

CONEXIO

Vol5
Núm1
Ene 2016

REVISTA DEL COLEGIO DE PROFESIONALES DE TERAPIA OCUPACIONAL DE PUERTO RICO



CONEXIO

VOL 5 • NÚM 1 • ENERO 2016

2 Mensaje de la Editora
Angélica Rivera Miranda

4



**Estándares de la Práctica de
Terapia Ocupacional**

*Margarita González Pérez, Esther Rivera De León,
Yeliza Quintana Bosques, Lydia R. Sandoval Torres,
Yadira Rentas Rodríguez, Rosario Flores*

10



Enablers for using assistive technology

*Elsa M. Orellano-Colón, Mayra Torres, Angélica Santiago,
Víctor Torres, Keyla Benítez*

14 Efectividad del uso de bolas de terapia
en el salón de clase

Madya R. Aponte Dávila, Maribel S. Despres

18 Ética y el manejo de las emociones en
el escenario de Práctica Clínica

*Dr. Carlos Rubén Carrasquillo, Mayra Lebrón,
Milagros Marrero Díaz, Madeline Ortiz Concepción,
Mariangie Garay*

20



**Como gatos boca arriba ante los
cambios**

Mariangie Garay

22 Día nacional de concienciación sobre
el uso de la mochila escolar

Jorge L. Torres Vélez

24 Principios de Ética Terapia Ocupacional

EDITOR

Angélica Rivera Miranda, MS, OTL

JUNTA EDITORA

Norma Báez Carrasquillo, MA, OTR/L
Dyhalma Irizarry Gómez PhD, OTR/L, FAOTA
Rosa Román Oyola, PhD, MEd, OTR/L
Angélica Rivera Miranda, MS, OTL
Arelis Santiago Rodríguez, MS, OTR/L
Mariel Volcy Inclán, MS, OTR/L

DISEÑO GRÁFICO

Orlando Rivera Archilla

IMPRESIÓN

Print Pro, Inc.

CONEXIO es una publicación del Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico. Se reserva el derecho de aceptar los escritos recibidos, editarlos y hacer correcciones en su estilo y forma. La veracidad de la información y datos sometidos es responsabilidad exclusiva de los autores. El CPTOPR no es responsable por lo expresado en los escritos, visuales, ni en los anuncios publicados. CONEXIO es un medio informativo cuyo fin es la divulgación de información relacionada al campo de la práctica de la terapia ocupacional, por lo cual se exhorta al dialogo entre los colegiados en los temas que se divulgan por este medio.

Para someter escritos dirigirse a:
Angélica Rivera Miranda, MS, OTL
Correo electrónico: a.rivera.miranda@outlook.com
Tel: (787)598-8461

Correo regular:
Revista CONEXIO
Colegio de Profesionales de Terapia
Ocupacional de Puerto Rico
PO Box 361558
San Juan, PR 00936-1558

Para anuncios:
Tel: (787) 282-6966
Fax: (787) 294-4422
cptopr10@gmail.com

1/4 página = \$50.00
1/3 página = \$75.00
1/2 página = \$90.00
3/4 página = \$125.00
1 página = \$150.00
(arte no incluido)

Los anunciantes son responsables del contenido de los anuncios y el CPTOPR no endosa éstos. Se publican anuncios que estén acorde con el Código de Ética, Normas y Reglamento del CPTOPR.

Editora

Angélica Rivera Miranda MS, OTL
Hospital de Psiquiatría, SER de Puerto Rico



Un nuevo volumen de la revista CONEXIO llega a todos ustedes con intensidad de que observen y lean cada página; y puedan así disfrutar de su contenido al máximo. Recuerden que este es su espacio profesional para compartir, y a su vez aprender, sobre experiencias, enfoques, modelos de intervención y nuevas estrategias de trabajo que colaboren en el crecimiento de la profesión de Terapia Ocupacional en nuestro país.

Esta ocasión el recorrido por la revista les ofrece escritos relacionados con las diversas áreas de intervención de la profesión; salud mental, salud física y pediatría.

Además, como parte importante les presentamos documentos esenciales para llevar a cabo una práctica responsable, justa y a la vanguardia. Tendrán para ustedes el documento oficial Estándares de la Práctica de Terapia Ocupacional, requisitos para los terapeutas ocupacionales y asistentes de terapia ocupacional en la prestación de servicios, traducido por la Comisión de Práctica de nuestro CPTOPR y los Principios de Ética Profesional, presentados por la Comisión de Ética, Querellas y Mediación del CPTOPR.

Por tal razón, te invitamos a que no dejes la revista CONEXIO sobre la mesa de tu casa o sobre el escritorio en la oficina. Ábrela, obsérvala y apodérate de lo que te ofrece para ser un profesional con mayores recursos, para tus clientes de terapia ocupacional. De igual forma, te exhortamos a que te motives a escribir y compartir en la revista CONEXIO aquello que deseas exponer a tus colegas y comunidad profesional puertorriqueña.

Angélica Rivera Miranda

Dra. Dyhalma Irizarry-Gómez

Premio a la Excelencia María del Pilar Christian Mariani



Preparación Académica

Posee un Doctorado en Filosofía (Ph.D) de Pennsylvania State University del 1990, una Maestría en Ciencias en Terapia Ocupacional de Boston University del 1980 y un Bachillerato en Ciencias en Terapia Ocupacional del Recinto de Ciencia Médicas de la Universidad Puerto Rico del 1972. En todos los niveles académicos obtuvo reconocimiento por excelencia académica.

Posiciones de liderato en Terapia Ocupacional

Servicio Clínico: Inició su labor como terapeuta ocupacional en el 1971 en el Centro Pediátrico de Ponce donde organizó los servicios de Terapia Ocupacional. En el 1973, se trasladó al Hospital Regional Caguas donde fue terapeuta ocupacional y posteriormente Directora del Departamento de Terapia Ocupacional.

Servicio en la Academia

En el 1976, inició su desempeño como profesora en el Programa de Grado Asociado en Terapia Ocupacional en el entonces Colegio Regional de Humacao y luego se convirtió en Directora del Programa de Terapia Ocupacional y además fue Directora del Departamento de Terapia Física y Terapia Ocupacional. Luego

de completar sus estudios doctorales en el 1990, fue reclutada por la Prof. María del Pilar Christian Mariani para ocupar una posición docente en el Programa de Terapia Ocupacional del Recinto de Ciencia Médicas. En el 1995, fue nombrada Decana Asociada para Asuntos Académicos del entonces llamado Colegio de Profesiones Relacionadas con la Salud, Recinto de Ciencia Médicas. En el 2002, se convirtió en Catedrática y Directora del Programa de Terapia Ocupacional del Colegio de Profesiones Relacionadas con la Salud. Durante su liderato se llevó a cabo exitosamente el proceso de re acreditación del bachillerato, la transición hacia la maestría y se diseñó el currículo del Programa de Maestría en Ciencias en Terapia Ocupacional. Fue la primera directora del Programa de Maestría en Terapia Ocupacional. Desde el 2008 hasta 2014, se desempeñó como Directora del Departamento de Programas Graduados de la Escuela de Profesiones de la Salud del Recinto de Ciencia Médicas. Ha participado y en muchos ha sido presidenta de importantes comités a nivel del Departamento, la Escuela y el Recinto, entre los que se encuentran: el Comité de Currículo, el Comité de Planificación Estratégica, el Comité de Avalúo, el Comité de Personal de Departamento y de Facultad, el Comité de Administración y Docencia, el Comité Timón de Autoestudio de la Middle States Commission on Higher Education, el Comité de Avalúo Institucional y el Comité Organizador de varios congresos a nivel local e internacional; entre otros.

Fue Presidenta de la Junta Consultiva del Consejo de Educación Superior de Puerto Rico para el establecimiento del Programa de Maestría Pos profesional en Terapia Ocupacional de la Universidad de Loma Linda que se ofreció en Puerto Rico y se le otorgó la distinción de profesora adjunta de dicha universidad.

Liderato y distinciones en organizaciones profesionales a nivel nacional:

Asociación Americana de Terapia Ocupacional - Fue elevada al Roster of Fellows en 1994, por sus aportaciones significativas al desarrollo de la profesión en Puerto Rico, convirtiéndose en la tercera OTR en P.R. en obtener esta distinción. Recibió además varias Distinciones por servicios prestados a esta Asociación. Fue Representante de Puerto Rico a la AOTA desde el 1996-2002 y durante su incumbencia el número de miembros y la participación de Puerto Rico en la Asociación Americana de Terapia Ocupacional fue notable. Fue miembro de importantes comités a nivel de la Asociación tales como: Educational Standards Review Committee del Accreditation Council for Occupational Therapy Education y del OT Practice Framework Task Force, entre otros.

National Board for Certification in Occupational Therapy - Desde el 1993 hasta 1999 fue enlace entre los programas académicos y la Junta Examinadora al NBCOT. Su colaboración con esta



Junta permitió que se realizara un análisis de la práctica de Terapia Ocupacional por primera vez en Puerto Rico. Desde el 2003 hasta el 2013, se convirtió en la primera hispana y puertorriqueña en ser miembro de la Junta de Directores del NBCOT. Durante su incumbencia se logró mantener y aumentar los lazos de colaboración de los programas académicos y la Junta Examinadora con el NBCOT y se logró que dicha organización se involucrara en la preparación de un examen de certificación en español para terapeutas ocupacionales y para asistentes. Fue Miembro de varios importantes comités: National Commission for Continued Competency in Occupational Therapy y Practice Analysis Task Force y represent al NBCOT en el Comité que revisó los estándares de acreditación que se implantaron con el cambio en el nivel de entrada de la profesión a la maestría.

Liderato y distinciones en organizaciones profesionales a nivel de Puerto Rico Asociación de Terapia Ocupacional de Puerto Rico

Ocupó las posiciones de Presidente, Vicepresidente y Secretaria de la Asociación de Terapia Ocupacional de Puerto Rico y fue presidenta de importantes comités en dicha asociación (Programa, Reconocimientos, Legislación, Miembros, Planificación Estratégica, entre otros). Como presidenta del Comité de Legislación trabajó en un proyecto de reclasificación y aumento de las escalas salariales para los profesionales de Terapia Ocupacional en P.R. Participó activamente en el Comité que organizó el programa para la celebración de la Conferencia Anual de la AOTA en Puerto Rico en el 1977, presidido por la Prof. María del Pilar Christian.

Sus grandes aportaciones a la Asociación le permitieron obtener varios reconocimientos y las dos mas altas distinciones que otorgaba dicha asociación: Terapeuta Ocupacional del Año y Premio a la Excelencia.

Junta Examinadora de Terapia Ocupacional de Puerto Rico

Durante su presidencia (1994-1999) se desarrollaron importantes documentos para mejorar el funcionamiento de la Junta incluyendo los procesos de otorgación de licencias, seguimiento a los procesos de renovación de licencia provisional y recertificación, se aprobó la revisión del Reglamento de la Junta Examinadora, se revisó la Ley de Terapia Ocupacional, y se diseñó y se comenzó a ofrecer el examen de revalida para terapeutas ocupacionales como requisito para obtener la licencia en Puerto Rico ya que hasta ese momento éstos tomaban el examen de certificación ya que no existía un examen de revalida para esta clase profesional.

Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico

Miembro fundador y primer presidente. Bajo su incumbencia se logró realizar la Asamblea Constituyente, la redacción y aprobación del Reglamento General del Colegio y su incorporación en el Departamento de Estado. Se desarrolló toda la estructura organizacional del Colegio, se contrato una secretaria administrativa a tiempo completo, se montó todo el sistema de información electrónica y el sistema de contabilidad; se diseñó el Plan Estratégico, la página electrónica, la revista CONEXIO, los manuales de normas y procedimientos de las Comisiones y Comités y el Colegio se convirtió en proveedor de educación continuada, entre otros. Además, bajo su liderato el Colegio inició su participación como miembro del Consejo Interdisciplinario de Colegios y Asociaciones Profesionales (CICAP) para defender la colegiación compulsoria.

Investigación

Ha dirigido y participado junto con los estudiantes de Maestría en Terapia Ocupacional en varios proyectos de investigación que aportan al cocimiento en Terapia Ocupacional entre los que se encuentran, la traducción y adaptación cultural de la prueba Activity Card Sort, la Canadian Occupational Performance Evaluation y en el Estudio Descriptivo del Alcance de la Práctica de Terapia Ocupacional en Puerto Rico. Además, colaboró con la Dra. Luz A. Muñiz en la traducción y adaptación cultural de la prueba Performance Assessment of Self Care Skills. Ha realizado varias presentaciones de sus proyectos de investigación en foros y publicaciones en revistas profesionales.

A nivel personal

Nació en Cayey, el día en que se fundó la Asociación de Terapia Ocupacional de Puerto Rico, 2 de junio de 1950. Su niñez y adolescencia la pasó en Ponce y en el 1965, se mudó a San Juan y conoció a su actual esposo en la Escuela Superior Juan Ponce de León en Río Piedras, el Dr. Jimmy Torres Rodríguez con quien lleva 42 años felizmente de casada. Reside en Caguas desde que contrajo matrimonio. Procrearon tres excelentes hijos: Jimmy Alexis, Rafael Enrique y Dyhalma Joannie. Tienen 4 adorables nietos.

Sus planes son acogerse a la jubilación durante el próxima año y seguir aportando a la profesión a la academia, al CPTOPR, a organizaciones profesionales y comunitarias que luchan por la salud y la educación como un derecho humano; continuar haciendo el bien, dando lo mejor y cumplir con todo lo que el Señor le tenga destinado para completar su misión.



Estándares de la Práctica de Terapia Ocupacional

Margarita González Pérez, Esther Rivera De León, Yeliza Quintana Bosques,
Lydia R. Sandoval Torres, Yadira Rentas Rodríguez, Rosario Flores

Este documento define los estándares mínimos para la práctica de Terapia Ocupacional. La práctica de Terapia Ocupacional significa la utilización terapéutica de las actividades de la vida diaria (ocupaciones) con personas, grupos, organizaciones y poblaciones con el propósito de participar en roles y situaciones en el hogar, escuela, lugar de trabajo, comunidad u otros escenarios. Los servicios de Terapia Ocupacional se ofrecen con el propósito de promover la salud y el bienestar, a aquellas personas que tienen o están riesgo de desarrollar una dolencia, lesión, enfermedad, condición, discapacidad, limitación de actividad o restricción de participación. La Terapia Ocupacional aborda aspectos físicos, cognitivos, psicosociales, sensoriales, de comunicación y otras áreas de desempeño en varios contextos y entornos de las actividades de la vida diaria que afectan la salud, el bienestar y la calidad de vida (Asociación Americana de Terapia Ocupacional [AOTA, por sus

siglas en inglés], 2004). La meta general para Terapia Ocupacional es “apoyar la salud y la participación en la vida [de las personas] a través de involucrarse en las ocupaciones” (AOTAA, 2008, p. 626).

Los Estándares de Práctica para Terapia Ocupacional son requisitos para los terapeutas ocupacionales y los asistentes en Terapia Ocupacional para la prestación de los servicios de Terapia Ocupacional. El documento Manual de Referencia de los Documentos Oficiales de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional, Inc. [The Reference Manual of Official Documents of the American Occupational Therapy Association, Inc.] (versión actual a la hora de cierre de impresión, AOTA, 2009b) contiene documentos que clarifican y apoyan la práctica de Terapia Ocupacional, al igual que varios ejemplares de la revista American Journal of Occupational Therapy. Estos documentos son revisados y actualizados de manera continua para su aplicabilidad.

EDUCACIÓN, EXAMEN Y REQUISITOS PARA OBTENER LA LICENCIA

- Todos los terapeutas ocupacionales y los asistentes en Terapia Ocupacional deben practicar bajo las leyes estatales y federales.
- Para ejercer la profesión como terapeuta ocupacional, la persona adiestrada en los Estados Unidos o Puerto Rico: se ha graduado de un programa de Terapia Ocupacional acreditado por el Consejo de Acreditación para la Educación en Terapia Ocupacional [Accreditation Council for Occupational Therapy Education (ACOTE®)] u organizaciones predecesoras; ha completado con éxito un periodo de experiencia de trabajo supervisado en el campo requerido por la institución educativa en la que el solicitante cumple con los requisitos académicos del programa educativo para terapeutas ocupacionales que ha sido acreditado por ACOTE® u organizaciones predecesoras; ha pasado un examen nacional o estatal de nivel básico o nivel de entrada para terapeutas ocupacionales, y cumple con los requisitos estatales para obtener la licencia, certificación o inscripción en el registro de profesionales de la salud.
- Para ejercer la profesión como asistente en Terapia Ocupacional, la persona adiestrada en los Estados Unidos o Puerto Rico: se ha graduado de un programa de asistente en Terapia Ocupacional acreditado por el Consejo de Acreditación para la Educación en Terapia Ocupacional [Accreditation Council for Occupational Therapy Education (ACOTE®)] u organizaciones predecesoras; ha completado con éxito un periodo de experiencia de trabajo supervisado en el campo requerido por la institución educativa en la que el solicitante cumple con los requisitos académicos del programa educativo para asistentes en Terapia Ocupacional que ha sido acreditado por ACOTE® u organizaciones predecesoras; ha pasado un examen nacional o estatal de nivel básico o nivel de entrada para asistentes en Terapia Ocupacional; y cumple con los requisitos estatales para obtener la licencia, certificación o inscripción en el registro de profesionales de la salud.

DEFINICIONES

Las siguientes son definiciones utilizadas en este documento:

- **Actividad (Actividades):** Clase o clases de comportamientos humanos orientados hacia una meta o fin.
- **Instrumentos de Evaluación:** Herramientas específicas utilizadas durante el proceso de evaluación.
- **Cliente:** Entidad que recibe los servicios de Terapia Ocupacional. Los clientes pueden incluir: (1) particulares y otras personas relevantes en la vida de esas personas, como la familia, cuidadores, maestros, empleadores y otros quienes también pueden ayudar o recibir servicio de forma indirecta; (2) organizaciones como negocios, industrias, agencias; y (3) poblaciones dentro de una comunidad (Moyers & Dale, 2007).
- **Evaluación:** El proceso de obtener e interpretar los datos necesarios para la intervención. Esto incluye la planificación y documentación para el proceso de evaluación y resultados.
- **Intervención:** El proceso y acciones expertas tomadas por los profesionales de Terapia Ocupacional en colaboración con el cliente para facilitar el llevar a cabo las ocupaciones relacionadas con la salud y la participación. El proceso de intervención incluye el plan, la implementación y la revisión.
- **Ocupación:** "Actividades dirigidas hacia un objetivo o meta que típicamente se extienden en el tiempo, tienen significado con su ejecutoria e involucran múltiples tareas" (Christiansen, Baum, & Bass-Haugen, 2005, p. 548); "todas las cosas que las personas quieren, necesitan o tienen que hacer, ya sea física, mental, social, sexual, política, espiritual o de cualquier naturaleza, incluido el sueño y las actividades de descanso". (Wilcock & Townsend, 2009, p. 193); "actividades de la vida diaria y a las que las personas y la cultura han dado nombre, han organizado y le han dado sentido" (Law, Polatajko, Baptiste, & Townsend, 1997, p. 32).
- **Resultados:** Lo que la Terapia Ocupacional realmente logra para el cliente. Cambios deseados por el cliente que pueden concentrarse en cualquier área del desempeño ocupacional del cliente.
- **Revaluación:** El proceso de análisis crítico de la respuesta del cliente a la intervención. Este análisis le permite al terapeuta hacer cualquier cambio necesario al plan de intervención en colaboración con el cliente.
- **Cernimiento:** Obtención y revisión de los datos pertinentes a un cliente potencial para determinar la necesidad de mayor evaluación e intervención.
- **Transiciones:** Las transiciones son "acciones coordinadas para preparar o facilitar un cambio como uno de un nivel funcional a otro, de una vida [cambio] a otra, de un programa a otro, o de un ambiente a otro"(AOTA, 1998, p. 866).

I ESTÁNDARES Y RESPONSABILIDADES DEL PROFESIONAL

1. Un profesional de Terapia Ocupacional (terapeuta ocupacional o asistente en Terapia Ocupacional) ofrece servicios de Terapia Ocupacional que reflejan la base filosófica de la Terapia Ocupacional y que son compatibles con los principios establecidos, los conceptos de la teoría y la práctica.
2. Un profesional de Terapia Ocupacional es conocedor y ofrece los servicios de Terapia Ocupacional de acuerdo con los estándares de la AOTA, políticas, guías y requisitos reglamentarios tanto estatales como federales y otros, además de los requerimientos del pagador relevantes a la práctica y prestación de servicios.
3. Un profesional de Terapia Ocupacional mantiene actualizada la licencia, inscripción en el registro de profesionales de salud o certificación

4. El profesional de Terapia Ocupacional se rige por el Código de Ética de Terapia Ocupacional del Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico (9 de octubre del 2010).
5. El profesional de Terapia Ocupacional debe ser responsable de actualizar y mantener al día su conocimiento y habilidades profesionales (Ley 11 del 23 de junio de 1976, Educación Continua).
6. Un terapeuta ocupacional es responsable de todos los aspectos de la prestación de servicio de Terapia Ocupacional, de la seguridad y eficacia del proceso de prestación del servicio de Terapia Ocupacional (AOTA, 2009a).
7. Un asistente en Terapia Ocupacional es responsable de proporcionar servicios de Terapia Ocupacional seguros y eficaces bajo la supervisión y en asociación con el terapeuta



ocupacional, y de conformidad con las leyes o reglamentaciones estatales o federales.

8. Un profesional de Terapia Ocupacional se mantiene actualizado sobre los asuntos legislativos, políticos, sociales, culturales y de reembolso que afectan a los clientes y la práctica de la Terapia Ocupacional.
9. Un profesional de Terapia Ocupacional conoce sobre la investigación basada en la evidencia y la aplica de manera ética y apropiada para proveer servicios de Terapia Ocupacional en consonancia con los enfoques de las mejores prácticas.
10. Un profesional de Terapia Ocupacional respeta los antecedentes socioculturales del cliente y provee servicios de Terapia Ocupacional centrados en el cliente y la familia.



II CERNIMIENTO, EVALUACIÓN Y REEVALUACIÓN

1. Un terapeuta ocupacional es responsable de todos los aspectos del proceso de revisión, evaluación y reevaluación.
2. Un terapeuta ocupacional acepta y responde a los referidos en cumplimiento con las leyes estatales o federales, por otros requisitos reglamentarios y requerimientos del pagador.
3. Un terapeuta ocupacional, en colaboración con el cliente, evalúa la capacidad del cliente de participar en la vida diaria al considerar el historial, metas capacidades y necesidades del cliente; las actividades y ocupaciones que quiere y necesita el cliente; y los entornos y contextos en los cuales ocurren estas actividades y ocupaciones.
4. Un terapeuta ocupacional inicia y dirige el proceso de cernimiento, evaluación y reevaluación y analiza e interpreta los datos de acuerdo con las leyes estatales o federales, por otros requisitos reglamentarios y requerimientos del pagador.
5. Un asistente en Terapia Ocupacional contribuye con el proceso de cernimiento, evaluación y reevaluación al implementar evaluaciones que han sido delegadas y proveer al terapeuta ocupacional informes verbales y escritos de las observaciones y las capacidades del cliente de acuerdo con las leyes estatales o federales, por otros requisitos reglamentarios y requerimientos del pagador.
6. Un profesional de Terapia Ocupacional utiliza las evaluaciones actuales y los procedimientos de evaluación, y sigue protocolos definidos de evaluación estandarizados durante el proceso de cernimiento, evaluación y reevaluación.
7. Un terapeuta ocupacional completa y documenta los resultados de la evaluación de Terapia Ocupacional. Un asistente en Terapia Ocupacional contribuye con la documentación de los resultados de la evaluación. Un profesional de Terapia Ocupacional se rige por los plazos de tiempo, formatos y estándares establecidos por los escenarios de práctica, por las leyes federales y estatales, por otros requisitos reglamentarios y requerimientos del pagador, por los programas de acreditación externos.
8. Un profesional de Terapia Ocupacional comunica los resultados del cernimiento, evaluación y reevaluación dentro de los límites de confidencialidad del cliente y reglamentación de privacidad hacia la persona, grupo, organización o población apropiada.
9. Un terapeuta ocupacional recomienda consultas adicionales o refiere a los clientes a los recursos apropiados cuando las necesidades del cliente pueden ser mejor atendidas por la pericia de otros profesionales.
10. Un profesional de Terapia Ocupacional educa a los recursos de referido potenciales y actuales sobre el alcance y el proceso de iniciar los servicios de Terapia Ocupacional.



III INTERVENCIÓN

1. Un terapeuta ocupacional tiene la responsabilidad general sobre el desarrollo, documentación e implementación de la intervención de Terapia Ocupacional basada en la evaluación, las metas del cliente, la mejor evidencia disponible y el

- razonamiento profesional y clínico.
2. Un terapeuta ocupacional garantiza que el plan de intervención está documentado dentro de los plazos de tiempo, formatos y estándares establecidos por los escenarios de práctica, las agencias, los programas de acreditación externos, las leyes estatales y federales, y otros requisitos reglamentarios y requerimientos del pagador.
 3. Un profesional de Terapia Ocupacional colabora con el cliente para desarrollar e implementar el plan de intervención sobre la base de las necesidades y prioridades del cliente, asuntos de seguridad, beneficios relativos y riesgos de las intervenciones.
 4. Un profesional de Terapia Ocupacional coordina el desarrollo y la implementación de la intervención de Terapia Ocupacional con la provista por otros profesionales, cuando es apropiado.
 5. Un profesional de Terapia Ocupacional utiliza razonamiento profesional y clínico para seleccionar los tipos de intervenciones más apropiados, incluidos el uso terapéutico del yo, el uso terapéutico de ocupaciones y actividades, consultorías, educación y defensa de otros.

6. Un asistente en Terapia Ocupacional selecciona, implementa y hace modificaciones a las intervenciones terapéuticas que son congruentes con las competencias demostradas por el asistente en Terapia Ocupacional y las responsabilidades delegadas, el plan de intervención y los requerimientos del escenario de práctica.
7. Un terapeuta ocupacional modifica el plan de intervención a través del proceso de intervención y documenta los cambios en las necesidades, metas y ejecución del cliente.
8. Un asistente en Terapia Ocupacional contribuye en la modificación del plan de intervención mediante el intercambio de información y proveyendo documentación a el terapeuta ocupacional sobre las respuestas y comunicaciones del cliente a través de la intervención.
9. Un profesional de Terapia Ocupacional documenta los servicios ofrecidos dentro de los plazos de tiempo, formatos y estándares establecidos por los escenarios de práctica, las agencias, los programa de acreditación externos, las leyes federales y estatales, por otros requisitos reglamentarios y requerimientos del pagador.

IV RESULTADOS

1. Un terapeuta ocupacional es responsable de seleccionar, medir, documentar e interpretar los resultados esperados o alcanzados relacionados con la capacidad del cliente de involucrarse en las ocupaciones.

2. Un terapeuta ocupacional es responsable de documentar los cambios en la ejecución del cliente y sus capacidades, y por la transición del cliente a otros tipos de servicios o de intensidad, o descontinuar los servicios cuando el cliente ha logrado las metas identificadas, ha alcanzado el beneficio

- máximo o no desea continuar con los servicios.
3. Un terapeuta ocupacional prepara e implementa un plan de transición o alta, basada en las necesidades, metas, ejecución y recursos apropiados de seguimiento del cliente.
 4. Un asistente en Terapia Ocupacional contribuye con el plan de transición o alta al proveer información y documentación al terapeuta ocupacional supervisor, relacionado con las necesidades, metas, ejecución y recursos apropiados de seguimiento del cliente.
 5. Un profesional de Terapia Ocupacional facilita el proceso de transición o el

- alta en colaboración con el cliente, los miembros de la familia, pareja, otros profesionales (e.g., médico, educativo o servicios sociales) y recursos en la comunidad, de ser apropiado.
6. Un terapeuta ocupacional es responsable de evaluar la seguridad y efectividad del proceso e intervenciones de la Terapia Ocupacional dentro del contexto del escenario de práctica.
 7. Un asistente en Terapia Ocupacional contribuye a evaluar la seguridad y efectividad de los procesos y las intervenciones de la Terapia Ocupacional dentro del contexto del escenario de práctica.

Traducción oficial por Margarita González Pérez,
enero 2015

Profesional Translator
Revisión y Adaptación por la Comisión de
Práctica del CPTOPR

Esther Rivera De León, OTL
Presidenta de la Comisión
Yeliza Quintana Bosques, OTL
Presidenta Saliente
Lydia R. Sandoval Torres, OTR/L
Miembro Comisión de Práctica
Yadira Rentas Rodríguez, OTR/L, MEP
Miembro Comisión de Práctica
Rosario Flores, OTR/L

Miembro Comisión de Práctica. Estos
estándares sirven como directrices mínimas
para la práctica de Terapia Ocupacional y se
aplican a todas las poblaciones individuales
y programas en los que se ofrecen servicio a
estas personas.

La Comisión sobre la Práctica
Janet V. DeLany, DEd, OTR/L, FAOTA, Presidenta

La COP desea reconocer a las autoras de la edición de 2005 de este documento: Sara Jane Brayman, PhD, OTRIL, FAOTA, Presidenta; Susanne Smith Roley, MS, OTRIL, FAOTA, Presidenta-Electa; Gloria Frolek Clark, MS, OTRIL, FAOTA; Janet V. DeLany, DEd, MSA, OTRIL, FAOTA; Eileen R. Garza, PhD, OTR, ATP; Mary V. Radomski, MA, OTRIL, FAOTA; Ruth Ramsey, MS, OTR/L; Carol Siebert, MS, OTRIL; Kristi Voelkerding, BS, COTA/L; Lenna Aird, COTAIL, Enlace con ASD ; Patricia D. LaVesser, PhD, OTR/L, Enlace con SIS; and Deborah Lieberman, MHSA, OTR/L, FAOTA, Enlace con las Oficina Centrales de AOTA.

Aprobado por el Consejo Coordinador de la Asamblea Representativa (RACC, por sus siglas en inglés; para la Asamblea Representativa)

Revisado por la Comisión sobre la Práctica 2010

Esta revisión reemplaza el documento de 2005 Estándares de Práctica para Terapia Ocupacional (previamente publicado y con derechos de autor de 2005 por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional en el American Journal of Occupational Therapy, 59, 663-665).

A ser publicado y protegido por los derechos de autor en 2010 por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional en el American Journal of Occupational Therapy, 64 (Noviembre/Diciembre).

Nota: Estos estándares están concebidos como guías recomendadas para asistir a los profesionales de Terapia Ocupacional en la prestación de servicios de Terapia Ocupacional. Estos estándares sirven como directrices mínimas para la práctica de Terapia Ocupacional y se aplican a todas las poblaciones individuales y programas en los que se ofrecen servicio a estas personas.

REFERENCIAS

- American Occupational Therapy Association. (1998). Standards of practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 52, 866-869.
- American Occupational Therapy Association. (2004). Policy 5.3.1: Definition of occupational therapy practice for state regulation. *American Journal of Occupational Therapy*, 58, 694--695.
- American Occupational Therapy Association. (2005a). Occupational therapy code of ethics (2005). *American Journal of Occupational Therapy*, 59, 639-642.
- American Occupational Therapy Association. (2005b). Standards for continuing competence. *American Journal of Occupational Therapy*, 59, 661-662.
- American Occupational Therapy Association. (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 62, 625--683.
- American Occupational Therapy Association. (2009a). Guidelines for supervision, roles, and responsibilities during the delivery of occupational therapy services. *American Journal of Occupational Therapy*, 63, 173-179.
- American Occupational Therapy Association. (2009b). The reference manual of the official documents of the American Occupational Therapy Association, Inc. (14th ed.). Bethesda, MD: AOTA Press.
- Christiansen, C., Baum, M. c., & Bass-Haugen, J. (Eds.). (2005). *Occupational therapy: Performance, participation, and well-being*. Thorofare, NJ: Slack.
- Law, M., Polatajko, H., Baptiste, W., & Townsend, E. (1997). Core concepts of occupational therapy. In E. Townsend (Ed.), *Enabling occupation: An occupational therapy perspective* (pp. 29-56). Ottawa, ON: Canadian Association of Occupational Therapists.
- Moyers, P. A., & Dale, L. M. (2007). *The guide to occupational therapy practice* (2nd ed.). Bethesda, MD: AOTA Press.
- Wilcock, A. A., & Townsend, E. A. (2009). Occupational Justice. In E. Crepeau, E. Cohn, & B. Schell (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (11th ed., pp. 192- 215) . Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Código de Ética del Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico aprobado el 9 de octubre de 2010.
- Ley 11 del 23 de junio de 1976, según enmendada.



5TA CONFERENCIA Y ASAMBLEA ANUAL DEL CPTOPR 2015

1900's al 2015



Enablers for using assistive technology

Elsa M. Orellano-Colón, Mayra Torres, Angélica Santiago,
Víctor Torres, Keyla Benítez

ABSTRACT

This article reports about the enablers for using assistive technology devices from the perspective of 60 community-living older adults in Puerto Rico. These enablers emerged from a qualitative study conducted with joint efforts among the Occupational Therapy Program at the Medical Sciences Campus and the Puerto Rico Assistive Technology Program, University of Puerto Rico. The enablers for using AT devices that were found in this study were: Knowledge and training in the use of AT, Positive attitude toward AT, AT loan system, Low or non-cost AT, Support from others, Health plan coverage of AT, and having economic resources. Based on the results of this study, the authors also provided recommendations for occupational therapy education, practice,

policies, and research.

With the rapid increase of the population of older adults, their ability to remain living in their home is becoming an important public health concern (Gitlow, et al., 2012). This growth made it necessary to develop research targeted to address this population needs to maintain their independence as long as possible. Assistive technology (AT) has been used successfully to maintain older adults' independence. Knowledge about the enablers for using AT from the perspective of Hispanic older adults is useful to occupational therapists and assistive technology practitioners because it could be used to design AT programs and interventions with the potential to maintain or increase the functional abilities and independence, support aging-in-place, and increase quality of life of older adults (Cook & Polgar, 2008).

Therefore, in 2014, joint efforts between

the Occupational Therapy Program of the School of Health Professions in the Medical Sciences Campus and the Puerto Rico Assistive Technology Program, both at the University of Puerto Rico, conducted a study to identify enablers for using AT devices as perceived by Hispanic community-living older adults. Sixty Hispanic older adults (70 years and older) with functional limitations participated in this study. A descriptive qualitative research design was used to gain in-depth understanding of participants' perspectives regarding enabler for using AT devices. An enabler is any personal, activity-based, assistive technology-based or contextual factors reported by the participants of this study that facilitates using assistive technologies. Two assistive technology researchers and three occupational therapy graduate students conducted individual in-depth semi-structure interviews with the participants. They used the Assistive Technology Devices Cards (ATDC) assessment as a prompt to facilitate participants' qualitative responses. The ATDC is an interview-based tool used to measure the AT needs of community-dwelling older adults with functional limitations in the following domains: reading, mobility, personal hygiene, toileting, cooking, home maintenance, medication management, communication, home accessibility, and home safety. Data analysis included rigorous thematic content analysis.

The results of the qualitative interviews revealed seven themes describing a wide range of enablers for using AT devices from the participants perspectives, including: AT loan system, Low or non-cost AT, Knowledge and training in the use of AT, Positive attitude toward AT, Support from others, Health care coverage provision of AT, and Having economic resources. Descriptions of these themes with direct quotes from the participants' expressions are described below.

Knowledge and training in the use of

AT. Knowledge was the most frequently identified enabler with 23 references coded in this theme. It refers to having the necessary information and skills for accessing and using AT. When the interviewers asked the participants about what things would make easier the use of AT devices, participants reported having the necessary knowledge and skills for using them, and having access to AT. For example, one of the participants responded the following: “Knowing how to use it [the AT], because sometimes, one doesn’t even know why they exist (“el saber utilizarlos [los equipos de AT], a veces uno no sabe ni pa’que rayos existen).” The general voices of the participants elucidated that they prefer learning about AT through training provided by college students or health care professionals. For example, one of the participant’s answer to the question about what would make easier for him to use AT was: “someone to explain me how to use them [the AT], and where I can find them (alguien que me explique cómo usarlos [los equipos de AT] y dónde buscarlos).”

Participants also talked about different strategies for teaching and learning about AT, such as: “they [health care professionals], should teach me how to use it, with patience (que con paciencia me enseñen a usarlos [profesionales de la salud].” This voice highlights the need to considering the learning characteristics of older people when developing AT trainings targeted for this population. Moreover, some of the participants talked about their preferences of learning about AT in their own context by giving the following strategy for using AT: “if someone like you came, brought them home [the AT], and teach me how to use it (que viniera alguien como tú y me los trajera a casa y me enseñara a usarlos [los equipos de AT]).”

Positive attitude toward AT. This category refers to the disposition of the participants toward using AT devices. The answers were obtained when asked

about the disposition to use a particular AT in a list of photos of AT devices that were provided by the interviewers to the participants. The following quotes provide evidence of positive attitudes regarding AT use: “This is good [the walker], it was so hard [to walk] before (eso sí es bueno [el andador], me daba un trabajo [caminar] antes) and “really, you have tremendous things [the AT] here (a la verdad es que aquí tienen cosas tremendas).” In some cases, even when the equipment wasn’t well-perceived, there were a positive approach to use it due to the perceived need of the AT: “If there were no other option, I will use it [the wheelchair] (si no hubiera otra alternativa, yo lo usaría [la silla de ruedas]).” This category reveals that a positive attitude

Devices among community-living older adults in Puerto Rico

towards the AT may be the result of the perceived needs and benefits of the AT.

Low or non-cost AT. Six participants references indicated that using AT devices would be easier if they could be obtained for free or at low cost: “Well, I will use it if someone give them to me [for free], or a family member buy them for me, or if they are not too expensive, I could buy them (bueno, yo los usaría si me los regalan, si un familiar me lo compra, o si no vale muy caro y yo los pudiese comprar.” One participant highlighted the need for assistance to obtain AT at low cost stating “That someone helps us to get them [the AT] at low cost (que nos ayudaran a conseguirlos baratos [los equipos de AT])” as an enabler for adopting AT devices.

AT device loan services. This theme

refers to having access to an AT device loan service to let potential AT users try-out devices prior to purchase. Five participants references talked about different methods to test the AT devices prior to acquiring them to see if they meet the potential users’ needs by describing the following AT’s enablers: “That the doctor prescribe them [the AT] and let me try them, to know if it will help me or not (que el médico me los recete [los equipos de AT] y me dejen probarlos a ver si me ayuda o no)” and “That they [the AT] could be found at stores where I can try them, to see if they work for me or not (que se pudieran conseguir en tiendas para poder probarlos [los equipos de AT] y ver si me funcionan o no”. Therefore, ease of access to an AT loan service program is perceived as an important enabler for using AT devices.

Installment loan methods. An installment loan is a loan that is repaid over time with a set number of scheduled payments. This method for acquiring AT devices was suggested by two participants when they were asked about what things prevent them from using AT: “If I had to bought the equipment [the AT], well one finds a way to buy it on credit, and pay for it little by little, [or] either way (si tuviera que comprar el equipo, pues uno busca la forma de cogerlo a plazos, pagarlo poco a poco, como sea) and “If one needed it, well one seek ways to solve the problem, buying it or having installment payment (si uno lo necesita [el equipo de AT], pues se busca la manera de solucionar el problema, comprarlo o cogerlo a plazos.” These participants recognize the importance of finding a solution to AT funding barriers if the AT devices are considered to meet a functional need.

Health care plan coverage of AT. This theme emerged from 10 participants references to the funding and provision of AT devices from a public or private healthcare insurance. These participants mentioned that health care coverage of AT was an enabler for using AT. Most

participants' experiences with Medicare provision of AT related to mobility devices were positive as evidenced by the following voice: "If I needed, and there's a reason I ask for it [to Medicare], there's no problem, because when I ask for this [AT equipment], I got it fast (si yo lo necesito y hay una razón, lo pido [a Medicare], pues no hay

ningún problema, porque cuando yo pedí esto [equipo de AT] rapidito me lo dieron)." However, some participants mentioned that healthcare coverage of AT was limited and difficult to procure: "Sometimes the health care plan covers them, and sometimes it does not, one has to fulfill many requirements (bueno porque a veces el plan médico los

cubre, y a veces no los cubre entonces hay que buscar muchísimos requisitos)." Therefore, coverage of AT by health care plans is perceived as an enabler when AT coverage is not restricted to specific types of AT devices and the acquisition process is easy to procure.

AVAILABILITY OF ECONOMIC RESOURCES

The availability of economic resources was mentioned across nine participants' references. This sub-theme refers to having the financial resources for acquiring the needed AT devices. "Having the money to buy it [the AT] (tener el dinero para comprarlo [el equipo de AT])" was the most frequent answer to the question about what would make easier using AT devices.

Support from others. Five participants' references indicated that receiving support from others (mostly from family members) for acquiring AT devices was an enabler for using AT. For example, the following answer was provided by one of the participants when asked about what things would make easier using AT devices: "That the doctor gave the device to me, or that my daughter bought them for me (que el doctor me los dé o que mi hija me los comprara". Having a supportive family was a common experience for some of the participants of this study as evidenced by the following voice: "In my case, I have a family that would help me to find them (en mi caso, tengo una familia que me ayudaría a conseguirlos)." As established by these participants, having a supportive social system would enable them using AT devices.

The voices of the participants demonstrated the capacity of many older adults to identify plausible enablers for using assistive technologies. The evidence presented supports the findings of previous research. The most frequently reported enabler was having knowledge about AT. The participants believed that having the necessary information and skills for accessing and using the AT, would enable them to use these devices. Findings published previously confirms that both,

caregivers and older people would benefit from knowing more about clear points of access and information of the range of AT devices currently available (Barrett, 2008; Connell, Grealy, Olver, & Power, 2008).

Having a positive attitude toward using AT devices was found to be another enabler for using AT devices. This is consistent with Heinz, et al. (2013) findings that older adults were eager to learn more about technology and ways in which it could help them maintain independence and a high quality of life. Similarly, in a study conducted in U.S. Barrett (2008) found that older adults were interested in using AT, particularly when it could help them maintain social contact, be safe at home, and promote their personal health and wellness.

Another enabler for using AT devices often reported by the participants of this study was having health care funded provision of AT devices. This enabler identified by the participants mostly referred to funded provision of low AT devices that are not funded by public and private health care plans because they are not considered durable medical equipment. This results support the findings obtained from qualitative interviews with 16 stakeholders of Australia involved in the aged care and AT sector in the study of Connell et al. (2008). These stakeholders suggested that the first step in addressing strategies to reduce costs of AT for individuals would be subsidies for AT devices through Medicare.

The availability of AT services providers able to provide training for using AT devices was another perceived enabler for using them. Previous research have found that the provision of training and AT demonstration at home to individuals that have experienced hip replacement, stroke, arthritis and neurological or orthopedic difficulties, increase the rate for using AT

devices (Chiu & Man, 2004; Gitlin & Lavine, 1992). Evidence from other studies has also found that the frequency for using AT devices increases when instructions were given on the use of such devices (Gilbertson & Langhorne, 2000, Chiu & Man, 2004).

Support from others was another enabler identified by the sample of this study, particularly from family as well as from health care providers. Previous research have found that support from others can improve assistive technology use through training and maintenance, bringing technological solutions, responding to information gathered through monitoring, and providing ongoing support (Connell et al., 2008). A randomized control trial in Hong Kong conducted by Chiu and Man (2004) also showed that when additional home-based training was provided once discharge from hospital, the uptake of AT was dramatically increased. Therefore, the encouragement provided by caregivers and health professionals for using AT is significant in people's decision for using AT devices.

The participants of this study also suggested several strategies to facilitate the acquisition of AT devices, such as reducing the cost of AT devices or creating a loan program. In Puerto Rico, the Puerto Rico Assistive Technology Program (PRATP) provide AT services for individuals with functional limitations to help in the acquisition process of AT devices. For example, one of the PRATP service is to design and develop low cost AT devices for consumers. The PRATP also provides AT devices loans as well as recycled and reused devices to help consumers increase they need. However, these services are unknown and are hence underutilized by individuals with disabilities in Puerto Rico.

IN CONCLUSION

The sample of this study identified several enablers for using AT devices. These could reflect personal, social and institutional factors that contribute to their willingness to use AT. As older population grows, the development of AT programs, services, and public policies to address their AT needs will become a public health priority.

RECOMMENDATIONS

- The development of educational programs and assistive technology interventions for community-living older adults is urgently needed to help elders learn how to use AT devices to participate in meaningful activities and occupations.
- Occupational therapy professionals must expand their attention to encompass not only the individual, but also advocacy efforts in institutional system context that impact the provision of AT devices for older people.
- Public policies and community actions must address issues related to coverage by health care plans and timely acquisition of AT devices and services.
- Community outreach campaigns should have the dual objectives of addressing lack of awareness regarding the benefits of AT for increasing older adults independence, safety, quality of life, and opportunities for aging-in-place as long as possible.
- Future research involving specific social and cultural groups, such as older people from the rural sector or from the Dominican Republic living in Puerto Rico, would allow generalizability to a larger group of older adults.

REFERENCES

- Barrett, L. (2008). Healthy@Home: AARP Foundation.
- Conell, J., Grealy, C., & Power, J. (2008). Comprehensive scoping study on the use of assistive technology by frail older people living in the community. Department of Health and Aging, 1-92.
- Cook A, & Miller Polgar, J. (2008). Cook and Hussey's Principles of Assistive Technology. St. Louis, MO: Elsevier.
- Heinz, M., Martin, P., Margrett, J., Yearns, M., Franke, W., Yang, H. & Chang, C. (2013). Perceptions of technology among older adults. Journal of Gerontological Nursing, 39(1), 42-51.
- Chiu, W.Y, & Man, D.W.K. (2004). Home-based training in the use of bathing devices increased usage and resulted in small improvements in personal independence and satisfaction for people with stroke. Australian Occupational Therapy Journal, 53, 51-57. doi: 10.1111/j.1440-1630.2006.00548.x.
- Gitlin, L., & Levine, R. E. (1992). Prescribing adaptive devices to the elderly: Principles for treatment in the home. International Journal of Technology & Aging, 5, 107- 120.
- Gilbertson, L., & Langhorne, P. (2000). Home-based Occupational Therapy: Stroke patients' satisfaction with occupational performance and service provision. British Journal of Occupational Therapy, 63, 464-468.

Elsa M. Orellano-Colón, Ph.D., MSc, OTR/L, ATP, Associate Professor/Assistive Technology Professional, Occupational Therapy Program/Puerto Rico Assistive Technology Program, University of Puerto Rico • Mayra Torres, Psy.D. Research Coordinator, Puerto Rico Assistive Technology Program, Research and Technology Vice-presidency, University of Puerto Rico • Angélica Santiago, OTS, Occupational Therapy Graduate student Occupational Therapy Program, School of Health Professions, Medical Sciences Campus, University of Puerto Rico, San Juan Puerto Rico. • Víctor Torres, OTS, Occupational Therapy Graduate student Occupational Therapy Program, School of Health Professions, Medical Sciences Campus, University of Puerto Rico, San Juan Puerto Rico • Keyla Benítez, OTS, Occupational Therapy Graduate student Occupational Therapy Program, School of Health Professions, Medical Sciences Campus, University of Puerto Rico, San Juan Puerto Rico





Terapia Ocupacional: Colaboración desde la distancia

Para inicios de este año (2015) dos terapeutas ocupacionales que se graduaron en el 1992 en la Universidad de Puerto Rico Recinto de Ciencias Médicas, una de ellas vive en Maine, EU y la otra en Bayamón P.R., mediante comunicación telefónica y mediante la vía virtual, se dieron a la tarea de compartir sus conocimientos en terapia ocupacional pediátrica. Ambas quisieron desarrollar este artículo para poner en acción las recomendaciones que ambas ofrecen día a día a las maestras en los ambientes escolares. En las escuelas E. Knowlton y V. Hussey en Berwick, Maine, EU, Maribel Despres, terapeuta ocupacional, promueve la profesión a través del uso de bolas de terapia en los salones de clase. Durante su labor en la escuela, Maribel conoció a la maestra Nan Morin, quien se interesó en incorporar esta estrategia en su salón de clases con estudiantes de 3ero a 5to grado. Este estudio colaborativo tiene la intención de resaltar entre los colegas de terapia ocupacional el hecho de que debemos promover más la profesión y recomendar activamente el uso de estrategias sensoriales dentro de los salones de clase. Actualmente, en Puerto Rico no existe ninguna evidencia que sustente el uso de las bolas de terapia en el salón de clases como herramienta de beneficio para estudiantes con diagnósticos de déficit de atención o déficit

Efectividad del uso de bolas de terapia en el salón de clase

Madya R. Aponte Dávila, Maribel S. Despres

RESUMEN

El uso de bolas de terapia como sillas ha sido utilizado en varias escuelas de los Estados Unidos. La alta incidencia en condiciones que impactan el nivel de actividad y que afectan la atención de los estudiantes de nivel elemental provoca que los maestros busquen alternativas para facilitar el desempeño académico de sus estudiantes. Es aquí en donde la terapia ocupacional se destaca, ya que existe una gran variedad de estrategias efectivas que se pueden incorporar en los salones de clase. Desde Maine, EU, una terapeuta ocupacional puertorriqueña comparte su experiencia, y entre ella y otra terapeuta en Puerto Rico desarrollan este artículo.

Un estudiante llega al salón de clases y enseguida debe ubicar sus cosas en su pupitre o mesa y sentarse en su lugar designado...una silla o pupitre que por lo general es estático y no acojinado. Estas sillas o pupitres suelen ser de una superficie dura y no cómoda. En los últimos años ha habido un aumento en la incidencia

de los diagnósticos del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. El porcentaje de niños con un diagnóstico del TDAH continúa aumentando en EU, desde 7.8 % en el 2003 a 9.5 % en el 2007 y hasta el 11.0 % en el 2011 (Centro para el Control y Prevención de Enfermedades, junio 2015). En Puerto Rico, el 7.5% de los niños en la población general y el 26.2% en la población médico indigente en tratamiento cualifica para el diagnóstico de TDAH (Bauermeister, 2007). Estas condiciones impactan negativamente las destrezas de atención y concentración, y permanecer sentados es un reto para aquellos estudiantes que presentan este diagnóstico. Las conductas que presentan suelen ser inquietud, mucho movimiento en la silla y cambios de posición sentado, tendencia a utilizar objetos en las manos para tocar o apretar y poca o ninguna tolerancia a estar sentados atendiendo a la clase. El desorden de procesamiento sensorial podría estar presente en niños con déficit de atención e hiperactividad, y en muchos otros casos suele aparecer de manera aislada (Miller, 2012).





en el procesamiento sensorial, por lo que sería altamente beneficioso para nuestra profesión comenzar a realizar estudios que sustenten nuestra intervención.

La maestra Nan incorporó el uso de las bolas de terapia, retirando las sillas regulares de su salón. Nan indica que posee poco conocimiento sobre integración sensorial. Conocía que algunos estudiantes tienen la necesidad de moverse mucho o frecuentemente, pero no tenía conocimiento sobre información técnica basada en el tema. Su único conocimiento era ver como sus estudiantes con TDAH sufrían por estar sentados todo el día en una silla regular en el salón de clases. Relata que cuando ella era estudiante, ella era una de esas estudiantes que se movía en su silla frecuentemente. Ella fue diagnosticada con TDA de adulta y continúa teniendo mucha dificultad para estar sentada por periodos de tiempo prolongados. Nan utiliza una silla que incluye una bola de terapia en la sentadera como una de sus alternativas para sentarse en la escuela. Su silla es la que se ilustra en la foto.

Como parte de esta colaboración, Maribel entrevistó a la maestra Nan, quien ofreció información sobre el proceso de integrar las bolas de terapia en su salón y todos los percances y situaciones que pasaron.

.....



ENTREVISTA

- **¿Qué te hizo decidir usar bolas de terapia en tu salón de clases?** Mi decisión de usar bolas de terapia en el salón fue basada en la falta de equipo disponible en mi distrito escolar para estudiantes que podrían beneficiarse de usar el "wigggle seat", pero que no tienen un diagnóstico formal (dentro de las leyes de educación especial) que les garantice el acceso y uso del equipo. Yo observaba que muchos de mis estudiantes se movían mucho en sus sillas, se levantaban o se recostaban en sus escritorios para moverse de lado a lado y no podían trabajar sentados durante el todo el tiempo requerido en un día en las escuelas públicas.
- **¿Cómo respondieron los padres ante la estrategia del uso de las bolas de terapia para los estudiantes en tu salón de clases?** Todos los padres de mis estudiantes estaban emocionados con la idea de tener la opción para sus hijos de sentarse en una bola de terapia. Tuvieron algunas preguntas sobre si ellos tendrían la opción de usar una silla regular por si el estudiante decidiera cambiarse a una silla o viceversa. Sin embargo la mayoría respondió positivamente.
- **¿De dónde vino el dinero para pagar las bolas de terapia?** Cuando utilicé las bolas de terapia en tercero y cuarto grado, yo pedí a los estudiantes que trajeran sus propias bolas si querían utilizarlas en clase. Para los estudiantes que no trajeron una bola pero que las querían usar, yo las compré utilizando mi propio dinero. Por suerte al final del año escolar, nuestra Asociación de Padres y Maestros tenía dinero extra designado para mi grado y en vez de usarlo en útiles para mi salón, yo decidí comprar todas las bolas de terapia con ese dinero. Sin embargo, este año yo reemplacé cuatro de ellas usando mi propio dinero. Yo las compré por internet y el costo promedio por bola fue de \$5.00.
- **¿Cómo decidiste el tamaño de bolas a usar?** Yo escogí el tamaño de la pelota basado en la estatura del estudiante. La descripción en las instrucciones recomienda el tamaño que necesitas basado en la estatura. En el pasado, yo permitía a los estudiantes traer sus bolas de la casa si tenían una, pero esto resultó en un desastre. Tuve bolas de Yoga de mamás, abuelas, tías y así por el estilo. Estas eran o muy grandes, pequeñas, no

tenían suficiente aire o tenían de más.

- **¿Qué cambios positivos observaste al utilizar las bolas?** Yo he observado un cambio notable no solo en mis estudiantes más activos, sino en todos los estudiantes en mi clase. Aumento en su habilidad para mantenerse enfocados por periodos más largos y en su nivel de concentración. Si miras alrededor de mi salón durante exámenes, vas a notar de una pequeña cantidad a cero de distracción en cada estudiante, y un balanceo constante de ellos en las bolas. Esto es algo que tienes que experimentar para comprenderlo.
- **¿Qué aspectos negativos tuviste al usar las bolas?** Te puedo decir que el aspecto más agravante para mí al usar las bolas fue que otros salones de clase, maestras y estudiantes de nuestra escuela que visitaban nuestro salón veían las bolas como "un juguete" y no como "una herramienta" como realmente son. Otro aspecto fue que una vez tuve un estudiante de tercer grado que se aburría mucho y punzó la bola con su lápiz y la rompió. Desafortunadamente él era la razón por la cual yo comencé a utilizar las bolas. Por eso lo hice sentarse en una silla regular por varias semanas y luego le compré una bola. Su padre nunca le compraron una bola y todas las que él utilizó se las compré yo.
- **De tu experiencia anterior usando bolas de terapia con estudiantes de 3er, 4to y 5to grado, ¿en cuál edad notaste más beneficios de usar las bolas? ¿La edad hizo alguna diferencia desde tu punto de vista?** Desde mi punto de vista y experiencia, yo he notado los mismos resultados con cada grupo de edad en los que las he utilizado.
- **¿Cuál es el tiempo aproximado que los estudiantes pasan sentados en las bolas?** Si ellos están cansados o se muestran más activos en las bolas, ¿qué otro tipo de alternativas tienen para sentarse? La mayoría de los estudiantes se sientan en las bolas todos los días durante todo el día. Ellos tienen la opción de cambiar a una silla o utilizar los "bean bag chair" o cojines que están acomodados en el centro del salón. Los estudiantes utilizan las opciones de sentarse todos los días y los ves en ellas por todos lados en cualquier momento. Solo les requiero que estén en sus sillas/bolas durante "quizzes" o exámenes.



El grupo de estudiantes de tercero, cuarto y quinto grado consistió de 18 niños, quienes utilizaron las bolas terapéuticas como asientos por un periodo de dos semanas. Los criterios para observar algún cambio en la conducta de los estudiantes fueron: aumento en nivel de atención, tolerancia a posición sentada, organización en la conducta. Luego de estas dos semanas de haber usado las bolas de terapia, los estudiantes demostraron mejoras en su

desempeño, y los más inquietos demostraron mejoría en tan solo dos días de haber usado las bolas de terapia. Los movimientos sobre la bola solían ser de mecerse, de rebotar o de moverse lado a lado. Ajustaban su postura en relación a la fuerza de gravedad cuando buscaban sus materiales de trabajo o debido a fatiga muscular y esto facilitaba mejorar su postura y fortaleza muscular. Los estudiantes también fueron entrevistados:

ENTREVISTA

- **¿Qué te gusta de usar bolas de terapia en tu salón de clases?** La respuesta de ellos fue ¡que les encanta! A ellos les gusta que pueden decidir si quieren sentarse en una silla o en un "bean bag chair" si desean.
- **¿Cómo creen que el usar una bola para sentarse les ayuda?** Nos ayuda porque es fácil balancearse en ella sin tener problemas por ello (eso es lo que más me gusta). Me ayuda a aumentar mi concentración porque no tengo que sentarme quieto. Me gusta estirarme en la bola y mi silla no se movía y hace mucho ruido cuando raspa el piso. Mi espalda se siente mejor y por eso no me tengo que levantar y caminar alrededor del salón tan a menudo.
- **¿Qué no te gusta de la bola de terapia?** A

veces se me olvida ponerla sobre el disco para que no ruede cuando me alejo de mi escritorio. Si chocas tu bola con la de tu vecino, hace un crujido ruidoso (¡odio ese ruido!). A veces Mrs. Morin rueda nuestras bolas en el pasillo y tenemos que ir a buscarla (Ella lo hace cuando olvidamos ponerla sobre el disco cuando nos levantamos y nos alejamos del escritorio).

- **¿Cuáles son las reglas del uso de las bolas de terapia en el salón de clases?** No rebotar muy alto. No balancearse demasiado hacia atrás. No usar tijeras o lápices muy cerca de la bola. Solo un estudiante por bola. No olvidar poner la bola en el disco cuando te vayas del escritorio para que otros no se tropiecen con ella.

CONCLUSIÓN

La Terapia Ocupacional bajo el marco de referencia de integración sensorial es sumamente efectiva para promover el desarrollo de la modulación sensorial. Es evidente que el uso de bolas de terapia facilita muchas destrezas en los estudiantes, ya que impacta directamente la postura, el balance y provee el estímulo vestibulo-propioceptivo que el cerebro necesita para estar alerta. El aumento en la conducta de mecerse ("rocking") y de rebotar ("bouncing") que provoca el uso de la bola facilita dicho estímulo. Al aumentar la atención el estudiante estará en un nivel mas optimo para el aprendizaje.

Es pertinente que se fomente la profesión entre los maestros o educadores. En Puerto

Rico existe poco conocimiento sobre lo que es terapia ocupacional y sobre lo que significa la integración sensorial. Nuestro rol debe ir más allá de ofrecer terapias, y las recomendaciones que podamos brindar al maestro pueden hacer la diferencia.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a Nan Morin por su colaboración en este artículo. Ms. Morin tiene un grado asociado en Educación Temprana, un bachillerato en Estudios Americanos y maestrías en Educación Elemental y Plan de Estudios de Alfabetización e Instrucción. Ella ha instruido a nivel elemental en ME por 11 años y en estudios post-secundarios por 10 años.



A continuación algunas otras recomendaciones que podemos compartir con los maestros:

- Uso del **"Disc O Sit"** o del **"filled core disks"** para sustituir la bola terapéutica
- Uso de una cuña (**"wedge"**) para promover buen alineamiento en la silla
- **"Think-N-Roll foot roller"**: rolo que se amarra entre las patas de la silla para que muevan los pies
- **"Dycem or silicone sheets"**: es una cubierta antideslizante que se coloca en el asiento y ayuda a evitar que los estudiantes se deslicen sobre el asiento.
- **"Theraband"**: se puede amarrar en las patas de la silla para permitir movimiento de los pies sobre ella
- **"Lap weights or weighted animals"**: el peso del equipo tiene un efecto calmante en los estudiantes
- **"T-stool"**: mientras estas sentado, se aumenta la atención y buena postura del tronco
- Algunas estrategias para Tiempos de Movimientos o **"Motor Breaks"**:
- **"Chair push ups"**
- **"Animal backpacks"**: se le puede echar habichuelas secas u otros granos a las mochilas o dentro de los peluches para promover la propiocepción mientras lo cargan (la terapeuta asigna el peso considerando el peso del estudiante).
- **"Aromatherapy animals"**: son pesados y tienen olores de diferentes fragancias, tiene efecto calmante.
- Colocar 2 bolas de **"tennis"** en dos de las 4 patas de la silla: puestos alternadamente y diagonalmente provocan un suave movimiento (**"rocking"**).
- **"Motor break"**: maestra le solicita al estudiante que lleve varios libros o una nota a la secretaria de la escuela y regrese al salón de clases (La nota dice: este estudiante está tomando un **"motor break"**).
- Lápices con gomas de muñequitos como Mr. Potatoe Head y otros diseños que añaden peso al lápiz, para propiocepción al escribir.
- **Poses de Yoga**: aumentan la atención y ayudan a calmar.

REFERENCIAS

- Ackerman, M. & Epstein, J. (2011, fall). Sensory success in the school. Sensory Processing Disorder Foundation Sensations e-Newsletter. Recuperado de <http://www.spdfoundation.net/newsletter/2011/10/feature-article.html>
- Aponte, M. (2012). Hagamos del aula una sensorialmente amigable: Guía docente autoformativa. Proyecto inédito de maestría. Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras.
- Bauermeister, J.J., Shrout, P.E., Ramírez, R., Bravo, M., Alegría, M., Martínez-Taboas, A., Chavez, L., Rubio-Stípec, M., García, P., Rivera, J., & Canino, G. (2007). ADHD correlates, comorbidity and impairment in community and treated samples of children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 883-898.
- Burgoyne, M & Ketcham C. (2015). Observation of Classroom Performance Using Therapy Balls as a Substitute for Chairs in Elementary School Children. *Journal of Education and Training Studies*, 3(4).
- Centro para el control y prevención de enfermedades (junio 2007). Recuperado de <http://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/adhd/data.html>
- Children's Developmental Team (2006). Learning through the senses resource manual: The impact of sensory processing in the classroom. Texas: Harcourt Assessment, Inc.
- Ivory, D. (2011). The impact of dynamic furniture on classroom performance. A pilot study. (Tesis de maestría). University of Puget Sound, Tacoma, WA. Recuperado de: http://soundideas.pugetsound.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1011&context=ms_occ_therapy
- Miller, L; Nielsen, D., Schoen, S. (2012). Attention deficit hyperactivity disorder and sensory modulation disorder: A comparison of behavior and physiology. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 804-818.
- Prestia, K. (January, 2004). Incorporate Sensory Activities and Choices Into the Classroom. *20 Ways to...* 39 (3).
- Schilling, D.L., Schwartz, I.S. (2004). Alternative seating for young children with autism Spectrum disorder: Effects on classroom behavior. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 423-432.
- Schilling, O. L., Washington, K., Billingsley, F.F., & Deitz, J. (2003). Classroom seating for Children with attention deficit hyperactivity disorder: Therapy balls versus chairs. *American Journal of Occupational Therapy*, 57, 534-541.
- The Washington Times (2009, 10, March). Stability balls help posture, aid attention in school. Recuperado de: <http://www.washingtontimes.com/news/2009/mar/10/in-a-class-by-themselves/?page=all>



¡Recuerda Renovar tu
Colegiación en la Sede
del Colegio o en Línea!

www.cptopr.org



Ética y el manejo de las emociones en el escenario de Práctica Clínica

Dr. Carlos Rubén Carrasquillo, Mayra Lebrón, Milagros Marrero Díaz, Madeline Ortiz Concepción, Mariangie Garay

El pasado 2 de octubre de 2015 se dieron cita los educadores clínicos del programa del Grado Asociado de Terapia Ocupacional de la Universidad de Puerto Rico Recinto de Humacao, en la Sesión Integradora de práctica clínica 2015. Esta actividad constituye una estrategia avaluativa del programa en la que se recopila información sobre aquellos asuntos que pueden afectar la ejecución de los estudiantes en sus prácticas. Los educadores clínicos tuvieron a su cargo la supervisión de Práctica de Nivel I y II. Los estudiantes de primer año realizaron su práctica en salud mental y los estudiantes de segundo año en pediatría y salud física. Además, estuvieron presentes los estudiantes, facultad y el recurso invitado. Luego del saludo protocolar del Dr. Carlos Galiano, Decano de Asuntos Académicos y de la Profa. Mayra Lebrón, directora del departamento de terapia ocupacional, se dio inicio a la actividad con un resumen de los hallazgos más significativos de las prácticas a cargo de la facultad. La

directora del departamento presentó los logros y proyecciones del programa académico. A través de los grupos focales se discutieron las recomendaciones para fortalecer el currículo y el componente de práctica clínica. Se informó a los educadores clínicos que el programa adoptó la norma de ofrecer un taller sobre el manejo de las emociones y la ética como un requisito para iniciar la segunda fase de la Práctica de Nivel I. Este taller estuvo a cargo del Dr. Carlos Rubén Carrasquillo, Psicólogo Comunitario y docente de la UPRH. La respuesta a dicha actividad fue excelente por lo que la facultad decidió extenderlo a los educadores clínicos mediante un curso de educación continua. El tema del curso: Ética en el escenario de práctica clínica tenía como fin identificar las emociones que pueden incidir en nuestra conducta ética y las estrategias para manejar las mismas. Los educadores clínicos contestaron un cuestionario sobre el tema de inteligencia emocional con el propósito de explorar las fortalezas y áreas a mejorar.

El Dr. Carrasquillo procedió a definir conceptos como ética, actitud, aptitud, inteligencia emocional, entre otros. A continuación se presenta un resumen de los conceptos claves:

1. La ética desde los tiempos de Aristóteles se asocia con temperamento, carácter, hábito, modo de ser y comportamiento. Ésta se fundamenta sobre unos valores morales, sociales y humanos. Se parte de un supuesto que toda conducta es una respuesta a los valores y emociones que se han aprendido a lo largo de nuestro proceso de maduración y socialización. Es precisamente en la interacción con otros, ya sea en el ambiente del hogar, en el trabajo, o en la comunidad que estos valores éticos se reafirman. Cada situación a la que nos afrentamos es un reto para actuar conforme a nuestros valores y emociones.
2. Las emociones son la forma en que expresamos los sentimientos internos. Éstas influyen en la actitud hacia las personas, eventos, y el ambiente.
3. Por otro lado la actitud afecta la aptitud para actuar de una forma u otra. Por ello es importante reconocer cómo las emociones impactan e inciden en la conducta ética.



El código de ética debe surgir como una parte integral de la cultura organizacional. Se espera que toda organización funcione a base de lo que contenga el código de ética que sirve de guía de la conducta esperada de los profesionales y estudiantes practicantes. Esto permite que se demuestren principios, valores, fundamentos morales y éticos de carácter universal. Nuestro comportamiento laboral está influenciado por nuestras emociones y son parte de nuestra inteligencia emocional. Debemos estar conscientes cómo manejamos nuestras emociones dentro y fuera de ámbito laboral y cómo puede incidir en la forma que se reacciona a las situaciones. El manejo de las emociones juega un papel vital al enfrentar situaciones de reto y en la toma de decisiones.

A tono con Plutchick (1980), existen emociones primarias y secundarias como lo son: la tristeza, alegría, miedo, coraje, rechazo, aceptación, anticipación, remordimiento, sorpresa y el amor. El manejo inadecuado de nuestras emociones puede infligir daño a otros, faltar a la confidencialidad, mostrar prejuicios, equivocarse en el procedimiento terapéutico, mentir para quedar bien y perder la credibilidad. Estas conductas violentan el código de ética de terapia ocupacional. El proceso de concienciación sobre lo que es correcto y no correcto en la profesión de Terapia Ocupacional (TO), comienza desde el día uno de nuestra formación académica y no culmina ya que siempre habrán nuevos retos y exigencias en el clima organizacional y en el sistema de prestación de servicios.

Las exigencias del trabajo, los cambios en las tendencias sociales y en el perfil de los profesionales y estudiantes requiere que desarrollemos mejores destrezas de manejo de nuestras emociones. Como profesionales de la salud debemos cultivar nuestra inteligencia emocional para lidiar con la complejidad de las situaciones que surgen a diario en nuestro ámbito laboral. Los educadores clínicos al igual que los estudiantes comparten emociones como los son:

El miedo a lo desconocido, rechazo y aceptación, entre otras. Es el educador clínico quien, con su modelaje y corrección, abona a desarrollar futuros profesionales sensibles, respetuosos, éticos y responsables. Esto destaca la importancia de su rol en la formación profesional de los futuros profesionales en Terapia Ocupacional.

Cada estudiante es un nuevo reto para su educador clínico. Junto a sus emociones y expectativas, el estudiante trae consigo su propia historia de vida. El educador clínico tiene la gran responsabilidad de manejar de manera adecuada/correcta sus propias emociones para impartir confianza y un modelaje que el estudiante pueda seguir. La autoestima como la dignidad del estudiante son elementos esenciales que el educador clínico toma en consideración en su proceso educativo.

Cada estudiante es un nuevo reto para su educador clínico

El educador clínico es lo más cercano a un buen maestro que procura impactar con sus conocimientos pero sobre todo con su ejemplo al discípulo. Desea dejar huellas en el recuerdo de su estudiante y marcar positivamente el proceso de formación profesional. Es a través de estas experiencias clínicas que el estudiante reafirma su carácter, su proyección profesional y su deseo de convertirse en educador clínico de su profesión. Es por esto que la comprensión y el manejo adecuado de las emociones cobra mucha importancia en el desempeño de los estudiantes y los profesionales de TO.

Luego de la exposición sobre el tema, se dividió el grupo de participantes para analizar casos hipotéticos sobre la aplicación de la ética y el manejo de las emociones

en el escenario de práctica clínica en las diversas áreas de especialidad. Cada grupo tuvo que evaluar y responder a las preguntas a tono con las situaciones. Se pudo constatar que los grupos analizaron cada situación y ofrecieron soluciones razonables para resolver los conflictos. La participación de los estudiantes enriqueció la discusión y abonaron a evaluar las situaciones desde otra perspectiva. El taller fue evaluado como excelente y pertinente para desempeñar el rol de educador clínico.

A manera de reflexión concluimos, que más allá de conocer el código de ética de la profesión, es aún más importante conocernos cada día un poco más... En la medida en que se fortalecen nuestras áreas a mejorar, estaremos en una mejor posición para actuar con prudencia y en control de nuestras emociones. Esto último evitará que se cometan errores que puedan atentar contra la integridad emocional y mental de un colega, compañero, empleado, estudiante y consumidor/cliente, pero sobre todo que incurramos en una violación a la ética profesional. Queda de nuestra parte hacer lo propio para que nuestras acciones sean un ejemplo digno de emular.

LA PAZ SIEMPRE ES POSIBLE...

REFERENCIAS

Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico (2010) Código de Ética y Conducta Profesional. Tomado de: http://www.cptopr.org/Documents/Codigo_de_Etica_CPTOPR_APROBADO_EN_ASAMBLEA.pdf

Huertas, Maribel (2008) Estrategias para lidiar con el acoso moral en las empresas. Recuperado de: wp-content/uploads/2015/01/Estrategias-para-Lidiar-con-el-Acoso-Moral-en-las-Empresas.pdf

Plutchik, Robert. (1980) Emotion: A Psychoevolutionary Synthesis. New York: Harper & Row



Como gatos boca arriba ante los cambios

Mariangie Garay

Al ritmo de la banda, abanderadas y el cuerpo de baile comenzó el Tercer Congreso de Terapia Ocupacional en Salud Mental de Puerto Rico. Este año, la sede fue la Universidad de Puerto Rico Recinto de Humacao. El teatro de la Institución se engalanó con la presencia de 350 asistentes, terapeutas y estudiantes de terapia ocupacional. El escenario estuvo espectacularmente decorado por afiches alusivos al tema, diseñados por el estudiante Bryan Cruz, del Programa de Grado Asociado de la UPR Humacao. El ambiente que reinó le hizo honor a la filosofía de la profesión estableciendo un balance perfecto entre la parte educativa y social. El componente social se desarrolló en siete estaciones donde los presentes tuvieron la oportunidad de compartir y exponer su

creatividad.

La primera estación exponía diversas actividades con propósitos, como posibles alternativas para pacientes/clientes con condiciones físicas. A los participantes se les presentaba un cuadro clínico para que seleccionaran una actividad adecuada a la condición del paciente/cliente. La segunda estación, Los Tereques, le permitió a los presentes realizar actividades manuales utilizando material de desecho contribuyendo así a la conservación del ambiente minimizando costos de operación. La siguiente estación se denominó, Maquillaje; de esta forma a los interesados se les pintaba el rostro con bigotes y otras características de un gato. En la cuarta estación se ubicó un mural magistralmente pintado por la estudiante, Coralís Ares, del Programa de Grado Asociado de la UPR de Humacao. Este lugar constituyó

el marco para las fotografías en donde decenas posaron para llevarse un recuerdo. La próxima estación, la quinta, mostraba manualidades que podían ser desarrolladas por niños y adolescentes. Esta estación al igual que la de Maquillaje estuvo a cargo de los estudiantes del Programa de Grado Asociado de la Universidad Interamericana de Ponce. Los asistentes al Congreso transitaban luego a la estación del CD de la Vida; allí tenían la oportunidad de proyectar etapas de su vida a través de la selección de títulos de canciones y luego decorar una carátula para la producción musical creada por ellos. Por último y no menos importante, el Dibujo Cooperativo. Con esta iniciativa los presentes le dieron rienda suelta a su imaginación expresando sus emociones a través de imágenes y pensamientos plasmados en un tablón.

Una vez en el teatro comenzó la actividad educativa: El Rol del Profesional de Terapia Ocupacional Ante las Nuevas Tendencias Sociales. La primera presentación de la mañana estuvo a cargo de los estudiantes Andrea García, Yoliannie Torres y Salim Pérez del Programa Graduado de Maestría de la Universidad de Puerto Rico Recinto de Ciencias Médicas. Capitaneados por el Dr. Arnaldo Cruz y con el enfoque Tendencias Sociales: Un Llamado al Servicio presentaron la diferencia entre el Modelo Médico (el paciente es un recipiente pasivo) y el Modelo de Recuperación (centrado en la persona y sus necesidades). Continuaron enfatizando el aspecto espiritual como parte del triángulo de la salud, abundaron en el foco de la clasificación internacional de funcionamiento (ICF) informando los cambios alusivos al énfasis en la actividad/participación en donde las estructuras y funciones del cuerpo, las actividades

y la participación son importantes. Inmediatamente expusieron estadística para PR y EUA en relación al suicidio, desempleo, emigración, población total, pobreza, violencia doméstica, PEA, bullying, abuso de sustancias, artritis, cáncer, entre otros. La segunda presentación estuvo a cargo de Iveliz Vázquez, MPH, OTL y Glesswinda Colón, MPH- G, OTL. El tema fue Disturbios Emocionales en Niños y Adolescentes: Impacto en la Ejecución Ocupacional. En esta ocasión se definieron conceptos, marcos de referencia, instrumentos de evaluación y medios de intervención no tradicionales. Se finalizó con una lista que hace referencia a servicios hospitalarios para niños y adolescentes. En la presentación se mencionaron los roles del profesional de terapia ocupacional entre los cuales las conferenciantes sugirieron los siguientes:

1. Recomendar formas de adaptar el ambiente.
2. Fortalecer la autoestima del paciente/cliente/consumidor.
3. Promover la toma de decisiones acertadas.
4. Educar sobre el manejo constructivo de emociones.
5. Ensayar el método de solución de conflictos.
6. Facilitar mecanismos de expresión no verbal como el arte.
7. Modelar formas de sana socialización.

Luego de un suculento almuerzo se prosiguió con el testimonio del Sr. Juan C. Navarro, paciente de lesión al cordón espinal, quien recibió los servicios de terapia ocupacional. Esta presentación dió base a la primera conferencia de la tarde, Condiciones Crónicas y Catastróficas que Inciden en la Salud Mental. La exponente fue la profesora Milagros Marrero, Catedrática del Programa de Grado Asociado de la UPR de Humacao. Se hizo un resumen de las condiciones físicas que inciden en la salud mental como lo son las condiciones neurológicas, accidentes cerebro vasculares, trauma a la cabeza, lesión a la médula, condiciones musculoesqueléticas, cáncer y su impacto en la ejecución ocupacional como lo son las actividades básicas e instrumentales de vida diaria, el trabajo, participación social, descanso y sueño, tiempo de ocio y educación. La Sra. Carmen Reyes, OTL,

continuó con este tema enfatizando que las condiciones catastróficas “a menudo, conllevan trastornos psicosociales que afectan de manera importante su evolución, porque alteran el proceso de rehabilitación, los hábitos saludables y la calidad de vida, y además, limitan la adherencia al tratamiento”. Mencionaron los enfoques de intervención (crear, establecer, mantener, modificar y prevenir) y tipos de intervención entre los cuales están los métodos preparatorios, uso terapéutico de las ocupaciones y actividades, educación y entrenamiento, autogestión e intervenciones grupales. Se recomendaron aplicaciones tecnológicas diseñadas para el área de Salud Mental.

El Tercer Congreso culminó con la presentación de Anabelle Nieves OTL; Proceso de Pérdida: Estrategia de Ajuste y Adaptación Ocupacional. Se le explicó a los presentes cómo reaccionan

los niños, adolescentes, adultos y viejos ante las pérdidas y se definió lo que es el duelo “término que describe todos los sentimientos, pensamientos y conductas por los que pasa una persona que tiene una pérdida. Depende de varios factores, como sociales, culturales, de personalidad, experiencia de vida, fe y tipo de pérdida”. Con este tema finalizó el Tercer Congreso de Terapia Ocupacional en Salud Mental de Puerto Rico.

La Universidad de Puerto Rico en Humacao se convirtió en el lugar del encuentro; encuentro de los estudiantes de los tres programas educativos que trabajaron magistralmente para que la actividad fuera un éxito y como mencionó en su mensaje el Dr. José M. Encarnación, director de la División de Educación Continua y Estudios Profesionales: “se trabaja para que el aprender y el ejercicio de solidaridad sean procesos de toda la vida y para la vida”. De esta manera los profesionales de Terapia Ocupacional se mantienen luchando como gatos boca arriba ante los cambios para ofrecerle al paciente/cliente/consumidor de los servicios, todas las alternativas de rehabilitación que estén a su alcance.

REFERENCIAS

- Administración de Servicio de Salud Mental y Contra la Adicción (n.d.). Tomado de: <http://www2.pr.gov/agencias/assmca/documents/Estudiosyestadisticas/AF%202010/ASSMCA%20SALUD%20MENTAL%202010-11.pdf>
- American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, APA, 5th Edition, May 2013.
- Cruz, C. (2014) TEOC 6101 Disfunción Ocupacional.
- Departamento del Trabajo y Recursos Humanos (n.d.). Retrieved September 22, 2015.
- Mental Health 4 Occupational Therapy, OT Assessment Index, MH4OT, mh4ot.com, September 2015.
- Physical Activity and Mental Health. Indian Journal of Health and Wellbeing. 2013,4(5), 1137-1140.
- Rodríguez, I. (2014). Informe de enfermedades crónicas, Puerto Rico 2012. Tomado de <http://www.salud.gov.pr>.

Día nacional de concienciación sobre el uso de la mochila escolar

Jorge L. Torres Vélez

RESUMEN

El viernes, 18 de septiembre de 2015, se celebró el día Nacional de Concienciación Sobre el Uso de la Mochila Escolar en el Colegio Querubí en San Lorenzo, Puerto Rico. La actividad fue dirigida a estudiantes de cuarto, quinto y sexto grado con el propósito de orientarles de forma interactiva acerca del uso correcto de la mochila escolar para prevenir lesiones. Para cumplir con éste propósito, los estudiantes visitaron

5 estaciones en donde participaron activamente. Las estaciones fueron: 1) orientación; 2) pesaje; 3) distribución de peso; 4) ajuste; y 5) forma adecuada de levantar la mochila. Los resultados indicaron necesidad de intervenir con los estudiantes con el fin de prevenir lesiones. Esta fue una actividad en la que quedó demostrado que Terapia Ocupacional tiene un rol importante en la prevención de la disfunción física y en la promoción de la salud y el bienestar a través de la educación.



Narrativo del escrito

El pasado viernes, 18 de septiembre de 2015, los estudiantes de segundo año del Programa de Maestría en Terapia Ocupacional del Recinto de Ciencias Médicas, junto a la profesora Norma Báez y la Lcda. Lournet Martínez, administradora de Hope Therapy Place, celebraron el día Nacional de Concienciación Sobre el Uso de la Mochila Escolar. La actividad se llevó a cabo en el Colegio Querubí en San Lorenzo, Puerto Rico.

El propósito de la misma fue orientar a los estudiantes de cuarto, quinto y sexto grado acerca del uso correcto de la mochila escolar para prevenir lesiones. El cargar una mochila muy pesada y de forma incorrecta puede tener efectos negativos sobre la columna vertebral, hombros y cuello causando dolor, entre otras condiciones que pueden durar hasta la edad adulta. Según la Consumer Product Safety Commission de Estados Unidos, en 2013 casi 22,200 esguinces, dislocaciones y fracturas asociadas al uso de mochilas fueron tratadas en salas de emergencias de hospitales, consultorios médicos y clínicas (AOTA, 2015). Además, en un estudio con estudiantes estadounidenses entre 11 y 15 años, el 64% reportó dolor de espalda relacionado con las mochilas pesadas. El 21% informó que el dolor había durado más de 6 meses (Graduate Program in Physical Therapy, Simmons College, 2001 citado en AOTA, 2015). Este no es un problema que afecta solo a niños y adolescentes en

edades escolares, sino que también impacta a jóvenes y adultos universitarios, quienes reportan molestia y dolor relacionado al uso incorrecto de las mochilas (AOTA, 2015).

Durante la actividad se establecieron cinco estaciones interactivas en donde se les enseñaba a los estudiantes estrategias de ergonomía para empacar liviano, ajustar y cargar correctamente la mochila escolar para prevenir lesiones neuromusculosqueletales. En la primera estación: orientación, se brindó una pequeña charla a los estudiantes acerca del uso incorrecto de las mochilas y sus consecuencias. Además, se les entregó material informativo impreso que podían compartir con sus padres. Luego pasaban a la segunda estación: pesaje. En esta se pesaba por separado al estudiante y su mochila para calcular el peso ideal de la mochila, el cual no debe sobrepasar el 10% del peso del estudiante. Después se les indicaba a los estudiantes si su mochila tenía un peso adecuado o inadecuado para su peso corporal. Acto seguido, los estudiantes se dirigían a la tercera estación: distribución de peso. En ésta se les enseñaba la manera correcta de organizar y acomodar los materiales escolares en la mochila de manera que el peso de estos quedara distribuido. Para lograrlo se les demostraba cómo colocar los objetos más pesados en la parte de atrás de la mochila, los de peso moderado en el medio y los livianos en la parte de al frente de la mochila o bolsillos. Del estudiante tener libros muy pesados, se le orientaba que los mismos debían ser cargados en las manos pegados al pecho como también se les exhortaba a traer a la escuela sólo aquellos que requirieran las materias del día. En la cuarta estación: ajuste, se les adiestraba sobre cómo ajustar la mochila de forma ergonómica y se les

recalcaba la importancia de utilizar ambos mangos para prevenir lesiones. Por último, los estudiantes pasaban por la quinta estación: forma adecuada de levantar la mochila, en donde se les mostraba la mecánica corporal correcta para levantar la mochila del piso flexionando sólo las rodillas, con base amplia, y acercando la mochila al cuerpo antes de levantarse.

Una vez concluida la actividad se analizaron los resultados de la misma. El peso promedio de las mochilas de los estudiantes de cuarto grado fue de 23 lbs. Sin embargo, tomando en consideración el peso de éstos, se determinó que el peso promedio ideal de la mochila debía ser de 7 lbs; es decir, en promedio, las mochilas pesaban 16 libras más que lo recomendado. En el caso de los estudiantes de quinto grado se encontró que el peso promedio de las mochilas fue de 20 lbs. Mientras que el peso promedio ideal correspondía a 13 lbs, sobrepasando el mismo por 7 lbs. Por último, el peso promedio de las mochilas de los estudiantes de sexto grado fue de 15 lbs. Pero el peso promedio ideal debía ser de 9 lbs, por lo cual se sobrepasó por 6 lbs. En el caso de los estudiantes de sexto grado, de 12 estudiantes, 2 tenían mochilas en su peso ideal.

Estos resultados reflejan la importancia de concienciar a los estudiantes, maestros, directores y padres acerca de empacar liviano y usar correctamente la mochila con el fin de prevenir lesiones. La intervención de Terapia Ocupacional desde un enfoque de prevención es muy efectiva y de gran beneficio en el ambiente escolar, contribuyendo a que los estudiantes se mantengan saludables y puedan participar activa y plenamente de sus roles y ocupaciones.



REFERENCIAS

American Occupational Therapy Association (2015). 1, 2, 3's of basic backpack wearing. Retrieved August 10, 2015 from: <http://www.aota.org/Conference-Events/Backpack-Safety-Awareness-Day/Handouts.aspx>.

American Occupational Therapy Association (2015). Backpack Facts: What's all the flap about? Retrieved August 10, 2015 from: <http://www.aota.org/Conference-Events/Backpack-Safety-Awareness-Day/Handouts.aspx>.

American Occupational Therapy Association (2015). Backpack safety, stats on the injuries. Retrieved August 10, 2015 from: <http://www.aota.org/Conference-Events/Backpack-Safety-Awareness-Day/Handouts.aspx>.

Principios de Ética Terapia Ocupacional

PRINCIPIO 1: BENEFICENCIA

El Profesional de Terapia Ocupacional debe demostrar interés por el bienestar y seguridad de los consumidores de sus servicios.

- Se deben actuar en provecho del cliente para evitar daño.
- Implica todas las formas de acción realizadas en beneficio del cliente.
- El cliente autoriza el inicio, continuidad y finalizar el plan terapéutico en una relación terapéutica en bienestar de su salud.
- Somos responsables de capacitarnos en todo lo que respecta a nuestra profesión, como investigaciones, actualización de instrumentos de avalúo y pruebas, educación a clientes, familiares y otros profesionales que entren en contacto.
- Se garantiza el acceso a información confidencial.

PRINCIPIO 2: NO MALEFICENCIA

El Profesional de Terapia Ocupacional se abstendrá intencionalmente de acciones que causen daño.

- Cumple al ofrecer alternativas que aseguren continuidad de servicios.
- Cumple al evitar uso de drogas y/o alcohol que interfiera con la prestación de servicios.
- Evita participar en intercambio de servicios.
- Identificamos estrategias de manejo efectivas que nos faciliten mantener nuestras habilidades y competencias profesionales acorde a nuestro escenario laboral actual.
- A través de procedimientos establecidos por las organizaciones profesionales notificamos aspectos que afectan a la práctica de TO.

PRINCIPIO 3: AUTONOMÍA Y CONFIDENCIALIDAD

El Profesional de Terapia Ocupacional respetará el derecho del individuo a la autodeterminación.

- Obtener el consentimiento antes de la administración de cualquier servicio de terapia ocupacional.
- Asegurar que la confidencialidad y el derecho a la privacidad son respetados y mantenidos.
- Asegurar la confidencialidad excepto cuando un profesional o miembro del personal crea que un individuo o la propiedad está o puede estar en peligro.
- Respetar el derecho del consumidor de rechazar los servicios.
- Establecer objetivos y prioridades en todo el proceso de la intervención.
- Llevar a cabo todo esfuerzo para facilitar el diálogo abierto y relación colaborativa con los consumidores.

PRINCIPIO 4: JUSTICIA SOCIAL

El personal de Terapia Ocupacional deberá proveer servicios de forma justa y equitativa.

- Promover actividades que beneficien el estado de salud de la comunidad.
- Asumir la responsabilidad de educar a la sociedad sobre los valores de los servicios de Terapia Ocupacional en la promoción de la salud y bienestar.
- Abogar por el tratamiento justo y equitativo para todos los consumidores, empleados y colegas.
- Llevar a cabo los esfuerzos para que el consumidor de Terapia Ocupacional obtenga los servicios que requiera mediante los medios disponibles y los recursos que éste tenga.
- Comprender que la prestación de servicios de Terapia Ocupacional pueden ser afectados diversos factores.
- Defender las responsabilidades de la profesión para asegurar el bien común.

PRINCIPIO 5: JUSTICIA DE PROCEDIMIENTO

El profesional de Terapia Ocupacional deberá cumplir con las normas institucionales, locales, estatales y federales que apliquen a la profesión de Terapia Ocupacional.

- Mantener las credenciales nacionales, estatales u otras requeridas para ofrecer los servicios de Terapia Ocupacional.
- Conocer las normas institucionales y reconocer cuándo éstas entran en conflicto con la ética profesional y tomar acciones para resolver el conflicto.
- Conocer las revisiones de aquellas leyes que apliquen a la profesión de Terapia Ocupacional e informar estos cambios a los patronos, empleados, colegas, estudiantes e investigadores.
- Responsabilizarse por mantener los más altos estándares y competencias continuas en la práctica, educación e investigación.
- Asegurar que todas las responsabilidades asumidas por o asignadas a otro personal de Terapia Ocupacional vayan a la par con sus credenciales, cualificaciones, experiencias y alcance de su práctica.

RECUERDA:

- Proveer la supervisión indicada a los individuos para los cuales tienen la responsabilidad de supervisar de acuerdo con las leyes locales y federales.
- Los terapeutas ocupacionales y asistentes de Terapia Ocupacional deberán documentar el plan de supervisión y los contactos con sus supervisados.

PRINCIPIO 6: VERACIDAD

El Profesional de Terapia Ocupacional deberá proveer información detallada, precisa y objetiva siempre que represente la profesión.

- La honestidad nos permite cumplir con el horario establecido de servicios.
- La honestidad nos permite identificar ayuda para ofrecer una mejor intervención.

- La comunicación es posible cuando mantenemos un ambiente de respeto y cordialidad entre mis colegas.
- La comunicación es posible cuando implementamos estrategias de documentación de acuerdo a lo establecido por la profesión.
- La competencia es posible cuando mantenemos nuestras credenciales congruentes a nuestro nivel de preparación y experiencia.
- La competencia es posible cuando llevo a cabo mis funciones conforme a mi nivel de preparación y experiencia.

PRINCIPIO 7: FIDELIDAD

El Profesional de Terapia Ocupacional deberá tratar a los colegas y a otros profesionales con respeto, justicia, discreción e integridad.

- El principio de fidelidad viene de la raíz latina *fidelis* que significa lealtad. La fidelidad se refiere a ser leal, que incluye obligaciones de lealtad y mantenimiento de promesas y compromisos.
- Respetar las prácticas, tradiciones, competencias y responsabilidades de su profesión y de otras, así como aquellas de las instituciones y agencias que constituyen el escenario de trabajo.
- Evitar conflictos de interés o conflictos de compromiso en materia del empleo, funciones de los voluntarios o de investigación.
- Ser custodio diligente de los recursos humanos, financieros y materiales de sus empleadores, y abstenerse de explotar estos recursos para beneficio personal.
- Tratar de resolver violaciones al Código que sean percibidas mediante la utilización de los recursos internos disponibles.
- Evitar utilizar su posición de tal forma que dé lugar a un conflicto de interés real o aparente entre la persona, empleador, otros colegiados y otras organizaciones.

Colegio de Profesionales de
Terapia Ocupacional de PR
PO Box 361558
San Juan, PR 00936-1558

Instrucciones generales para someter publicaciones

Idioma: Los trabajos escritos pueden estar redactados en español o inglés. Se debe utilizar verbos activos (Ej. El terapeuta ocupacional administró la prueba a 50 niños con un diagnóstico de autismo.)

Formato: Se debe utilizar doble espacio para todo el escrito, incluyendo las referencias, tablas y figuras. Cada página debe estar numerada en la parte superior derecha, iniciando con la página del título. Todo escrito debe incluir un resumen ("abstract") en un párrafo breve (indicar número aproximado de palabras) No se debe utilizar notas al calce o explicativas. El máximo de palabras del escrito (sin incluir el resumen y las referencias) es de 2,500 palabras y el tamaño de letra debe ser 12 Times New Roman. Las fotografías deben ser digitales en formato JPEG o TIF, de 300 dpi. Las fotografías e ilustraciones que no son originales del autor deben incluir la referencia de cada una. Previo a la publicación en la revista, y luego del proceso de edición por la Junta Editora de la Comisión de Publicaciones, el escrito se devolverá al autor (es) para la revisión final.

Orden del formato de presentación:

Título

Autor(es): nombre completo, credenciales académicas y profesionales,

afiliación institucional, correo electrónico

Narrativo del escrito

Referencias: Los autor(es) son responsables de que la ficha bibliográfica esté completa, debe citar apropiadamente reconociendo la fuente original, para así proteger los derechos de autor. Además, deben utilizar el estilo APA, 6ta edición. La siguiente página es un recurso para convertir cualquier referencia al estilo APA requerido: <http://citationmachine.net/> (Son of Citation Machine).

Enfoque de la publicación: Los escritos deben estar enmarcados en el lenguaje y dominio de la profesión de Terapia Ocupacional, según consignados en el Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (2da edición) y en los modelos de práctica profesional (MOHO, PEOP y otros), así como en los principios de la práctica basada en evidencia (EBP, por sus siglas en inglés). **Derechos de autor:** Para toda figura, dibujo, foto, tabla, etc. que no sea original del autor (es) y que esté protegida por derechos de autor, se requiere someter evidencia de autorización para el uso de la misma.

Modo de envío: formato digital, mediante correo electrónico o disco (que permita trabajar cambios).

Correo electrónico: a.rivera.miranda@outlook.com / Tel: (787)598-8461