cognitive development of a child takes place in a social context and learning is dependent on social interaction. All mental functions of the human being appear twice; first externally and socially, later internally and individually. This represents the idea of the thorough internalization and

transformation of the inter-psychological character of psychological processes to intra-psychological processes. The cultural-historic approach has criticized traditional psychological testing in which only 'fossilized' knowledge is being assessed, and in which the child is isolated from the normal settings in which learning occurs. The child is set apart and tested individually, and no attention is paid to what the child can potentially learn, in interaction with others.

Vygotsky, founder of cultural-historic psychology, proposed a dynamic concept of learning and rejected the static concept on which traditional intelligence tests have been grounded. He made a distinction between the so called zone of actual development and the zone of proximal development (ZPD). The zone of actual development is the total of number of tasks the child can do independently, while the zone of proximal development covers those that the child is able to do with the assistance of others. The child that receives structured assistance from an adult or from peers can move from the zone of actual development to the zone of proximal development. All that the child can do with assistance at a certain moment/s, he will be able to do independently at a later moment. Teaching has to be defined in terms of the possibilities it offers the child to use his/her zone of proximal development.

5. The point of view regarding language and the mother tongue

The mother tongue is the most important vehicle in and through which the child develops cognitive qualities, but also emotional and sociocultural identity and self-esteem. Education in the mother tongue offers the best chance for the child's development. This follows from the essence of language in human life (Davidov, 1985; Lee, 1985). Language offers the possibility of 'semiotic mediation' of the practical activity of the child and allows humans to be aware of and plan their actions. Language is the representation of knowledge and moral rules through which the community maintains itself. Language also has the function of social contact and communication and is linked to 'contextualized social action'.

6. The active character of psychological processes

The centerpiece of human development is activity, which mediates between human beings and objective reality. A child that learns is a child that acts. Human activity (practical and mental) has to be analyzed in the light of object-oriented operations.

7. The use of history

Vygotsky insisted that all psychological processes must be studied in their transition, genetically (Moll, 1990; Wertsch, 1985). This requires attention to processes of change as central to development: including sub-processes of reorganization, negotiation, incorporation and transformation.

The framework described above, in my opinion, allows for the development of contextualized Caribbean psychology, because it recognizes that to understand and to improve development and learning, **we should look at and make use of our own community, culture and history.** It challenges us to generate a profound knowledge of personality formation in Caribbean post-colonial contexts. It rejects traditional school psychology which has focused on individual and de-contextualized learning and has underestimated and misunderstood the role of culture, social interaction, motivation and activity of the learner. It also rejects the 'deficit paradigm', often implicitly present in school psychology therapy, which considers the social-cultural repertoire of certain groups of children as 'deprived' and worthless and as factors that impede childrens' success in schools. This paradigm has not offered any substantial solution to problems of social inequality in education, because, in essence, it does not respect the children. What I propose is a completely different role, function, content and orientation for school psychology, based on a solid Caribbean educational psychology. This will help us gain a better understanding of the emergence of many of the learning and behavioral problems in our schools. It will help school psychologists to be more profound and understanding in their diagnosis and therapy, with a pedagogically more responsible and responsive approach towards children and educators.

DESARROLLO PERSONALIDAD NIÑOS/AS ARUBANOS
TOWARDS A NEW CONCEPT OF SCHOOLING

Education can be seen as an enculturation process in which the young generation is encouraged to appropriate and contribute to the cultural legacy of its society. Therefore, we must create more space for social, expressive and cultural aspects and give more attention to the values and identity of the children. The teacher has to be more conscious of the quality of the interaction with the pupil. This implicates teachers profound interest and consciousness in the learning processes. The teacher should inquire into the social cultural background of the child, as a source of information that should give him/her direction. School-home contact and communication should become an intrinsic element of the task and responsibility of the teacher, based on respect for the background of each child, regardless of his/her color, race or social status. To do this, the teacher should be conscious of his/her own biases and prejudices. The teacher then becomes an observer of his/her own culture and that of his/her pupils. Teacher's training has to undergo drastic changes, focusing more on the personality formation of the teacher to be able to deal with a new concept of schooling. All this will also have important implications for the role of the pupil which will be much more active. The relation between teacher and pupil will be one in which the latter is invited and challenged to think, reflect and take initiatives. S/he will be also interacting with other pupils, collaborating in group projects, thinking, producing and evaluating together. S/he will also be discussing school at home and home at school, because there will be a better link between those two worlds.

Caribbean educational psychology, in theory and research, should offer the necessary tools to create this new schooling concept and to translate this concept into concrete actions. Important research topics include: cognitive styles in our community, the process of acquisition of Papiamentu, the mother tongue, the process of acquisition of second and third languages in multicultural settings, learning and teaching in post-colonial education, educational practices in families in Aruba and their implications for schooling, the influence of social-economic development on our youth and the implications for teaching and teaching strategies in multicultural classrooms.

EMERENCIA

Counseling and guidance activities of school psychologists should be guided by a Caribbean educational psychology and should focus on the total learning and teaching processes in schools. These activities should be integrated into schools' organization and become part of a total pedagogical approach within the schools. School psychologists should make it their business to engage in sociocultural research - in schools, families and society - to provide a firm ground for therapeutic activities which should involve collective action. The central questions and activities for educational psychology and school psychology should be derived from the needs of our educational realities. Only then will they be in the service of our people.

References

- Cepal-Unesco-PNUD. (1987). *Desarrollo y educación en América Latina y el Caribe*. Serie Educación y Sociedad. Tomo 2. Buenos Aires, Argentina: Kapeluz.
- Cole, M. (1985). The zone of proximal development: Where culture and cognition create each other. In J. Wertsch (Ed.) *Culture, Communication and Cognition: Vygotskian perspectives*. London, England: Cambridge University Press.
- Davidov, V. (1985). Vygotsky and activity-oriented psychology. In J. Wertsch (Ed.) *Culture, Communication and Cognition: Vygotskian perspectives*. London, England: Cambridge University Press.
- Davidov, V. (1995). The influence of L.S. Vygotsky on education theory, research, and practice. *Educational Researcher*, 24, 12-21.
- Forman, E., Minick, N., & Stone, A. (1993). *Contexts for learning: Sociocultural dynamics in children's development*. New York, N.Y.: Oxford University Press.
- Freire, P. (1973). *Pedagogy of the oppressed*. New York, N.Y.: Scanbury Press.
- Fundini. (1991). *Impacto di desaroyo socio-economico na Aruba*. Aruba.
- Giroux, H. (1989). *Popular Culture: Schooling and everyday life. Critical Studies in Education*. New York, N.Y.: Bergin & Garvey.
- Kieviet, F.K., & Vanberghe, R. (1993). *School culture, school improvement and teacher development: Development and education*. The Netherlands: Leiden University DSWO Press.
- Moll, L. (Ed.) (1990). *Vygotsky and Education. Instructional implications and applications of sociohistorical psychology*. London, England: Cambridge University Press.
- Oers, B., & Wardekker, W. (Eds.) (1993). *De leerling als deelnemer aan de cultuur. Het onderwijspsychologisch perspectief van Jacques Carpay*. The Netherlands: Eburon, Delft.
- Oers, B. van (1990). *Learning mathematics as meaningful activity*. The Netherlands: Vrije.
- Prins-Winkel, N. (1981). *Educational myths, ideals and realities on the A-B-C islands of the Netherlands Antilles: A century of educational efforts and failures in Dutch colonial schools*. In U.N.A., Papiamentu, Problems & Possibilities. Curaçao.
- Rama, G. (1984). *Educación, participación y estilos de desarrollo en América Latina*. Buenos Aires, Argentina: Cepal, Kapeluz.
- Centraal Bureau Statistiek. (1992). *Report of the Census 1991*. Aruba: Author.
- Reyes, M. de La Luz (1992). Challenging venerable assumptions: Literacy instruction

DESARROLLO PERSONALIDAD NIÑOS/AS ARUBANOS

for linguistically different students. *Harvard Educational Review*, 62, (4).

Rosa, A., & Montero, I. (1990). Historical context of Vygotsky's work. In L. Moll (Ed), *Vygotsky and education. Instructional implications and applications of sociohistorical psychology*. London, England: Cambridge University Press.

Ruiz, R. (1995). Cognitive development in multi-lingual settings. In *Verlag van het congres: Taal: Ervaringen en Nieuwe visies op taalonderwijs, taalbeleid en taalplanning*. Aruba: Instituto Pedagogico Arubano.

Desarrollo de la Psicología Comunitaria en la República Dominicana

Josefina Zaiter¹

*Universidad Autónoma de Santo Domingo,
República Dominicana*

Compendio

En este trabajo presento el desarrollo de la psicología comunitaria en la República Dominicana. Discuto el desarrollo histórico de los programas de psicología comunitaria y la situación de esta especialidad a nivel estatal dentro del contexto de las políticas sociales que han prevaecido en la sociedad dominicana, más específicamente en torno a la Salud Mental. Luego presento, la creación y desarrollo de programas académicos de psicología comunitaria y el surgimiento de las organizaciones no-gubernamentales (ONG) como aspectos importantes en el desarrollo de la psicología comunitaria. Finalmente, planteo los problemas, tensiones, contradicciones y retos que la psicología comunitaria confronta en la actualidad ante la realidad dominicana.

Abstract

In this article, I present the development of community psychology in Dominican Republic and analyze the historical development of community psychology programs and the specialty's situation at the State level. Its role within the context of social policies, particularly related to mental health is also examined. This is followed by a presentation of the creation and development of academic community psychology programs and the rise of community based organizations, which are important aspects of the discipline's development. Finally, I present the problems, tensions, contradictions and challenges that community psychology faces presently in the Dominican reality.

Palabras clave: Psicología comunitaria; República Dominicana

Key Words: Community psychology; Dominican Republic

¹ Para obtener información adicional puede comunicarse con la autora a: Calle Piwan 210-A, Santo Domingo, República Dominicana. Teléfono: (809) 530-0993. Fax: (809) 541-1162.

PSICOLOGIA COMUNITARIA EN REPUBLICA DOMINICANA: CARACTERISTICAS E IMPLICACIONES

Nuestro análisis de las formas y modalidades de los programas de Psicología Comunitaria en la República Dominicana, parte de consideraciones en torno a la formación social dominicana, ya que lo que es y ha sido la práctica en Psicología Comunitaria está íntimamente vinculado a las características de nuestra sociedad. De esta reflexión en torno al desarrollo de la Psicología Comunitaria nos surgen cuestionamientos tales como: ¿En qué forma y cuándo surgen los programas de Psicología Comunitaria? ¿Por qué toman vigencia entre las políticas sociales? ¿Por qué se privilegian en un determinado momento histórico? ¿Qué dificultades existen para que un elemento como la participación popular se manifieste en el desarrollo de este tipo de programas? La respuesta a estas y otras preguntas debemos buscarla remitiéndonos a la realidad social, en la cual estos programas se expresan, considerando los determinantes esenciales de sus características.

Para dar inicio al desarrollo del tema, necesitamos respuesta a lo siguiente: ¿Cómo entendemos la Psicología Comunitaria y cuál es la caracterización de la formación social dominicana? Esto nos permitirá establecer planteamientos que posibiliten vincular estos dos elementos, destacando las mediaciones y formas que asume la relación entre la Psicología Comunitaria y la Formación Social Dominicana. A partir de estos señalamientos persigo destacar aquellos rasgos o matices que, desde el accionar en Psicología Comunitaria posibilitan una práctica transformadora; y qué obstáculos se plantean en nuestro sistema social. También pretendo identificar los posibles espacios para un accionar diferente, que responda a los intereses de los sectores mayoritarios del pueblo dominicano.

Entendemos la Psicología Comunitaria como una modalidad de la práctica psicológica, la cual surgió en los países capitalistas avanzados como una alternativa de atención en salud y salud mental. Esta pretendía superar formas asistenciales limitadas en cuanto a las posibilidades de prevención de los problemas de salud

mental y de cobertura de determinados sectores y grupos de la población en los cuales es necesario incidir como respuesta a las tensiones y contradicciones sociales que en ellos se manifiestan.

La práctica "comunitaria" lleva implícitas las siguientes consideraciones:

- Replanteamiento de las determinantes sociales en los problemas del comportamiento -Se tienden a abandonar enfoques centrados en el individuo y existe la tendencia a tomar en cuenta variables que ubican el problema dentro de un contexto social.
- Análisis de la realidad - Se toma en consideración el contexto social de los problemas y trastornos del comportamiento.
- Integración de varias disciplinas, no sólo de la Psiquiatría y la Psicología - Se da una apertura a otras ciencias sociales en lo referente al análisis y tratamiento de los problemas; y
- La participación de sectores de la población en la realización de las acciones.

Estas características se matizarán y profundizarán de acuerdo a la perspectiva ideológica que sustente la práctica y los programas, así como por las características específicas de la formación social en la cual se llevan a cabo.

Es atendiendo a esta consideración que planteo que existe la posibilidad de un accionar diferente en los programas de Psicología Comunitaria que se inscribe dentro de un cuestionamiento a lo establecido partiendo a su vez de un análisis de la realidad que ubica los determinantes fundamentales de los llamados problemas psicosociales en relación a las condiciones socio-económicas en que se desenvuelve la sociedad. Asumir esta perspectiva implica hacer conciencia de las limitaciones que impone nuestra formación social a un quehacer profesional diferente y a la superación real de los problemas. Es así como esta opción sólo será posible a través de una práctica colectiva y comprometida con el proyecto social de las mayorías. De lo contrario el accionar se limitará a las simples reformas, sin capacidad de visualizar el trabajo profesional vinculado a un proyecto transformador.

En torno a la sociedad dominicana debo señalar que en ella

existen grupos sociales con marcadas diferencias socioeconómicas, lo cual le viene dado por su carácter clasista. En nuestra formación social se observa el predominio del modo de producción capitalista. Sin embargo, el capitalismo en nuestro país ha sido atrasado y dependiente, lo cual conlleva que se expresen contradicciones complejas que le imprimen al sistema características, significativamente diferentes a las de los países capitalistas desarrollados. Es a través de una relación de dependencia que nos incorporamos al capitalismo mundial, lo cual en su etapa actual se caracteriza por la internacionalización y la tendencia a la globalización. Esta situación dependiente que nos caracteriza interviene tanto en el orden económico como en el social, el político, y el cultural y sobre todo en las tendencias que predominan en los procesos de desarrollo social.

Entre los sectores dominados se observan como constantes fundamentales, altos índices de desempleo, subempleo y bajos salarios, condiciones inadecuadas de injusticia que rodean la vida del hombre y la mujer trabajadores, posibilidades mínimas de satisfacer las necesidades básicas y de tener acceso a actividades culturales que contribuyan a la realización social. Esta situación tiene como contrapartida el enriquecimiento acelerado de la minoría dominante. Con estas precisiones podremos visualizar cuáles son los intereses que predominan y los antagonismos de clase en torno a los cuales se impulsan y desarrollan las políticas sociales entre las que se inscriben los programas de Psicología Comunitaria.

Programas de Psicología Comunitaria en República Dominicana: Su Desarrollo Histórico

Al tratar de realizar una aproximación a lo que pudieramos llamar el desarrollo histórico de los programas de Psicología Comunitaria, haré algunas precisiones en torno a lo que ha sido la salud mental en nuestro país y cómo ésta se inscribe dentro de las políticas sociales que han prevalecido en nuestra sociedad en los últimos años. En este sentido, haré más énfasis en los programas impulsados desde el Estado y específicamente por la Secretaría de Estado de Salud Pública.

Es importante destacar que ciertos programas en las áreas de

salud y sociales, los llamados comunitarios, surgieron en momentos de crisis sociales constituyéndose en respuesta del sistema a las mismas. Es posible relacionar su auge e impulso presupuestario con acontecimientos socio-políticos en cada coyuntura histórica.

La introducción de programas de Salud Comunitaria en los países Latinoamericanos, recibió el impulso de organismos internacionales conformándose una estrategia continental de expansión de este tipo de acciones, dirigida a los sectores populares y desposeídos (Breilh, 1979). En nuestro país cobraron real vigencia a mediados de la década de los 70, consolidándose los de Psicología Comunitaria a finales de ésta en instituciones estatales y cuasiestatales. Al hacer un recuento de las políticas sociales que ha promovido en diferentes períodos y modalidades el Estado dominicano, puedo precisar bajo qué condiciones socio-económicas y políticas se establecieron los programas de Psicología Comunitaria y qué características adoptó cada uno de ellos.

A finales de la década de los años 60, en el área de salud, el énfasis esencial se mantuvo en los aspectos curativos. Con relación a la salud mental se integraron los servicios de Psiquiatría e Higiene Mental con el objetivo de: "planificar los programas de servicios y prevención de los trastornos mentales, educar a la comunidad sobre estas enfermedades, y la importancia de los referimientos tempranos; asesorar a los diferentes servicios, con miras a mejorarlos" (Oficina Nacional de Presupuesto, 1980).

Fue en 1977 - 1978 que se impulsaron las primeras acciones de salud mental comunitaria iniciándose en 1977 con la programación de un "Curso intensivo de Psiquiatría Comunitaria: Alcoholismo y neurósis". Este contó con la participación de la Secretaría de Salud, realizado a través del Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC) y dictado por el Dr. Juan Marconi T. A raíz de este curso se estableció un "Programa integral de alcoholismo y neurosis" en Gualay, un barrio de la periferia de Santo Domingo, el cual se basó en la delegación de funciones del modelo descrito por Marconi. Este modelo se apoya en ir integrando los diferentes servicios de salud, desde los preventivos y comunitarios hasta los que se realizan en los centros hospitalarios, a través de la delegación de

funciones en una estructura de asistencia en Salud Mental.

Luego, a mediados de 1977, se estableció el primer Centro de Salud Mental en Santiago (segunda ciudad en importancia en el país). Este tenía el objetivo de integrar la modalidad "Hospital de Día" y perseguía "atender pacientes con problemas de Salud Mental para ser tratados mediante un proceso terapéutico ocupacional que le permita ampliar su repertorio conductual facilitando su integración a la sociedad", así como "promotores de colaboración y responsabilidad de la familia en el programa terapéutico" (SESPAS, 1980a).

El papel de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) y la Pontificia Universidad Católica Madre (PUCMM) en el impulso de los Programa de Salud Comunitaria repercutió en salud mental comunitaria y Psicología Comunitaria. Desde los años 70 se venían realizando transformaciones curriculares en la formación de médicos/as, odontólogos/as, enfermeras/os y otros profesionales de la salud. En 1978 la UASD partiendo de un acuerdo interinstitucional, con la Secretaría de Salud, integró acciones de Psicología Comunitaria al Centro Popular de Salud de Guachupita.

Ya para 1978 entre los principales objetivos y metas de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS, 1980b) se encontraban:

- Apertura de una unidad psiquiátrica regional en Santiago. .
- Reforzar los programas comunitarios de Santo Domingo y Santiago con miras a su extensión.
- Ampliar los programas de reasentamiento de personas con enfermedades crónicas en sus comunidades de origen, y
- Continuar y extender de los programas comunitarios de prevención y tratamiento del alcoholismo en Gualey y Santiago.

Los programas comunitarios de Salud Mental que se establecieron fueron sufriendo ciertos deterioros, con lo cual ya a mediados de 1978 el programa de alcoholismo y neurosis de Gualey se extinguió y el Centro de Salud Mental de Santiago funcionaba en condiciones de precariedad. Las condiciones que

acompañaron la desaparición del programa de Gualey, se plantean en una evaluación por parte de la Secretaría de Estado de Salud (Silvestre, 1978) con la cual se buscaba determinar la efectividad del programa. En esta evaluación se concluyó que los problemas principales del programa se concentraban en aspectos tales como: planificación inadecuada, la incoherencia y falta de cohesión entre los miembros del personal, la falta de apoyo institucional, faltas en supervisión, deserciones de algunos/as participantes y el accionar en forma rutinaria sin ningún tipo de creatividad. Además de estas fallas, podemos considerar el programa de Gualey (que respondía a la adopción del Modelo Integral de Marconi) como un ejemplo de lo que entraña asumir una práctica y determinadas "técnicas" de manera acrítica, con lo cual se deja de lado el análisis de las posibles implicaciones de un modelo programático a la luz de nuestra realidad concreta.

SITUACION DE LA PSICOLOGIA COMUNITARIA A NIVEL ESTATAL

En 1978 se llevó a cabo una reestructuración de la División de Psiquiatría e Higiene Mental, la cual pasó a ser la División de Salud Mental. Se ampliaron los servicios clínicos de Psiquiatría y Psicología en los hospitales generales y se crearon nuevas plazas para médicos/as psiquiatras y psicólogos/as. Se establecieron nuevas unidades de psiquiatría en los centros hospitalarios, pertenecientes al Estado. Se fortalecieron significativamente los programas de salud mental comunitaria al crearse el Departamento de Salud Mental Comunitaria "con el objetivo de enfatizar y llevar a cabo acciones en el área preventiva en salud mental".

Con esta medida se llevó la salud mental comunitaria a un momento de gran auge introduciéndola formalmente en el quehacer profesional de los psicólogos y psicólogas. Se establecieron tres nuevos centros comunitarios en diferentes regiones del país y barrios de Santo Domingo:

1. Centro de Orientación Comunitario Bajos de Haina, en el Distrito Nacional.
2. Centro de Salud Mental Comunitaria San Pedro de Macorís, en el Este del país, y

3. Centro de Salud Mental Comunitaria San Juan de la Maguana, en el Sur.

Por otra parte, se integraron a la burocracia estatal, a través del Departamento, algunos programas y centros que ya existían y que realizaban labores de Psicología Comunitaria, como el programa de Psicología Comunitaria de los Alcarrizos. Este fue creado y funcionaba bajo la dirección de Casa Abierta, institución social no estatal dedicada a dar atención psicológica, auspiciada por el Episcopado Dominicano. El otro programa que se asimiló, fue el de Psicología que llevaba a cabo el Centro de Salud Popular de Guachupita, el cual se estableció a base de un acuerdo UASD-SESPAS-Club Rafael Leonidas Solano.

Los nuevos Centros se fundamentaban en los siguientes planteamientos:

1. Calidad social de los problemas del comportamiento - Se ubica la problemática en un contexto social.
2. Análisis de la realidad - Se considera que para incidir en una realidad hay que conocerla; por lo cual es fundamental un análisis objetivo de la realidad social en la cual se va a participar. Dicho análisis debe ubicarse en el marco histórico - estructural de la sociedad dominicana actual y debe ser continuo puesto que la realidad es cambiante.
3. Participación con grupos organizados de la "comunidad" ya que la misma es un elemento activo.
4. Activación de la participación de los grupos organizados en los programas y actividades, tanto a nivel de elaboración, como de implementación y de evaluación.
5. Establecimiento de una relación horizontal entre profesionales y grupos participantes -Se considera que en el conocimiento y aproximación a una problemática, ambos tienen que aportar. Así se evita la imposición técnica y asumir el papel de "experto/a" por parte de la persona profesional.
6. Concientización acerca de los determinantes de los problemas que se manifiestan - A través de un proceso educativo perseguir, que los grupos participantes, puedan lograr determinar las causas, de los problemas, identificar sus

manifestaciones y plantear las posibles soluciones dentro de su realidad social (SESPAS, 1980 a).

Las metas definidas por el Departamento incluyen objetivos generales y específicos. Los generales incluían:

- a) Desarrollar, preservar y proteger la salud psicosocial de los grupos; y
- b) Restablecer la salud psicosocial una vez perdida o en vías de deterioro.

Los objetivos específicos eran:

1. Realizar prevención a nivel de la comunidad, para que, luego de haber desarrollado los programas educativos, los miembros de la comunidad, convertidos en elementos multiplicadores, sean capaces de:

- (a) Evitar el surgimiento de problemas psicosociales.
- (b) Detectar problemas que se manifiestan en la comunidad y que afectan su desarrollo.
- (c) Comunicar a los/as otros miembros de la comunidad, conocimientos acerca de las causas y manifestaciones y soluciones posibles de los problemas de comportamiento más frecuentes.

2. Realizar prevención secundaria la cual permita:

- (a) Dar tratamiento y orientación a problemas de salud mental ya existentes en la comunidad.
- (b) Realizar adiestramiento con las personas que forman parte del medio familiar del individuo que presenta trastornos del comportamiento.

El ingrediente de participación de la comunidad se facilitó mediante la pertenencia de los promotores de salud mental comunitaria a organizaciones populares con las cuales se establecerían acuerdos interinstitucionales entre la Secretaría de Salud y clubes socioculturales.

De esta forma los Centros de Salud Mental Comunitaria, como instancia responsable de llevar a cabo los programas, se

introdujeron en el trabajo comunitario de salud mental. Se convirtieron así, en un primer momento, en sitios de discusión en los cuales tanto el equipo de profesionales como los miembros de las organizaciones participantes (clubes socioculturales), se abocaron a la búsqueda de una efectiva integración a los problemas de los sectores donde se ubicaban los Centros. Perseguían, de esta forma, una práctica diferente. Sin embargo, a pesar de la apertura de las nuevas políticas de salud, los Centros y los programas mantuvieron una cierta distancia o falta de integración real, no sólo a otros programas de la institución que los promovía sino con relación a los demás programas de la División de Salud Mental.

Desde el inicio hubo implicaciones para cumplir con el aumento de la cobertura, el cual fue uno de los principios básicos formulados por la Secretaría de Salud en 1979 (SESPAS, 1980c). Entre estas se ha señalado la insuficiencia de recursos humanos y materiales para hacer los Centros, tal y como se había diseñado, a una cantidad significativa de la población dominicana (De Moya, Osorio, Acosta & Tejada, 1980).

La División de Salud Mental perseguía superar estas limitaciones, a nivel práctico, con la realización de planes que permitieran la integración de otros/as profesionales y servicios a los ya existentes (Anteproyecto Plan Nacional de Salud Mental). En cuanto a la formación de recursos profesionales decidió apoyar el programa de Maestría en Psicología Comunitaria, el cual fue implantado por la Universidad Autónoma de Santo Domingo y la División de Salud Mental de la Secretaría de Estado de Salud Pública.

Sin embargo, a esto se contrapuso la nueva situación de la formulación de los gastos del Estado a partir de 1980, en la cual se observó una orientación diferente en la prioridad de los fondos asignados a cada uno de los renglones que privilegiaba las asignaciones a las Fuerzas Armadas, las Obras Públicas y los Planes de la Presidencia (Catrain & Oviedo, 1981). Esta variación indiscutiblemente afectó el desarrollo de los planes y programas de salud imponiéndoles limitaciones económicas. La orientación en los gastos del Estado se relacionó con, y también repercutió en, nuestra situación política, tanto así que observamos un aumento en la agudización de las contradicciones sociales, a la vez que una

decadencia y pérdida de la popularidad del gobierno entre los sectores más desposeídos y populares (Catrain & Oviedo, 1981).

Luego de referirme a estos aspectos, los cuales implican limitaciones a los programas comunitarios, pasaré a uno de los elementos más importantes y característicos de los programas comunitarios: la participación popular y la forma en que ésta se mediatiza y dificulta en una formación social como la nuestra.

PROBLEMAS Y LIMITACIONES DE LOS PROGRAMAS COMUNITARIOS

Participación Popular y Psicología Comunitaria

Lo que se ha dado por llamar Medicina Comunitaria encierra una metodología de acción potencialmente liberadora que se pierde en medio de una trama de distorsiones ideológicas y engañosos operativos. Nuestra tarea consiste en develar los engaños y rescatar los métodos que puedan constituirse en nexos efectivos de la medicina con la sociedad a la que se debe, bajo los principios de la auténtica medicina social y la lucha libertadora popular (Breilh, 1979).

La superación de los problemas sociales, y entre estos los de salud mental, está vinculada a la manera particular en que el pueblo, cotidianamente, se enfrenta a ellos, ya que es en esa práctica y cultura popular que se va dando la apropiación de un "saber" médico y psicológico. Este reconocimiento me lleva a plantear que una adecuada práctica (profesional) en la comunidad debería estar encaminada a insertarse e impulsar la participación popular, constituyéndose así en genuina colaboración con quienes constituyen el movimiento transformador de la sociedad.

La participación popular, es el ejercicio democrático mediante el cual las clases y sectores dominados de manera colectiva, organizada, van dando respuestas a las situaciones y superando sus problemas, para realizar su proyecto social. Esta se constituye en uno de los elementos que mejor nos permite caracterizar los programas "comunitarios", ya que a través de este elemento se

expresan con una mayor claridad las relaciones entre la práctica de Psicología en la comunidad y la formación social. La forma concreta en que este elemento se expresa en los programas nos permite visualizar cuáles son los rasgos y características que predominan en una formación social específica (Eibenschütz, 1979) ya que, en lo que a participación plena y real se refiere esta sólo es posible cuando se adquiere el poder de decisión, cuando los grupos logran controlar y administrar los mecanismos e instancias sociales, y cuando sus intereses predominan en lo económico, lo político y lo social. De lo anterior se deriva el hecho de que en un sistema social en el cual predomina el interés individual en función de obtener "ganancias" y mantener desigualdades, evidentemente, la participación popular tiende a convertirse en participación burocrática y a las organizaciones populares se les impondrá el criterio de los técnicos y los intereses de la institución que patrocine el programa.

La posibilidad de la participación "comunitaria" encierra un germen de contradicción, pues si bien posibilita manipular e utilizar a los sectores populares, negándole su papel protagónico, confiriéndoles el de simple objeto de la acción; no se debe obviar que desde el momento en que se plantea la participación esta implica una toma de posición y de conciencia. Gabriel Gyarmati (1988) destaca lo que implica asumir una "pedagogía de la participación", entendiéndola como un proceso de creación permanente a través del cual las personas se realizan en un proceso pedagógico en el que lo fundamental es actuar "ya que la acción, los resultados que de ella surgen y la retroalimentación de estos resultados captados por el individuo constituyen una escuela en sí que ningún aprendizaje meramente intelectual puede sustituir". La creatividad y la responsabilidad no se pueden enseñar; sólo se pueden adquirir combinando el aprendizaje con la acción. En tal sentido una participación real requiere asumir a las personas como protagonistas en sus procesos y con derecho a expresar sus acciones.

Esta concepción de la participación corresponde a una nueva concepción del desarrollo a escala humana, en el que se sitúa al ser humano como el elemento fundamental, y se reconoce el aporte que surge de los movimientos sociales y de las experiencias

comunitarias. Esto indica Luis Weinstein (1988) implica "... una noción amplia, no tecnócrata, de salud [y de salud mental] una idea fuerza con capacidad de convocatoria que pudiera ayudar a una convergencia de trabajo práctico y teórico en la dirección de una alternativa orientada al bienestar psicosocial de la mayoría".

Burocratismo e Imposición Técnica

El burocratismo y la imposición técnica son los dos estilos de práctica que en determinado momento se acentúan, y con los cuales se va a imprimir un sesgo determinado a los programas comunitarios. Una serie de formalismos y disposiciones verticalistas van a mediar en las relaciones que se establecen entre las personas participantes en los programas: profesionales y organizaciones populares. A través de ellos se privilegia el ajuste a metas y objetivos que no representan los intereses de las mayorías y que son la expresión y actualización de una minoría dirigente. Esta práctica conservadora, el burocratismo, constituye el accionar en una maquinaria cuyo funcionamiento consume la mayor parte del trabajo, limitando el surgimiento de iniciativas creativas, pues el énfasis se pone en aspectos administrativos. Mediante la imposición técnica el/la profesional se coloca por encima de los grupos comunitarios, imponiendo su saber en vez de integrando sus conocimientos al conjunto de las personas participantes en una tarea o acción. De esta manera no sólo impide la participación democrática, sino que obstruye la integración profesional-realidad social específica-comunidad. La preocupación básica recae sobre la demostración de la eficacia y ventajas de un procedimiento o técnica, sin hacer un análisis que lo critique a la luz de la realidad en la cual se pretende implementar. A base de esta supremacía de la técnica se establecen relaciones verticales en las cuales las personas "expertas" son las que saben, deciden, determinan y ordenan, quedando muy poco margen para la participación de elementos "no profesionales". Se dedicará tiempo y se consumirán esfuerzos en elaborar planes y proyectos de acuerdo a las últimas recomendaciones "científicas", quedando el accionar limitado muchas veces a discusiones de gabinete entre personas "expertas" que luego irán a comunicar las recomendaciones a las personas "encargadas" de las funciones de promoción.

El elemento participación popular nunca se ha logrado en los programas de Salud Mental Comunitaria y de Psicología Comunitaria de la República Dominicana. Aún cuando en los Centros de Salud Mental Comunitaria, que surgieron en el 1978, este fue un elemento que se consideró: "Los planes de la nueva División de Salud Mental se orientan en esta dirección, añadiendo al modelo cierta participación de la comunidad en la prestación de servicios" (De Moya, 1980).

De esta forma se llegaron a establecer acuerdos formales con algunas organizaciones populares y se destacó en la estructura de los Centros la participación de miembros de las organizaciones, tal y como expresa el programa de Salud Mental Comunitaria (SESPAS). Ahora bien, ¿Que dificultó la ampliación y desarrollo de estos indicios de participación?

Consideramos que además de las limitaciones en la estructura social, la que de por sí niega la participación a los sectores dominados, las limitaciones se mediatizan y expresan en aspectos como los siguientes:

1. Los Centros de Salud Mental que pretendían ser lugares de convergencia e integración en torno a los problemas concretos del barrio o localidad en la cual se ubicaban, se vieron obstaculizados por la falta de comprensión de los lineamientos, por parte de otras instancias de la estructura de salud. Desde su origen los contratos entre los grupos barriales y la Secretaría de Estado cerraban el paso a una real participación de todas las partes; siendo uno de sus acápites el que establece la supremacía de la Secretaría de Estado sobre las organizaciones que participarían por el barrio.
2. Fallas e inconvenientes por parte del Departamento y los Centros, en cuanto a disponer Servicios y Programas de Salud Mental que le hicieran posible una inserción y vinculación efectiva con las organizaciones y sectores de las poblaciones en la cual se ubicaban.
3. En la mayoría de los casos la relación entre los programas se limitaba a un solo tipo de organización popular, en nuestro país, los Clubes socio-culturales (Taveras y Pimentel, 1980). Era necesario establecer relaciones con todas las organizaciones que

realmente inciden en una población para de esta forma ampliar el apoyo de estos sectores a los programas. Es oportuno señalar que en nuestro caso la participación con sectores obreros y campesinos no se dió. En sistemas sociales como el nuestro la relación con organizaciones de trabajadores y trabajadoras como serían los sindicatos, no se toma en cuenta en los programas de la Secretaría de Estado de Salud; ella se limita a dar servicios públicos a los sectores "marginados" y más desposeídos.

4. En los Centros Comunitarios de Salud Mental es necesario integrar la labor de educación e información con la de atención a problemas del comportamiento; ya que aun siendo la labor educativa esencial, es necesario que ésta se corresponda con el tratamiento de problemas concretos.
5. La penetración de una abierta intromisión partidista oficial ha sido uno de los impedimentos a la participación democrática y al trabajo en los Centros de Salud Mental Comunitaria. Esta situación se puso de manifiesto en el taller seminario sobre el ejercicio de la profesión del psicólogo, que organizó la Asociación Dominicana de Psicólogos en 1981, planteándose que:

Es así como el trabajo comunitario se dificulta sobremanera en la actualidad, aún y cuando no se ha llegado a vislumbrar claramente su función socio-económica, ya confronta dificultades graves frente a los organismos de poder, tanto que han habido cancelaciones masivas de trabajadores comunitarios incluyendo, por supuesto, a los psicólogos aún y cuando fuesen muy necesarios (Jiménez, 1981).

DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE PSICOLOGIA COMUNITARIA A NIVEL ACADEMICO

La creación de la Maestría en Psicología Comunitaria en la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma de Santo Domingo representó un avance importante para la Psicología Comunitaria en la República Dominicana. Este programa surgió en

1979, y se proyectó como una búsqueda de formación académica para psicólogos y psicólogas dominicanos en el interés de elevar la capacidad de conciencia y comprensión acerca de los problemas fundamentales de la realidad social dominicana. Pretendía además, insertar el quehacer profesional en una perspectiva que contribuyera a las transformaciones sociales. El énfasis del programa se dirigió a la actualización de los conocimientos teóricos y metodológicos y a la ampliación de las posibilidades de intervención e investigación de la realidad dominicana. En el programa de Maestría en Psicología se estableció, en cuanto a la formación profesional, lo siguiente "...la formación de profesionales de la psicología [está dirigida a] las áreas de planificación, intervención, investigación y docencia, con un enfoque multidisciplinario orientado hacia la prevención y solución de los problemas psicosociales inherentes al proceso de desarrollo de nuestro país" (UASD, 1985).

El primer plan de estudios, se inició en 1980. En cuanto a las asignaturas que lo integraban revelaba una intención de ampliar los conocimientos en ciencias sociales de los futuros egresados/as. Este hecho significó una ruptura importante a nivel de formación académica, con los enfoques psicologistas predominantes en la formación a nivel de la carrera de psicología. Es importante reconocer la apertura del plan de estudios de la maestría a otras disciplinas de las ciencias sociales, lo que puso de manifiesto el interés de impulsar una perspectiva interdisciplinaria.

El programa de Maestría en Psicología Comunitaria ha aportado varias promociones de psicólogos y psicólogas. Actualmente se mantiene y desarrolla con el apoyo de la unidad de Post-grado de la Facultad de Humanidades, así como también de la coordinación de dicho programa. Esta realiza constantes esfuerzos para reconocer su pertinencia aún con las precariedades y limitaciones a que se ven sometidos actualmente los programas de tercer nivel académico. En la Tabla 1 presento un cuadro con la descripción del diseño curricular, vigente desde 1985.

La Psicología Comunitaria que se desarrolla en República Dominicana ha sido caracterizada por Serrano y Alvarez (1992), dentro del marco conceptual de "Psicología Dialéctica-Materialista" destacando que: "...el programa dominicano según

PSICOLOGIA COMUNITARIA EN REPUBLICA DOMINICANA
 apunta Cruz (1981) persigue los siguientes objetivos:

- (a) definir el rol del psicólogo y la psicóloga comunitario,
- (b) desarrollar una visión integral de la disciplina,
- (c) llevar a cabo proyectos comunitarios,
- (d) desarrollar instrumentos teóricos y de investigación para el diagnóstico de situaciones y la promoción de cambio social, y
- (e) proveer conocimientos y destrezas al servicio de la comunidad.

Tabla 1

Diseño Curricular

Código	Asignatura	Créditos
<u>Cursos Fundamentales</u>		24
PSI-711	Crítica de la teoría psicológica contemporánea.	3
PSI-713	Realidad Dominicana: Análisis histórico y psicosocial.	3
PSI-715	Métodos de investigación en psicología.	3
PSI-717	Análisis estadístico avanzado en psicología.	3
PSI-719	Psicología del subdesarrollo y la marginalidad.	3
PSI-811	Planificación y evaluación de programas de servicios.	3
PSI-813	Curso de lectura supervisada.	3
PSI-815	Curso de lectura supervisada.	3
<u>Cursos de Especialización</u>		12
<u>Area de Psicología Social Comunitaria</u>		
PSI-721	Epidemiología Psicosocial.	3
PSI-821	Estrategias y tácticas de intervención.	3
PSI-823	Salud mental comunitaria.	3
PSI-825	Psicología de la organización comunitaria	3
<u>Area de Psicología del Desarrollo Humano</u>		
PSI-731	Problemas psicosociales del desarrollo humano.	3
PSI-831	Escalas psicológicas en desarrollo humano.	3
PSI-833	Modelos de intervención en desarrollo humano.	3
PSI-835	Práctica institucional en desarrollo humano.	3
<u>Tesis de grado</u>		
PSI-817	Tesis de grado.	12

Entre otras características del programa, podemos mencionar que tiene un compromiso con responder a la realidad social y económico-político del país y con la creación de nuevas teorías y métodos acordes también con dicha realidad" (Serrano, & Alvarez, 1992; pags. 58-59).

El interés y la importancia que se le ha dado al estudio de la Psicología Comunitaria a nivel académico se evidencia en el hecho de que el plan de estudios vigente para la licenciatura en psicología en la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), integra la asignatura Psicología Social Comunitaria y asignaturas afines como son: Realidad Social Dominicana, Problemas Psicosociales Dominicanos, Acción y Promoción Psicosocial y la realización de prácticas supervisadas que conllevan la aproximación a sectores comunitarios.

La Universidad Autónoma de Santo Domingo, universidad estatal, ha sido la pionera en cuanto a la formación en Psicología Comunitaria. Sin embargo, los programas de otras universidades privadas del país hacen acercamientos significativos a través de cursos curriculares y extracurriculares. Los aportes en cuanto a investigaciones se recogen y expresan en los trabajos de tesis tanto a nivel de grado como en las tesis de maestría.

PROGRAMAS COMUNITARIOS QUE SE DESARROLLAN EN EL MARCO DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES (ONGs)

En los actuales momentos, surgen como forma de impulsar políticas sociales y llevar a cabo programas comunitarios de atención a problemas sociales, las llamadas Organizaciones No Gubernamentales - ONGs. En nuestro país observamos un aumento considerable de instituciones de este tipo que se introducen en diversas áreas como la de la salud, educación, ecología, entre otras.

Seguendo un análisis presentado por Max-Neef y Elizalde (1990) entendemos que las ONGs se ubican en el conjunto de instituciones que conforman las "organizaciones de la Sociedad Civil" (Véase Tabla 2). Es necesario señalar que este tipo de organización por su naturaleza cumple un rol de articulación en la sociedad civil. Sin embargo, debemos advertir que "las ONGs

pueden desplegar funciones extraordinariamente útiles o resultar tremendamente peligrosas" (Max-Neef. & Elizalde 1990).

En el caso dominicano podemos afirmar que a partir de la década de los '80, desde las organizaciones no gubernamentales; se ha abierto un espacio para insertar el trabajo comunitario de la psicología. Los egresados y egresadas de los programas de formación académica se ubican en estas instituciones con más facilidad que en los programas creados desde finales de los setenta por instituciones estatales.

Tabla 2

Organizaciones de la Sociedad Civil

Tipo de Lenguaje	Dominantes	Contrahegemónico
Tipo de Instituciones		
Representativas	Sindicatos	Organizaciones de base vecinal
	Gremios profesionales	Movimientos: feministas, ecologistas, regionales, étnicos, pacifistas, de derechos humanos.
	Organizaciones Empresariales	Sistemas de autogestión
	ONG	Organizaciones económicas solidarias Sindicato de Cesantes
Integradoras	Iglesia Tradicional	Teología de la Liberación
	Partidos Tradicionales	Comunidades Eclesiales de base
	Universidades Tradicionales	Multidiversidad

Tomado de Max-Neef & Elizalde (1990).

En nuestra consideración del desarrollo de programas de psicología comunitaria en organizaciones no gubernamentales, vamos a referirnos de manera particular a los que crean instituciones como "Casa Abierta" reconociendo que desde esta institución se realizaron esfuerzos pioneros en la década de los sesenta impulsando la psicología comunitaria en nuestro país. Desde los programas de servicio e intervención de esta institución, se realizaron contribuciones importantes a la definición de los programas de Salud Mental Comunitaria que se establecieron en 1978 desde las instituciones estatales y que aún continúan.

Otra institución que realiza una labor considerable en el área de Salud Mental Comunitaria es el Instituto de Desarrollo y Salud Integral (INDESUI). Esta institución dirige sus esfuerzos hacia el área de salud integral, destacando la salud mental. A partir de ésta se propone integrar la participación de las organizaciones barriales y populares del sector de Villa Juana y Villa Consuelo de la ciudad de Santo Domingo. El INDESUI ha organizado seminarios de Salud Mental Comunitaria. En estos eventos se han presentado las experiencias de las principales organizaciones que han venido trabajando en Salud Mental Comunitaria. Ha realizado dos seminarios de Salud Mental Comunitaria con carácter nacional e internacional.

PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGIA COMUNITARIA EN REPUBLICA DOMINICANA

El trabajo realizado en Psicología Comunitaria en nuestro país ha estado sometido a limitaciones de diferente naturaleza entre las que se destacan:

- (a) Problemas de apoyo institucional.
- (b) Problemas de recursos y financiamiento a los programas.
- (c) Falta de un esfuerzo dirigido a mantener el intercambio y la colaboración entre los programas, académicos como de servicio e intervención.
- (d) El predominio de concepciones teóricas y epistemológicas, que no posibilitan que los programas de psicología comunitaria se sustenten en una adecuada integración teórico-práctica que le permita vincularse con tendencias que real y efectivamente pueden contribuir a transformaciones fundamentales de la sociedad dominicana.

En este aspecto es válida la argumentación que presenta Gómez del Campo de Estrada, (1994):

Los problemas de relación entre la teoría y la práctica, se complican más al considerar la diversidad de los contextos así como la falta de un vínculo entre intervención comunitaria y la teoría del cambio social, que se supone la sustenta. Muchos programas de intervención comunitaria

se enfrentan a menudo con la imposibilidad de garantizar una continuidad, por lo que, intervenciones planeadas en metas a largo plazo, suelen verse reducidas a programas de aplicación inmediata. (Gómez del Campo Estrada, 1994).

La pertinencia de los programas de Psicología Comunitaria en sociedades como la dominicana, tiene vigencia en el marco de una búsqueda de fortalecimiento de la participación social como apoyo fundamental a la construcción de la democracia. En este sentido identifico con los programas de Psicología Comunitaria que asumen reconocer la participación comunitaria, la participación popular. Sin embargo, impulsar un trabajo comunitario que realmente dé poder a la comunidad en lo relacionado a la definición de sus problemas y necesidades, así como las formas de solución, presenta serias contradicciones, ya que las tendencias dominantes manipulan a los sectores comunitarios y colocan a la comunidad a la merced de intereses que surgen fuera de ella.

Al considerar esta situación subrayamos que generar una participación de este tipo, que implique dar poder a la comunidad en una realidad social como la de República Dominicana, requiere interrogar si ¿es posible que una comunidad o conglomerado, que a nivel de las relaciones de producción no tiene autonomía y está inmersa en un proceso de alienación social, pueda comportarse autónomamente en aspectos como la salud, la educación y el establecimiento de servicios públicos? A mi modo de ver este cuestionamiento atraviesa las posibilidades y alcances de las prácticas comunitarias que se imponen y circunscriben al ámbito de una comunidad específica y requiere considerar dicha práctica acompañada de una toma de conciencia y una crítica permanente a los límites que las condiciones sociales, económicas y políticas de una formación social como la nuestra le imponen a los sectores mayoritarios. Estos mantienen y reproducen un modelo de desarrollo que favorece el bienestar de una minoría y despoja a grandes mayorías de la satisfacción de las necesidades fundamentales para lograr un adecuado desarrollo como seres humanos, como son: subsistencia, protección, efecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad.

La práctica comunitaria, para ser auténticamente partícipe,

requiere que las personas, miembros de una comunidad, puedan transformarse en sujetos protagónicos asumiendo su proceso de desarrollo, a través de la asunción de una conciencia crítica, que las dirija a transformarse y a transformar su realidad.

Referencias

Breilh, J. (1979). Medicina de la Comunidad en el imperialismo: Una nueva policía médica? *Salud y Política*. Facultad de Ciencias Médicas, UASD: Ediciones NIDES.

Breihl, J. (1980). *Modos de producción, clases sociales y luchas políticas: República Dominicana, Siglo XX*. Santo Domingo, República Dominicana: Editora Alfa y Omega.

Catrain, P., & Oviedo, J. (1981). *Estado y crisis política (República Dominicana 1980)*. Santo Domingo, República Dominicana: Editora Alfa y Omega.

De Moya, A. (1980). *Salud mental y desarrollo*. Serie Salud y Sociedad. Santo Domingo, República Dominicana: Colección SESPAS.

Eibenschutz, C. (1979). Ideología y Medicina. *Salud y Política*. Facultad de Ciencias Médicas, UASD: Ediciones NIDES.

Gómez del Campo Estrada, F. (1994) *Psicología de la comunidad: Perspectivas teóricas, modelos y aplicaciones; Un punto de vista humanista*. México, D.F., México: Universidad Iberoamericana.

Gyarmati, G. (1988). El ordenamiento de la sociedad y el bienestar psicosocial. En G. Gyarmati, (Ed.) *Hacia una Teoría del Bienestar Psicosocial*. Santiago, Chile: Editorial Universidad Católica de Chile.

Jiménez, M. (1981). *Dificultades en términos de ocupacionalidad del psicólogo comunitario en Dominicana*. Seminario sobre el Ejercicio de la Profesión del Psicólogo. Santiago, República Dominicana: ADOPSI.

Max-Neef, M. & Elizalde, A. (1990). *Sociedad civil y cultura democrática: Mensajes y paradojas*. Montevideo, Uruguay: Edit. NORDAN-CAPAU.

Oficina Nacional de Presupuesto. (1980). *Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social*. Santo Domingo, República Dominicana: Autor.

Osorio, Acosta & Tejada. (1980). *Psicología Comunitaria en Dominicana*. Serie Salud y Sociedad. Colección SESPAS. Santo Domingo, República Dominicana.

Secretaría de Estado de Salud Pública (SESPAS). (1980a). *Departamento de Salud Mental Comunitaria: Programas 1979-1980*. Santo Domingo, República Dominicana: División de Salud Mental Comunitaria, División de Salud Mental.

Secretaría de Estado de Salud Pública. (SESPAS) (1980b). *Política de salud: Período 1973-1980*. Santo Domingo, República Dominicana: Autor.

Secretaría de Estado de Salud Pública (SESPAS). (1980c). *La salud pública en Dominicana (78-79)*. Santo Domingo, República Dominicana: Autor.

Serrano-García, I. & Alvarez, S. (1992). Análisis comparativo de los marcos conceptuales de la Psicología de Comunidad en Estados Unidos y América Latina. 1960-1985. En I. Serrano-García, & W. Rosario-Collazo (Eds). *Contribuciones Puertorriqueñas a la Psicología Social-Comunitaria*. (19-74) San Juan, Puerto Rico: Editorial de la Universidad de Puerto Rico.

Silvestre, E. (1978). *Evaluación de un programa integral de prevención del alcoholismo y la neurosis*. Santo Domingo, República Dominicana: División de Salud Mental.

Taveras, R. & Pimentel, A. (1980). *Psicología comunitaria: Evaluación de los programas de salud mental comunitaria de los Bajos de Haina y de los Alcarrizos*. Tesis de Grado. Departamento Psicología, UASD: Santo Domingo, República Dominicana.

PSICOLOGIA COMUNITARIA EN REPUBLICA DOMINICANA

Universidad Autónoma de Santo Domingo. (1985). *Catálogo de Maestría en Psicología*. Santo Domingo, República Dominicana: Autor.

Weinstein, L. (1988). Bienestar psicosocial, desarrollo y salud. En G. Gyarmati, (Ed) *Hacia una Teoría del Bienestar Psicosocial*. Santiago, Chile: Editorial de la Universidad Católica de Chile.

Aportaciones de la Psicología de Comunidad en Puerto Rico a un Marco Teórico Alternativo sobre el Potencial de Apoderamiento de las Comunidades

Marya Muñoz Vázquez¹
Consultora Privada, Puerto Rico

Compendio

Presento la reformulación del concepto de *apoderamiento* desde los debates de la Psicología de Comunidad contextualizados por la ideología social imperante. Analizo las premisas y el lenguaje que el *apoderamiento* implica que a su vez genera una discusión de sus parámetros teóricos. Incluyo varios ejemplos de estrategias de *apoderamiento* que se han generado en comunidades puertorriqueñas que parten de la conceptualización esbozada.

Abstract

I present a reformulation of the concept of *empowerment* stemming from one of the debates within community psychology and from dominant social beliefs. I analyze the premises and language that *empowerment* implies which in turn leads to a discussion of its theoretical parameters. The article includes various examples of *empowering* strategies generated in Puerto Rican communities that work within the proposed conceptualization.

Palabras clave: Psicología comunitaria; Marco teórico; Apoderamiento
Key words: Community psychology; Theoretical framework; Empowerment

¹ Puede comunicarse con la autora a la siguiente dirección: Condominio Park Boulevard, Apartamento 504, Santurce, Puerto Rico 00913.

Uno de los motivos que impulsó la creación del Programa Graduado de Psicología Social-Comunitaria de la Universidad de Puerto Rico en 1975 fue la búsqueda de alternativas, en el terreno de los discursos, para reelaborar los supuestos que descartan o minimizan el potencial de las comunidades para organizarse y cambiar sus condiciones de vida¹. Esta tarea forma parte del compromiso contraído por este programa con la justicia social². Uno de los escritos pioneros de 1971 en los Estados Unidos sobre este problema³, discutido a profundidad por la Psicología de Comunidad en ese momento, destacaba la forma en que las disciplinas sociales implícitamente abordaban los problemas psicosociales culpando a la víctima, es decir responsabilizando a las personas o conjuntos sociales más vulnerables por los problemas que confrontan. En última instancia se argumentaba que esos conjuntos eran culpables por su biología defectuosa o por otra explicación científica de sus propias inferioridades, problemas o dilemas, según apreciadas por estas disciplinas. Los conjuntos sociales señalados como inferiores más comunmente han sido las personas pobres, las mujeres, las lesbianas, los homosexuales y las personas negras, entre otras. La fuerza de estos supuestos no se puede subestimar y menos la compleja tarea que ha representado identificarlos y comenzar a reelaborarlos.

Las siguientes palabras de Serrano-García y Alvarez (1992) evidencian la preocupación del Programa de Psicología Social-Comunitaria de la Universidad de Puerto Rico con este problema:

Es imprescindible discutir las bases filosóficas que generan nuestros conceptos y nuestros hallazgos. Esto es necesario para percatarnos de lo que debemos rechazar o

¹ Comunidades se refiere a los conjuntos sociales más vulnerables en la sociedad producto del fenómeno histórico de la imposición y el poder para lograr la sujeción de unos sectores sociales sobre otros. Entre los mecanismos de poder utilizados, se encuentran los de clase social, género y raza, y también, particularmente en las sociedades modernas, se ha empleado el poder en contra de conjuntos sociales tales como las comunidades sometidas a la contaminación ambiental, las personas confinadas, las personas deambulantes, los homosexuales y las lesbianas, entre otros.

² Justicia social se asocia con varios conceptos: la democratización, la autodeterminación, los derechos humanos, la erradicación de la explotación y la opresión y la responsabilidad social. Recientemente se señala su carácter local, múltiple y provisional, por lo cual Best & Keller (1991) plantean que debemos hablar de justicias sociales en plural.

³ Me referí al libro de William Ryan, *Blaming the Victim*. Véase también el artículo de Albee (1980):

conservar. Muchos aspectos de la investigación tradicional están basados en relaciones opresivas entre quienes investigan y quienes son investigados/as. Si la disciplina está comprometida con la justicia social es intolerable que las bases mismas de nuestro conocimiento partan de la subyugación (p. 63).

Percatarnos de los supuestos que debemos rechazar, claro está, no es tarea fácil debido a que el carácter opresivo de los mismos ocurre dentro de ciertos contextos específicos y no en todas las instancias en que se manifiesta dicho discurso. Freire (1973) nos ofreció pistas para trazar algunos de estos elementos victimizantes. De acuerdo con él, el significado de cualquiera de los componentes de una disciplina, incluyendo palabras, supuestos, hallazgos o conceptos se deriva del marco semántico y del filosófico-conceptual interior del cual esa palabra o concepto es un elemento. Dichos marcos expresan visiones de mundo particulares que le dan sentido a los elementos de una disciplina. Además, para captar el sentido potencialmente nocivo en un discurso también hay que analizar el contexto temporal espacial particular en el cual transcurre. En resumen, el sentido opresivo de cualquiera de los elementos de un discurso lo connota ese marco semántico, el filosófico o el texto específico donde aparece el mismo.

En este ensayo examino inicialmente el concepto de apoderamiento, elemento central en la Psicología de Comunidad a partir de la década del 80, con el fin de señalar algunos problemas con las definiciones originales asignadas a dicho término y proponer otros elementos para elaborar una definición que destaque el potencial reivindicativo de las comunidades. La identificación de este potencial contrarresta la visión generalizada de que las comunidades carecen de muchas de las características necesarias para impulsar un proyecto para reclamar y alcanzar las condiciones de vida que se merecen dentro de un marco de derechos humanos y civiles.

El término *empowerment* (apoderamiento o empoderamiento) fue propuesto como concepto central para la Psicología de Comunidad en la década del 80. En la década del 60 ya había circulado en la literatura de Salud Mental y del activismo social de ese momento

(Swift & Levin, 1987). Una revisión de la literatura sobre el mismo en Estados Unidos identificó 96 artículos que incluían la raíz *empower* en el título o en la sinópsis. Entre 1987 y 1993 ese número aumentó a 686 artículos en revistas profesionales y a 283 en capítulos de libros editados. El campo de investigación en educación también experimentó un aumento similar en el uso del referido término (Perkins & Zimmerman, 1995). En Puerto Rico, la Psicología de Comunidad¹ abordó la noción del poder desde sus inicios, pero no es sino hasta la década del 80 que la palabra apoderamiento aparece en los escritos publicados por la facultad de ese Programa y otros psicólogos/as de esa especialidad (Acosta, 1995; Colón, 1985; Ortiz, 1999; Serrano-García, 1984). En América Latina, el referido término parece no haber tenido tanto arraigo. El tema del poder comunitario sí ha sido objeto de estudio². Los señalamientos sobre el apoderamiento que haré a través de este escrito son igualmente válidos para la frase "el poder de las comunidades".

La idea central que propongo es que hasta el presente los ejes centrales de la definición de apoderamiento han sido: (a) el mecanismo mediante el cual las comunidades adquieren maestría (*gain mastery*) sobre sus vidas y (b) las formas de colocar a las comunidades en condiciones para alcanzar sus metas. Estos énfasis inadvertidamente resaltan las carencias o deficiencias de las comunidades ya que esta definición destaca las destrezas que deben adquirir sus residentes o las que las comunidades no tienen pero que les son necesarias para poder alcanzar mejores condiciones de vida. En este sentido dicha definición contiene elementos de un discurso opresivo. En su lugar, el eje central de la definición serviría mejor a los fines de las comunidades si se sustituyera por las formas efectivas o estrategias desarrolladas por las comunidades a múltiples niveles en las luchas sostenidas por alcanzar sus reivindicaciones. Estos saberes, su liderato y sus

¹ De este punto en adelante utilizaré el término Psicología de Comunidad, para así destacar las aportaciones del componente comunitario del programa de Psicología Social-Comunitaria de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras.

² La ausencia del término es evidente en los libros de Wiesenfeld y Sánchez (1995) y en las *Memorias del Congreso Interamericano de Psicología* (Serrano-García, Cantera Mirón 1991). Uno de los factores que tienen que ver con esa "impopularidad" es el hecho de que su traducción al español es problemática. Una de las acciones del apoderamiento está vinculado al lenguaje de dominación (por ejemplo darle poder a una persona, hacerse dueño/a de alguna cosa, ocuparla).

iniciativas han sido el instrumento principal en los avances de las comunidades. En los próximos párrafos elaboro cada aspecto de esta propuesta.

En la década del 80, Rappaport propuso que la Psicología de Comunidad adoptara el término apoderamiento como concepto central en su trabajo. Lo definió como "el mecanismo mediante el cual las personas, las organizaciones y las comunidades adquieren dominio, autoridad o maestría (*mastery*) sobre sus vidas (1987, p.122, Traducción por la autora). El desarrollo de esa maestría a su vez comprendía dos aspectos: un sentido de control personal y un interés por la influencia social, el poder político y los derechos legales. En su artículo publicado en 1984, Rappaport le sugiere a los investigadores e investigadoras que conozcan las formas en que las comunidades enfrentan sus problemas de vida, y supone que ya "existen esas destrezas y competencias, de hecho o como potencial, si se le brindan a las mismas las oportunidades correspondientes" (p.4, Traducción por la autora). El problema con este señalamiento es que Rappaport no elabora ni menciona cuáles son esas destrezas que ya existen o las competencias adquiridas por las comunidades para la lucha política y menos cómo las adquirieron. Debido a la ausencia de un análisis de las luchas históricas de las comunidades y de sus logros el lenguaje utilizado por este autor connota lo siguiente: (1) que el apoderamiento ocurre cuando las comunidades adquieren destrezas o competencias (*mastery*); (2) que las comunidades carecen de las referidas destrezas o que tienen que adquirirlas para actuar políticamente y (3) que dichas destrezas son aquellos instrumentos conceptuales pensados por los investigadores e investigadoras. Lo último se connota en el contexto en que Rappaport define el referido concepto debido a que las competencias que menciona no se derivan de sus observaciones de las comunidades. De hecho, así lo reconoce cuando dice lo siguiente:

Irónicamente, aquellos de nosotros que hemos hablado de apoderamiento generalmente no hemos hecho de nuestras teorías y métodos instrumentos útiles para crear un lugar para que la gente narre sus propias historias. Las voces de la gente que reclamamos hemos

representado, muchas veces permanecen en el trasfondo (Rappaport, 1995, p. 800, Traducción de la autora).

Con estas palabras Rappaport inicia un proceso de problematización de su definición original de apoderamiento. Otros autores y autoras contemporáneos como Rappaport también señalaron para esa época algunos problemas relativos al concepto. Swift & Levin (1987), a partir de un esquema semántico, nos alertaron inicialmente de los peligros de la referida palabra para el trabajo de la psicología con las comunidades. De acuerdo con estas autoras es importante recalcar la necesidad de diferenciar entre el significado de dicho término como otorgar o conceder poder a otras personas (*grant power*) del significado de colocar a otras personas en condiciones para lograr algo (*enabling others so that they may obtain power through their own efforts*) (p. 243). Para ellas, la Psicología de Comunidad no debe utilizar el referido término en su acepción de que alguien (ya sea el Estado o los/as profesionales) le conceda poder a las comunidades debido a que lo mismo equivale a colocarse en papel de benefactor o benefactora. Desde mi perspectiva aún su segunda definición (*enable others...*) presenta problemas similares a los discutidos en torno a la definición ofrecida por Rappaport; no destaca los saberes de las comunidades.

Otra importante crítica sobre este tema la elabora Stephanie Riger (1993) en su artículo: *What's wrong with empowerment?* De acuerdo con esta autora, al término apoderamiento subyace la visión individualista de la naturaleza humana. La misma presupone que un ser humano saludable es uno independiente, afirmativo y autocontenido. Esta visión, dice Riger, opaca la dimensión colectiva y política del término apoderamiento.

Uno de los marcos conceptuales que pudo haber influido en resaltar el aspecto de "adquirir capacitación o maestría sobre sus vidas" en la definición de empoderamiento fue muy difundido en la década del 60 y conocido como el de "cultura de la pobreza". El mismo dominó considerablemente el panorama académico de la sociología y de la educación estadounidense en esa década, e influyó poderosamente sobre los programas denominados como "Guerra Contra la Pobreza" desarrollados en la época del presidente

Lyndon B. Johnson. El supuesto central del referido marco conceptual era que las personas pobres dejarían de serlo cuando superarán la llamada cultura de la pobreza. Sus exponentes además, asumían que la superarían mediante la capacitación, definida como la adquisición de las visiones y destrezas de la cultura dominante. La capacitación, desde luego, la definieron las personas profesionales y académicas desde una perspectiva de la cultura dominante, altamente competitiva e individualista. No obstante las buenas intenciones de que este esquema conceptual contribuyera a cerrar la brecha entre personas pobres y ricas, el sesgo en contra de las pobres es evidente debido a que este enfoque soslaya la riqueza y los saberes de la "cultura de la pobreza", adquirida mediante múltiples experiencias de lucha, y omite el análisis del poder dominante como factor crucial en la brecha que existe entre personas ricas y pobres. Son precisamente elementos de esa cultura dominante los que se confabulan para restarle poder o desempoderar a las comunidades.

Perkins y Zimmerman (1995) adelantan otra definición de apoderamiento que refleja un movimiento en la Psicología de Comunidad de Estados Unidos hacia un mayor reconocimiento de la participación de las comunidades en la generación de poder. Su definición es la siguiente:

....un proceso intencional continuo centrado en la comunidad local que implica respeto mutuo, reflexión crítica, interés en los otros/as y participación grupal, a través del cual la gente que no tiene participación equitativa de los recursos valorados logran mayor acceso y control sobre estos recursos (p. 570, Traducción de la autora).

La Psicología de Comunidad en Puerto Rico ha aportado otras ideas que amplían la definición de Perkins y Zimmerman (1995) e incorpora otros elementos cruciales que se propone formen parte de dicha definición. Un primer señalamiento es a los efectos de que la palabra proceso es muy ambigua y en sustitución de la misma sugiero "formas de lucha" o "estrategias" desarrolladas por y desde las comunidades. En los párrafos que siguen expondré una síntesis

de los elementos adicionales que propongo para la definición del apoderamiento y luego ampliaré en torno a los marcos teóricos que han ayudado a reconstruir la noción de apoderamiento desde las experiencias de trabajos comunitarios en Puerto Rico. Lo mismo constituye unos apuntes iniciales sobre este tema.

Es importante contextualizar de inicio los procesos de apoderamiento de las comunidades. La especificidad de la situación económica y social genera y enmarca las condiciones y estructuras que de entrada procuran amoldar a las comunidades ante una multiplicidad de intereses dominantes. Estos conllevan patrones y situaciones que en muchas ocasiones son ajenos a la idiosincracia y contrarios a los intereses de las comunidades como sector social, además de ser estructuras que les imponen normas, las tratan de homogenizar y las convierten en víctimas. Esto último se refiere a la explicación dominante de culpar a las comunidades por los problemas que enfrentan sin tomar en consideración su complejidad. Algunos de estos problemas están vinculados a condiciones particulares como al deterioro en la salud de las personas residentes de un área debido a problemas de contaminación ambiental; otros problemas responden a condiciones estructurales más complejas y antiguas como la falta de acceso a empleos y a vivienda. Otras dificultades responden a una historia de estructuras de dominación y subordinación por razón de género, raza, o preferencia sexual y entre otras. Las comunidades, desde luego, en la defensa de sus intereses, desarrollan formas alternas de pensar los problemas sociales, ofrecen propuestas de soluciones diferentes y se organizan y luchan para mejorar sus condiciones de vida. Claro está, no todas las personas que componen una comunidad se involucran directamente en las luchas¹. La fuerza de las luchas comunitarias y de los diferentes lideratos que van emergiendo depende de múltiples factores. Estas formas de lucha y lo que le da fuerza y hace efectiva la organización constituyen precisamente la idea central que propongo para la definición de apoderamiento.

¹ Algunas personas no se integran a las organizaciones pero resisten la opresión de diversas formas: a) intentan escalar la jerarquía social de acuerdo a las normas dominantes; b) caen en un proceso de marginación cada vez más profundo, c) conforman la economía ilegal alterna y d) combinan varias alternativas de resistencia...

La ubicación social de las comunidades le limita severamente a las personas que las componen el ascenso en la jerarquía social. Esa misma localización, desde abajo o desde una experiencia social menos valorada, les impulsa a desarrollar formas de lucha fundamentadas en valores como la participación deliberativa, la justicia social y la importancia de la colectividad. También abre las puertas al desarrollo de una definición alterna del poder, cónsona con estos valores y crítica de los elementos de la definición dominante de poder en su acepción de imposición, normalización, homogeneización e insensibilidad. En síntesis, la acción política, las propuestas de soluciones alternas, la reflexión crítica en torno a dicha acción, la definición alterna del poder y la colaboración de otros sectores sociales, como lo son las tradiciones intelectuales que reconocen el papel histórico de las comunidades en las transformaciones sociales, forman parte de la multiplicidad de estrategias que conforman las luchas comunitarias. Propongo que estas estrategias sean el eje de la definición de apoderamiento.

APUNTES INICIALES SOBRE LOS MARCOS TEORICOS QUE AYUDAN A REDEFINIR "APODERAMIENTO"

Definición de Poder o el Poder que Enfrentan las Comunidades

Es importante aclarar la diferencia entre poder y apoderamiento. Dos marcos conceptuales nos ofrecen pistas importantes en cuanto a la definición dominante de poder, es decir, el poder que enfrentan las comunidades. Las comunidades están en desventaja no porque estén menos capacitadas que otros sectores sociales sino porque se enfrentan a un poder amasado o acumulado historicamente por otros conjuntos sociales. Para Antonio Gramsci, el poder proviene de dos fuentes principales. En los estados absolutos el poder reside principalmente en el aparato coercitivo del Estado; allí donde se ha cuajado un "consenso" social el poder adquiere otra forma, la de hegemonía. En este caso el poder reside en la producción y difusión de la ideología a través de todo el sistema social; es decir, es la dirección "intelectual y moral" de los sectores dominantes. Los/as intelectuales que elaboran la filosofía del partido dominante (la ideología) constituyen en este esquema el elemento de cohesión

principal o de sometimiento vía el "consenso" de las clases subalternas. Las ideologías se alteran o cambian de acuerdo con las necesidades coyunturales y de más largo alcance de las clases dominantes.

Gramsci elabora el concepto de bloque histórico que explica como se articulan los distintos niveles de poder como agrupamiento de fuerzas o nivel centralizado en una situación histórica dada (Portelli, 1973). En el presente las comunidades enfrentan ese poder ideológico continuamente en temas con variaciones tales como que "la pobreza es una condición natural del ser humano", que "Puerto Rico carece de recursos naturales", que "Puerto Rico se quedará sin empleos si combatimos la contaminación ambiental" y que "es legítimo para un hombre emplear la violencia en contra de las mujeres para controlarlas". Las comunidades enfrentan un poder centralizado articulado como bloque histórico.

Como un segundo esquema conceptual, presento el reconocido trabajo de Foucault (1981) que puede ayudarnos a entender el poder que enfrentan las comunidades tanto como el que ellas producen. De acuerdo con él, el poder no se posee, se ejerce; es una estrategia. El Estado no es el lugar privilegiado del poder, este es coextensivo al cuerpo social. Esto significa que el poder no es piramidal, es como un tejido que arropa todo el cuerpo social en el cual no caben las libertades elementales. El poder tiene formas múltiples pero domina una estrategia "positiva" en lugar de una negativa (el poder como fuerza que oculta, reprime, impide, censura y excluye). Al decirlo así se refiere a lo siguiente:

...el poder produce; produce realidad, produce ámbitos de objetos y rituales de verdad. El individuo y el conocimiento que de él se puede obtener corresponden a esta producción....Produce lo real a través de una transformación técnica de los individuos que en nuestra sociedad recibe un nombre: normalización (Foucault, 1981, p. 198).

El poder, según Foucault está determinado por el complejo saber/poder. El poder es quien se encarga de crear conocimiento; por ejemplo, define los límites entre lo sano y lo insano, entre lo

normal y lo patológico y entre lo racional y lo irracional; obliga a que la gente asuma las normas establecidas por el poder. Esto se ilustra por el ejemplo de que hasta hace poco la heterosexualidad era considerada normal y la homosexualidad anormal de acuerdo a los criterios diagnósticos de la psiquiatría. Es lo que Foucault llama el poder de normalización que también es poder de homogeneización: todo el mundo se mide por la misma vara, no se aceptan las diferencias.

Particularmente importante para las luchas comunitarias es la noción de Foucault (1981) de que no hay relaciones de poder sin resistencias; las "masas" elaboran un contra discurso:

...ellas (las masas) saben...y además lo dicen muy bien. Sin embargo, existe un sistema de poder que intercepta, prohíbe, invalida ese discurso y ese saber (p. 9). ...Esta especie de discurso contra el poder, este contra discurso... (p. 11)¹.

La noción poder/saber puede ser importante para el estudio de los muchos discursos que he observado enfrentan las comunidades, por ejemplo, en las luchas comunitarias ambientales. En la década del 80 se desarrolló una lucha ambiental de base en Mayagüez, una ciudad al oeste de Puerto Rico. Las organizadoras eran mujeres obreras de fábricas de ropa cuya salud se había afectado a causa de un problema de contaminación ambiental en sus centros de trabajo localizados en el Complejo Industrial Guanajibo de dicha ciudad. El discurso oficial de las empresas producido por científicos/as que ellas contrataron, y por otros/as de las agencias gubernamentales concernidas, era que estas mujeres estaban histéricas y que dicha contaminación no había afectado su salud (Claro está, su salud física, debido a que a la salud mental no se le otorga importancia en

¹ La palabra "discurso" para Foucault tiene múltiples acepciones. Unas veces se refiere a un grupo de enunciados o a un aspecto particular de un enunciado; otras a una práctica que responde a un conjunto de principios a partir de los cuales se constituye un cierto número de enunciados. Por ejemplo, los discursos médicos del siglo 19 están constituidos por formaciones tan diferentes como: descripciones cualitativas, razonamiento por analogía, interpretaciones, estimaciones estadísticas y otras. Foucault resalta que un discurso está sujeto a parámetros de espacio y tiempo que es necesario individualizar a través de coexistencia de relaciones que se dan entre los discursos de una misma época que forman parte de una misma formación discursiva. Estos obedecen a un mismo grupo de principios (Rojas Osorio, 1995).

estas luchas). El contradiscurso desarrollado por las obreras y sus asesores/as científicos era a los efectos de que ellas padecían de diferentes síndromes físicos incluyendo neuropatía periférica (medida por pruebas de conducción nerviosa en oficinas de médicos y médicas especialistas), neurotoxicidad (medido por psicólogos y psicólogas especialistas en este campo), problemas pulmonares y otros (Alonso, 1988).

Otro discurso secundario emergió en el proceso y nos llamó poderosamente la atención porque volvió a manifestarse en una lucha comunitaria ambientalista de Cataño, un pueblo al norte de la isla. En una de las reuniones del Comité organizado por las obreras afectadas, muchas nos comunicaron que habían tenido la siguiente experiencia en la oficina de los médicos y médicas del Fondo del Seguro del Estado¹, a quienes habían acudido a raíz de los incidentes de contaminación. Sin haber sido examinadas por el personal médico, sin hacerle preguntas al respecto, le habían dicho que su padecimiento se debía a la "falta de baño". El supuesto central subyacente a este enunciado es que las personas pobres son sucias, e inferiores por esa razón, y que ellas mismas crean sus propios problemas; forma parte del discurso que vincula pobreza con suciedad. El hecho de que la referida frase fuera enunciada por médicos y médicas le concede rango de verdad "científica" (Muñoz Vázquez, 1987b).

Una de las agencias gubernamentales concernidas con el problema de la contaminación ambiental en Cataño se pronunció en uno de sus informes, en el sentido de que la alta incidencia de enfermedades respiratorias en Cataño se originaba en la presencia de roedores, cucarachas y otras sabandijas. Otra vez, el supuesto implícito en esa aseveración es que la falta de higiene en las respectivas residencias de esta comunidad, peor aun, la suciedad como característica de estas personas, es la causante de sus propias enfermedades respiratorias. Todas las personas en Puerto Rico estamos conscientes de que la Agencia de Protección Ambiental Federal² (EPA) ha multado sustancialmente a la Autoridad de

¹ Esta es la agencia gubernamental que provee servicios médicos a personas cuyos problemas de salud pueden atribuirse a condiciones o accidentes en el escenario laboral gubernamental.

² En Puerto Rico, por su condición política actual, las normas de protección del ambiente emergen de la reglamentación estadounidense, de ahí el calificativo federal.

Energía Eléctrica (AEE)¹ por motivo de su negligencia en usar los controles ambientales adecuados en su planta de Palo Seco² y de su papel en el serio problema de contaminación ambiental de Cataño. Adicionalmente, el Comité de Base de Cataño, (CUCCO), ha estado denunciando también por 20 años a otras fuentes de contaminación provenientes de empresas privadas (Muñoz Vázquez, 1996). Estas observaciones sugieren la importancia de analizar los discursos sobre la falta de higiene como complejo de poder/saber en el contexto de las luchas ambientales en Puerto Rico y las estrategias de las comunidades para enfrentarlo.

Cabe resaltar que la noción poder/saber reta los supuestos epistemológicos y el estatus privilegiado del empirismo como fuente del conocimiento universal. Dicha noción establece las bases para que el conocimiento de las comunidades sea valorado en su justa perspectiva. Un ejemplo claro lo presenta Shiva (1988). Ella destaca la crítica al modelo de desarrollo dominante que surge de las luchas de base de las mujeres en la India por rescatar su medio ambiente. Según esta autora emergen de estas luchas varios discursos. Un primer ejemplo es que el desarrollo desde la visión occidental está inseparablemente vinculado a la destrucción de los recursos naturales, que son los que le dan vida al campesinado de esa tierra; por lo que más que un proyecto de desarrollo, es maldesarrollo. Concebir la naturaleza como un cuerpo inerte, pasivo, uniforme y fragmentado, e inferior al ser humano como supone la ciencia reduccionista, provee la racionalidad para la destrucción de la naturaleza. Más aún ese proyecto de desarrollo y la ciencia reduccionista en la cual se fundamenta ha excluido del "rol de experto" a las mujeres y a las personas pobres y sus conocimientos. Ha querido destruir avances inherentes a prácticas ambientales más sanas, tales como la agricultura orgánica, el conocimiento medicinal de las plantas, las formas partícipes de trabajar y los modos ecológicos de conocimiento que respetan los procesos de interconexión que ocurren en la naturaleza. Ese "rol de expertos" de las mujeres y los pobres que menciona Shiva es el aspecto que queremos destacar como aspecto fundamental que debe formar parte de la definición del poder de las comunidades.

¹La AEE es la instancia gubernamental local que administra los servicios de energía eléctrica.

² Palo Seco es un barrio del pueblo de Toa Baja en el cual está ubicada una planta generadora de energía eléctrica.

Enmarcar las Luchas Comunitarias como Parte de los Movimientos Sociales

El primer señalamiento crítico que surgió a finales de la década del 70 del programa de Puerto Rico a la psicología de comunidad estadounidense, fue la necesidad de contextualizar los esfuerzos, luchas y organizaciones comunitarias como parte de los movimientos sociales en lugar de verlos como fenómenos aislados e infrecuentes (López, 1992; Miranda, De León & Quiñonez, 1991; Muñoz Vázquez, 1987). De acuerdo con Camacho (1989), los movimientos sociales son:

Una dinámica que se genera en la sociedad civil, la cual se orienta intencionalmente a la defensa de los intereses específicos. Su acción se dirige a cuestionar de manera fragmentaria o absoluta las estructuras de dominación prevalescentes y su voluntad implícita es transformar parcial o totalmente las condiciones del crecimiento social (p.15).

Camacho (1989) establece una diferencia entre los movimientos populares y los sociales. Los populares expresan los intereses de los grupos subordinados; los sociales integran intereses de los sectores hegemónicos. Los movimientos populares no se han organizado necesariamente a base de un cuerpo central. Pueden ser una manifestación de múltiples luchas y organizaciones de base que emergen en diferentes lugares y momentos. La historia de estas luchas ha permitido demitificar la creencia común de las personas pobres como víctimas (Fox Piven & Cloward, 1976). Estas han sido agentes concientes en lucha contra unas fuerzas extremadamente poderosas. No obstante, han sido muchos los logros de estas múltiples luchas y de los movimientos y han revelado el protagonismo del liderato de las comunidades como agente central. Como ejemplo de movimientos populares que han cobrado una mayor fuerza a partir de la década del 60 en Puerto Rico encontramos los movimientos ambientales, de vivienda, de rescate de terrenos, de salud, feministas, culturales, proyectos educativos, y proyectos de desarrollo económico comunitario, entre otros. La conciencia ambiental alcanzada en Puerto Rico en este

momento tiene que ver principalmente con las más de 100 luchas que se han llevado a cabo en las últimas cuatro décadas desde las comunidades, conjuntamente con varios proyectos de educación ambiental y de desarrollo económico sostenible (García, 1987, 1991; Muñoz Vázquez, 1996b; Saltalamaccia, 1995). Historiar estas luchas y sus logros destaca el potencial reivindicativo de las comunidades y sienta las bases para entender las formas de apoderamiento de las comunidades.

La Evaluación y la Reflexión Crítica de las Luchas y sus Resultados. ¿Qué Fortalece la Organización de Base?

El apoderamiento tiene que ver con las formas o estrategias de lucha desarrolladas por las comunidades por medio de la organización de Comités u otros medios similares. Tiene que ver con la efectividad de dichas estrategias; con aquello que fortalece la organización y sirve bien a los fines de lograr las metas propuestas en las luchas. La reflexión crítica es un medio poderoso para fortalecer el trabajo de base y corregir errores en el camino. La reflexión crítica sirve de base para la capacitación. La evaluación del balance entre retrocesos y triunfos y los factores que median en el avance y logros de las luchas es un ingrediente indispensable para fortalecer la organización y para entender los elementos esenciales del poder de las comunidades. La evaluación permite también difundir los logros alcanzados por las diferentes luchas y el movimiento, en general, como otra estrategia adicional para concientizar a los diferentes sectores sociales sobre el problema y sobre los avances que se logran mediante la organización de base.

Una Definición Alternativa de Poder surge de los Movimientos de Base

Como mencionamos anteriormente debido a que estas luchas emergen desde "abajo" y desde una experiencia social menos valorada, las formas de lucha que desarrollan se fundamentan en valores de participación, justicia social y en la importancia de la colectividad. El apoderamiento es también un contra discurso frente a la definición dominante de poder, en su acepción de normalización, imposición, homogeneización e insensibilidad. Esa visión emerge de una práctica encaminada a crear formas de

liderato colectivo, colaboración, creación de redes, respeto a las diferencias, toma de decisión por medio de consenso y de comunicación dialógica, como elementos esenciales de esa definición alterna de poder (Freire, 1973).

Para que se establezcan las condiciones de una práctica de comunicación dialógica entre los educadores/as o investigadores/as y para que ocurra la colaboración con estos movimientos y con las comunidades, es necesario tener presente tres dimensiones que permean las relaciones con las comunidades: (1) comprender que cada comunidad, desde luego la académica también, tiene una cultura propia - lenguaje, normas y formas racionales y sentimentales de abordar los problemas (Freire la llama la dimensión antropológica); (2) generar criterios diferentes de cómo se genera conocimiento (la dimensión epistemológica); y (3) reconocer el problema que representan las jerarquías (la dimensión estructural). Respetar y reconocer establece las bases para una definición alterna de poder. La medida en que las comunidades han sido capaces de alterar esta dimensión crucial del orden establecido constituye un aspecto central del proceso de apoderamiento. Alterar esta dimensión es un objetivo difícil de alcanzar en el contexto del poder.

Katz (1984) añade otro elemento importante al contra discurso del poder hegemónico en el contexto de la salud, y lo propone como parte de la definición de apoderamiento. Él observó que en el ámbito de la salud las personas rompían con el paradigma dominante de escasez de recursos. La medicina, por ejemplo, asegura que para curarse las personas deben acudir sólo a los médicos o médicas, quienes poseen el paradigma verdadero de la curación y, además, son un recurso escaso. Las personas que él observó alternativamente habían desarrollado un modelo de "sanación mixto". Iban a los médicos y médicas pero también a otros/as sanadores (espiritistas, naturópatas, psicólogos/as), meditaban, le contaban sus problema a vecinos y vecinas, hacían ejercicios, y formaban grupos de autoayuda, entre otros. Es decir, en lugar de competir por recursos escasos, las personas desarrollaban lo que Katz denominó como un paradigma de sinergia, de potenciar los recursos. En el caso de la salud este incluye también recursos tales como escucharse, apoyarse y

compartir información; recursos que son renovables. Este movimiento de la escasez y competencia a la sinergia y potenciación de recursos emerge de las comunidades y es un elemento crítico importante de la definición de apoderamiento.

EJEMPLOS DE LUCHAS COMUNITARIAS DE APODERAMIENTO HISTORIADAS POR LA PSICOLOGIA DE COMUNIDAD EN PUERTO RICO

La Psicología de Comunidad en Puerto Rico ha comenzado a historiar las luchas comunitarias desde una perspectiva de apoderamiento como saberes de las comunidades (Delgado & Abreu; 1990; Díaz & Hernández, 1992; Muñoz Vázquez, 1996; Vázquez Hernández, 1986; Viera, 1986; Zorrilla, Santiago & Pacheco, 1994). A continuación presentamos dos ejemplos para ilustrar lo mismo.

Serrano-García (1993) señaló como el movimiento desarrollado por la comunidad homosexual en Puerto Rico para enfrentar el problema del VIH-SIDA generó un contra discurso reivindicativo sobre el VIH y la homosexualidad, a pesar de que los prejuicios en contra de la comunidad homosexual se recrudecieron con la epidemia del SIDA. En primer lugar, como discurso que contrarresta los estereotipos de la comunidad gay, ella señaló la efectividad de este movimiento, más que ninguna agencia o grupo, en disminuir las tasas de contagio de dicha enfermedad en su propia comunidad. Ellos fueron capaces de desarrollar programas de prevención sumamente creativos y efectivos en la isla, crearon grupos de apoyo, programas educativos y otros medios de contener el contagio dentro de un esquema de salud integral. En segundo lugar, este movimiento fue capaz de reducir las tasas de contagio demostrando su capacidad para asumir responsabilidad en la relación sexual pero a la vez reforzando la idea de autonomía sobre nuestro cuerpo como derecho de las personas. Reformularon así ciertos significados dominantes sobre el cuerpo y la salud. En tercer lugar, este movimiento rompió con el tabú del silencio en torno a la muerte de manera que la vida se tornara más significativa, ya que "las preguntas sobre el significado de la muerte son en realidad las preguntas sobre el significado de nuestras vidas con o sin el VIH-SIDA" (Serrano García, 1993, p. 11).

En síntesis, en este trabajo, Serrano-García destacó como estrategias de apoderamiento las enormes capacidades de las comunidades homosexuales para enfrentar con valor, efectividad y creatividad la situación creada por el virus, y el retar los discursos de la construcción devalorizada de la categoría homosexuales en el contexto del VIH-SIDA (Mouffe, 1992). Cabe preguntarse, ¿cuál ha sido el alcance de estas estrategias; cuáles han sido los mayores obstáculos y cuáles han sido sus efectos sobre el movimiento gay y el feminista?

Acosta (1995) esbozó elementos para redefinir el concepto de apoderamiento desde los sucesos emergentes de las luchas ambientales observados por ella en estas últimas cuatro décadas en el pueblo de Guánica, un pueblo al sur de la isla. Ella señala como en un misma lucha surgen múltiples estrategias. No obstante, los grupos de base desarrollaron unas estrategias centrales que emplearon en todas las fases de las referidas luchas. Un ejemplo de una estrategia central es el empleo del discurso en torno al valor crucial de los recursos naturales que conforman el ecosistema de Guánica. Los/as ambientalistas guaniqueños intentaron contrarrestar el discurso dominante sobre la ausencia o escasez de recursos naturales de nuestro país; lo cual motiva la concienciación sobre los mismos como parte crucial de las luchas de base que conformaron el movimiento ambiental de Puerto Rico (García, 1978). Esta forma de concienciación tuvo el fin de desarrollar un orgullo en las personas habitantes de Guánica por formar parte del movimiento y por sus recursos naturales, a la vez que las motivó a luchar por preservarlos, y sirvió para motivar a las agencias concernidas y las empresas a utilizar los recursos naturales de forma sostenible.

De estas luchas surgió también un acercamiento de estrategias múltiples del liderato ambientalista de Guánica desarrolló para enfrentar el poder de los/as funcionarios públicos y de las empresas implicadas en la destrucción de los recursos naturales de ese pueblo. No siempre usaron la estrategia de la confrontación como generalmente se ha pensado. Enfrentamientos, educación, negociación y colaboración formaron parte de ese acercamiento múltiple dependiendo de la situación en que se encontrara la lucha. Ciertos eventos requirieron el empleo de tácticas de presión, como

los piquetes, otras situaciones necesitaron de la presentación de información como medio de educar a dichos/as funcionarios (han empleado fotos de estos recursos para concientizar sobre su valor), y en otros momentos negociaron o incluso colaboraron.

¿Cuál fue uno de los elementos que generó menos apoderamiento en estas luchas guaniqueñas? En las primeras etapas de estas luchas ambientales no se pensó con detenimiento en el asunto de la relación entre la conservación de los recursos naturales y la generación de empleos; asunto que los sectores empresariales presentan como excluyentes. Muchas personas no se integraron a las referidas luchas pensando que iban a perder la oportunidad de emplearse asalariadamente. De acuerdo con varias encuestas la situación de desempleo es el más grave problema de Guánica. El movimiento ambiental, por no haber pensado en sus inicios detenidamente sobre este asunto pudo haber creado cierto desaliento y desesperanza en algunos sectores del pueblo. Obviar las necesidades de otros sectores es una forma de poder empleada continuamente por los sectores dominantes. En estos momentos tratando de superar esa dificultad, el liderato ambientalista Guaniqueño ha propuesto como alternativa a los proyectos contaminantes o que destruyen los recursos del pueblo, el desarrollo de proyectos denominados como de ecoturismo.

En síntesis, el apoderamiento que se logró por medio de estas luchas consistió, entre otras estrategias, (a) en la elaboración de contra discursos que valoran los recursos naturales de Guánica, (b) en el empleo de formas de educar a los/as funcionarios concernidos suponiendo que los mismos en ciertos momentos son educables, y (c) en el desarrollo de estrategias que tomen en consideración las necesidades de los diferentes sectores que componen el pueblo de Guánica. Esto último surge de la reflexión crítica del movimiento mismo y supone un avance para las luchas ambientales en el futuro.

CONCLUSIONES

Una de las aportaciones de la Psicología de Comunidad en Puerto Rico ha sido tratar de combatir el discurso de la incapacidad de las comunidades mediante una reflexión crítica en torno a la definición de apoderamiento. Para ello es importante enfocar la capacidad de las comunidades de desarrollar poder. Las comunidades, a través de

sus luchas como parte los movimientos sociales, son portadoras de nuevas formas de pensamiento político que valorativamente responden a un paradigma de respeto por la diversidad y por la justicia. Estas nuevas formas de pensamiento político emergen de las luchas mediante las cuales las comunidades han logrado importantes reivindicaciones para ellas y para otros sectores sociales.

Referencias

Acosta Ramírez, T.Z. (1995). *Señalamientos críticos al concepto de apoderamiento: Revisión a la luz de las luchas ambientales Guaniqueñas*. Tesis de Maestría, sometida al Departamento de Psicología, Universidad de Puerto Rico, Río Piedras, Puerto Rico.

Albee, G. (1980). A competency model to replace the defect model. En M. Gibbs, J. Lachenmeyer, & J. Sigal (Eds.) *Community psychology: Theoretical and empirical approaches*. New York, N.Y.: Gardner Press.

Alonso Cedó, M. (1988). *Preliminary review of medical records Guanajibo Industrial Park: Mayagüez Case*. Hato Rey, Puerto Rico: Servicios Científicos y Técnicos.

Camacho, D. (1989). *Introducción*. En D. Camacho, & R. Menjívar (Coordinadores) *Los movimientos populares en América Latina* (13-33). México, D.F., México: Casa Publicadora.

Colón, N. (1985). *The cultural dimension of empowerment in marginal communities in Puerto Rico*. Evaluación de candidatura sometida a Harvard University, Cambridge, MA.

Delgado Mercado, N., & Abreu Jiménez, E. (1990). *Villa Sin Miedo: Historia de un silencio*. Tesis de Maestría sometida al Departamento de Psicología de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras, Puerto Rico.

Díaz Esteves, C., & Hernández Santiago, G. (1992). *Historia de un cuento: Recuento de un alto del cabro*. Tesis de Maestría sometida al Departamento de Psicología de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras, Puerto Rico.

Foucault, M. (1981). *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*. Madrid, España: Alianza Editorial.

Fox Piven, F., & Cloward, R. (1986). *Poor people's movement: Why they succeed, how they fail*. New York, N.Y.: Vintage Books.

Freire, P. (1973). *¿Extensión o comunicación?: La concientización en el medio rural*. México, D.F., México: Siglo XXI.

García Martínez, N. (1978). Puerto Rico Siglo XX: Lo histórico y lo natural en la ideología colonialista. *Pensamiento Crítico*, 8, 1-27.

García Martínez, N. (1987). Balance y perspectiva en la lucha ambiental. *Pensamiento Crítico*, 10 (52), 10-17.

Katz, R. (1984). Empowerment and synergy: Expanding the community's healing resources. En J. Rappaport, R. Hess, & C. Swift (Eds.) *Studies in empowerment: Steps toward understanding and action*. (201-226). New York, N.Y.: The Haworth Press.

López, M.M. (1992). Ajuste de cuentas con la Psicología Social-Comunitaria: Balance a diez años. En I. Serrano-García, & W. Rosario-Collazo (Eds.) *Contribuciones Puertorriqueñas a la Psicología Social-Comunitaria*. (107-116). Río Piedras, Puerto Rico: Editorial de la Universidad de Puerto Rico.

Miranda, D., De León, Y., Franco, M., & Quiñonez, D. (1991). Los movimientos comunitarios en Puerto Rico: Su desarrollo actual y perspectivas para el futuro. En I. Serrano-

García, L.M. Cantera, & Mirón, L. (Compiladoras). *Memorias de Psicología Social-Comunitaria*. (249-258). XXV Congreso Interamericano de Psicología, Inc.: San Juan, Puerto Rico.

Muñoz Vázquez, M. (1987a). Las luchas comunitarias: El poder de las mujeres. *Pensamiento Crítico*, 10, (54) 2-8.

Muñoz Vázquez, M. (1987b, junio). *Psicología y ambiente: El caso de Mayagüez*. Ponencia presentada en el XXI Congreso Interamericano de Psicología, La Habana, Cuba.

Muñoz Vázquez, M. (1996a). *Cronología de la lucha ambiental de Cataño: 1970-1996*. Centro de Investigaciones Sociales: Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras, Puerto Rico.

Muñoz Vázquez, M. (1996a). Gender and politics: Grassroots leadership among Puerto Rican women in a health struggle. (Ed.). En A. Ortiz *Puerto Rican Women and Work: Bridges in Transnational Labor*. (161-183). Philadelphia, PA: Temple University Press.

Ortiz Torres, B. (1999). El empowerment como alternativa teórica para la Psicología de Comunidad en América Latina. *Revista Interamericana de Psicología*, 33, (2), 49-66.

Perkins, D., & Zimmerman, M. (1995). Empowerment theory, research and application. *American Journal of Community Psychology*, 23 (5), 569-579.

Portelli, H. (1973). *Gramsci y el bloque histórico*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.

Rappaport, J. (1984). Studies in empowerment: Introduction to the issue. En J. Rappaport, R. Hess., & C. Swift (Eds.) *Studies in empowerment: Steps toward understanding and action*. (1-8). New York, N.Y.: The Haworth Press.

Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for Community Psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15, (2), 121-148.

Rappaport, J. (1995). Empowerment meets narrative: Listening to stories and creating settings. *American Journal of Community Psychology*, 23, (5), 569-579.

Riger, S. (1993). What's wrong with empowerment? *American Journal of Community Psychology*, 21, (3), 279-292.

Rojas Osorio, C. (1995). *Foucault y el pensamiento contemporáneo*. San Juan, Puerto Rico: Editorial de la Universidad de Puerto Rico.

Ryan, W. (1971). *Blaming the victim*. New York, N.Y.: Vintage Books.

Saltalumaccia, H. (1995). *La educación como política: Contextos y tareas del movimiento ambientalista en Puerto Rico*. San Juan, Puerto Rico: CIENAC.

Serrano-García, I., & Alvarez Hernández, S.L. (1991). Análisis de marcos conceptuales de la Psicología de Comunidad en Estados Unidos y América Latina (1960—1985). En I. Serrano-García, & W. Rosario-Collazo (Eds.) *Contribuciones puertorriqueñas a la Psicología Social-Comunitaria*. (19-74). Río Piedras, Puerto Rico: Editorial de la Universidad de Puerto Rico.

Serrano-García, I., Cantera, L.M., & Mirón, L. (Compiladoras). *Memorias de Psicología Social-Comunitaria*. (249-258). XXV Congreso Interamericano de Psicología Inc.: San Juan, Puerto Rico.

Serrano-García, I. (1993, febrero). *Una mirada alterna al VIH/SIDA o ¿Qué de bueno tiene esto?* Discurso de Psicóloga del Año, presentado en la Convención Anual de la Asociación de Psicólogos de Puerto Rico. San Juan, Puerto Rico.

Shiva, V. (1988). *Abrazar la vida: Mujer, ecología y ciencia*. Montevideo, Uruguay: Instituto del Tercer Mundo.

Swift, C., & Levin, G. (1987). Empowerment: An emerging mental health technology. *Journal of Primary Prevention*, 7, 242-265.

Viera, E. (1986). *Cantera: Historia de los pobladores de una comunidad en la zona*

metropolitana de San Juan y sus experiencias de lucha cotidiana desde abajo y con su gente. Tesis de Maestría sometida al Departamento de Psicología, Universidad de Puerto Rico, Río Piedras, Puerto Rico.

Wiesenfeld, E., & Sánchez, E. (Compiladores) (1995). *Psicología Social-Comunitaria: Contribuciones Latinoamericanas*. Caracas, Venezuela: Fondo Editorial Tropykos.

Zorrilla, C., Santiago, L., & Pacheco, E. (1994). *Centro de Estudios Materno Infantiles (CEMI)*. San Juan, Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.

La Prevención del VIH con Hombres Homosexuales en Puerto Rico: Un modelo para el Caribe

José Toro Alfonso¹

Universidad de Puerto Rico, Puerto Rico

Compendio

En este trabajo presento el desarrollo de un modelo de prevención dirigido a hombres gay latinos en Puerto Rico. Basado en el modelo de Creencias de Salud en combinación con conceptos de autoeficacia e ideas cognitivas, se desarrollaron una serie de talleres para aumentar la autoestima y la conducta sexual segura en los participantes. Examiné los resultados de su implementación en Puerto Rico y presento conclusiones y recomendaciones. Este modelo puede representar una intervención culturalmente competente y pertinente para comunidades similares en el Caribe hispanoparlante.

Abstract

In this article, I present the development of a prevention model targeted at Latino gay males in Puerto Rico is presented. Based on the Health Beliefs Model in combination with concepts of self-efficacy and cognitive ideas a series of workshops were developed to enhance self-esteem and safer sex behavior among participants. Results from the implementation of the model in Puerto Rico are examined and conclusions and recommendations are presented. This model might represent a culturally competent and relevant intervention for similar communities of the Spanish speaking Caribbean.

Palabras clave: Prevención; VIH/SIDA; Homosexualidad
Key Words: Prevention; HIV/AIDS; Homosexuality

¹ El Dr. Toro Alfonso es psicólogo clínico y Director Asociado del Centro Universitario de Servicios y Estudios Psicológicos (CUSEP) de la Universidad de Puerto Rico. Fue Director Ejecutivo de la Fundación SIDA de Puerto Rico de 1988 a 1998. El autor desea agradecer la colaboración del personal del Programa Alto al SIDA de la Fundación SIDA en el desarrollo de este trabajo. Toda comunicación con el autor puede dirigirse al Apartado 23174, San Juan, Puerto Rico 00931. Este trabajo se realizó mediante financiamiento de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) a través de la Oficina Central para los Asuntos del SIDA y Enfermedades Transmisibles (OCASET) del Departamento de Salud de Puerto Rico.

En las dos décadas de la epidemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) se han hecho pocos esfuerzos para desarrollar y evaluar modelos de intervención dirigidos a reducir el riesgo de infección en la población de hombres que tienen sexo con hombres de origen latino y en especial con puertorriqueños. Una revisión rápida de la literatura nos puede demostrar que no fue hasta el 1989 que en algunas ciudades de los Estados Unidos se comenzaron a llevar a cabo proyectos dirigidos a la comunidad latina (Herek, 1995; Morin, 1993).

En Puerto Rico, el primer esfuerzo en esta dirección dio inicio en el 1988 financiado por la Fundación Robert Wood Johnson a través de la Fundación SIDA de Puerto Rico. Este programa fue una copia adaptada del modelo del *Stop AIDS* de San Francisco, utilizando algunos recursos aplicables a la realidad del hombre gay puertorriqueño (Fundación SIDA, 1988).

El proyecto Alto al SIDA, que surgió de este esfuerzo, tiene mucha información anecdótica que podría indicar el interés de los participantes, la necesidad de un proceso organizado de educación y prevención, además de la necesidad en la comunidad gay puertorriqueña de desarrollar un modelo comunitario que invite a las personas a la utilización y mantenimiento de una conducta sexual más segura. Lamentablemente, este modelo no fue evaluado por lo que no contamos con información específica sobre su utilidad ni efectividad.

La información disponible indica que la tasa de infección en los Estados Unidos, en algunos sectores, no ha variado entre el 1988 y el 1999 (Silvestre, Kingsley, Wehman, Dappen, Ho & Rinaldo, 1993; Maldonado, 1998). A pesar del incremento en conocimiento sobre el VIH y el reconocimiento de la importancia de la prevención, se ha mantenido una ascendente tendencia en la seroprevalencia del VIH en ciertos sectores de las comunidades gay en los Estados Unidos. En Puerto Rico tenemos algunos datos del 1988 que implican una alta prevalencia de VIH en el país (Betancourt, 1988).

Es necesario enfatizar el esfuerzo de prevención en ciertos sectores importantes. La prevención es más necesaria en los estados del noreste de los Estados Unidos, Puerto Rico y en Florida (Díaz,

Buehler, Castro & Ward, 1993) lo cual está evidentemente relacionado con la concentración de comunidades minoritarias en estos sectores. A pesar de que el modo de transmisión en Puerto Rico es principalmente a través de la utilización de equipo contaminado para uso de drogas inyectables, el 24% del total de casos informados por el Departamento de Salud de Puerto Rico pertenece al grupo de hombres homo/bisexuales (P.R. AIDS Surveillance, 1999).

Desde esta perspectiva se plantea la necesidad inmediata de programas dirigidos por y para hombres que tienen sexo con hombres en Puerto Rico. Esto es así principalmente en el área metropolitana de San Juan donde se ubica el mayor número de casos y donde se informa el mayor nivel de seroprevalencia (P.R. AIDS Surveillance, 1999).

ELEMENTOS PSICOSOCIALES IMPORTANTES PARA LA PREVENCIÓN

El problema principal se encuentra en cómo desarrollar un programa de prevención que sea culturalmente competente y que no sea necesariamente una traducción literal de los esfuerzos ya desarrollados por la comunidad gay estadounidense. Dicho programa debe tomar en cuenta la realidad social y política de la sociedad puertorriqueña y dentro de ésta, la realidad del hombre puertorriqueño que tiene sexo con hombres (Ortiz, 1992).

Puerto Rico es un país caribeño profundamente religioso. Desde los inicios de la conquista española, la iglesia católica hizo grandes esfuerzos para evangelizar y convertir a la población indígena que habitaba la isla. Desde ese momento la influencia de la religión, tanto católica como posteriormente la protestante, se hace palpable en todos los ámbitos de la vida del pueblo puertorriqueño (Comas Díaz, 1985). Esta influencia se hace notar principalmente en el área de la sexualidad (Mock, 1995).

Es por esta razón que las campañas iniciales de prevención establecidas por el Departamento de Salud de Puerto Rico tenían un énfasis moral y no necesariamente de salud pública. Se decía que entre los supuestos grupos de alto riesgo estaban: homosexuales, bisexuales y heterosexuales promiscuos..." (CLETS, 1985; Énfasis del autor). De este modo indicaban que "todos" los homosexuales

estaban a riesgo, pero sólo los heterosexuales considerados "promiscuos" debían considerarse a riesgo. Sin lugar a dudas que la idea detrás del mensaje de prevención nos indicaba que las personas creadoras de estos mensajes consideraban a todos los homosexuales como promiscuos y de allí su nivel de riesgo. Proyectada esta imagen sobre el hombre homosexual, los organismos oficiales perdieron la posibilidad de acceso en la provisión de educación y prevención a esta población. Muchos homosexuales desconfiaban de las fuentes oficiales y no aceptaban con facilidad los mensajes que de ellas provenían. (Fundación SIDA, 1989).

Desde esta perspectiva, un modelo de prevención adecuado debe ser dirigido por organismos comunitarios no-gubernamentales, que tengan acceso a la comunidad y que hayan generado suficiente confianza como para ser útiles en el proceso de educación (Singer, González, Vega, Centeno, Davidson, 1994). De igual modo debe manejar los aspectos de la influencia moral en los mensajes de prevención tradicionales y ofrecer alternativas viables dentro del contexto cultural puertorriqueño.

Es Necesario Manejar la Homofobia

Otro aspecto importante en el proceso educativo es el impacto de la percepción que tienen los hombres gay sobre su sexualidad. Se ha mencionado que existe una correlación entre los niveles de autorechazo del hombre homosexual y sus niveles de conducta sexual arriesgada. Aparentemente los niveles de homofobia internalizada pueden relacionarse con la comodidad con que la persona maneje su sexualidad y establezca relaciones adecuadas (Schifter & Madrigal, 1992; Schifter, Madrigal & Toro, 1999). Algunos autores y autoras indican que la homofobia puede ser un obstáculo enorme en el proceso de desarrollo de conducta sexual no arriesgada. Para efectos de este trabajo utilizo la definición siguiente de homofobia internalizada (Soto, Luna, Sherman & Sherer, 1992)

...un patrón de creencias, conductas y reacciones emocionales que perciben (consciente o inconscientemente) las relaciones sexuales entre individuos del

mismo sexo como algo a ser temido, como erróneo, malo, pecaminoso o antinatural; y que este patrón está internalizado en la psicología de una persona que es homosexual o bisexual. (Traducción del autor, p.5)

De la definición observamos que la homofobia internalizada está relacionada con la percepción de que la homosexualidad es algo a lo que se teme, que es pecaminosa y que esa percepción puede ser aceptada por una persona que a su vez se considera homosexual o realiza conducta sexual con personas del mismo sexo e internaliza la percepción social.

De lo que se trata en muchas ocasiones entonces es de "secretos a voces"; en nuestra cultura, muchas veces se sabe que una persona es homosexual pero no se habla de ello. De hecho en muchas ocasiones los padres y madres tienen alguna idea de la orientación sexual de sus hijos, pero prefieren no traer directamente el tema. En muchas ocasiones esta percepción se da dentro del contexto de un sin número de declaraciones homofóbicas con relación a la homosexualidad "de otros..." en presencia de su hijo (Parés, 1994).

Autoestima y Relaciones de Intimidación

Los asuntos relacionados con la aceptación de la homosexualidad están seriamente vinculados a los niveles de autoestima de las personas. Varios modelos presentan la autoaceptación como un proceso de etapas en las cuales el individuo maneja paulatinamente su sexualidad y desarrolla mecanismos para ajustar su personalidad y su sexualidad como partes integrantes de un mismo ser (Soto, 1995). El hombre puertorriqueño homosexual tiene la tarea de asumir aspectos de su "yo" que están estigmatizados por la cultura general.

La literatura estadounidense nos señala diferentes etapas que finalizan con la integración total de la homosexualidad a la personalidad del individuo (Isensee, 1998). Autores latinos señalan las diferentes dificultades en el desarrollo de una identidad dentro del contexto cultural (Díaz, 1998). Sin lugar a dudas, que la cultura no está exenta de influencia en el desarrollo de la identidad sexual de los hombres gay. Es dentro de ese contexto cultural que debemos desarrollar los modelos de prevención.

Algunos autores y autoras señalan que otro elemento que se destaca en el desarrollo de conducta sexual de riesgo entre las comunidades gay es la codependencia (Schifter, 1990). El concepto de codependencia se desprende de la literatura de las adicciones. No existe una definición clara del mismo. Diferentes personas la definen de formas variadas, sin embargo, existen conceptos comunes a todas las definiciones. Una de las primeras formas de definirlo fue: Una persona codependiente es aquella que 1) está en una relación con una persona dependiente (al alcohol, drogas, amor, sexo, atención, dinero...); 2) tiene un padre o madre dependiente (o abuelos/as); y 3) creció en un núcleo familiar represivo (que no permitía la libre expresión de emociones o pensamientos). Otras personas la han definido como: "un patrón aprendido de conductas, sentimientos y creencias que hace que la vida sea dolorosa". "La persona codependiente es una persona que depende de las relaciones humanas y enfoca su vida alrededor del agente adictivo" (Smalley, 1992, p.62).

Larsen (1983) la define como "toda persona que tiene una relación por un tiempo prolongado con cualquier persona que tenga una personalidad neurótica". Subby (1984) establece que la codependencia es "una condición emocional, psicológica y conductual resultado de la prolongada exposición a una serie de normas opresivas que impiden la expresión abierta de sentimientos y la discusión abierta de problemas interpersonales".

No hay nada en la literatura que relacione la orientación sexual con la codependencia. Las orientaciones sexuales son neutras. Nada indica que la orientación sexual tenga alguna relación directa con dificultades emocionales; pero existen formas indirectas que pueden afectar a la persona gay. Como los gay entienden que tienen que esconder su preferencia sexual, y que cuando la expresan no necesariamente encuentran apoyo, en ocasiones las situaciones de rechazo afectan sus niveles de autoestima y sus relaciones de intimidad.

Las personas con baja estima tienden a tratar de buscar aceptación de forma indirecta. Es muy común que muchos hombres gay inviertan mucho tiempo en tratar de agradar a otros, escuchar, ser consejero, terapeuta, cuidador, mediador y defensor de su familia (Schifter, 1990). Se ha encontrado que individuos que

mantienen una conducta sexual más segura tienen mayor autoestima, muestran menos ansiedad o depresión, menos problemas de conducta y consumen menor cantidad de alcohol que los que tienen patrones de conducta insegura (Rotheram-Borus, Rosario & Reid, 1992).

Los gay desarrollamos conductas codependientes porque vivimos en una sociedad intolerante que nos hace reaccionar de la misma manera que un individuo que vive con un alcohólico. Para sobrevivir, el gay tiene que vivir pendiente de la opresión social y obsesionarse en aprender reglas y normas para manejar esta represión (Morin, 1993; Toro Alfonso, 1992).

Aquellos que están acostumbrados a complacer para ser aceptados tienen problemas en exigir un sexo más seguro. Los hombres gay codependientes tienen mayores miedos a establecer relaciones emocionales con otros y tienden a incurrir en prácticas sexuales más numerosas y probablemente más arriesgadas.

El Abuso del Alcohol y las Drogas Recreacionales: La Doble Epidemia

Es conocido que existen algunas situaciones que interfieren con la intención y decisión de una persona de realizar conducta sexual segura. Aparentemente el uso y abuso del alcohol y las drogas recreacionales es una de ellas (McCuster, Westenhouse, & Stoddard, 1990; Schifter & Madrigal, 1992; Stall, 1990). La literatura nos señala que las personas que utilizan alcohol o drogas tienen una tendencia mayor a incurrir en conducta arriesgada que aquellos hombres homosexuales que no las utilizan.

El alcohol y las drogas representan una situación que es necesario manejar en los procesos de prevención. La comunidad homosexual utiliza el alcohol y las drogas ya sea como medio para aminorar el efecto de la homofobia internalizada (Toro Alfonso, 1999; Schifter & Madrigal, 1992) o como medio de escape de las preocupaciones diarias (Soto, 1995). La lista de lugares de encuentro homosexual en Puerto Rico que giran alrededor del consumo de alcohol consta de por lo menos 16 bares sólo en el área metropolitana de San Juan (Alto al SIDA, 1990). Otros autores indican que existe una conexión directa entre los niveles de homofobia social que enajenan y rechazan a las personas

homosexuales, y la dependencia del alcohol y las drogas.

No existe mucha información científica sobre la utilización de drogas y alcohol en la comunidad gay de Puerto Rico. Sin embargo, la información anecdótica y las experiencias nos señalan que su consumo es inmenso y que de una forma u otra impacta las relaciones interpersonales, la conducta social y la conducta sexual de los hombres gay. Por otro lado, es muy conocido el alto consumo de alcohol en la comunidad puertorriqueña en general.

Testimonios de un sin número de personas nos muestran el impacto de la utilización de la cocaína, marihuana y alcohol en las vidas individuales de muchos miembros de la comunidad gay (Narración personal confidencial, 1993). Además, las estadísticas de los clientes de la Fundación SIDA de Puerto Rico reflejan que una cifra considerable de hombres gay que solicitan servicios, informa uso frecuente de drogas (Fundación SIDA, 1993). Otras investigaciones señalan que el uso de alcohol y drogas como estimulante para la actividad sexual es de uso común en algunos sectores de la comunidad gay puertorriqueña (Rivera, 1991; Toro Alfonso, 1990). Por todo lo anterior, para que un programa de prevención en Puerto Rico pueda ser adecuado a nuestra realidad, tiene que considerar la utilización del alcohol y las drogas como posibilidades de riesgo para la infección del VIH dentro del contexto de la realidad de los hombres gay en Puerto Rico y la relación del abuso de drogas con la homofobia.

La Conducta más Segura: Integración al Repertorio Sexual

La información más reciente nos indica que existe una nueva tendencia en la utilización de sexo no seguro en las relaciones sexuales entre hombres. Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades en Estados Unidos informan un aumento progresivo en los casos de gonorrea rectal entre hombres homosexuales (CDC, 1989). Se hace imperante la necesidad de desarrollar modelos de intervención que se dirijan a fortalecer la integración de conducta sexual segura en el repertorio sexual de los hombres de la comunidad gay en Puerto Rico.

Los resultados de algunas investigaciones sugieren que la conducta sexual segura está más relacionada con variables interpersonales y sociales que con atributos de personalidad o

conductas anteriores (Adip, Joseph, Ostrow & James, 1991). Esto significa que factores como la edad y el nivel de actividad sexual previo de la persona, no se correlacionan necesariamente con factores de riesgo. Se señala además, que en algunos casos los hombres que informan tener una sola pareja sexual tienen una percepción de riesgo menor a la real (McCuster, Zapka, Stoddard & Mayer, 1989).

Otros factores interpersonales parecen tener gran influencia (Odets, 1995). Todo parece indicar que los bajos niveles de asertividad y la poca capacidad de establecer límites en las relaciones interpersonales, tienen una tendencia a influir en la conducta sexual insegura. Además, se observa que aquellas personas que informan que en sus grupos de referencia o apoyo social no se estimula la conducta sexual segura, tienen una correlación mayor de conducta arriesgada.

El conocimiento del estatus serológico o el someterse a la prueba de anticuerpos para el VIH no correlaciona necesariamente con la reducción de conducta arriesgada o con el mantenimiento de la conducta segura. De hecho, algunas investigaciones reflejan que cuando las personas obtienen un resultado negativo, la post consejería tradicional no es suficiente para evitar que exista una tendencia a que aumente el nivel de riesgo de la persona (Otten, Zaidi, Wroten, Witte & Peterman, 1993).

Por otro lado, la percepción de autoeficacia (Bandura, 1991) y el apoyo social se han encontrado relacionados directamente con la reducción de conducta riesgosa. La autoeficacia para practicar conducta sexual segura está correlacionada con las barreras que se perciben. Se espera que una persona con un alto nivel de autoeficacia entienda que puede sobreponerse a las barreras que encuentra para lograr la conducta sexual adecuada.

El apoyo social se ha relacionado anteriormente con salud mental y física. Algunos hombres homosexuales seropositivos que han participado de grupos de apoyo han verbalizado el impacto positivo del grupo en su salud física y en sus estados de ánimo (Ortiz, 1992). Algunos estudios han correlacionado el apoyo, con conductas que promueven cambios saludables y normas sociales positivas que contribuyen a la reducción de la conducta sexual insegura en los miembros del grupo (Basen-Engquist, 1992).

EL MODELO DE CREENCIAS DE SALUD

El modelo de creencias de salud (Janz & Becker, 1984; Maiman & Becker, 1974) está compuesto de cuatro dimensiones de creencias o percepciones relacionadas con la conducta de salud de las personas. Estas cuatro dimensiones son (a) percepción de susceptibilidad a la enfermedad, (b) percepción de la severidad de la enfermedad, (c) percepción de los beneficios del cambio de conducta y (d) la percepción de las barreras al cambio en conducta.

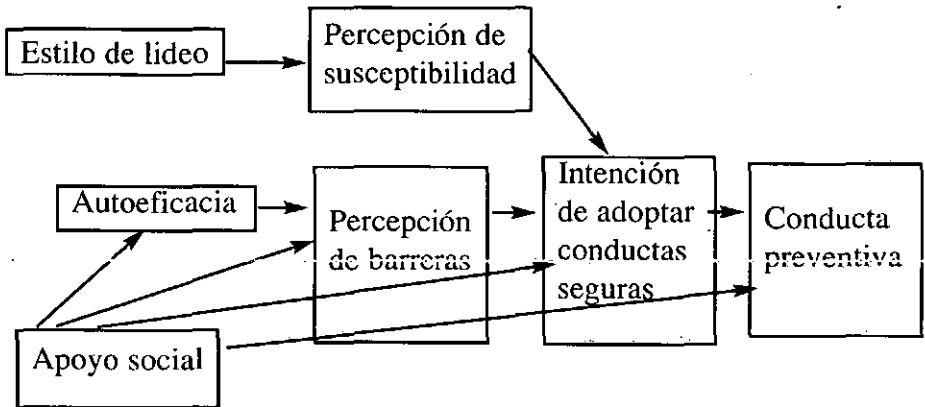
Este modelo puede utilizarse para desarrollar, junto a otros elementos, un marco teórico que sea útil para los programas de prevención para la infección del VIH en Puerto Rico. Se hace evidente la importancia de elaborar con la comunidad gay los niveles de susceptibilidad que perciben ante la infección del VIH. Para que las personas se muevan al cambio en comportamiento requerido para detener la epidemia, inicialmente deben tomar conciencia de su propio nivel de riesgo. Es decir, que cada hombre gay debe conocer que los niveles de seroprevalencia y el impacto de la infección en Puerto Rico lo colocan indefectiblemente en alto riesgo (Hays & Peterson, 1995).

Para que un programa de intervención tenga éxito, deberá entonces permitir en las personas participantes la toma de conciencia de esta realidad. Deberá además elaborar sobre el beneficio que tendría el revisar la escala de conductas sexuales para integrar en su repertorio sexual aquellas conductas que puedan ser eróticas y atractivas e igualmente seguras.

Todo modelo de intervención tiene que fortalecer la comunidad intervenida de modo que se valide el cambio sexual esperado. Debemos eliminar la posibilidad de que la misma comunidad se convierta en un obstáculo en el proceso de que sus miembros integren y elaboren sobre el sexo más seguro. Esto puede lograrse, sin lugar a dudas, desarrollando un modelo de intervención comunitaria. El mismo grupo de hombres homosexuales que participa de la intervención se convierte en una representación de la comunidad que hace un compromiso social de utilizar la conducta sexual más segura y detener la infección del VIH. Se genera la conciencia de que realmente toda la comunidad se mueve al cambio.

La Figura 1 puede ilustrarnos las variables psicosociales que predicen la adopción de conductas para prevenir la transmisión del VIH. Este modelo combina las teorías de Bandura (1991) con el modelo de creencias de salud para explicar los procedimientos que debe seguir el modelo de intervención comunitaria que sugiero en comunidades de hombres gay en Puerto Rico y en comunidades similares.

Figura 1
Variables Relacionadas al Cambio



IMPLEMENTACION DEL MODELO EN PUERTO RICO

El Proyecto "No lo dejes caer... Mantén viva tu Opción Sexual", como finalmente se le denominó, fue desarrollado por la Fundación SIDA de Puerto Rico y comenzó en julio de 1992. En ese mes se procedió a implementar el programa que originalmente se desarrolló en un proyecto piloto entre los meses de abril a junio de 1992. Durante la fase inicial del proyecto se desarrolló el marco conceptual, se probó la metodología de intervención y se revisaron los instrumentos. La intervención final quedó constituida de cuatro sesiones de tres horas de duración distribuidas durante un mes, con una intervención semanal. Siguiendo los objetivos trazados en el inicio de la intervención, se logró implementar un modelo culturalmente relevante para la comunidad de hombres homosexuales/bisexuales en Puerto Rico y a la misma vez se

expandió la intervención del área metropolitana de San Juan a la región de Ponce y Mayagüez; incluyendo participantes de pueblos pequeños del interior de la isla.

El esfuerzo realizado significó un promedio de 15 horas de intervención por cada grupo para un total de 95 horas en un periodo de 5 meses, distribuidos en meses alternos durante el año. Los talleres contaron con el apoyo de facilitadores, incluyendo voluntarios que participaron en los talleres iniciales. Para cada taller se realizaron un promedio de 150 contactos personalmente, por teléfono y por cartas para invitar a los participantes.

Cada uno de los participantes había tenido la experiencia de asistir a una actividad previa de prevención denominada "Conversaciones entre hombres..." con un promedio de duración de tres horas por actividad. Estas conversaciones consistían de un corto taller en grupo pequeño (tres a ocho participantes) en el cual se ofrecía información básica sobre el VIH/SIDA, se permitía la exploración del impacto de la epidemia en la comunidad, se desarrollaba una actividad sobre sexo más seguro y se invitaba a los participantes a mantener un compromiso de detener la epidemia. Esto seguía el modelo desarrollado por el *Stops AIDS* de San Francisco, según mencioné anteriormente (Alto al SIDA, 1989). Esto coloca la intervención de los talleres como una intervención de seguimiento al impacto de prevención recibido previamente en las "conversaciones".

De acuerdo al marco teórico desarrollado, se incluyeron en el taller sesiones participes alrededor de los temas centrales de autoestima y relaciones, uso y abuso de alcohol y drogas, sexualidad y cambio de actitudes para generar el cambio en comportamiento sexual. Cada taller estaba compuesto por diferentes sesiones de actividades generadoras de participación de modo que los hombres que asistían eran parte integral del desarrollo de la actividad. Se incluyó además una merienda como un estímulo adicional para la asistencia.

En el inicio del primer día de taller se incluyó un cuestionario que recababa la información demográfica y datos sobre la conducta sexual durante el año anterior al taller. Al mes de finalizado el taller, se repetía el cuestionario y de igual modo se buscaba un compromiso de los participantes para contestar nuevamente el

cuestionario al paso de seis meses de terminados los talleres. Esto tenía el objetivo de medir la permanencia de los cambios ocurridos.

Perfil de los Participantes

Para el taller "No lo dejes caer...", se utilizó un instrumento (Toro Alfonso, 1990) que nos ofreció información demográfica general de los participantes con los que trabajamos, además de explorar los patrones de conductas sexuales y las actitudes de esta población. Este instrumento se ofreció al comienzo y al final de cada taller (pre y post-pruebas) para medir la frecuencia de las conductas sexuales y las actitudes de los participantes. El propósito de la investigación era ver si había ocurrido algún cambio en las actitudes y en el comportamiento sexual de los participantes, y si se había logrado un aumento de conductas sexuales seguras al mismo tiempo que se reducían las conductas sexuales de riesgo.

Participaron en la intervención un total de 587 hombres de diferentes regiones de la isla: San Juan, Ponce, Mayagüez y Arecibo (Véase Tabla 1). El nivel de retención durante las cuatro semanas de la intervención fue de 99%. La mayoría de los hombres que comenzaron en la intervención participó de las cuatro sesiones del taller. Se obtuvo un 85% (479) de participación en el segundo cuestionario de post prueba. Los demás no lograron parearse o los contestados incompletos.

Tabla 1

Distribución de Participantes por Año de Intervención

Año	Participantes
1992-1993	137
1993-1994	179
1994-1995	271
Totales	587

Los resultados de la investigación demostraron que casi la mitad de los participantes eran hombres jóvenes; el 44% tenía menos de 29 años de edad. Al examinar los niveles de escolaridad notamos que un 43% de los participantes tenían una preparación menor a cuatro años universitarios y un 56% preparación superior al bachillerato y/o estudios graduados (Véase Tablas 2 y 3). Es interesante observar que los participantes de talleres al interior de

la isla resultaron tener los niveles más bajos de preparación académica en comparación con los del área metropolitana de San Juan.

Tabla 2

Edad de Participantes

Edad	F	%
Menos de 18 años	6	1
19-24	92	19
25-29	115	24
30-34	132	28
35-39	65	13
40 +	69	14
Total	479	992

Tabla 3

Nivel de Escolaridad

Escolaridad	F	%
Escuela Elemental	2	0.4
Escuela Superior	32	8
1er año Universidad	60	12
2er año Universidad	52	10
3er año Universidad	63	13
Bachillerato	172	36
Estudios Graduados	95	20
No contestó	3	0.6
Total	479	100

Utilizando el modelo de Kinsey (Bell, 1978) , se le pidió a los participantes que se ubicaran en términos de su orientación sexual: el 66% de los participantes se consideró "exclusivamente" homosexual (Véase Tabla 4) y 27% se ubicó como "predominantemente" o "mayormente" homosexual. Un 6% se ubicó como "bisexual". Este dato resulta interesante tomando en cuenta que los participantes de los talleres se reclutaron en diferentes lugares de la comunidad homosexual puertorriqueña: bares, discotecas, playas, y mediante contactos de amistades y conocidos del personal que trabajaba en el Proyecto de la Fundación SIDA. Esto coincide con otras investigaciones relacionadas a la diferencia entre conducta sexual e identificación

personal en comunidades latinas (Carballo & Dolezal, 1994; Carrier, 1992; Herdt & Boxer, 1995). Aparentemente, para los participantes, su conducta homosexual no necesariamente significa que se ubiquen como "homosexuales exclusivos".

Tabla 4

Ubicación en la Escala de Kinsey

Ubicación	F	%
Exclusivamente Homosexual	315	66
Predominantemente Homosexual	70	15
Mayormente Homosexual	57	12
Bisexual	31	6
No contestó	6	1
Total	479	100

La Conducta Sexual

Esta era sin lugar a dudas, una población sexualmente activa. Al comienzo del taller dos terceras partes de los participantes indicaron haber tenido una relación sexual con un hombre recientemente; la mayoría indicó que la había tenido "hacia menos de una semana". Al comparar el conocimiento que tenían los participantes en torno a la prevención del VIH con la práctica de conductas sexuales más seguras, 97% en la pre-prueba y 99% en la post-prueba manifestó saber que el "sexo más seguro" es una forma de prevenir la infección. Es importante notar que hubo un aumento de 59% a 70% en prácticas de conductas de sexo más seguro luego de la intervención.

El instrumento de investigación nos ofreció la oportunidad de categorizar conductas sexuales por nivel de riesgo: alto, moderado y bajo. Las conductas categorizadas de alto riesgo, se redujeron en su mayoría (Véase Tabla 5). El 48% indicó que anterior a la intervención había sido penetrado "a veces" sin condón, aunque 88% de los participantes tenía conocimiento de que el VIH se contrae por intercambio de semen.

Antes del taller, el 37% "nunca" se dejó penetrar sin protección; al final, esto aumentó a un 52%. En la penetración activa (el penetrar a otro sin condón) hubo un pequeño aumento en la frecuencia "siempre", de un 2% a un 10%, aunque la frecuencia "mucho" se redujo de un 10% a un 4%, lo cual pudiera implicar que el hombre que penetra no necesariamente se percibe a riesgo de

infección del VIH.

En las conductas categorizadas de riesgo moderado muchas se redujeron en frecuencia, luego de la intervención (Véase Tabla 6). Durante el mes de la intervención hubo un aumento en la frecuencia de conductas de bajo riesgo, aunque este no fue estadísticamente significativo. Se notó un aumento en la utilización de condones durante las relaciones anales. Antes de la intervención, el 10% siempre era penetrado con condón y el 6% siempre penetraba a otro con condón: posterior a la intervención aumentó a un 15% y un

Tabla 5

Conductas de Alto Riesgo

Conductas	Frecuencia en %							
	Nunca		A veces		Mucho		Siempre	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Te han penetrado analmente sin condón	37	52	48	38	10	5	5	5
Has penetrado analmente a otro sin condón	43	44	45	42	10	4	2	10
Has tragado semen	72	82	21	15	3	3	4	--
Te has venido en la boca de otro	41	62	54	34	6	4	--	--
Se han venido en tu boca	53	66	40	27	7	4	--	3

12% respectivamente.

Es importante notar que luego de la intervención 93% expresó sentirse atraído a conductas sexuales más seguras y 99% estaba interesado en aprender sobre ellas (intención de cambio). Aunque hubo un aumento de un 27% a un 36% en el número de participantes que dijeron abstenerse, también aumentó de un 15% a un 20% el número de aquellos que estaba en desacuerdo con la abstinencia sexual como una forma de prevenir el VIH/SIDA.

Trabajando la Autoestima

Esta intervención tenía como uno de sus objetivos examinar el impacto de las actividades dirigidas a la comunidad homosexual sobre el nivel de estima de los hombres que participaron en los talleres. Partimos de la premisa de que una de las razones que pudiera explicar el nivel de conducta sexual arriesgada es el impacto social de la homofobia en la estima de los homosexuales.

Obtuve una muestra de 87 participantes a quienes les administré

antes y después de la intervención, la escala de estima de Barksdale (1984) según traducida y adaptada a Puerto Rico. Los resultados demostraron un marcado aumento ($p < .05$) en los niveles de estima de los participantes luego de la intervención. Aparentemente la participación en los talleres, la socialización de la experiencia de represión social y la búsqueda en conjunto de alternativas seguras de expresar la sexualidad, tuvieron un impacto general en los niveles de estima de los participantes.

Tabla 5

Conductas de Riesgo Moderado

Conductas	Frecuencia en %							
	Nunca		A veces		Mucho		Siempre	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Has mamado el pene de otro	10	14	43	59	24	13	20	12
Dar besos negros (boca-ano)	33	40	50	49	14	9	2	10
Recibir besos negros (boca-ano)	23	39	70	48	7	8	--	--
Has metido los dedos en el ano de otro	33	42	56	49	11	8	--	--
Te han metido los dedos en el ano	29	40	63	51	7	7	1	3
Mamar el pene con hielo en la boca	66	61	26	37	7	2	1	--
Hacer el 69	20	33	52	48	20	13	8	7

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Es primordial reconocer que una intervención preventiva de un mes, es solamente el comienzo de un cambio duradero en el comportamiento sexual de aquellos que participan. Para internalizar una conducta sexual segura sin recaer en comportamientos de riesgo, es necesario crear actividades educativas en las cuales se puedan presentar destrezas y ofrecer apoyo a aquellos que ya comenzaron a desarrollar cambios en conducta. Sólo así lograremos reducir el número de nuevos casos con VIH/SIDA en la comunidad de hombres homosexuales en Puerto Rico.

Según examinado, para el desarrollo de un modelo de intervención para la prevención de la infección del VIH entre hombres homosexuales, es importante alejarse de los mensajes cargados de moralidad que tienden a reforzar los estereotipos y el sentido de culpa en la comunidad. El mismo debe desarrollarse

desde una perspectiva comunitaria incluyendo hombres gay como facilitadores y como modelos de la comunidad.

Los elementos de homofobia interna y las dificultades de autoestima, el sentido de autoeficacia, la codependencia y la intimidad deben incluirse en la intervención (Schifter, 1990). Estos elementos deben examinarse dentro del contexto de la utilización cultural del alcohol y drogas como mecanismos intervinientes y los impedimentos que representan para integrar una conducta sexual no arriesgada en el repertorio sexual de la persona.

Los participantes deben examinar su percepción de riesgo y reconocer el apoyo social de la comunidad para producir el cambio. Ese cambio sólo será posible en la medida que los miembros de la comunidad comprendan que la conducta sexual segura puede ser erótica y atractiva y que sustituye sin obstáculos la conducta sexual insegura.

Este tipo de intervención es una intervención de promoción popular que intenta a su vez reforzar y reafirmar la homosexualidad como una alternativa viable dentro del continuo de la conducta sexual humana. El objetivo final estará en fortalecer a la comunidad para que tome el control de su vida, en su salud y en los aspectos sociales, económicos y de participación comunitaria (Comité de Servicio Chileno-Cuáquero, 1993). Una comunidad fortalecida, organizada y consciente de su potencial de cambio social no podrá ser diezmada tan fácilmente por la infección del VIH (Leiner, 1994).

Este modelo pudiera ser útil en su aplicación a comunidades latinas en los Estados Unidos al igual que en comunidades caribeñas y latinoamericanas que comparten la misma herencia cultural que la comunidad gay de Puerto Rico. Las posibilidades de beneficio tienen que trascender la intervención tradicional de salud pública (Odets, 1995). Ese es el reto que nos ha impuesto esta epidemia.

Referencias

- Adip, M., Joseph, J., Ostrow, D., & James, S. (1991). Predictors of relapse in sexual practices among homosexual men. *AIDS Education and Prevention Journal*, 3 (4), 293-304.
- Alto al SIDA (1990). *Lista de lugares Gay en Puerto Rico*. Documento Inédito de Trabajo. San Juan, Puerto Rico: Fundación SIDA de Puerto Rico.
- Alto al SIDA (1989). *Manual de Proyecto Alto al SIDA para hombres hom/bisexuales*. San Juan, Puerto Rico: Fundación SIDA de Puerto Rico.

Bandura, A. (1991). Self-efficacy mechanisms in physiological activation and health-promoting behavior. En J. Madden (Ed.) *Neurobiology of Learning, Emotion, and Affect*. (pp.229-269) New York, NY: Raven.

Barksdale, L. (1984). *Self-esteem inventory*. New York, N.Y.: Barksdale Foundation.

Basen-Engquist, K. (1992). Psychosocial predictors of safer sex behavior in young adults. *AIDS Education and Prevention Journal*, 4(2), 120-134.

Bell, A. (1978). *A study of diversity among men and women*. New York, N.Y.: Simon and Schuster.

Betancourt, O. (1988, 20 de febrero). Estudio de seroprevalencia al HIV en Puerto Rico. *El Nuevo Día*, p. 7.

Carballo-Díeguez, A., & Dolezal, C. (1994) Contrasting types of Puerto Rican men who have sex with men (MSM). *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 6(4), 41-67.

Carrier, J. (1992). Miguel: A sexual life history of a gay Mexican American. En G. Herdt (Ed.) *Gay Culture in America: Essays from the Field*. (pp. 202-224). Boston, MA: Beacon Press.

CDC (1989). Trends in gonorrhoea in homosexually active men-King County, Washington. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 38, 762-764.

CLETS. (1985). *Hoja suelta de información sobre el SIDA*. San Juan, Puerto Rico: Centro Latinoamericano de Enfermedades de Transmisión Sexual.

Comas Díaz, L. (1985). Culturally relevant issues and treatment implications for Hispanics. En D. Koslow & E. Salett (Eds.) *Crossing Cultures in Mental Health* (pp. 31-48). Washington, D.C.: SIETAR International.

Comité de Servicio Chileno-Cuáquero (1993) *Abriendo puertas: Una aproximación a la realidad lésbico-homosexual de América del Sur*. Santiago, Chile: American Friends Service Committee.

Díaz, R. (1998). *Latino Gay men and HIV: Culture, sexuality, and risk behavior*. New York, N.Y.: Routledge.

Díaz, T., Buehler, J., Castro, K., & Ward, J. (1993). AIDS trends among Hispanics in the United States. *American Journal of Public Health*, 83(4), 504-509.

Fundación SIDA de Puerto Rico (1993). *Informe de clientes que solicitaron servicios en el año 1992*. Documento inédito. San Juan, Puerto Rico: Autor.

Fundación SIDA de Puerto Rico (1988). *Propuesta de Alto al SIDA*, sometida a la Robert Wood Johnson Foundation. Documento inédito. San Juan, Puerto Rico: Autor.

Hays, R., & Peterson, J. (1995). HIV Prevention for gay and bisexual men in metropolitan cities. En R. DiClemente, & J. Peterson (Eds.) *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions*. (pp. 267-291). New York, N.Y.: Plenum Press.

Herdt, G., & Boxer, A. (1995) Bisexuality: Towards a comparative theory of identities and culture. En R. Parker, & J. Gagnon (Eds.) *Conceiving Sexuality: Approaches to Sex Research in a Postmodern World*. (pp. 69-84) New York, NY: Routledge.

Herek, G. (1995) Psychological heterosexism in the United States. En A. D'Augelli, & C. Patterson, (Eds.) *Lesbian, Gay, and Bisexual Identities over the Lifespan*. (pp. 321-346). New York, N.Y.: Oxford University Press.

Isensee, R. (1998). *Growing gay in a dysfunctional family*. New York, N.Y.: Prentice Hall.

Janz, N.K., & Becker, M.H. (1984). The Health Belief Model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1-47.

Larsen, E. (1983). *Basics of co-dependency*. Brooklyn Park, Minn: E. Larsen Enterprises.

Leiner, M. (1994) *Sexual politics in Cuba: Machismo, homosexuality, and AIDS*.

Boulder, Colorado: Westview Press.

Maiman, L.A., & Becker, M.H. (1974). The Health Belief Model: Origins and correlates in psychological theory. *Health Education Monographs*, 2, 336-353.

Maldonado, M. (1998, abril). La epidemia del VIH/SIDA en la comunidad latina en los Estados Unidos. *Update: National Minority AIDS Council* (pp.1-7). Washington, DC: NMAC.

McCusker, J., Westenhouse, J., & Stoddard, A. (1990). Use of drugs and alcohol by homosexually active men in relation to sexual practices. *Journal of Acquired Immuno Deficiency Syndrome*, 3, 729-736.

McCusker, J., Zapka, J., Stoddard, A., & Mayer, K. (1989). Responses to the AIDS epidemic among homosexually active men: Factors associated with preventive behavior. *Patient Education and Counseling*, 13, 15-30.

Mock, G., & Martínez, W. (1995) *Sexualidad: Sus conceptos básicos*. San Juan, Puerto Rico: Editorial Cultural.

Morin, S. (1993). AIDS: Challenge to psychology. En L. Garnets & D. Kimmel (Eds.) *Psychological perspectives on lesbian & gay male experience*. (pp. 557-567). New York, N.Y.: Columbia University Press.

Odets, W. (1995) *In the shadow of the epidemic: Being HIV negative in the age of AIDS*. Durham, NC: Duke University Press.

Ortiz, R. (1992). Grupos de apoyo para hombres gay HIV seropositivos: Un estudio de caso en Puerto Rico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24 (1), 189-200.

Otten, M.W., Zaidi, A.A., Wrotten, J.E., Witte, J.J., & Peterman, T.A. (1993). Changes in sexually transmitted disease rates after HIV testing and posttest counseling, Miami, 1988 to 1989. *American Journal of Public Health*, 83, 529-533.

Parés-Avila, J., & Montano-López, R. (1994). Issues in the psychological care of Latino gay men with HIV infection. En S. Cadwell, R. Burnha, & M. Forstein (Eds.) *Therapist on the Frontline: The Challenges of Psychotherapy with Gay men in the Age of AIDS*. (pp. 339-362) Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

Puerto Rico AIDS Surveillance (1999). *Informe de vigilancia del Departamento de Salud*. San Juan, Puerto Rico: Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

Rivera, C. (1991). *Factores de riesgo asociados a la seropositividad al HIV en prostitutas homosexuales o bisexuales en el área de San Juan, Santurce y Río Piedras*. Tesis de Maestría. Escuela de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.

Rotheram-Borus, M.J., Rosario, M., & Reid, H. (1992, julio). *Reducing sexual risk behavior among gay/bisexual male adolescents*. Cartel presentado en la IX Conferencia Internacional sobre SIDA. Amsterdam, Holanda.

Schifter, J. (1990). *Codependencia: Parte del Modelo Holístico para la prevención del SIDA*. San José, Costa Rica: Asociación de Lucha contra el SIDA. Inédito.

Schifter, J., & Madrigal, J. (1992). *Hombres que aman hombres*. San José, Costa Rica: Ediciones Ilep.

Schifter, J., Madrigal, J., & Toro Alfonso, J. (1999). *Ojos que no ven: Homofobia y psiquiatría*. San José, Costa Rica: Editorial ILPES.

Silvestre, A., Kingsley, L., Wehman, P., Dappen, R., Ho, M., & Rinaldo, C. (1993). Changes in HIV rates and sexual behavior among homosexual men, 1984 to 1988/92. *American Journal of Public Health*, 83(4), 578-580.

Singer, M., González, W., Vega, E., Centeno, I., & Davidson, L. (1994). Implementing a community based AIDS prevention program for ethnic minorities: The Comunidad y Responsabilidad Project. En P. Van Vugt (Ed.) *AIDS Prevention and Services: Community Based Research*. (pp. 59-92). New Haven, Conn: Bergin & Garvey.

Smalley, S. (1992). The range of definitions of codependency. En A. Wilson Schaef (Ed.) *Co-Dependency: Misunderstood-mistreated*. (pp. 57-70) New York, N.Y.: Harper Collins Publishers.

Soto, T. (1995, junio). *Specific HIV prevention issues for gay and bisexual Hispanic/Latino men*. Paper presented at the HIV Prevention Research Development Meeting, Washington, DC.

Soto, T., Luna, N., Sherman, M., & Sherer, R. (1992, julio). *Psychological variables of sexual behavior in inner city gay and bisexual HIV infected Hispanic men*. Cartel presentado en la IX Conferencia Internacional sobre SIDA. Amsterdam, Holanda.

Stall, R. (1990). The prevention of HIV associated with drug and alcohol use during sexual activity. En L. Siegel (Ed.) *AIDS and Substance Abuse*. (pp.73-87). New York, N.Y.: The Haworth Press.

Subby, R.(1984). *Co-dependency: An emerging issue*. Miami, Florida: Health Communications.

Toro-Alfonso, J. (1999) Identificando al opresor que llevamos dentro. En J. Schifter, J. Madrigal, & J. Toro-Alfonso (Eds.) *Ojos que No Ven: Homofobia y Psiquiatría*. (pp. 211-223). San José, Costa Rica: Editorial ILPES.

Toro-Alfonso, J. (1992). *La Codependencia y sus implicaciones para la intimidad: Una reflexión inicial*. Documento inédito.

Toro Alfonso, J. (1990). *Evaluación de modelos psicoeducativos para la prevención de la infección del VIH en un grupo de hombres homosexuales en Puerto Rico*. Disertación Doctoral. Centro Caribeño de Estudios Postgraduados, San Juan, Puerto Rico.

Adolescence and AIDS in Jamaica

Lincoln Williams¹

University of the West Indies, Jamaica

Abstract

Intervention strategies used by health authorities in Jamaica to battle AIDS are described and analyzed in this article. The National Control Program of the Jamaican Ministry of Health is presented and contextualized socially, economically, culturally and epidemiologically. This effort includes two preventive media campaigns, a telephone hotline, a training program for service providers, a public relations campaign, and an individualized effort in rural areas. Results of a qualitative study about AIDS among adolescents are presented. Finally, diverse prevention strategies for this population are discussed.

Compendio

Describo y analizo en este trabajo las estrategias de intervención utilizadas por las autoridades de salud jamaicanas en el manejo del SIDA. Partiendo del contexto social, económico, cultural y epidemiológico presento el Programa de Control Nacional del Ministerio de Salud de Jamaica, incluyendo dos campañas preventivas en los medios de comunicación, una línea telefónica de ayuda, el programa de adiestramiento de proveedores/as de servicio, una campaña de relaciones públicas y una campaña individualizada en la zona rural. Presento los hallazgos de un estudio cualitativo sobre SIDA llevado a cabo con adolescentes. Finalmente, discuto una diversidad de estrategias de prevención para esta población.

Key Words: Prevention; HIV/AIDS; Jamaican adolescents

Palabras claves: Prevención; VIH/SIDA; Adolescentes jamaicanos

This paper seeks to describe and analyse the intervention strategies adopted by the Jamaica Health Authorities in dealing with the threat of AIDS. Although the paper will focus on adolescence and AIDS, such an analysis has to be located in the wider debate about how society responds to the threat of

¹ To contact the author write to Office of the Deputy Vice-Chancellor, The University of the West Indies, Mona, Kingston 7, Jamaica.

AIDS. After some general introductory remarks about the issues and themes raised, I shall look at the specific context of adolescence followed by the demographic, economic and social context in which the debate about AIDS occurs in Jamaica. This will be followed by a look at the epidemiological profile of the syndrome in Jamaica and a summary of the interventions that have been implemented. After examining the research data on sexual behavior, I shall conclude with some suggestions for improving the effectiveness of future intervention strategies.

ISSUES AND THEMES RAISED: POVERTY, VALUES, ATTITUDES AND CULTURAL PRACTICES

One of the major themes of this paper is that HIV/AIDS forces us to confront some of the most deeply held values and deeply seated structural problems in our society. I want to argue that one of the latter, is the existence of persistent and inter-generational poverty. This point is reinforced in a very illuminating paper produced by UNICEF's Caribbean Area Office (CAO, 1995). The authors point out that such factors as values, attitudes and parenting skills can usefully be seen as "Social Stock Variables" which can cushion the effects of short-term recession on peoples' lives. Such social stock variables, they argue, change very slowly over time. One of the major factors of change is prolonged economic crisis. As the authors put it:

The poor have been living in an untenable situation for such a long time in Jamaica, they have had to adopt short-term coping strategies which help them deal with the crisis of the moment, and as a result, they develop survival systems that often constitute barriers which isolate them from society (UNICEF CAO, 1995).

Thus, short term coping strategies such as violence and the commodification of sex are now the norm and as Brown and Chevannes (1995) point out in their study of gender socialisation in the Caribbean: "New values in some sections of our society have been formed that re-define right and wrong in terms of necessities of survival". It is the development and generalisation of these new

values which constitute a formidable barrier against the success of intervention strategies for combatting the spread of AIDS in Jamaica.

In addition to the above factor, the issue of AIDS forces us to look at such issues as:

- (a) child rearing practices and how parents do or do not deal with their children's sexuality,
- (b) the distribution of power between men and women and how this plays out in the sexual arena. In this context we should take note of Foucault's (1988) point that sexuality is one of the means through which power is exercised in society. He also points out that power relations are the best hidden things in the social body. Here it is interesting to note that research about sexual behavior in Jamaica shows that it is still men who determine whether or not a condom is used in a heterosexual relationship.
- (c) how norms and values are established, developed and changed in our society.
- (d) the distribution of income poverty, and the impact of economic policy.
- (e) the ways in which society finally scapegoats minority groups. This should in no way surprise us because: "The fear of AIDS has then supported the extension of social and institutional control over social and sexual behavior, and the marginalisation or harassment of those whose behavior falls outside socially defined acceptable practice" (Holland, Ramazanoglu & Scott, 1990, p. 10).

This point is well expressed in the Jamaican context, when members of the gay community proposed a march in 1993 in support of proposed legislative change which would decriminalise homosexual acts between consenting adults. They had to cancel the march because of the threat of violence from gunmen and other "decent" members of society.

Why Focus on Adolescence and AIDS?

First of all, with effective preventive interventions, we can save

lives; this is not a case of prevention being better than cure; as yet there is no cure. Secondly, we know that adolescence itself is a period of risk taking, of crisis and of experimentation, possibly with drugs and definitely with sex. It is not surprising therefore, that adolescents (the 13-19 age group) are disproportionately represented in high risk behavior groups such as: (a) Sexually Transmitted Disease (STD) clinic attenders, (b) commercial sex workers, (c) substance abusers, and (d) those with multiple sex partners.

Thirdly, available data shows that high STD's contribute to the spread of HIV infection and given that adolescents are overrepresented in the incidence of STD's, then they are proportionately at greater risk of HIV than other age groups. For example, in relation to syphilis sufferers, the 15-18 age group accounted for 15% of all siphilis cases although they represented only 8% of the total population. In relation to gonorrhoea they accounted for 22% of cases. Fourthly, adolescence is the period in which sexual behavior patterns are being established, thus adolescents need to be made aware of these risks from a very young age. Ironically, it is extremely unlikely that an adolescent just embarking on a sexual career, in the Jamaica context, will become HIV infected - thus the greatest risk lies in the impression that sexual intercourse is a hazard free activity. The fifth reason for focusing on this age group is that, given the long incubation period, it is becoming clear that an increasing proportion of those now being diagnosed as HIV positive, must have contracted the virus during their adolescence. This point is amplified by the Administrator of USAID, Brain Atwood, when he points out that:

HIV is now targeting adolescents. The largest number of new infections is occurring in the 15-to 25 year old age group, and this is true in both developed and developing countries (The Gleaner, 24/8/95).

Let us examine the macro social factors that set the context in which Jamaica is attempting to deal with the threat of AIDS.

Demographic Context

Jamaica has a population of some 2.5 million people with an annual population growth rate of 1.4%. Fifty two percent of the population resides in urban areas. The Kingston Metropolitan Area, its capital, has a population of some 533,000 people which represent 26.5% of the total population.

Jamaica is ranked as the 33rd most densely populated country in the world, with a population density of 587 people per square mile. Internal migration and the rate of urban growth is occurring at a moderately high rate of 2.5% per year.

The total fertility rate has remain unchanged at approximately 3 children per woman between 1989 and 1993. The overall population growth rate is 1.1% for 1994. Thus, Jamaica's Index of Fertility Transition (IFT), which measures how far a country has come between a maximum rate of 8.5 children and a replacement level of 2.1, is 88%. This means that Jamaica has completed 88% of the move from a high fertility country to one with replacement fertility. One of the implications of this fact is that Jamaica has a very young population; 32% of its population is under fourteen (14) years of age and twenty-five per cent (25%) of its workforce is under 25 years old.

Economic Context

Described as a developing country, the mean annual per capita consumption expenditure in 1992 was approx. \$JA 17000=500 US\$. This data was produced in 1994, based on the Survey of Living Standards completed in 1992. The minimum wage is JA\$500 per week (equivalent to US\$15). The per capita income is 52,000 JA\$ (or 1,400 US\$). The average rate of inflation for 1994 was 35.1%. The point to point rate was 26.7%.

The unemployment rate is 15% of the total labor force. Male youth unemployment, that is men under 25, was 36.7% and female youth unemployment was 63.3%; 43.7% of households are headed by females.

Jamaica has one of the most unequal distributions of income in the world, with the poorest quintile of the population accounting for

6.5% of the national consumption expenditure while the wealthiest quintile accounts for over 45%, seven times as much. Though the data is debatable as the poverty line has been redrawn to concur with publication of data since 1992; the Planning Institute of Jamaica (PIOJ) argues that some 28.2% of the population are under this very low poverty line; 61% of this 28.2% are below 25 years old.

Thus, the economic context in which the country is attempting to deal with the impact of AIDS is a very stressful and constraining one. It would be true to say that Jamaicans have many other more pressing problems of survival on their minds. AIDS is way down on their list of priorities.

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE: PREVALENCE OF AIDS

The first AIDS case was officially confirmed in Jamaica in 1982. In the first five years all diagnosed cases were men, the first female was diagnosed in 1987. The most recent figures released by the Epidemiology Unit, located in the Ministry of Health (MOH) (Hamilton, et al, 1995), revealed that there were some 1,137 reported cases of AIDS in Jamaica of which 60.9% are male and 39.1% female. Another 10,000 persons are believed to be HIV positive.

A total of 359 cases of AIDS were reported in 1994 (200 males and 159 females) representing a 52% increase over 1993, when 236 cases were reported. Of the total numbers of reported AIDS cases, since 1982, 607 have died, including 53 children. The highest incidence of AIDS is in the 30-39 age group (which accounts for 33% of reported cases). If we combine this with the fact that 65% of the Jamaica population is under 30 years old, the implications for the spread to the younger generation is self-evident. Fifty three cases of AIDS in children had been reported, representing 8% of the total number of AIDS cases for the island in 1993.

Incidence rates for HIV/AIDS and STDs are highest in the parish of St. James, which contains the second city, Montego Bay (91.4 per 100,000 compared to national average of 41.1 per 100,000). Montego Bay is also the tourist capital of Jamaica. The link between tourism and HIV/AIDS appears to be a key one, in the Jamaica context, and suggests that the virus is becoming one of our fastest growing imports.

The data therefore, still shows that in 1995 Jamaica qualified as a low prevalence country. The prevalence rate was estimated at 0.125% of the total population and the epidemiological pattern was primarily heterosexual. This immediately highlights a major problem in developing a prevention strategy. The public, as well as individuals, do not perceive AIDS as being a major problem; it certainly is not perceived as a crisis.

Despite this relatively low prevalence rate in Jamaica, AIDS could have a devastating impact on the country's health service, its economic and political institutions. This latent crisis could become manifest if the so far stable rates of HIV within the general population grow as they have among individuals engaged in high risk behaviors in selected groups of Jamaica's population. High risk behavior groups include: (a) STD clinic attenders, (b) CSW's (Commercial Sex Workers), (c) adolescents (crack/cocaine users, "beach bags"/male escorts), (d) adults with multiple sex partners, (e) ICI's (Informal Commercial Importers) or hagglers, (f) workers in tourist sectors, (g) migrant farmworkers, and (h) homosexual/bisexual communities (such as those in prisons).

Sexually Transmitted Diseases (STDs)

International research has shown that a high incidence of STD's contributes to increased spread of HIV infection. It for this reason that high incidence of STD's in Jamaica continues to be major concern.

The Ministry of Health estimated that some 250,000 cases of STD occur annually of which one per 1,000 is due to HIV. The major STDs are chlamydia (known as nongenococcal urethritis) and cervicitis, gonorrhea and syphilis. Gonorrhea and syphilis were responsible for over 70% of all deceased from 477 and 94 per 100,000 population respectively in 1993 to 425 and 81 in 1994. Chlamydia however increased from 460 to 489 per 100,000 over the same period.

Studies conducted in 1986 and 1990 at the Comprehensive Health Center in Kingston, which is the main STD center on the Island, showed that the prevalence of HIV among Sexually Transmitted Diseases Clinic Attenders (STDCA) increased 10-fold from 0.3% to 3.2% in the intervening four years. More recent studies show

that HIV prevalence among STD attenders in Kingston was 3.1% in 1990 and 4.3% in 1993. A similar study at the Montego Bay clinic showed HIV prevalence among STD repeaters to be 10%. Research also indicated that the prevalence of Genital Ulcer Diseases (GUD) such as genital herpes, virtually doubled from 7% to 13% between 1980 and 1992. Given that GUDs are perhaps the most significant STD factor in the transmission of HIV then concern is well justified.

Given the island's large commercial sex industry, high rates of alcohol and drug abuse, substantial numbers of migrant labourers and high rates of STDs, the potential for an explosion in HIV infection throughout the island's population is evident. There is also no reason to assume that the current stable rate, seen in the general population, will continue to hold in the future.

INTERVENTIONS: EVALUATION OF THE NATIONAL HIV/STD CONTROL PROGRAMME

The National Control Programme was established in 1987. The Programme is located in the Ministry of Health, under the aegis of the Epidemiology (EPI) Unit, which remains the principal initiator of policy and strategies for epidemic control. The elements of the programme consist of: (a) surveillance, (b) laboratory facilities, (c) control of STDs, (d) counseling, and (e) health promotion, management and evaluation/research. The Ministry of Health's STD programme pre-dates the AIDS threat, and therefore facilitated the integration of AIDS control into the overall control of STDs. This integration was underscored by changing the name of the programme from AIDS Control to HIV/STD Control Programme in 1989. This, however, was not only a name change but signalled the growing emphasis on STD control. The name change also signalled a greater emphasis on HIV and the point of infection, rather than on AIDS.

Content of the Programme

The first stage

As with AIDS programmes, the initial approach was to inform the public about the threat of AIDS. Most messages used fear as the

motivating factor. This was described as the "AIDS kills campaign".

The initial campaign attempted to strike a balance between getting the public's attention, providing information, addressing specific myths that were forming about AIDS and stressing prevention (Dr. Peter Weller, personal communication).

The reaction to the first set of campaigns was to deny the presence and possible impact of AIDS. The explanation Dr. Weller puts forward for this was that campaign was essentially based on the United States experience with AIDS, namely that it had a high prevalence and that it was concentrated in, and confined to, the homosexual community. This resulted in the fact that most heterosexuals did not see the personal risk and relevance of AIDS. The first campaign ran into one of the almost impregnable cultural blocks existing in Jamaica society in relation to sexual behavior and sexuality. The prevention message stressed (a) abstinence, (b) mutual monogamy, and (c) use of condoms, when years of previous education have led to the belief that condoms are contraceptives, not barriers against AIDS.

The second stage

This stage is still focused on getting facts across but the approach shifted from the mass media to a more interpersonal approach based on an AIDS/STD Help line (i.e. access to sound information) and a Speaker's Bureau, which aimed to provide trained personnel to speak at public meetings. Also, in this stage the aim was to promote social dialogue within the family and other important institutions such as the church, schools and caring professions.

Of particular interest is the **Training the Trainers Programme**. Care workers and volunteers were taught counselling techniques and information so that they could go out and teach other counsellors. The emphasis was on experiential teaching methods. The Programme was not as successful as it could have been because it lacked clarity in the role and function of counselling; many of the participants were there because of seniority and political connec-

tions and lacked the appropriate attitude and aptitude.

The AIDS/STD Hotline was established early in 1992. The line received 4,152 calls in 1994. During the public relations campaign, use of the hotline increased which indicated that at least, at the personal level, individuals were becoming concerned about HIV/AIDS. As soon as the public campaign ended calls declined.

In general, the above services were under-utilized because society was still in a phase of "communal denial".

The third stage

This stage was informed by two lessons learned from previous stages. First, of all the preventive behaviours, condom use was the most acceptable because in fact many Jamaicans were already using the condom in at least some of their sexual relationships. Secondly, there was a need to identify, establish and promote certain norms which could be used as reference points for future interventions.

At this stage a **professional public relations** company was brought in. It helped to: (a) highlight progress and work done by the unit, (b) recruit volunteers, (c) promote the idea that HIV/AIDS was not just a health problem but had implications for all social, political and economic institutions, and (d) educate programme staff in public relations techniques. The focus of the public relations campaign was to promote prevention behaviours:

- keep on keeping it on-using condoms is the way to live and to promote norms:
- promotion of prevention norms: using a condom was portrayed as the norm by showing that everyone from all spheres and classes were condom users.

The Mass Media Campaign was supported by a "face to face" campaign which sought to take the message deep into the rural areas. This was implemented by a cadre of locally respected outreach workers, trained in counselling and facts about HIV/AIDS. This is now the programme that is being emphasized. Areas with high incidence of STD are identified and teams are being sent in to sensitize the whole community to the problem of HIV/STD, using

a variety of experiential methods. This community based model, has recently won the praise of the Commonwealth Secretariat, who will be recommending it to other low incidence countries in the Caribbean for development of care for those suffering from HIV/AIDS.

Lessons Learned from the Campaigns

We learned four main lessons from these campaigns: (a) people became aware of HIV/STD in waves, so information campaigns have to be repeated on a regular basis, (b) high risk behaviour groups must be targeted, (c) we must continue to link HIV and STD but we also need to be aware of the counter logic used by some young people, namely that STDs are a normal part of sex. As Dr. Weller puts it: "We need to ensure that AIDS fears transfer appropriately to STD, and not STD casualness to AIDS"; and (d) a comprehensive and integrated community approach entails a partnership between government agencies, NGO's and the private sector. This partnership has been operationalized through the formation of a national committee, **Association for the Control of Sexually Transmitted Diseases**, to oversee the development and implementation of intervention strategies.

ADOLESCENCE AND AIDS: KNOWLEDGE, ATTITUDES, BELIEFS AND PRACTICES

As pointed out above, our concern is premised on the fact that adolescence itself is a period of risk taking, of crisis and of experimentation. If we looked back honestly on our adolescence, I am sure many of us would regard ourselves retrospectively as high risk behaviour individuals. Let us turn to the data on Adolescence and AIDS gathered in Jamaica (Boxhill, 1993), and explore what the research shows us.

Knowledge of HIV/AIDS and Perception of Personal Risk

A summary of research data shows that adolescents' knowledge of HIV/AIDS, in Jamaica, is very high. The Barbadian data also supports this view.

In terms of the awareness of AIDS, 97% of the sample in the Hope Enterprises research in 1994 were aware of AIDS. Sixty one

percent knew that a healthy looking person could be HIV infected, approximately a third (37%) had heard information on AIDS in the last month and 14% said that they knew someone with the disease.

More importantly, 66% of adolescents had an appropriate perception of risk of becoming infected and 60% males and 72% females gave a realistic perception of risk in terms of their reported behaviour. Their definition of the appropriate perception of risk was based on respondent knowledge and their reported behaviour, for example:

- not at risk because they were not having sex or frequently use condoms, and
- those who said they were at risk because they did not use a condom.

Indeed 70% of adolescents in the sample could identify two means of HIV transmission and two prevention strategies. We need to note, however, that this was prompted knowledge and it is still of concern that approximately 25% of sample could not even identify one preventive practice. The means of prevention most mentioned (unprompted) was condom use (52%) followed by abstinence (14%) and having one partner (9%).

Though the majority of adolescents are aware and knowledgeable about HIV/AIDS, there is still a sizeable minority believing that having a good diet, avoiding public toilets, not touching or sharing food with HIV infected persons and avoiding mosquito bites were ways in which people could protect themselves from AIDS. Those beliefs may go some way to explaining the social stigma being experienced by persons infected with HIV in Jamaica. These beliefs are more prevalent in the rural areas. It is also interesting to note that most adolescents (65%) in the sample were not at risk from HIV because they were not having sex.

Sexual Behaviour and Condom Use among Adults

Unskilled and unemployed males have the highest rates of condom use and professional men the lowest. Wyatt et al (1994, in Hamilton, 1995), having examined the use of other forms of contraceptives, concluded that professional men practiced unsafe sex

to a higher degree than any other group. This finding is contrary to the general stereotype of the uneducated lower status males as the irresponsible 'studs' who are careless about fathering children.

Adult knowledge about how HIV is transmitted through sexual intercourse was "almost universal in the adult population". Eighty percent of the adult population also knew that it could be transmitted through blood transfusions and the sharing of hypodermic needles. However, there are still a number of myths about AIDS which give cause for concern. Three examples are worth noting, they are: (a) men cannot get AIDS from women, (b) only homosexuals get AIDS, and (c) having sex with a child or virgin is one method of curing STDs. There is a much lower level of knowledge about STDs than about HIV/AIDS.

Women are at risk from HIV and other STDs largely because of the sexual behaviour of their male partners and their limited use of condoms. There are also cultural factors at play here, since men believe that they have a right to have many sexual partners. Here we are immediately confronted with the difficulties of changing behaviour because in order to bring about a change in this situation you not only have to bring about a change in fundamental cultural attitudes but it is absolutely critical to tackle the power relationship between men and women. As we all know this is extremely difficult to do.

Condom Use and Access

Hope Enterprises (1991) performed research on this topic and found that adolescents are well disposed to using condoms after they have initiated sex, but were willing to have unprotected sex initially through fear of accessing condoms. Thirty four percent reported that they could access a condom but did not feel the need to do so. This compares unfavourably with 65% of the sample who reported that they could not access a condom, did not know about them or how they were to be used.

Almost half (42%) of the sexually initiated had used a condom at some time and 30% had used one the last time they had sex. Among the sexually initiated, 16% used a condom every time they had sex, 10% claim to use one most times, 3% occasionally, 6% rarely and 57% have never used one.

Condom use reflects power relationships even at this early stage of sexual development. While a greater proportion of females report using a condom the last time they had sex, females were not the main initiators of condom use. Indeed, 70% of the boys' compared to 36% of the girls who used a condom on the last occasion, initiated condom use. Thus, the foundations for the traditional male roles are still being laid in these experimental relationships.

In contrast to adult perception, adolescents displayed a greater tendency to take responsibility for their protection, and defined their exposure to risk of infection based on their own behaviour, and not that of their partner. Adult women tended to leave the decision of condom use up to men, and most men in their regular relationship, chose not to use one.

Initiation of Sex

By age 14, 35% of the sample in the Hope Enterprises study (1994) had initiated sex. By age 12, 21% had initiated sex and 11% had done so before the age of 10. Breaking this down in terms of gender, 58% of the boys as compared to 11% of girls had initiated sex before the age of 14.

Most respondents in the Hope enterprises study (and this data is consistent with other studies) reported that their first sexual experience occurred with a sex partner of their own age and approximately half (46%) reported that the desire for sex was mutual at the time of initiation. Some (11%) reported that they had been forced into having sex. It is interesting to note that 48% felt that it was the norm to initiate sex between the age of 10 and 14. Thirty five percent of the sexually initiated reported having one, and 31% two, or more partners. Boys reported having more than one partner: 18% reported having more than two sexual partners in the last 12 months, whilst no girls reported having more than two partners during the same period. It is important to note that unlike the adult population, a sizeable minority of adolescents who had initiated sex were not necessarily continuously sexually active. Only 66% had one or more partners in the last 12 months.

Reasons for Not Using Condoms

Reasons for non use of condoms in the Hope study in 1994 can be seen in Table 1:

Table 1

Reasons for not Using Condoms

On the last occasion of sexual intercourse		Have never used condoms	
Reason	%	Reason	%
No condoms available	41	Condoms were only made full grown penises	27
Condom did not fit, or they did not wish to use it	12	Access problems including fear of purchasing and lack of knowledge about where to purchase	24
Did not have money, Did not know where to purchase, "Sex with main partners, Trusting partner and Partner not wanting use	9	No reason	16
Did not know about AIDS or condom use	6	Did not know	8
		Lack of still	7
		Did not know about AIDS	4

Sources of Information on AIDS

Thirty seven percent of the Hope Enterprises sample reported that they had heard about AIDS within the last month from the following sources: T.V. (34%), school/teachers (26%), radio (16%), newspapers (13%), peer groups (13%), relatives (13%), MOH workers (7%), and the church (2%).

GENERAL FINDINGS FROM DIFFERENT RESEARCH METHODOLOGIES

AIDS in Context of Other Life Threatening Risks

The data emanating from quantitative research methods needs to be examined with caution and contextualized by the findings emanating from qualitative research. As pointed out above, Hope Enterprises carried out ethnographic research on Adolescence and AIDS in 1991. Again the sample consisted mainly of adolescents from lower socioeconomic groups. The research was carried out in 1990 and included 97 adolescents.

Qualitative research informed that there was high awareness, and

knowledge about AIDS. The young people in the sample knew that AIDS was fatal, they knew how it was transmitted and how it could be prevented. In summary, what the research demonstrated was that this knowledge had very little impact on behaviour, because it was superficial. Except for the better educated adolescents in the sample, for most, AIDS was an abstract problem that did not pose an immediate threat to them because it was mainly *Licky licky* people (i. e. homosexual) that get AIDS. For them you could easily recognise a person with AIDS (PWA) because "her skin cracks up and bus up, she dried up and worm eaten" (Respondent from the 1991 Hope Enterprises study:15). They 'know' that a PWA 'stay bad' and anyone who say otherwise is telling a lie.

There were also fears that AIDS could be caught by someone spitting on you, by using the same utensils as a PWA. Thus AIDS could be caught by other normal daily activities and not only sexual activities. They thought they were in a no-win situation and if this was the case then you might as well catch AIDS doing something that you like doing and can't help doing anyway.

What is even more striking, however, is that even though these young people saw AIDS as a killer disease, for them it was just another threat to their lives and it was not the most immediate threat. As pointed out by the authors of the 1991 Hope Enterprises report:

They must deal with even more immediate and present challenges and threats of death. As the poor in the society, living in need and hustling to survive, they see themselves as being more threatened by the gun, stabbings and disfiguring from acid and dismemberment. Their ghettos produce these daily, they are afraid of becoming the next victim. They have seen fathers, other relatives, acquaintances and friends fall prey to these deadly and equally gruesome acts. AIDS therefore, leaves them undaunted. Their focus must be on surviving against the most inhospitable and unlikely odds which are far less real in middle class environments (1991: p. 17).

Awareness of Prevention

Although the majority of young people in the sample used the three basic methods of prevention, there are tremendous cultural barriers to their use. In relation to use of condoms, they principally see them as a contraceptive method, demonstrating the excellent job of the Jamaica Family Planning Association in promoting the condom principally for contraception.

However, if a girl is thought to be using contraception, a boy will not see the additional need to use a condom:

Girls that ask you to use it (condom) are not against AIDS but pregnancy because a lot of them have sisters that drop out of school

or

Some of the girls are on birth control so you don't have to use it (Hope Enterprises 1991:21).

Boys do, however, use condoms when they are going with a girl whom they think is promiscuous. As the authors of the report above point out:

Condom enables them to deal with very promiscuous girls who they see as unclean but capable of giving heightened pleasure due to experience (p. 20).

As one respondent puts it:

You woulda mad fe deal without you boots on (1991, p. 20).

or

If hear that the girl is a mat, no way I am going to have sex without my condom (1991, p. 26).

This attitude is undermining another strong macho element in our country, namely, that catching STD is a proof of one's manliness and indeed if you did not catch one some time in your life then you were much less of a man. We need to deal with this aspect in future campaigns. However, this does not alter the fact that there is fear

about catching more well known STDs rather than being infected with HIV.

The second prevention strategy, sticking to one sexual partner, also comes up against similar cultural barriers which are exaggerated in the youth culture. The apparent parental policy of "tying the heifer and letting loose the bull" is still very much in operation. In terms of youth culture you are not a 'man' unless you can boast about the number of girls or baby mothers that you have. As one young man in the study puts it:

You don't have to one dozen girls but you have to prove yourself (p. 19).

Showing some understanding of this situation a young woman points out that:

It is not they (men) don't respect you (women), they respect you but is style, they feel they are left out if their name not called with more than one girl (p. 19).

Thus there are very strong, general and specific peer pressures on young men to have more than one sexual partner.

The third option, abstinence, is not even entertained as serious. It should be noted here that this also holds for males in the higher socioeconomic status that have a much lower mean age for first sexual intercourse (12.8) than males of the lowest social status (14.4 years).

Parenting in Lower Socioeconomic Communities

In this section I have drawn on data from the unpublished report of a study by Brown and Chevannes (1995) undertaken in 6 Caribbean communities, 3 of which are in Jamaica, two in Guyana and one in Dominica.

Many Caribbean parents (in the communities studied at least) have therefore, nearly abdicated their responsibility to prepare their children for their sexual roles and function, feeling increasingly incapable of such a confusing and daunting task. (1995, p.75)

There is a general feeling that they cannot stop their children from early initiation into sex, as one mother puts it:

If a girl want to go out there and make love to a guy, the father, the mother can't stop that. No care how you say you lock up the gate!(p. 78)

A father reinforces this when he says:

Now look 'pon my little daughter. I'm sending her to school; she fail her exam and pass her pregnancy test. I don't like those things!!! (p. 80)

It is not only a feeling of desperation that they have lost control but also a resignation that even if they had control they would not know what to say to their children in preparation for their sexual roles as adults. As one parent put it:

So when you tell children nowadays don't, what do you tell them to do? (p. 80)

When asked how they themselves learned about sex, the general response was:

Nobody..... A me friends me learn from (p.80).
Explained more fully, another parent points out that:

Our parents never teach we certain things..... parents never really explain nothing. So you find se nuff a we parents now don't have any understanding towards those things. So we find... we to learn from our own experience. (p. 80)

It is not surprising then that many of the parents in the study voiced discomfort and even lack of knowledge in discussing matters of sexuality with their growing children. This could be seen as a variation of the old saying that "everybody has sex except your

parents and your children".

It is important to note that it is not that poor parents in the ghetto do not want the best for their children. This is illustrated by the response given to the question. "Would you like your boys and girls to follow in your profession?" by a group of parents some of whom stole for a living, or were commercial sex workers prostitutes:

A wha oonu tek poor people fah, you mad? We want the best fi dem" (p. 84)

but the feeling of hopelessness is ever present when this is followed by:

But you think how you bring them up have anything to do wid what them become later? (p. 84)

So it is not that parents do not try to be good parents but that the uphill struggle to be good parents in the ghetto is aptly recognized. One of the parents points out that:

nuff parents try wid dem pickney an 'through how ghetto life stay, dem still tun gunman and whore (p. 84)

They feel totally defeated by the environment they are forced to live in.

Gender Socialization and Sexuality

The basic model in the communities studied by Brown and Chevannes is a variation of society's theme as a whole, namely, 'Tie the heifer, loose the bull'. In these communities "sexual urges are generally accepted as natural and healthy, and irresistible to some" (1995, p. 75). With such a perspective parents see their main roles as helping their children direct this sexual urge appropriately which usually entails rigid heterosexuality. Basic norms of socialization direct sexuality by saying "don't" to girls and "do" to boys. As the authors put it:

Since Manhood is first proved by the early exercise of heterosexual behaviour, parents (particularly fathers) are pleased at evidence of son's interest in girls (not boys) and early sexual activity does not generally produce serious alarm. After all, he does not bring in the problem of pregnancy (p. 75).

The expected "career" pattern for a girl child is expressed by her mother's hopes for her daughter's choice of a boyfriend:

I want him to come from a good home, good ambition, y'undestan', an' respect me as his madda-in-law, an also respec' mi daughta as him girlfriend, turn out to be this baby mother, then his wife. (p. 76)

Brown and Chevannes conclude that the end result of this socialization process is that:

children are having sex and parents are feeling more and more out of control of this situation. (p. 81)

Wyatt et al (1994) show that, in Jamaica, women in the 15-19 age cohort had the highest rate of mistimed and unplanned pregnancies and that women under 19 accounted for 30% of all pregnancies. This age group also had the highest pregnancy rate among women of child bearing age. Most (70 to 80%) Jamaican children are born to single mothers.

Commercialization of Sex

Brown and Chevannes summarise their finding on the economic factor in sexual practices within the poorest communities studied by stating:

Children in this community learn that sex is largely a unit for barter and control. Sexual favours can be used to obtain goods and services, and even school girls and school boys are cited as understanding this necessity in order to manage the cost of school books, school fees and

lunch money. Sometimes this "necessity" is undertaken by parents on behalf of children; sometimes the children see it as a necessity for themselves (1995, p. 84).

This phenomenon is captured in the following conversation between a group of young women talking in a hairdressing parlour:

Mothers nowadays send them daughter to get man in order to buy books and uniform. Nothing no wrong with that, so long as they don't get pregnant (p. 85).

Brown and Chevannes conclude that:

These are the voices of our children--selling their sexuality in exchange for uniforms and books, as well as the latest dancehall hairdos and fashions --and seeing nothing wrong with it...New values in some sections of our society have been formed that re-define right and wrong in terms of necessities of "survival" (p. 86).

Sexual Education

Like their parents, these adolescents are learning about sex and sexuality from their peers; the older ones instruct the younger ones. Of course a fair number of myths are also transferred from one generation to the next. These examples are from Guyana, but are similar to many such myths in Jamaica: (a) if a man eats ripe plantain or pawpaw or curry he will become impotent, (b) masturbation will lead to eventual blindness, and (c) lack of sex causes insanity even among teenagers (Brown and Chevannes, 1995). Young men interviewed in Guyana in this study also pointed out that they learned about sex by watching blue movies and x-rated films. When asked what they got from watching this type of film, they indicated that sex usually involved male conquest, with a certain degree of aggression and physical force. One of the young men pointed out that:

Of course there is tenderness sometimes and maybe love, but generally the man is shown to be the boss (p.83).

STRATEGIES FOR REDUCING THE SPREAD OF HIV/AIDS IN ADOLESCENCE

After this analysis, I propose the following strategies to deal with the AIDS epidemic among adolescents in my country.

Build on imminent presence of danger. Whatever strategies we develop must be built on such imminent danger as the gunman or acid with which they compete. Intervention programmes must be made as relevant as possible to the young people in their communities because they do not as yet appear to have internalized the threat of AIDS, which remains abstract in relation to other issues of daily survival.

Shifting the blame: Image of the "unclean". In work with young men we must attack, head on, the negative attitudes they have towards women. For example, although it is a step in the right direction that they use condoms in sexual encounters where they perceive the young woman to be "unclean" (i.e. promiscuous); it must be seen as only a first step. We must build on this first step by challenging their definition of "unclean" by showing how this particular perception is linked to a wider framework of negative attitudes, ideas and images, about women. In so doing we will also be shifting the perception of the condom as only a contraceptive to one where it is seen as a protection against STDs and HIV infection.

Locate the link between AIDS and STDs in the public imagination. This is a key area for tackling the type of attitudes towards STDs which affect behaviour, including:

- STDs are no big deal
- STDs are natural, they are an integral part of having sex
- STDs are manly
- STDs are a part of a woman's burden
- Seeking treatment is not urgent, remedies are effective
- There is no need for self-inspection
- Inspection of the partner is not necessary, and
- You can tell who is infected by looking.

Media Campaigns. We must continue to develop sophisticated media campaigns which inform and also seek to influence behaviour. After a long battle with the Ministry of Education, the Ministry of Health has managed to introduce AIDS education in the schools integrated into family life education. Such programmes must assist young women to develop their own options for child bearing and rearing and confront male perceptions of them that if they do not have a child by a certain age then they are a "MULE". Similarly such programmes must develop young women's assertiveness in sexual relationships, particularly in initiating the use of condoms.

Peer group education. We need to build on the fact that most young people learn about sex from their peer group by developing more peer group education projects similar to those pioneered by the Jamaica Red Cross Society (Fee, et al, 1995).

Community based programmes in targeted areas. Jamaica is developing comprehensive and integrated community based programmes that not only involve communities in the access to services but also in the planning and implementation of systems. The Ministry of Health is currently trying to develop Regional and Parish teams to develop their own programmes with support from the Ministry. NGOs must be an integral part of such a team. The Ministry of Health is currently piloting a Target Communities Intervention Programme which seeks to focus work on STDs/HIV education, in communities characterized by high incidence of STDs, using experimental methods, including street theatre and animation techniques.

A youth abstention and monogamy project. The Jamaica Council of Churches is interested in developing this kind of effort. Their ideas are based on the results of Wyatt et al (1994) who found that 15-19 year olds attending church at least once per week were the least sexually active and experienced, while those with no religion were the more sexually experienced. Although not fail proof, serial monogamy at least prevents the risk of cross infection during the course of sexual relationships.

Using visual messages. Much of the success of animation and theatre techniques is the imagery conveyed about AIDS and its impact on people's lives. The visual message that accompanies

prevention techniques can be made explicit and arresting, causing explosions of laughter and entertainment about taboo areas. People also need visual messages of what STDs look like since there is so much ignorance that they do not want to look, or know what to look for. As Dr. Peter Weller says, "people would be more likely to look if they knew what might be going on down there".

Addressing sexuality and sexual behaviour head on. The debate must be broadened from a discussion focused on sex to one located in its social context. The strongly held belief that "sex is natural and uncontrollable" works against the notion that once you are in possession of the facts, you can take control over your behaviour.

We need to defeat the tendency which leads to fatalism. We need to speak about behaviour control so that evasive action can be taken. Dr. Weller has asked: "Would you knowingly step in front of a truck? Why would you then deliberately put yourself in contact with HIV/AIDS?"

Developing parenting skills and awareness of socialization. We need to develop understanding and skills about how to deal with children's sexuality, and in particular, how to deal appropriately and realistically with the behaviours of both boys and girls.

Training care workers in dealing with PWAs. The behaviour/attitude exhibited is often inappropriate and presents a bad role model for families who have to provide support to relatives.

CONCLUSION

Jamaica is in the fortunate position that it has "time," because of the relatively low prevalence of HIV/AIDS, to concentrate on the quality of ITS response rather than being overwhelmed by quantity of persons affected. If we are to save our children, and our society, from the epidemic, then we need to take time to systematically build a control programme that is capable of bringing about the cultural changes needed to contain and reverse the spread of HIV.

References

- Atwood, B. (1995, August). USAID and AIDS *The Gleaner*. Kingston, Jamaica:USAID.
- Boxhill, I. (1993). *A study of sexual behaviour, attitude and perceptions of family life among selected youth in Kingston*. Kingston, Jamaica Institute of Social and Economic Research, University of the West Indies.

Brown, J., & Chevannes, B. (1995). *Gender socialization project of the University of the West Indies*. Kingston, Jamaica: Caribbean Child Development Center and the Department of Sociology and Social Work.

Fee, N. et al (1995). *Case study of the evaluation of peer education for HIV/AIDS and STD: Prevention by young people in Jamaica Red Cross Society* Kingston, Jamaica.

Foucault, M. (1988). *Politics, philosophy, culture: Interviews and other writings, 1977-1989*, In L.D.Kritzman London, England: Routledge.

Hamilton, T. and Associates. (1995). *Baseline project for uplifting analysis of adolescents: Demographic and ethnographic*. Kingston, Jamaica: USAID.

Holland, J. Ramazanoglu, C., & Scott, S. (1990). *Sex, risk and danger: AIDS education policy and young women's sexuality*. Women Risk AIDS Project, Paper 1, London, England: The Tufnell Press.

Hope Enterprises. (1994). *Survey conducted amongst 12-14 years old from representative sample of adolescents from lower socioeconomic group, attending primary and all age school*. Kingston, Jamaica, Ministry of Health.

UNICEF. (1995). *The economics of child poverty in Jamaica*. Barbados: Caribbean Area Office.

Wyatt, G.E. (1994). The sociocultural relevance of sex research: Challenges for the 1990's and beyond. *American Psychologist*, 49, 748-754.

Algunas Consideraciones del Enfoque de Promoción en el Programa Cubano para la Prevención del VIH/SIDA

Isabel Louro Bernal¹
Giselda Sanabria Ramos
Escuela Nacional de Salud Pública, Cuba

Compendio

Partiendo de un encuadre histórico-social y epidemiológico a nivel global y regional presentamos el Programa Nacional de Prevención y Control del SIDA del Ministerio de Salud Pública de Cuba. Dentro del contexto del Sistema Nacional de Salud exponemos los objetivos del Programa de Prevención y sus diversos componentes, a saber: el ingreso sanatorial, el sistema de atención ambulatoria y la evaluación de los programas. Discutimos la estrategia de intervención educativa a cargo de la prevención y promoción de salud en el Programa Cubano y algunas investigaciones efectuadas como parte de este componente.

Abstract

The National Prevention and Control Program for AIDS within the Public Health Ministry in Cuba is presented within a socio-historical global and regional epidemiological framework. The objectives of the Prevention Program within the National Health System are presented as well as its various components: sanatoriums, ambulatory care and program evaluation. The educational intervention strategies which are used for the promotion of health and the prevention of illness are discussed as well as some research efforts which have been undertaken.

Palabras clave: Prevención, VIH/SIDA; Cuba
Key Words: Prevention; HIV/AIDS; Cuba

¹ Para obtener información adicional puede comunicarse con la autora a: Calle 146 y Ave. 25, Número, 2504, Cubanacán, Municipio Playa. Ciudad de La Habana, Cuba

Durante la primavera de 1981 la ciudad de Los Angeles, EE.UU. quedó estremecida cuando el Dr. M. Gottlieb describió los cinco primeros casos del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en hombres jóvenes homosexuales. Ese mismo año el SIDA fue identificado en Francia y poco después en algunos países del continente africano. Según C.B. Blowin (1987) el síndrome probablemente hizo su aparición en Africa Ecuatorial, en el Caribe y en los EE.UU. a finales de los años 70.

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) se transmite fundamentalmente a través de las relaciones sexuales, por inyecciones o administración de sangre y hemoderivados contaminados, así como de las madres infectadas a sus hijos o hijas. Entre los principales grupos de riesgo se encuentran los homosexuales, drogadictos y drogadictas de vía endovenosa, quienes reciben sangre o hemoderivados, trabajadores y trabajadoras del sexo y las personas que portan otras enfermedades de transmisión sexual.

Hasta la fecha se han identificado por lo menos dos agentes productores del SIDA, el virus tipo VIH-1 y el VIH-2. El primero es responsable de la mayor parte de los casos conocidos y probablemente tiene mayor virulencia (Ministerio de Salud Pública, 1992). El tipo 2 está más circunscrito a la región occidental del continente africano, aunque también se han identificado algunas personas en otras regiones del mundo.

A consecuencia de la rápida expansión del virus por el mundo las cifras de la pandemia del SIDA en estos momentos ofrecen un panorama alarmante. La Organización Mundial de la Salud (PAHO, 1994) calcula que actualmente más de 4 millones y medio de personas padecen el SIDA, y el número acumulado de personas mundialmente infectadas por VIH aumentó de 14 a 17 millones en los últimos años (Merson, 1994). De igual forma se estima que para el año 2000 diez millones de personas tendrán el SIDA y que aproximadamente de 30 a 40 millones entre personas adultas, niños y niñas serán portadoras. Del total de casos reportados se estima que aproximadamente el 71% pertenece al continente Africano, el 9% a EE.UU. e igual cifra para el resto de las Américas (9%). Europa reporta un 4%, Asia un 6% y Oceanía un 1% (OMS, 1995).

En América Latina y el Caribe el comportamiento del SIDA no difiere de la tendencia ascendente que registra en el resto del mundo. El análisis de los datos disponibles, demuestra un incremento de los casos en el año 1994 con relación al año 1988 para la sub-región del Caribe (Cuba, Haití, República Dominicana, Puerto Rico). No obstante, este incremento a cifras de 3.8 en la sub-región, es relativamente bajo con respecto al de América Latina que es de 6.6.

En Cuba hasta junio de 1995 se había diagnosticado un total de 1,144 seropositivos al VIH (330 mujeres y 830 hombres). De estas personas han evolucionado a casos de SIDA 379 y de este total han fallecido 256. En cuanto al comportamiento de las defunciones se reportan 239 por SIDA propiamente y 17 por otras causas. La enfermedad en el país ha tenido una prevalencia mayor entre los hombres y se ha manifestado fundamentalmente en el grupo comprendido entre 20 y 30 años de edad (Ministerio de Salud Pública, 1995).

En general, en el mundo, el SIDA ha reportado un aumento continuo de su incidencia y de los nuevos seropositivos que se diagnostican cada año. Las proyecciones para el año 2000 son sombrías; la pandemia continúa su extensión y no ha sido posible hasta la fecha revertir esa tendencia, que demanda para su modificación, de un gran compromiso a nivel mundial. Para atajar la epidemia deben involucrarse, las organizaciones internacionales, los gobiernos, los sistemas y servicios de salud, las organizaciones no gubernamentales y las comunidades en sus más diversas formas de organización.

EL PROGRAMA EN CUBA

En 1983 las autoridades cubanas avizoraron que el mundo se enfrentaba a un grave problema de salud, cuyas consecuencias trascienden la enfermedad y la muerte de los individuos y afecta a la sociedad en su conjunto. Para enfrentar ese reto el gobierno de Cuba creó un grupo de trabajo multidisciplinario de alto nivel presidido por el Vice-presidente del gobierno, el Ministro de salud pública y representantes de diversos organismos del Estado, que pudieran contribuir a enfrentar el problema. Este grupo estableció y puso en práctica las primeras estrategias de enfrentamiento al VIH/SIDA en el país.

Con estos antecedentes, el Ministerio de Salud Pública estableció el Programa Nacional de Prevención y Control del SIDA en 1985 (Ministerio de Salud Pública, 1992), cuyo objetivo general estaría dirigido a impedir que el proceso de infección y enfermedad por el VIH se convirtiera en un importante problema de salud para la población cubana. El referido programa cuenta además con los siguientes objetivos específicos:

- (a) Determinar la circulación de VIH en la población.
- (b) Determinar los principales factores y condiciones de riesgo por el VIH en la población cubana.
- (c) Establecer el sistema de notificación, registro y vigilancia de las personas infectadas por VIH y las personas enfermas de SIDA.
- (d) Eliminar la transmisión del VIH a través de la sangre y los hemoderivados.
- (e) Eliminar la transmisión perinatal del VIH.
- (f) Prevenir la infección ocupacional por el VIH.
- (g) Mantener bajo régimen de tratamiento sanatorial a 100% de la prevalencia de personas seropositivas y enfermas.
- (h) Adquirir periódicamente la base técnico-material necesaria para el perfeccionamiento del programa tanto en unidades de la red nacional de salud, como centros de referencia.
- (i) Realizar, en coordinación con las unidades de ciencia y técnica correspondiente, el plan de investigaciones necesarias que permita el mejor conocimiento del problema y optimizar el programa.
- (j) Establecer un plan de divulgación y educación sanitaria a toda la población, que permita disminuir el riesgo de infección por VIH, especialmente a través de su mecanismo de transmisión sexual; y
- (k) Mantener actualizado en los avances científicos sobre el SIDA, al personal de salud, mediante seminarios, cursos, conferencias y demás actividades docentes.

Para el desenvolvimiento de este programa se consideró el desarrollo alcanzado por el Sistema Nacional de Salud de Cuba con una cobertura que alcanza el 100% de la población, sustentada por

el sub-sistema de medicina familiar, el nivel científico de las instituciones, del personal técnico y profesional así como la tradición popular en los programas de salud.

El Programa de Prevención y Control de VIH/SIDA está entre los de mayor prioridad en el sector de la Salud, lo cual se evidencia por la asignación de recursos financieros, materiales y humanos para su ejecución; prioridad que se ha mantenido a pesar de la situación de crisis económica que ha enfrentado el país en los últimos cinco años. Las estrategias establecidas en el Programa Nacional de Control, desde 1986, lograron en corto plazo impactar sobre la transmisión sanguínea y perinatal de la enfermedad, quedando la transmisión sexual como la vía principal hacia la cual debían dirigirse los mayores esfuerzos. Al diseñar las estrategias de intervención para el control y la transmisión por vía sexual del VIH se tuvieron en cuenta las experiencias que ya existían en Cuba con las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) que contemplaban las siguientes medidas: (a) pesquizas en grupos de riesgo a fin de lograr la detección temprana de la infección, y (b) un estudio epidemiológico de todo caso infectado para identificar la cadena de transmisión. A estas medidas se le añadió el ingreso sanatorial como forma de limitar la transmisión y de preparar a las personas portadoras para vivir con el VIH/SIDA.

Para este fin se creó una red de sanatorios en las diferentes provincias dedicados exclusivamente a la atención de personas portadoras y enfermas. Cada persona diagnosticada como portadora es recibida en el sanatorio por una comisión multidisciplinaria integrada por especialistas en Medicina Interna, Epidemiología, Psiquiatría y Psicología, entre otras disciplinas, quienes clasifican a las personas, las orientan sobre la conducta a seguir y realizan la atención integral y continuada de cada caso. Una vez que la persona ha sido incorporada a su área de residencia dentro del Sanatorio organiza su vida de acuerdo a las posibilidades que le brinda la institución tales como: práctica de deportes, incorporación a movimientos artísticos, vinculación a la producción, servicios o recreación.

Las viviendas de las personas tienen condiciones adecuadas: sala, comedor, cocina, dormitorios con aire acondicionado, televisor a color, por sólo mencionar algunas comodidades (Ministerio de

Salud Pública, 1992). Las personas se asocian por afinidad y no existen discriminaciones por afiliación política, religiosa, racial o hábito sexual. Durante la estancia en el sanatorio el individuo recibe su salario completo y se puede incorporar al régimen laboral interno.

En todos estos años se han acumulado experiencias suficientes como para modificar el reglamento sanatorial inicialmente previsto, e introducir cambios paulatinos como las salidas acompañadas de personal técnico de la institución, y más tarde en compañía de familiares. Eventualmente la salida podía ser sin acompañante hasta la etapa actual en que las personas infectadas pueden optar por mantenerse en la comunidad.

El resultado de la evaluación periódica en el transcurso de diez años de aplicación del programa permitió perfeccionar el mismo en algunas de sus estrategias, entre ellas implantar el **Sistema de Atención Ambulatoria (SAA)** a las personas portadoras y enfermas y flexibilizar el sistema de ingreso sanatorial. El SAA se ha definido como el proceso mediante el cual la persona infectada por el VIH recibe atención médica integral, calificada y gratuita, de forma ambulatoria o es ingresada transitoriamente de acuerdo a su cuadro clínico, manteniendo sus actividades habituales mientras su salud se lo permita, amparada por la seguridad social al igual que otros ciudadanos y ciudadanas del país (Ministerio de Salud Pública, 1996).

La incorporación al SAA se inicia luego de un período de estudio integral y preparación psicológica de la persona infectada, para vivir con la enfermedad y asumir una conducta responsable, evitando la reinfección y la transmisión. Pasado este período, la persona puede recibir una atención especializada ambulatoria sin afectar la convivencia familiar y manteniendo los vínculos laborales, estudiantiles y sociales en general. El SAA está respaldado por un conjunto de facilidades como la medicina gratuita y alimentación reforzada y balanceada de acuerdo a los requerimientos de la enfermedad. Esta estrategia está encaminada a garantizar la atención médica integral y a propiciar el apoyo social y psicológico a las personas infectadas por el VIH y enfermos/as en su área de residencia. El otro ajuste que sufrió el programa fue fortalecer las intervenciones de prevención y promoción haciendo

un mayor énfasis en aquellas actividades dirigidas a retardar el inicio de las relaciones sexuales de menor riesgo, así como consolidar comportamientos sexuales saludables y la promoción de una disposición favorable al uso del condón.

La dependencia del Ministerio de Salud Pública encargada de trazar las estrategias de enfrentamiento educativo al VIH/SIDA es el Centro Nacional de Educación y Promoción de Salud, el cual asesora a las distintas instituciones del sistema de salud así como a otras instituciones y organizaciones de masas. Este Centro para cumplir con sus funciones dentro del programa cuenta con un grupo de trabajo multidisciplinario integrado por especialistas en medicina, psicología, educación y sociología.

La estrategia para la educación y prevención del SIDA se basa en enfoques comunicacionales múltiples tales como la comunicación interpersonal, grupal y masiva. Es necesario señalar que el peso principal de las acciones educativas se da a nivel interpersonal y grupal ya que la comunicación por los medios masivos es muy limitada principalmente a nivel de la televisión y la prensa escrita. La radio tiene la oportunidad de brindar más espacios pues cuenta con 5 emisoras nacionales y 46 provinciales, las que en coordinación con las comisiones de salud en cada nivel dedican espacios especializados para tratar el tema del VIH/SIDA y las enfermedades de transmisión sexual. La producción de materiales gráficos, aunque no podemos decir que sea suficiente, se ha visto beneficiada con el apoyo financiero de organismos internacionales lo cual ha permitido su circulación en centros educacionales, culturales y de salud, como apoyo a la comunicación interpersonal. Como parte de la estrategia educativa, en la formación de promotores/as se realizan talleres y concursos con un enfoque partícipe que dan como resultado la producción de mensajes y materiales que sirven de apoyo para el trabajo educativo posterior. Las intervenciones educativas interpersonales son asumidas por personal técnico del Sistema así como por colaboradores y colaboradoras de otros organismos, previamente adiestrados, entre ellos maestros y maestras, instructores e instructoras de arte y personas portadoras del VIH, por sólo mencionar algunos.

Experiencias en el Desarrollo de la Estrategia de Intervención Educativa del Programa Cubano

Las estrategias de intervención educativa de conocimientos, actitudes y prácticas están basadas, fundamentalmente, en los supuestos teóricos de la metodología de la Investigación Acción Participativa. En general esa línea la están desarrollando desde hace algunos años diferentes especialistas en todo el país. Estas investigaciones han estado enfocadas hacia el estudio de los aspectos del comportamiento en SIDA y orientadas a la descripción de variables tales como: a) comportamiento sexual, b) percepción de la severidad de amenaza de la enfermedad, c) auto-evaluación de susceptibilidad, d) actitudes protectoras orientadas a la prevención y el control de la conducta, e) autoeficacia para negociar la relación sexual, y f) estilos de enfrentamiento.

A manera de ilustración podemos citar los resultados de tres investigaciones realizadas con diferentes grupos poblacionales. El primero de estos fue un estudio para evaluar percepción del riesgo al VIH/SIDA en grupos de estudiantes de medicina de Ciudad de la Habana (Alfonso, 1992) se concluyó que la infección se percibe como muy severa, sin embargo, ellos y ellas se percibían como poco susceptibles a la misma, siendo independientes ambas percepciones. La combinación de ambas percepciones no guarda una relación lineal con la adopción de comportamientos saludables, ya que sus prácticas sexuales son de riesgo. La información y el comportamiento sexual son dependientes entre sí aunque este último tiene una independencia relativa del nivel de información básica sobre SIDA.

En una muestra de estudiantes y trabajadores y trabajadoras universitarios, Hernández (1994) realizó una indagación a través de la técnica del cuestionario en la cual encontró que para ambos grupos el nivel de información sobre VIH/SIDA era aceptable pero corroboró que el mismo no basta para la adopción del comportamiento saludable, ya que existe una predisposición al uso del condón con predominio a las prácticas sexuales de riesgo. La predisposición al uso del condón era más marcada en los hombres y estaba asociada, de manera general, a las ideas de reducción de placer, dificultades en la erección y a considerarlo como signo de desconfianza en la pareja. Las mujeres, aunque se sentían más

susceptibles manifestaron pobre habilidad para negociar el uso del condón en la relación sexual, por el temor a la pérdida de la pareja, su baja autoestima y pobre asertividad. En dicha investigación el autor señala que

a pesar de la influencia que tuvo sobre nuestra cultura el cristianismo y la moral burguesa, nuestra sociedad tiene una forma particular de asumir la sexualidad, donde no se tiene una gran tendencia a la autolimitación. La cultura africana que forma parte de nuestras raíces, le concede gran valor a la sexualidad, que incluso establece patrones sexuales que tienden a promover la tendencia de relaciones sexuales múltiples y la inmediatez de la misma.

Como resultado de otra investigación cualitativa, realizada por el mismo autor (Henández, 1995) con 64 grupos focales de amas de casa, trabajadores, trabajadoras y estudiantes en Ciudad de la Habana, se obtuvo información pertinente para conformar un plan de intervención. Dichos resultados confirmaron la percepción del SIDA como una enfermedad de severa amenaza pero la autoevaluación de susceptibilidad fue baja ya que las personas no evitan las prácticas sexuales de alto riesgo, a pesar de su conocimiento. El estilo predominante de enfrentamiento al VIH/SIDA era de evasión/negación, aunque este fenómeno se presenta más marcado en los hombres.

En resumen, el resultado de estas y otras investigaciones puntuales han permitido delinear los enfoques que orientan el trabajo metodológico, a saber.

- (a) En general, las necesidades educativas no están en el área del conocimiento, sino en la esfera de las actitudes y el comportamiento, vinculadas a una escasa percepción de riesgo y una disposición desfavorable a cumplir con medidas preventivas.
- (b) El trabajo con pequeños grupos resulta ser la vía más eficaz para lograr el compromiso emocional que se convierte en cambios comportamentales.

- ARTICULOS 230
- (c) Es recomendable el uso de técnicas participes vivenciales que propicien la reflexión y la movilización emocional en favor del desarrollo de conductas autorreguladoras protectoras de salud.
 - (d) Los espacios a utilizar en las acciones con personas jóvenes y adolescentes deben ser las escuelas y los grupos vinculados a proyectos específicos extra curriculares, los círculos comunitarios de adolescentes y las casas estudiantiles. Estos espacios se utilizan para la formación de promotores y promotoras juveniles.
 - (e) El contenido de las propuestas comunicacionales educativas no debe apelar a los extremos de la autorregulación del comportamiento sexual, ni llevar implícito un mensaje antisexual prejuiciado. No se aspira a negar el placer sexual, sino a disfrutarlo de manera segura. El enfoque conlleva al reconocimiento de género; y
 - (f) Los objetivos de trabajo deben estar dirigidos a promover comportamientos, actitudes y prácticas sexuales que permitan la autoevaluación del riesgo a la infección por VIH/SIDA, la práctica del sexo seguro y la convivencia con el seguimiento del apoyo psicológico y tangible que posibilita el ejercicio adecuado del derecho a la autoprotección sobre la base del autoreconocimiento y la autoestima.

Referencias

- Alfonso, M. A. (1992). *Aspectos psicosociales asociados a la percepción del SIDA en un grupo de estudiantes de medicina*. La Habana, Cuba: Escuela Nacional de Salud Pública.
- Blowin C.B. (1987). *AIDS Informação e prevenção : Imprensa e medicina en busca de respostas*. Summus, 40
- Hernández, M. (1994). *Evaluación de la percepción del riesgo al VIH/SIDA en una población sujeta a acciones de educación*. La Habana, Cuba: Escuela Nacional de Salud Pública.
- Hernández, M. (1995). *Estudio de comportamiento con relación al VIH/SIDA*. Presentado en el II Seminario Internacional de la Infección por VIH/SIDA, La Habana, Cuba.
- Merson M. (1994, agosto). *Estado actual del SIDA en el mundo*. Trabajo presentado en la Conferencia Internacional de SIDA, Yokohama, Japón.
- Ministerio de Salud Pública de Cuba. (1992). *Programa Nacional de Prevención y Control del SID*. La Habana, Cuba: Autor.
- Ministerio de Salud Pública de Cuba. (1994). *Programa de prevención y control del VIH/SIDA: Sistema de Atención Ambulatoria*. La Habana, Cuba: Autor.

PREVENCION VIH/SIDA EN CUBA

Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Epidemiología. (1995). *Control del Programa Nacional para el Control del SIDA*. La Habana, Cuba: Autor.

Organización Mundial del SIDA. (OMS). (1995). *Programa Global del SIDA*. Ginebra, Suiza: Autor.

Pan American Health Organization. (PAHO). (1994). *AIDS Surveillance in the American Quarterly Report*. Washington D.C.: Regional Program on AIDS/STD.

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES Y AUTORAS

Categorías de Artículos

Los manuscritos aceptados caen dentro de tres categorías:

Artículos (no más de 20 páginas incluyendo referencias, tablas y diagramas) que pueden incluir informes sobre estudios empíricos tanto cualitativos como cuantitativos, desarrollos teóricos, revisiones integrativas o críticas de la literatura y contribuciones metodológicas.

Informes breves (no más de 10 páginas, incluyendo referencias, tablas y diagramas) que pueden incluir experiencias profesionales novedosas, asuntos de política y adiestramiento relacionados con la profesión, o datos obtenidos en estudios preliminares, y

Reseñas de libros (usualmente por invitación) No pueden exceder 5 páginas y debe considerarse los méritos del libro y su aportación a la psicología de las Américas.

Además de estos, la RIP publicará los trabajos que han sido destacados con el Premio Estudiantil de Investigación de la SIP (tanto de pre como de post-grado) y los Premios Interamericanos. También publicará ediciones o secciones especiales. Las guías para someter este tipo de publicación pueden solicitarlas a la Editora, o buscarlas en el Volumen 33 #1.

Proceso de Edición y Decisión Editorial

Los manuscritos deben ser inéditos y no pueden haberse sometido a la consideración para publicación de ninguna otra revista profesional o académica. Tampoco pueden haberse publicado en su totalidad o parcialmente en ninguna otra revista.

El Editor o Editora de la RIP lo someterá a evaluación anónima de por lo menos tres (3) de las personas

integrantes de la Junta Editorial. Los autores y autoras se esforzarán para que el texto no contenga claves o sugerencias que los/as identifique. Las personas de la Junta harán recomendaciones sobre la publicación del manuscrito al Editor o Editora. La decisión final de publicación la tomará el Editor o Editora y la comunicará al autor o autora junto con los cambios que sea necesario realizar, si alguno.

Estilo

En cuanto a estilo deben ceñirse estrictamente al Manual de Publicaciones de la American Psychological Association (4ta Edición, 1994).

1. El artículo debe estar acompañado por dos compendios (125 palabras) uno en el idioma del artículo y otro en uno de los cuatro idiomas oficiales de la SIP (español, inglés, francés, portugués).
2. La página de título debe incluir una nota al calce con información de cómo comunicarse con el autor o autora, si al lector o lectora así le interesa. Esta información al igual que el nombre de todos los autores o autoras no debe aparecer en ninguna otra página.
3. No fomentamos el uso de notas al calce.
4. Todos los trabajos citados en el texto deben aparecer en las referencias y viceversa.
5. La página de título debe incluir de 3-5 palabras claves que permitirán identificar el artículo en diversas bases de datos.

Redacción

En cuanto a redacción la RIP fomenta el uso de un lenguaje inclusivo por género, raza, edad, origen nacional, orientación sexual, impedimento y otras características socio-demográficas.

La Editora sugiere el uso del término 'participantes' en sustitución del términos 'sujetos' de la investigación. Además, requiere se especifique en los artículos el procedimiento utilizado para obtener consentimiento informado de las personas participantes. La descripción de las características socio-demográficas de las personas participantes debe ser lo más explícita posible.

La Editora invita a los autores y autoras a redactar sus artículos utilizando la primera persona singular, excepto en casos de dos o más autores o autoras. De esta manera se reduce la ambigüedad de las opiniones personales y se evade el uso excesivo del "nosotros".

La Editora sugiere que los autores y autoras utilicen preferentemente la voz activa en tiempo presente.

En la medida de lo posible deben evitar el uso de regionalismos o tecnicismos.

Presentación y Trámite

En cuanto a presentación, el autor o autora debe enviar cuatro copias de los manuscritos en papel tamaño carta (22 x 28 cms) a doble espacio y por una sola cara a la Editora (Irma Serrano-García, P.O. Box 23174 UPR Station, San Juan, Puerto Rico 00931-3174) y **una versión electrónica en disquete 3 1/2"**. Esta debe estar en Word o Word Perfect para IBM o Macintosh.

Acusaremos la recepción de un artículo de inmediato e informaremos al autor o autora sobre el estado del mismo en un plazo de 6 meses. Para facilitar este trámite el autor o autora debe proveernos su dirección postal (tanto para correo regular como expreso), su número de teléfono y de fásimil y su correo electrónico.

Si un trabajo es aceptado para publicación, los derechos de impresión y de reproducción por cualquier

forma y medio son del Editor/a de la RIP aunque este/a atenderá cualquier petición razonable por parte del autor o autora para obtener permiso de reproducción de sus contribuciones. El autor o autora firmará un acuerdo a estos efectos.

Las opiniones y valoraciones expresadas por los autores y autoras en los artículos son de su responsabilidad exclusiva y no comprometen la opinión y política científica de la RIP ni de la SIP.

Si el artículo requiere revisión el autor o autora lo recibirá con las indicaciones pertinentes y se le devolverá el disquete que envió. Una vez aceptado para publicación, con las revisiones finales incorporadas, el autor o autora enviará una copia final en disquete 3 1/2". Esa copia debe contener exactamente la misma versión que sometió en papel. El disquete debe identificar el autor o autora principal, el título del artículo, la programación electrónica utilizada y la fecha. El autor o autora no podrá revisar galeras.

Después de la publicación el autor o autora principal recibirá 5 separatas gratis además de una adicional por cada co-autor o co-autora si los hubiese. Puede ordenar separatas adicionales, si lo desea, a un costo de \$2.00 cada una.

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

Categories of manuscripts

Accepted manuscripts fall into three categories:

Articles (no more than 20 pages including references, tables and diagrams) which can include research reports of qualitative or quantitative data, theoretical developments, integrative and critical literature reviews and methodological contributions.

Brief Reports (no more than 10 pages including references, tables and diagrams) which may include innovative professional experiences, policy issues, training, or data from preliminary or pilot studies, and

Book reviews (usually by invitation) No more than 5 pages. Should consider the book's merits and its contributions to psychology in the Americas.

The Journal will also publish articles which have received the Student Research Prize of the SIP (both at the undergraduate and graduate levels) and presentations of Interamerican Prize awardees. It will also publish Special Issues and Special Sections. Guidelines for these should be requested from the Editor and were published in Volume 33 #1.

Editorial process and decision making

Manuscripts cannot be submitted to any other professional or academic journal simultaneously with the RIP. They must not have been published partially or in their entirety in any other publication.

Each manuscript will be submitted anonymously to three members of the Editorial Board. The author/s must make every effort to eliminate clues or suggestions from the manuscript that may identify them. Editorial board members will make suggestions regarding publication to

the Editor. The Editor will be responsible for final decisions regarding publication and will communicate them to the authors, with whatever changes need to be made, if any.

Editorial style

The RIP will strictly follow the guidelines of the American Psychological Association Publication Manual (4th Edition, 1994).

1. Each article must include two abstracts (125 words) one in the language in which the article is written and another in one of the four official languages of SIP (Spanish, English, Portuguese, French).
2. The title page must include a footnote containing information about how the reader may communicate with the author/s. This information, as well as the author/s' name should not appear in any other page of the manuscript.
3. The use of footnotes is not encouraged.
4. All sources cited in the manuscript should be included in the reference list and vice-versa.
5. The title page should include 3-5 key words that will allow the article to be indexed in data bases.

Writing style

The RIP encourages the use of inclusive language in terms of gender, race, age, national origin, sexual orientation, disability and other sociodemographic characteristics.

The Editor suggests the use of the term 'research participants' instead of 'research subjects'. The procedures that were used to obtain informed consent from participants should be described. Their sociodemographic characteristics should be presented as explicitly as possible.

INSTRUCTIONS

The Editor invites manuscripts in first person singular except in the case of two or more authors. In this manner ambiguity regarding personal opinions is diminished and the excessive use of "we" is eliminated.

The Editor invites the use of the active voice in the present tense.

Regional and technical terms should be avoided.

Process for submissions

The author/s should send their manuscript in US letter size paper (22 x 28 cms) double-spaced and on one typeface to the Editor (Irma Serrano-García, P.O. Box 23174 UPR Station, San Juan, Puerto Rico 00931-3174). **The author should also include an electronic version with his/her first submission.** The electronic version must be in Word or Word Perfect for either Macintosh or IBM compatible hardware.

We will inform the author of the manuscript's receipt immediately and provide information relating to the manuscript's disposition in 6 months time. To facilitate this process the author should provide his/her mailing address (for regular and express mail), phone number, fax number and e-mail.

If an article is accepted for publication, copyright is transferred to the Editor of the RIP although s/he will attend to any reasonable request for reproduction of the authors' contributions elsewhere. The author/s will sign a Transfer of Copyright form.

Opinions and values endorsed by authors in their articles are their sole responsibility and do not represent the positions or scientific policies of the RIP or the SIP.

Once a manuscript has been accepted for publication, and all final revisions have been included,

the author/s will send an electronic copy on a 3 1/2" diskette. This copy should include exactly the same version that has been submitted in hard copy. The electronic version must be in Word or Word Perfect for either Macintosh or IBM compatible hardware. The diskette should be identified with the author/s name, the title of the manuscript, the software used and the date of submission. The author/s will not read proofs.

After the manuscript is published the author will receive 5 complimentary reprints, and one additional one for each co-author, if there are any. S/he can order additional reprints at a cost of \$2.00 each.

INSTRUCTIONS POUR LES AUTEURS

Catégories des articles

Les manuscrits acceptés sont classés dans trois catégories:

Articles (pas plus de 20 pages comprenant des références, des tables et des diagrammes) qui peuvent inclure des rapports sur des études empiriques tant qualitatifs que quantitatifs, des développements théoriques, des révisions intégrées ou des critiques de la littérature et des contributions méthodologiques.

Rapports Brefs (pas plus de 10 pages comprenant des références, des tables et des diagrammes) qui peuvent inclure des expériences professionnelles inédites, des affaires de politique et d'entraînement liées à la profession, ou des données obtenues dans des études préliminaires, et

Comptes Rendus de livres (usuellement par invitation) Ils ne peuvent pas excéder 5 pages et ils doivent considérer les mérites du livre et sa contribution à la psychologie des Amériques.

Outre cela, la RIP publiera les travaux qui se sont distingués avec le Prix Étudiantin d'Investigation de la SIP (tant de pré que de post-grade) et les Prix Interaméricains. Elle publiera aussi les éditions ou les sections spéciales. Vous pouvez solliciter à l'Éditrice les guides pour soumettre ce genre de publication, ou vous pouvez les chercher dans le Volume 33 #1.

Procédure d'Édition et de Décision Éditoriale

Les manuscrits doivent être inédits et ne peuvent pas avoir été soumis à la considération pour publication d'aucune autre revue professionnelle ou académique. Ils ne peuvent, non plus, avoir été publiés

complète ni partiellement dans aucune autre revue.

L'Éditeur ou Éditrice de la RIP le soumettra à l'évaluation d'au moins trois (3) des personnes intégrantes du Comité Éditorial. Les auteurs s'efforceront de ne pas laisser des clefs ou des suggestions qui les identifient dans le texte. Les personnes du comité feront des recommandations concernant la publication du manuscrit à l'Éditeur ou Éditrice qui prendra la décision finale de la publication et la communiquera à l'auteur joint aux changements nécessaires s'il y en a.

Style

Quant au style les textes doivent s'en tenir strictement au Manuel de Publications de l'American Psychological Association (4ème Édition, 1994).

1. L'article doit être accompagné de deux abrégés (125 mots), l'un dans la langue de l'article et l'autre dans un des quatre langues officielles de la SIP (espagnol, anglais, français, portugais).
2. La page du titre doit inclure une note en bas de page avec des renseignements pour joindre l'auteur au cas où le lecteur ou la lectrice voudrait ainsi faire. Ces renseignements, de même que le nom des auteurs, ne doivent pas apparaître dans aucune autre page.
3. Nous n'encourageons pas l'utilisation des notes en bas de page.
4. Tous les travaux cités dans le texte doivent apparaître dans les références et vice versa.
4. La page du titre doit inclure entre 3 et 5 mots clefs qui permettront d'identifier l'article dès diverses bases de données.

Rédaction

Quant à la rédaction la RIP encourage l'utilisation d'un langage inclusif de genre, race, âge, origine nationale, orientation sexuelle, désavantage et d'autres caractéristiques sociodémographiques.

L'Éditrice suggère l'utilisation du terme "participants" au lieu de terme "sujets" de l'investigation. En outre, elle requiert qu'il soit spécifié dans les articles la procédure utilisée afin d'obtenir le consentement informé des personnes participantes. La description des caractéristiques sociodémographiques des personnes participantes doit être aussi explicite que possible.

L'Éditrice invite les auteurs à rédiger leurs articles en utilisant la première personne singulière, sauf lorsqu'il y a deux auteurs ou plus. De cette manière l'ambiguïté des opinions personnelles est réduite et l'usage excessive de "nous" est évadé.

L'Éditrice suggère aux auteurs d'utiliser de préférence la voix active au présent de l'indicatif.

Dans la mesure du possible évitez l'utilisation des régionalismes et des termes techniques.

Présentation et Démarche

Quant à la présentation, l'auteur doit envoyer quatre copies des manuscrits en papier à lettres (22 x 28 cms) à double interligne et d'une seule face à l'Éditrice (Irma Serrano-García, P.O. Box 23174 UPR Station, San Juan, Puerto Rico 00931-3174) et une version électronique sur disquette 3 pouces $1/2$. Cette version doit être faite en Word ou Word Perfect pour IBM ou Macintosh.

Nous enverrons immédiatement l'accusé de réception d'un article et nous informerons l'auteur sur son état dans un délais de six mois. Afin

de faciliter cette démarche l'auteur

Doit nous fournir en son adresse (autant pour la poste régulière que l'express), son numéro de téléphone et de télécopieur, et son courrier électronique.

Si un travail est accepté pour publication, les droits d'impression et de reproduction par tout moyen ou forme seront de l'Éditeur(trice) même s'il (elle) s'occupera de toute pétition raisonnable de la part de l'auteur pour obtenir la permission pour la reproduction de ses contributions. L'auteur signera un accord à cet effet.

Les opinions et estimations exprimées par les auteurs dans les articles sont la responsabilité d'eux-mêmes et elles ne compromettent pas l'opinion et la politique scientifique ni de la RIP ni de la SIP.

Si l'article requiert une révision l'auteur le recevra joint aux indications pertinentes et avec le disquette qui'il (elle) a envoyé. Une fois accepté pour publication, avec les révisions finales incorporées, l'auteur enverra une copie finale sur disquette 3 pouces $1/2$. Cette copie doit contenir exactement la même version qui a été soumise en papier. Le disquette doit identifier l'auteur principal, le titre de l'article, la programmation électronique utilisée et la date. L'auteur ne pourra pas réviser le manuscrit.

Après la publication l'auteur principal recevra 5 tirages à part gratuits en plus de une copie additionnelle par chaque coauteur s'il y en a. Vous pouvez commander des tirages à part additionnels, si vous le désirez, au prix de \$2.00 chacun.

INSTRUÇÕES AOS AUTORES E AUTORAS

Categorias dos artigos:

Os manuscritos aceitos caem dentro de três categorias:

Artigos: (máximo de vinte páginas, incluindo referências, tabelas e diagramas) que podem incluir informes sobre estudos empíricos tanto qualitativos como quantitativos, desenvolvimento histórico, revisões integrativas ou críticas da literatura e contribuições metodológicas.

Informes Curtos: (não mais de dez páginas, incluindo referências, tabelas e diagramas) que podem incluir experiências profissionais inéditas, assuntos de política e treinamento relacionados com a profissão ou dados obtidos em estudos preliminares e

Resenhas de livros (normalmente por convite). Não podem exceder cinco páginas e devem considerar os méritos do livro e sua colaboração à psicologia das Américas.

Além disto, a RIP publicará os trabalhos que tiverem sido destacados com o Prêmio Estudantil de Pesquisa da SIP (tanto a nível de bacharelato como pós graduado) e os prêmios Interamericanos. Publicará também edições ou sessões especiais. As guias para submeter este tipo de publicação podem ser pedidas a Editora.

Processo de Edição e Decisão Editorial

Os manuscritos devem ser inéditos e não podem ter sido submetidos a consideração de nenhuma outra revista profissional ou acadêmica. Além disso, não podem ter sido publicados em sua totalidade ou parcialmente em nenhuma outra revista.

O Editor ou Editora da RIP submeterá o manuscrito a um processo de avaliação anônimo de pelo menos

três pessoas integrantes da Junta Editorial. Os autores e autoras se esforçarão para que o texto não tenha claves ou sugestões que os identifique. Essas pessoas farão recomendações sobre a publicação do manuscrito ao Editor ou Editora. A decisão final sobre a publicação estará a cargo do Editor ou Editora que se responsabilizará por comunicá-la ao autor ou a autora junto com as modificações que forem necessárias no caso de haver alguma.

Estilo

O estilo deve seguir rigorosamente as instruções do Manual de Publicações da "American Psychological Association" (4a. edição, 1994).

- 1- O artigo deve estar acompanhado por duas sínteses (125 palavras), uma no idioma em que foi escrito o artigo outra em um dos quatro idiomas oficiais da SIP (espanhol, inglês, francês ou português).
- 2- A página de título deve incluir uma indicação de rodapé com a informação de como comunicarse com o autor ou autora no caso de que o leitor ou a leitora desejem fazê-lo. Esta informação não deve aparecer em nenhuma outra página. O mesmo se refere ao nome do autor ou da autora..
- 3- Não sugerimos o uso de anotações de rodapé.
- 4- Todos os trabalhos citados no texto devem aparecer nas referências e vice-versa.
- 5- A página de título deve incluir de três a cinco palavras que permitirão identificar o artigo em diversas bases de dados.

Redação

Quanto a redação, a RIP sugere o uso de uma linguagem clara que

considere gênero, raça, idade, nacionalidade, orientação sexual, impedimento e outras características sociodemográficas.

A Editora sugere o uso do termo "participantes" em substituição da expressão "sujeitos" da pesquisa. Além disso, requere que se especifiquem os procedimentos utilizados nos artigos com relação ao processo de conseguir consentimento informado das pessoas participantes. A descrição das características sociodemográficas das pessoas deve ser o mais clara possível.

A Editora convida os autores e as autoras a redatarem seus artigos utilizando a primeira pessoa do singular, exceto naqueles casos em que sejam dois ou mais autores ou autoras. Dessa maneira tratamos de reduzir a ambiguidade entre opiniões pessoais e também se evita o uso excessivo do pronome "nós".

A Editora sugere que os autores ou autoras utilizem de preferência a voz ativa em tempo presente.

Deve evitarse, na medida do possível, o uso de regionalismos ou tecnicismos.

Apresentação e Procedimento:

Com relação a apresentação, o autor ou autora deve enviar quatro cópias dos manuscritos em papel tamanho cartão (22 x 28 cms) em espaço duplo utilizando somente um lado do papel a Editora (Irma Serrano-García, P.O. Box 23174 UPR Station, San Juan, Puerto Rico 00931-3174). **A versão eletrônica deve ser incluída neste primeiro envio.**

Notificaremos o recebimento do artigo imediatamente e informaremos o autor ou autora sobre a situação do mesmo em um período de seis meses. Para facilitar esse processo o autor ou autora deve facilitarnos seu endereço postal (tanto para correio regular como

para correio expresso), seu número de telefone e de fax e seu endereço eletrônico.

No caso do trabalho ser aceito para publicação, os direitos de autor e reprodução por qualquer forma e meio, serão do/a Editor/a da RIP, embora este/a se prontifique a atender qualquer pedido razoável por parte do autor ou autora para obter a licença de reprodução de suas contribuições.

As opiniões e julgamentos expressados pelos autores e autoras nos artigos são de sua exclusiva responsabilidade e não comprometem nem a opinião nem a política da RIP nem da SIP.

Uma vez aceito para publicação, com as revisões finais incorporadas, o autor ou autora enviará uma cópia em disquetes 3 1/2". Essa cópia deve conter exatamente a mesma versão submetida em papel. A versão eletrônica deve estar em programa Word ou Word Perfect para IBM ou Macintosh. O autor ou autora principal deve estar identificado, assim como o nome do artigo, a programação eletrônica utilizada e a data em que foi escrita. O autor ou autora não poderá revisar o manuscrito.

O autor ou autora principal receberá cinco separatas grátis além de uma adicional por cada co-autor se este for o caso. As separatas adicionais podem ser ordenadas a um preço de \$2.00, se assim o desejar o autor ou autora.



Sociedad Interamericana de Psicología
Interamerican Society of Psychology
Sociedade Interamericana de Psicologia
Société Interaméricaine de Psychologie

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Quisiera recibir todos los beneficios de membresía en la SIP, los cuales incluyen la Revista Interamericana de Psicología, el boletín Psicólogo Interamericano, el Directorio de Socios y valores reducidos en los Congresos.

Nuevo Renovación

Fecha _____
 Día Mes Año

Período:

Un (1) año

Cantidad (marque uno)

- _____ US \$40 (U.S./Canada/Europe)
- _____ US \$25 (Latin America/Caribbean)
- _____ US \$15 (estudiantes de todos los países;
por favor indicar Institución/Programa:

Período:

Dos (2) años

Cantidad (marque uno)

- _____ US \$75 (U.S./Canada/Europe)
- _____ US \$45 (Latin America/Caribbean)
- _____ US \$30 (estudiantes de todos los países;
por favor indicar Institución/Programa:

Forma de pago (marque una)

Cheque (en dólares y sobre un banco de E.U.) Tarjeta de crédito

Por favor envíe esta forma completada junto con su pago (un cheque dirigido a la Sociedad Interamericana de Psicología, o llene abajo la información sobre la tarjeta de crédito) a:

Dra. Wanda Rodríguez Arocho, Secretaria General, SIP
 P.O. Box 23345, San Juan, Puerto Rico 00931-3345

Tel. (787) 764-0000 ext. 4184; Fax (787) 764-2615; correo electrónico: wrodrig@rrpac.upr.clu.edu

Tipo de tarjeta _____ Visa _____ Mastercard _____ Discover

Número _____

Fecha de expiración _____

Por favor complete la siguiente información:

Nombre: _____ Apellidos: _____

Cargo/puesto _____ Institución _____

Dirección Postal _____ Ciudad _____

Estado/Provincia _____ Código Postal _____

País _____

Teléfono(s) _____ Fax _____ Correo electrónico _____

Educación (Título o grado más alto) _____

Organizaciones Científicas o Profesionales a las que pertenece _____

Area(s) de especialización _____ Firma _____

SIP

Sociedad Interamericana de Psicología
Interamerican Society of Psychology
Sociedade Interamericana de Psicologia
Société Interaméricaine de Psychologie

MEMBERSHIP FORM

I would like to receive all the benefits of ISP membership, including the *Interamerican Journal of Psychology*, *The Interamerican Psychologist*, reduced Congress fees and discounts on ISP's publications.

New Member Renewal

Date _____
Month Day Year

Period:

One (1) year

Amount (check one)

_____ US \$40 (U.S./Canada/Europe)

_____ US \$25 (Latin America/Caribbean)

_____ US \$15 (students, all countries; please indicate Institution/Program: _____)

Period:

Two (2) years

Amount (mark one)

_____ US \$75 (U.S./Canada/Europe)

_____ US \$45 (Latin America/Caribbean)

_____ US \$30 (students, all countries; please indicate Institution/Program: _____)

Form of payment (check one)

Check (in U.S. dollars drawn on a U.S. bank)

Credit card

Please mail completed form with payment (check payable to Interamerican Society of Psychology, or fill below the credit card information) to:

Dra. Wanda Rodríguez Arocho, Secretaria General, SIP

P.O. Box 23345, San Juan, Puerto Rico 00931-3345

Tel. (787) 764-0000 ext. 4184; Fax (787) 764-2615; E-mail: wrodrig@rrpac.upr.clu.edu

Type of card _____ Visa _____ Mastercard _____ Discover

Number _____

Expiration Date _____

Please complete the following information:

Name: _____ Last Name: _____

Mailing Address: _____

City: _____ State/Province _____

Zip/Postal Code: _____ Country: _____

Telephone (s) _____ Fax _____ E-Mail address: _____

Position _____

Institution _____

Academic Training (Highest degree) _____

Professional/Scientific Organizations to which you belong _____

Area (s) of specialization _____

REVISTA INTERAMERICANA DE PSICOLOGIA (RIP)

Actualmente la **Rip** se publica dos veces al año y puede recibirla convenientemente en su hogar u oficina a través del correo.

No sólo se beneficiará del prestigio de esta publicación, sino que podrá nutrir su quehacer con información sobre medicina comportamental, el impacto en la conducta de variados tipos de vivienda, esfuerzos comunitarios, estudios con poblaciones carcelarias, y presentaciones de trabajos en contextos escolares, entre otros. Esto convierte a la **Rip** en instrumento útil no sólo para psicólogos/as, sino para quienes practican la medicina, la arquitectura, el trabajo social, el derecho y la educación.

La Sociedad Interamericana publica la Rip hace más de 20 años. La misma incorpora artículos, reseñas de libros, escritos premiados e informes breves. Es un instrumento útil tanto para la enseñanza como para la investigación ya que refleja los desarrollos que están ocurriendo en la psicología. También tiene temas de interés para otras disciplinas. Por esto, le solicitamos que lleve este formulario a su biblioteca más cercana para que adquiera una suscripción de la Rip.

¡No permita que su Institución pierda esta oportunidad!

FORMULARIO DE RECOMENDACIÓN PARA BIBLIOTECAS

Solicitado por: _____ Fecha _____
Título _____ Departamento _____
Firma _____ Teléfono _____
Institución _____
Estado _____ País _____ Código Postal _____

¡Sí! Favor de adquirir una suscripción de la Revista Interamericana de Psicología
La **RIP** hace una invitación especial a su institución.

Notas para bibliotecarios/as:

1. La RIP se publica dos veces al año y puede recibirla convenientemente en su biblioteca por correo.
2. La RIP se reproduce en papel libre de ácido.
3. La suscripción por un año es US\$60.00, por dos años es US\$120.00.

Ordene su suscripción con su agente o directamente con nosotros/as a:

Revista Interamericana de Psicología

PO Box 23174 UPR Station San Juan, Puerto Rico 00931-3174

¿Cómo comunicarse con la **RIP**?

Sa. Josephine Resto

Gerente Editorial

PO Box 23174 UPR Station San Juan, Puerto Rico 00931-3174

Teléfono: (787) 764-0000 ext. 7467/7883 **Facsimil:** (787) 764-2615

Correo Electrónico: revinter@rrpac.upr.clu.edu

REVISTA INTERAMERICANA DE PSICOLOGIA

INTERAMERICAN JOURNAL OF PSYCHOLOGY (IJP)

The *IJP* is published twice a year, and you will receive it conveniently at your library or office by mail.

Not only will you benefit from the prestige of the journal, but can complement your professional endeavors with information about the impact of housing on conduct, community efforts, behavioral medicine, studies with incarcerated populations, research in school contexts, among others. *IJP* is a useful instrument for psychologists as well as for those who practice medicine, architecture, social work, law, and education.

The Interamerican Society of Psychology has published the *IJP* for the past 20 years. The Journal incorporates articles, book reviews, awarded writings and short essays. It is a useful tool both for teaching and research because it reflects the most recent developments in psychology. It also includes subjects of interest to other disciplines. This is why we ask you to take this form to the nearest library so that they may purchase a subscription to the *IJP*.

Your institution should not miss this opportunity!!

LIBRARY RECOMMENDATION FORM	
Requested by: _____	Date _____
Title _____	Department _____
Signature _____	Phone _____
Institution _____	
Address _____	
State or Country _____	Zip Code _____
<input type="checkbox"/> YES! Please acquire a subscription to the <i>Interamerican Journal of Psychology</i> Now! IJP invites your institution to sponsor the Journal	
Notes to librarian:	
1. <i>IJP</i> is published twice a year, and you will receive it conveniently at your library through the mail.	
2. <i>IJP</i> is printed on acid-free paper.	
3. Annual rate is US\$60.00. Two year subscription is US\$120.00	
Order from your subscription agent or directly from us:	

Interamerican Journal of Psychology

PO Box 23174 UPR Station San Juan, Puerto Rico 00931-3174

How to contact **IJP**?

Ms. Josephine Resto

Managing Editor

PO Box 23174 UPR Station San Juan, Puerto Rico 00931-3174

Phone: (787) 764-0000 ext. 7467/7883 **Fax:** (787) 764-2615

e-mail: revinter@rrpac.upr.clu.edu

REVISTA INTERAMERICANA DE PSICOLOGIA

REVISTA INTERAMERICANA DE PSICOLOGIA (RIP)

SUBSCRIPCIÓN INDIVIDUAL DE RIP

Actualmente la **Rip** se publica dos veces al año y puede recibirla convenientemente en su hogar u oficina a través del correo.

No sólo se beneficiará del prestigio de esta publicación, sino que podrá nutrir su quehacer con información sobre medicina comportamental, el impacto en la conducta de variados tipos de vivienda, esfuerzos comunitarios, estudios con poblaciones carcelarias, y presentaciones de trabajos en contextos escolares, entre otros. Esto convierte a la **Rip** en instrumento útil no sólo para psicólogos/as sino para quienes practican la medicina, la arquitectura, el trabajo social, el derecho y la educación.

¡No pierda esta gran oportunidad y suscribese ahora!

PATROCINIO

¿Convírtase en patrocinador/a de la RIP!

Si interesa fomentar nuestro desarrollo puede hacerlo mediante una contribución individual de \$75.00 por un año y/o \$125.00 por dos años. Su nombre o aquel que usted mencione será incluido en la lista de Patrocinadores/as de la Revista que aparecerá en las páginas introductorias por todo un año (dos números) o dos años (cuatro números).

REVISTA INTERAMERICANA DE PSICOLOGIA

Subscripción Individual

Nombre _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ País _____ Código Postal _____
Profesión _____ Compañía _____

Favor de aceptar mi subscripción a la Revista Interamericana de Psicología

1 Año \$40.00 Ahorre 10% 2 Años \$72.00 Ahorre 15% 3 Años \$102.00

Patrocinio: US\$ 75.00 US\$125.00

Pago

Cheque personal Giro postal # _____ (Banco de EUA)
 Cargue a mi: Master Card Visa American Express

Tarjeta # _____ Fecha Expiración _____

Firma _____ Teléfono _____

Haga cheque o giro postal a nombre de: **Revista Interamericana de Psicología**

¿Cómo comunicarse con la RIP?

Sa. Josephine Resto Gerente Editorial

PO Box 23174 UPR Station San Juan, Puerto Rico 00931-3174

Teléfono: (787) 764-0000 ext. 7467/7883 **Facsimil:** (787) 764-2615

Correo Electrónico: revinter@rrpac.upr.clu.edu

REVISTA INTERAMERICANA DE PSICOLOGIA

INTERAMERICAN JOURNAL OF PSYCHOLOGY (IJP)

INDIVIDUAL SUBSCRIPTION

The *IJP* is published twice a year, and you will receive it conveniently at your home or office by mail.

Not only will you benefit from the prestige of the journal, but can complement your professional endeavors with information about the impact of housing on conduct, community efforts, behavioral medicine, studies with psychologist as well as for incarcerated populations, research in school contexts, among others, *IJP* is a useful instrument for those who practice medicine, architecture, social work, law, and education.

SPONSORSHIP

Become a Sponsor of the IJP!

If you are interested in fostering our development you may do it through an individual contribution of \$75.00 for one year and/or \$125.00 for two years. Your name will be included in the list of Sponsors of the *IJP*, which will appear in one of the introductory pages of journal for one or two years.

REVISTA INTERAMERICANA DE PSICOLOGIA

Order form Individual Subscription

Name _____
Address _____
City _____ State _____ Country _____ Zip Code _____
Occupation _____ Company _____
Please enter my subscription to *Interamerican Journal of Psychology*

1 Year \$40.00 Save 10% 2 Years \$72.00 Save 15% 3 Years \$102.00

Sponsorship US\$ 75.00 US\$ 125.00

Payment

Personal check Money Order # _____ (EUA Bank)
 Charge my: Master Card Visa American Express

Account # _____ Exp. Date _____

Signature _____ Phone _____

Make checks payable to: **Interamerican Journal of Psychology**

How to contact IJP?

Ms. Josephine Resto

Managing Editor

PO Box 23174 UPR Station San Juan, Puerto Rico 00931-3174

Phone: (787) 764-0000 ext. 7467/7883 Fax: (787) 764-2615

e-mail: revinter@rrpac.upr.clu.edu

INTERAMERICAN JOURNAL OF PSYCHOLOGY

Anuncios en la RIP

PRECIOS*

Tamaño y Posición del Anuncio

Página Completa	US \$500
Media Página	US \$300
Contraportada Interior	US \$800
Contraportada Exterior (Página completa)	US \$1000
Arte Gráfico Adicional	US \$30

Descuentos %

Usted recibirá 20% de descuento en el segundo anuncio, aplicable a cualquier número.

Usted recibirá un ejemplar de la RIP con la impresión de su anuncio.

Requisitos Técnicos

Para evitar cargos por arreglos a su anuncio, debe entregar copia en papel y en disco 3.5" del bosquejo y arte gráfico. Todos los anuncios son en blanco y negro y pueden incluir un arte gráfico sin cargo alguno.

Todos los anuncios y sus agencias deben asumir total responsabilidad por el contenido de sus anuncios.

Todos los materiales para anuncios deben estar propiamente identificados y enviados en papel y disco directamente a:

Fechas de Cierre Editorial

1 de marzo y 1 de septiembre

Dirección Postal: UPR CUSEP

Revista Interamericana de Psicología

PO Box 23174 UPR Station San Juan, Puerto Rico 00931-3174

Dirección Física: UPR CUSEP

Revista Interamericana de Psicología

Ave. Universidad #55

Edificio Rivera 3er Piso

Río Piedras, Puerto Rico 00924

* Los precios de los anuncios pueden variar sin previa notificación

Advertisement in IJP

CLASSIFIED RATES*

Ad size and Position

Full Page	US \$500
Half Page	US \$300
Inside Back Cover	US \$800
Outside Back Cover (Full Page)	US \$1000
Additional Graphic Arts	US \$30

Descuentos %

You will receive 20% discount for your second ad. It applies to any issue. You will receive a copy of an issue with your printed ad.

Technical Requirements

To avoid a setup charge, advertisements should be supplied on paper and on a 3.5" disk. All ads must be black and white, and may include one graphic art per ad without extra charge. All advertisements and their agencies assume full responsibility for the contents of their advertisements.

All advertising material must be properly identified, and sent in paper and disk.

Editorial Closing Dates

March 1 and September 1

Mailing Address: UPR-CUSEP

Interamerican Journal of Psychology

PO Box 23174 UPR Station San Juan, Puerto Rico 00931-3174

Express Delivery: UPR CUSEP

Revista Interamericana de Psicología

University Avenue, #55 Rivera Building

Third Floor

Rio Piedras, Puerto Rico 00924

* Prices are subject to change without notice

EDICIÓN ESPECIAL - SPECIAL ISSUE

Alvarez Salgado (Editora Invitada/Invited Editor)

La Psicología Aplicada en el Caribe

PSICOLOGÍA APLICADA A LA SALUD MENTAL - PSYCHOLOGY APPLIED TO MENTAL HEALTH

Grant, Williams & Hunt

Substance abusing women with children in treatment: A Virgin Islands' residential model

Canino, Bird, Rubio-Stipec & Bravo

The epidemiology of mental disorders in the adult population of Puerto Rico

Bogaert

Psicoanálisis de la mujer y ritos de posesión

PSICOLOGÍA APLICADA AL MUNDO LABORAL - PSYCHOLOGY APPLIED TO WORK SETTINGS

Charles

Unity in diversity: A study of work values, attitudes and motivation in a multicultural society

Fuentes Avila

El ámbito laboral: Algunas reflexiones desde un enfoque sociopsicológico

Toro Díaz

El razonamiento defensivo y su efecto sobre la calidad del servicio público en Puerto Rico

PSICOLOGÍA APLICADA EN LAS ESCUELAS - PSYCHOLOGY APPLIED TO SCHOOLS

Emeencia

Problems and possibilities for the personality development of the learner in the Aruban educational system: Urgent need for a Caribbean educational psychology

PSICOLOGÍA APLICADA EN LAS COMUNIDADES - PSYCHOLOGY APPLIED IN COMMUNITIES

Zaitir

Desarrollo de la psicología comunitaria en la República Dominicana

Muñoz Vázquez

Aportaciones de la Psicología de Comunidad en Puerto Rico a un marco teórico alternativo sobre el potencial de empoderamiento de las comunidades

PSICOLOGÍA APLICADA A LA SALUD - PSYCHOLOGY APPLIED TO HEALTH

Torres Alfonso

Implicaciones psicosociales en la intervención para la prevención de la transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) con hombres homosexuales en Puerto Rico: Un modelo para el Caribe

Williams

Adolescence and Aids in Jamaica

Lou Bernal & Sanabria Ramos

Algunas consideraciones del enfoque de promoción en el programa cubano para la prevención del VIH/SIDA