

Volumen 2 • Número 2 • Junio 2013

CONEXIO

Revista del Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico



Editor: Luz A. Muñiz Santiago, EdD, MA,
GCG, OTR/L

Junta Editora:

Norma Báez Carrasquillo, MA, OTR/L

Ruth N. Concepción, MS, OTL

Dyhalma Irizarry Gómez PhD, OTR/L, FAOTA

Luz A. Muñiz Santiago, EdD, MA, GCG, OTR/L

Lydia Rivera Medina, MS, OTR/L, CLT

María Rohena, EdD, MA, OTR/L

Rosa Román Oyola, PhD, MEd, OTR/L

Diseño e 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:

Dra. Luz A. Muñiz Santiago, Editora

Correo electrónico: luz.muniz1@upr.edu

Correo regular:

Revista CONEXIO

Colegio de Profesionales de Terapia

Ocupacional de PR

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.

Contenido

1 Mensaje de la Editora

2 Comprendiendo la nosología de los desórdenes de procesamiento sensorial: Parte II

7 Entendiendo el Trastorno del Estado de Ánimo

8 Lista de Cotejo para Estaciones de Trabajo Basadas en Computadoras

11 Danza Terapia: Alternativa de Intervención para Pacientes con la Enfermedad de Parkinson

13 Investigaciones Realizadas en el Programa de Maestría de Terapia Ocupacional

13 La Perspectiva de los Adultos de Mediana Edad Sobre el Balance en las Ocupaciones

14 El Impacto de la Fibromialgia en las Actividades Instrumentales del Diario Vivir, Ocio y Participación Social en una Muestra de Mujeres y Hombres Puertorriqueños

15 Traducción, Adaptación cultural y Validación del "Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire", FIQ-R

16 The Impact of Fibromyalgia on the Quality of life in a Sample of Puerto Rican Woman

17 El uso terapéutico de la cromoterapia como método preparatorio en Terapia Ocupacional

20 Visita de Florida International University al Programa de Maestría de Terapia Ocupacional del Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico

Mensaje de la Editora



Luz A. Muñiz Santiago
EdD, MA, GCG, OTR/L

Presidenta Comisión de Publicaciones
Catedrática, Programa de Maestría en
Terapia Ocupacional,
Escuela de Profesiones de la Salud,
Recinto de Ciencias Médicas,
Universidad de Puerto Rico

La portada de esta edición de la revista CONEXIO presenta una obra de arte producida por el joven artista, Cristian Figueroa Marrero, estudiante de la Universidad de Puerto Rico en Carolina, la cual fue mostrada en una exposición de arte que se llevó a cabo recientemente en dicha universidad. El título de la obra es *Árbol de Vida*. El artista quien trabajó la pintura en medios mixtos presenta a la naturaleza como la madre de la vida. En las palabras del novel artista se expresa el concepto detrás de esta obra: “llevar un mensaje que la naturaleza puede sentir al igual que nosotros, y la importancia que tiene la naturaleza para la calidad de vida de la sociedad. Los tres colores utilizados en la creación de la obra representan diferentes aspectos de la naturaleza, el color negro simboliza su fortaleza, el amarillo su grandeza y el verde su pureza, características a que toda sociedad debe aspirar”. El Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico, como entidad en pleno desarrollo, debe aspirar a representar estas tres características, entre otras. El gran colectivo de Terapeutas y Asistentes que formamos esta clase

profesional en Puerto Rico somos los que le damos vida y realidad a estos y otros atributos que debe poseer toda organización que nos represente. El CPTOPR somos cada uno de los profesionales de Terapia Ocupacional que laboramos día a día para aportar y mejorar la salud y la calidad de vida de los niños, jóvenes, adultos y adultos mayores que conforman la sociedad puertorriqueña. En esta etapa de nuestro desarrollo como organización colectiva necesitamos fortalecernos y unirnos como grupo profesional para el beneficio de aquellos que servimos y para el de nuestra clase profesional. En las manos y el quehacer de cada uno de nosotros está el potencial de desarrollar al máximo éstas y otras características que aspiramos y necesitamos que ostente la organización que nos integra. El Colegio es y será siempre un reflejo del colectivo de la clase profesional que representa. La unión de propósito y acción asertiva y efectiva, es decir la sinergia entre todos los miembros de la clase profesional de Terapia Ocupacional constituyen la clave del éxito del CPTOPR, en otras palabras el éxito de nuestra clase profesional, ya que ambos somos uno solo.



Cristian Figueroa Marrero
cafigueroamarrero@hotmail.com

Comprendiendo la nosología de los desórdenes de procesamiento sensorial: Parte II

Rosa Román-Oyola

Resumen

Este es el segundo de dos artículos que buscan clarificar en qué consiste cada uno de los tipos de desórdenes de procesamiento sensorial que constituyen la nosología desarrollada por Miller, et al. (2007). El mismo tiene como propósito presentar información que contribuya a comprender específicamente los desórdenes de discriminación sensorial y los desórdenes motores de base sensorial.

A estos fines se definen conceptos claves como: discriminación, esquema corporal, “feedback”, “feedforward”, praxis y sus componentes, y control postural. Se concluye con un breve análisis a la luz de la nosología de Miller, et al. (2007) del caso de Juanita, una niña con diversos problemas de procesamiento sensorial. Además, a base de dicho caso, se presentan algunas ideas o principios generales a considerar durante el proceso de tratamiento con Juanita. Finalmente, se enfatiza la importancia que tiene el comprender cada uno de estos desórdenes para la práctica clínica.

Introducción

Este es el segundo de dos artículos dirigidos a clarificar en qué consiste cada uno de los tipos de desórdenes de procesamiento sensorial que constituyen la nosología desarrollada por Miller, et al. (2007). A manera de introducción, repasemos la composición de dicha nosología. La misma incluye tres tipos de desórdenes ubicados bajo “la sombrilla” de Desórdenes de procesamiento sensorial:

Desorden de modulación sensorial

Incluye los subtipos: hiper-reactividad, hipo-reactividad y búsqueda sensorial.

Desorden de discriminación sensorial

Incluye los subtipos: desorden de discriminación visual, táctil, propioceptivo, vestibular, etc.

Desorden motor de base sensorial

Incluye los subtipos: desorden postural y dispraxia.

Este artículo tiene como propósito presentar información que contribuya a comprender específicamente los Desórdenes de discriminación sensorial y los Desórdenes motores de base sensorial.

Desórdenes de discriminación

El término discriminación sensorial se refiere a la habilidad del individuo para interpretar y diferenciar entre las cualidades temporales y espaciales de la información sensorial que recibe (i.e., dónde recibí el estímulo, qué me proveyó el estímulo, cuándo recibí el estímulo) (Schaaf, Schoen, Smith Roley, Lane, Koomar, & May-Benson, 2010). Las funciones discriminativas contribuyen al desarrollo de destrezas, aprendizaje, interacción social y juego (especialmente, aquel que involucra destrezas motoras finas relacionadas con la manipulación efectiva de objetos). Los subtipos asociados con el desorden de discriminación sensorial de la nosología de Miller et al. (2007) corresponden a cada uno de los sentidos, pues cada sistema sensorial tiene su respectiva función discriminativa (i.e., visual, auditivo, táctil, vestibular, propioceptivo, gusto/olfato) (Schaaf, et al., 2010). La Tabla 1 presenta información acerca de los tres sistemas que más comúnmente se enfatizan en terapia ocupacional al trabajar con niños con problemas de procesamiento sensorial. Según Ayres (2005), estos tres sistemas: táctil, propioceptivo y vestibular, forman la base para el desarrollo del esquema

corporal, concepto que se discutirá más adelante.

Los problemas de discriminación pueden presentarse en uno o más sistemas sensoriales al mismo tiempo. Poseer un desorden de discriminación sensorial implica que el niño no logra organizar las sensaciones que recibe de manera óptima; es decir, de forma que le sirvan como base para moverse, interactuar y aprender en su ambiente. Con frecuencia, el niño sí es capaz de percibir que los estímulos están presentes, pero no logra identificar de qué se trata el estímulo o dónde está. Por ejemplo, un niño con varios objetos en el bolsillo, está consciente de que tiene tales objetos; sin embargo, le es difícil discriminar táctil y propioceptivamente, para poder identificar (sin mirar su bolsillo) cuál de ellos es una llave. Otro ejemplo, sería el de un niño que, mientras juega junto a otros con carritos de plástico, choca el de uno de sus compañeros con tanta fuerza que rompe su carrito ya que, no logró una adecuada discriminación táctil y propioceptiva que le permitiera gradar la cantidad de fuerza al manipular el carrito. Pudiera ser el caso, incluso, de que el choque haya sido “un verdadero accidente” ya que vestibular y propioceptivamente, no discriminó en forma apropiada la posición de la mano (que tenía el carrito) con relación a las demás manos en el juego, tomando en cuenta al mismo tiempo la dirección en que estaba moviéndola.

Esquema corporal

Los problemas de discriminación sensorial táctil, vestibular y propioceptivos impactan el desarrollo de un adecuado esquema corporal, lo cual, a su vez, puede llevar al desarrollo de problemas motores de base sensorial (Ayres, 2005; Lane & Anzalone, 2012). Se define esquema corporal como la

Tabla 1
Funciones discriminativas de los sistemas táctil, vestibular y propioceptivo (Lane & Anzalone, 2012)

Sistema sensorial	Algunas funciones discriminativas asociadas	Ejemplos de problemas de discriminación
Táctil	<ul style="list-style-type: none"> - Saber dónde y qué te ha tocado - Determinar la dirección del movimiento en la piel 	<ul style="list-style-type: none"> - Pobre localización de tacto - Pobres destrezas de estereognosia - Pobre conciencia de la fuerza a utilizar al manipular objetos
Vestibular	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar posición de la cabeza con relación al resto del cuerpo y a la gravedad - Mantener balance y uso de reacciones de equilibrio - Tono postural para la realización de tareas (especialmente, tareas que demandan la activación de los músculos en contra de la gravedad). 	<ul style="list-style-type: none"> - Pobre conciencia de la ubicación del cuerpo en el espacio - Uso de la visión para compensar al enfrentar desafíos posturales
Propioceptivo	<ul style="list-style-type: none"> - Moverse en el espacio sin estar tropezándose/chocando con objetos - Gradar la fuerza de acuerdo con la demanda de la tarea - Uso de movimientos fluidos y coordinados - Determinar posición del cuerpo en el espacio 	<ul style="list-style-type: none"> - Pobre gradación de movimiento y de la cantidad de fuerza a utilizar durante las tareas - Movimientos lucen “torpes” - Uso de la visión para monitorear los movimientos (ej. sube una escalera mirando hacia abajo y no hacia al frente)

representación interna de nosotros mismos y la conciencia que tenemos de nuestro cuerpo en acción (Lane & Anzalone, 2012). Para comprender en qué forma incide un esquema corporal pobre en el desarrollo de los desórdenes motores de base sensorial, es importante repasar dos conceptos relevantes: “feedback” (o retro-alimentación) y “feedforward”. El “feedback” consta de la información resultante del movimiento (Lundy-Ekman, 2007). Este mecanismo le provee al niño información acerca de sus respuestas al ejecutar o de los cambios ocurridos en el ambiente como resultado de tales respuestas (Bundy, Lane & Murray, 2002).

Por otra parte, el mecanismo de “feedforward” le provee al niño señales antes o durante la emisión de sus respuestas, de manera que pueda estar mejor preparado al momento de ejecutar y mientras ejecuta. Es decir, el feedforward le indica al niño si el plan de acción trazado corresponde o

no con las condiciones ambientales y con cuán listo o preparado está para ejecutar su respuesta o movimiento (Lane & Anzalone, 2012). Más adelante, en la discusión del desorden de dispraxia, se proveen ejemplos de la forma en que estos dos mecanismos interactúan. Por ahora, a manera de resumen acerca de la interrelación entre estos tres conceptos, digamos que: el mecanismo de “feedback” provee en gran parte la base para el desarrollo de un adecuado esquema corporal y, a su vez, un adecuado esquema corporal, nos permite ser efectivos en el uso del mecanismo de “feedforward” (Lane & Anzalone, 2012) (Refiérase a Tabla 2 para ejemplo).

Desorden motor de base sensorial

El tercer tipo de desorden de procesamiento sensorial en la nosología de Miller, et al. (2007) es el desorden motor de base sensorial que se compone

de los siguientes subtipos: desorden postural y dispraxia.

Dispraxia

Se define praxis como la habilidad para concebir, planificar y organizar una secuencia de acciones motoras no habituales dirigidas a una meta (Ayres, 2005). La habilidad de praxis es particularmente importante durante el aprendizaje de nuevas tareas ya que nos permite adaptarnos y reaccionar rápidamente a las demandas nuevas del ambiente de manera eficiente. Consiste de tres elementos principales: ideación, planeo motor y ejecución. La Tabla 2 provee información acerca de lo que involucran cada uno de estos componentes, además de ejemplos donde se ve incorporada la forma en que utilizamos los mecanismos de “feedback” y “feedforward” durante nuestras acciones motoras.

Tabla 2
Componentes de la praxis

Componente	¿En qué consiste?	Ejemplo
Ideación	- Componente “cognoscitivo” de la praxis. Involucra la conceptualización de una acción motora intencional. Le permite al niño percibir las posibilidades de acción en el ambiente.	- El niño de un año ve una caja grande e identifica en ella una “posibilidad de acción en el ambiente”. Así que, decide trepar para poder meterse adentro. Es decir, acaba de conceptualizar la acción motora necesaria (i.e., trepar) para lograr su intención (i.e., meterse dentro de la caja).
Planeo Motor	- Consiste en trazar el plan o determinar cómo ejecutar la acción previamente conceptualizada. Es el “puente” entre la ideación y la ejecución.	- El niño pone en acción su plan inicial para entrar en la caja. Sin embargo, queda con sus brazos, cabeza y torso dentro y los pies afuera. El resultado de su plan de acción le provee “feedback”, indicando que dicho plan no fue adecuado. Así que, hará ajustes a su plan intentando hacer un mejor uso de su esquema corporal cuando vuelva a intentarlo.
Ejecución	- Paso final de la praxis. Es el “hacer” de la acción motora planificada. Por tanto, depende de una adecuada planificación e ideación.	- El niño vuelve a poner en acción su plan, pero esta vez, coloca una pierna primero en el borde de la caja. Acaba de sentir que dicha pierna ha tocado el piso de la caja, pero se percata de que su otra pierna aún está afuera y en el aire. Es entonces cuando el mecanismo de “feedforward” le permite hacer los ajustes necesarios para pasar esa pierna también sobre el borde de la caja y poder completar su intención de entrar a ella.

Un niño puede presentar dificultades asociadas a uno o más componentes de la praxis. Los problemas de ideación, por ejemplo, podrían verse reflejados en dificultad para percibir las posibilidades de acción e interacción (ej. parece no saber qué hacer al llegar a un parque o utiliza los equipos de manera inadecuada). Además, los niños con problemas de ideación suelen observar más de lo que juegan y pudieran ser inflexibles en su estilo de juego, repitiendo las mismas acciones una y otra vez sin mayor elaboración. Investigadores han trabajado en el desarrollo de una prueba de praxis ideacional (TIP, por sus siglas en inglés; May-Benson & Cermak, 2007), de la cual hay disponible en línea una versión preliminar (<http://tmbeducationalenterprises.com/pdf/TIPManual.pdf>).

Los problemas de planeo motor se ven reflejados en niños que invierten un gran esfuerzo al realizar acciones motoras. Por ejemplo, tardan mucho más que otros al hacer tareas ordinarias (ej. ponerse un abrigo, abotonarse una camisa) y tienden a requerir de varios intentos para poder lograr las acciones

(incluso, pudieran no lograrlas con éxito, pese a intentarlo varias veces). En general, el niño con dispraxia luce inseguro acerca de la posición de su cuerpo en el espacio, suele ser propenso a accidentes y tener destrezas pobres en actividades deportivas. Algunos prefieren las actividades sedentarias y, en ocasiones, pueden ser sumamente creativos y verbales, prefiriendo mucho más la elaboración de historias y fantasías en lugar de juegos que involucren acciones motoras (Miller, et al., 2007).

Tanto el niño con dispraxia, como el niño con desorden postural (que se discute en la siguiente sección) pueden lucir torpes o faltos de coordinación durante la realización de acciones motoras. Ambos desórdenes pueden coexistir. Sin embargo, la evaluación del niño con dispraxia indicará problemas de ideación y planeo motor. En cambio, el niño con desorden postural, presenta adecuadas destrezas de ideación y planeo motor, pero no al momento de ejecutar la acción planificada (Anzalone & Lane, 2012)

Desorden postural

Los niños con desorden postural presentan dificultad estabilizando su cuerpo durante el movimiento o mientras están en posiciones de descanso (ej. sentados) para satisfacer las demandas del ambiente o de alguna tarea motora en específico (Miller, et al., 2007). Es el control postural lo que le provee al niño un marco o base estable y, al mismo tiempo, movable para la ejecución de movimientos refinados de sus ojos y extremidades; es decir, la ejecución de acciones que implican la integración de sensaciones vestibulares, propioceptivas y visuales (que son fundamentales para el control postural). Por tanto, gracias a ese marco estable del cuerpo que llamamos control postural, podemos realizar movimientos que involucran un desplazamiento de nuestro centro de gravedad (ej. alcanzar un objeto en una tablilla alta manteniendo el balance); así como movimientos o posiciones que requieren resistencia en contra de la gravedad (ej. mantenerse sentado sin encorvarse, deslizarse hacia el borde de la silla o recostar la cabeza de la mesa o de la mano).

Algunas características del desorden postural incluyen: tensión muscular inapropiada, tono muscular hipotónico o hipertónico, control inadecuado de los movimientos, contracciones musculares que permitan lograr movimientos en contra de resistencia, reacciones pobres de enderezamiento y equilibrio, dificultad para mantener el balance al realizar transferencias de peso y control ocular-motor pobre (Miller, et al., 2007).

Interrelación entre los tres tipos de desórdenes de procesamiento sensorial

Con frecuencia, podemos encontrar niños que presentan más de uno de los tipos de desórdenes de procesamiento sensorial identificados en la nosología de Miller, et al. (2007) (desorden de modulación sensorial, desorden de discriminación y desorden motor de base sensorial). Por ejemplo, el niño con un desorden de modulación sensorial hiporreactivo, podría presentar problemas de discriminación. Es decir, su dificultad para “detectar”/ registrar la información sensorial del ambiente, podría llevarle a ser inefectivo discriminando las cualidades temporales y espaciales del input sensorial. El carecer de habilidades adecuadas de discriminación, puede llevarle a un desarrollo ineficiente del esquema corporal lo cual, a su vez, puede resultar en un desorden motor de base sensorial. De hecho, los problemas de praxis tienden a estar asociados con problemas de discriminación sensorial, pues la habilidad de discriminación sienta las bases para el desarrollo del esquema corporal, el cual es fundamental para una praxis adecuada.

Otro ejemplo sería el de un niño con un desorden de modulación sensorial de hiper-reactividad. Éste pudiera preferir evitar experiencias sensoriales que involucren estímulos que le resulten aversivos (ej. estímulos táctiles o vestibulares). La evitación de estas experiencias puede limitar las oportunidades en que se exponga a planificar acciones cuyos resultados le provean el “feedback” que provea las bases para un adecuado desarrollo de su esquema corporal el cual, como se

mencionó, es esencial para una adecuada ejecución motora. Igualmente, la evitación de experiencias que involucren estímulos vestibulares pudiera redundar en un eventual desorden postural.

Pese a la relación estrecha entre los tres tipos de desórdenes de la nosología, es posible también identificar la presencia de alguno de éstos sin que necesariamente esté atado a alguno de los otros. No obstante, comprender en qué consiste cada uno y visualizar la relación entre ellos es de gran utilidad durante la evaluación y tratamiento de estos niños. Ejemplo de esto es el siguiente caso.

Caso de Juanita

Juanita es una niña de siete años que cursa el segundo semestre de primer grado. Durante el presente año escolar, ha sido cambiada de escuela en dos ocasiones pues ha tenido problemas para lograr destrezas de escritura similares a las de sus pares y conductas que sus maestras han identificado como problemáticas. Por estas razones es referida a una evaluación en terapia ocupacional.

Durante la evaluación, la TO recopiló la siguiente información. Según indican sus maestras y su mamá, Juanita suele tener “episodios explosivos” de llanto y, a veces, hasta de agresividad. Por ejemplo, con frecuencia llora o sale corriendo del salón cuando están trabajando alguna actividad manual. En una ocasión, amenazó a un niño con “darle un puño” si se le acercaba más en la fila del comedor. Ese día, Juanita terminó gritando y pateando no sólo a ese niño; sino a otros que estaban cercanos a ella en la fila. Durante el recreo, Juanita prefiere estar pasiva y, casi siempre se sienta en un banco y observa a los demás niños jugando. Algunas veces, juega alguna actividad sentada o conversa con alguna otra niña que se siente a su lado.

Durante la evaluación, se observó que en actividades de escritura, Juanita suele hacer trazos muy suaves (casi invisibles). Debido a esto, frecuentemente, su

maestra le requiere hacer los trabajos nuevamente (i.e., pasarle “por encima” a lo que escribió), lo cual frustra mucho a la niña, que ya ha comenzado a dejar trabajos incompletos. Juanita dice que no le gusta la escuela e indica que las clases que menos le gustan son español (porque escriben mucho) y educación física (porque los demás niños se burlan de ella pues “nunca le salen las cosas bien”). Por otra parte, la TO observa que Juanita presenta dificultad marcada en actividades que requieren manipulación intrínseca. Además, requiere de varios intentos para lograr patear un bola que le es lanzada rodando por el piso; así como para atrapar un bola mediana, imitar diferentes posturas que le solicita la TO, hacer movimientos en contra de la gravedad (ej. hacer abdominales) y realizar patrones de movimiento coordinados como “galopar” o saltar la peregrina.

En un momento de la evaluación, Juanita se mostró interesada en montar un caballito de juguete que había en el área. La TO le motivó a utilizarlo, observando que Juanita presentó gran dificultad para determinar cómo montarse al caballo. Luego de varios intentos colocando su pie en diferentes partes de la superficie del caballo, la TO le asistió ofreciéndole algunas claves físicas y verbales (ej. indicándole que era más fácil si colocaba el pie en el estribo y ayudándole a ubicar su pie en el mismo). Algo parecido, sucedió cuando Juanita quiso bajarse del caballo, lo cual ocurrió relativamente pronto.

Por otra parte, las dificultades de Juanita aparentemente le están afectando en su ejecución de actividades de la vida diaria. Por ejemplo, su mamá indica que se tarda demasiado preparándose en las mañanas, con frecuencia se pone la ropa o los zapatos al revés; cuando la peina, se queja mucho de que le duele, pero si la deja peinarse sola, se deja la parte de atrás enredada. Con la información obtenida hasta el momento, la TO hace un análisis preliminar de las dificultades de Juanita, el cual se presenta en la Tabla 3.

Tabla 3
Análisis de las dificultades de Juanita

Dificultades de modulación	Dificultades de discriminación	Dificultades motoras con base sensorial
<ul style="list-style-type: none"> Juanita aparenta ser hiper-reactiva a diversas sensaciones, especialmente, sensaciones táctiles (ej. evita tareas manuales, no quiere que la peinen; no le gusta estar demasiado cerca de los demás niños) Evita juegos activos (ej. no le gusta la clase de educación física, prefiere actividades pasivas durante el recreo), lo cual pudiera estar asociado con dificultades de modulación vestibulo-propioceptivas 	<ul style="list-style-type: none"> Presenta dificultad para gradar la cantidad de fuerza a utilizar durante actividades manipulativas (ej. realiza trazos demasiado suaves) Aparenta dificultades discriminativas que redundan en un esquema corporal inadecuado (ej. dificultad para asumir/imitar posturas; deja la parte de atrás de su pelo sin peinar; frecuentemente, se pone la ropa y los zapatos al revés). 	<ul style="list-style-type: none"> Aparenta problemas de praxis (ej. dificultad para ejecutar acciones motoras nuevas como determinar la forma para montarse al caballito de juguete; necesidad de varios intentos para lograr patear o atrapar una bola) Destrezas pobres de coordinación y balance al hacer transferencias de peso (ej. galopar, saltar la peregrina) Dificultad para activar sus músculos en contra de la gravedad (ej. hacer abdominales)

La información presentada nos permite inferir que Juanita posee dispraxia (uno de los desórdenes motores de base sensorial) ya que, aunque también presenta indicadores de otros desórdenes, sus dificultades de ideación y de planeo motor son evidentes. Sin embargo, más relevante que esta deducción, es el poder determinar que el problema de dispraxia de Juanita tiene su base en un esquema corporal pobre asociado con destrezas de discriminación táctiles-propioceptivas pobres; lo cual, a su vez, se relaciona con una modulación inadecuada (hiper-reactividad) de estímulos del mismo tipo. Por lo tanto, a base de este análisis, la TO de Juanita decide que, en términos generales, sus sesiones de terapia con Juanita deberán ir dirigidas a lo siguiente: (1) Ayudar a Juanita a auto-regular/modular su respuesta a estímulos táctiles-propioceptivos diversos. Este principio debe, incluso, guiar la selección de las actividades iniciales o que sirvan como preparación para la niña durante las sesiones de tratamiento; (2) Una vez regulada, se

puede entonces trabajar con Juanita actividades ricas en estimulación táctil y propioceptiva que le provean un nivel de reto adecuado y le ayuden a un desarrollo más efectivo de su esquema corporal; (3) Una vez retada a hacerse más consciente del mapa de su cuerpo o esquema corporal, incorporar retos apropiados que involucren praxis; prestando especial atención a los componentes de ideación y planeo. Poco a poco, mediante la búsqueda de información y análisis de actividad, la TO logrará identificar estrategias específicas que le permitan la aplicación de estos principios que ya ha delineado.

Conclusión

Han transcurrido más de 50 años desde que Jean Ayres comenzó a desarrollar lo que eventualmente se convirtió en la teoría de integración sensorial. Gracias a su trabajo, hoy podemos ver desde otra perspectiva muchas de las dificultades asociadas con diversos problemas del desarrollo. La visión y el legado de Jean Ayres se ha mantenido vivo y

evolucionando a través de múltiples esfuerzos, incluyendo investigaciones, debates y análisis que han resultado en grandes y diversas contribuciones para la práctica de TO.

Una de tales contribuciones ha sido la nosología de desórdenes de procesamiento sensorial propuesta por Miller, et al. (2007). Independientemente del alcance diagnóstico que ésta pueda o no llegar a tener, es de gran importancia que, como clínicos podamos conocerla y comprenderla pues resulta de gran utilidad al momento de evaluar y analizar los problemas de procesamiento sensorial que presentan los niños. Una comprensión adecuada de los desórdenes de procesamiento sensorial, facilitará un análisis más apropiado de las necesidades del niño y sus posibles causas; permitiendo así el diseño de un tratamiento más dirigido a dichas necesidades.

Rosa Román-Oyola, PhD, MEd, OTR/L, Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas, rosa.roman2@upr.edu

Referencias

- Ayres, J. A. (2005). *Sensory integration and the child: Understanding hidden sensory challenges*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Bundy, A. C., Lane, S. J., & Murray, E. A. (2002). *Sensory integration: Theory and practice* (2nd ed.). Philadelphia, PA: F. A. Davis Company.
- Lane, S. J., & Anzalone, M. E. (2012). Sensory processing disorders. In S. J. Lane & A. C. Bundy (Eds.), *Kids can be kids* (pp.437-459). Philadelphia, PA: F. A. Davis Company.
- Lundy-Ekman, L. (2007). *Neuroscience fundamentals for rehabilitation* (3rd ed.). Philadelphia, PA: W.B. Saunders Co.
- May-Benson, T. A., & Cermak, S. A. (2007). Development of an assessment for ideational praxis. *American Journal of Occupational Therapy*, 61(2), 148-153.
- Miller, L. J., Anzalone, M. E., Lane, S. J., Cermak, S. A., & Osten, E. T. (2007). Concept evolution in sensory integration: A proposed nosology for diagnosis. *American Journal of Occupational Therapy*, 61(2), 135-140.
- Schaaf, R. C., Schoen, S. A., Smith Roley, S., Lane, S. J., Koomar, J., & May-Benson, T. A. (2010). A frame of reference for sensory integration. In P. Kramer, & J. Hinojosa (Eds.), *Frames of references for pediatric occupational therapy* (3rd ed., pp. 99-186). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.

Entendiendo el Trastorno del Estado de Ánimo

Los trastornos del humor son los trastornos psiquiátricos más comunes y pueden causar depresión, excitación extrema e irritabilidad. Una persona con un trastorno depresivo puede sentirse triste, muy cansado, sin motivación, suicida, no tienen ningún interés en las actividades placenteras típicas, puede sentirse inútil o culpable, y no logra dormir o comer. Algunas personas con depresión también experimentan manía, y la combinación de ambas se conoce como desorden bipolar. Cuando una persona experimenta síntomas de manía, él o ella tiene sentimientos de irritabilidad extrema, autoestima exagerada, pensamientos rápidos repentinos, juicio pobre, y el deseo de participar en comportamientos extremadamente riesgosos. Algunas personas pueden experimentar un sólo episodio (único) de depresión y manía, mientras que otras pueden tener episodios que son recurrentes a lo largo de sus vidas. Las personas con trastornos del estado de ánimo pueden tener dificultades para completar las tareas en el trabajo, administración del hogar, la participación en actividades de ocio, y mantener relaciones saludables con la familia y amigos. Los terapeutas ocupacionales pueden ayudar a las personas

con trastornos del estado de ánimo a recuperar su capacidad de funcionar en la vida diaria, en el trabajo y en el hogar.



¿Qué puede hacer un terapeuta ocupacional?

- Evaluar la capacidad de una persona para trabajar y cuidar de sí mismo.
- Identificar las metas de tratamiento que son significativas para la persona, tales como el establecimiento de una rutina de cuidado personal, manejo de dinero, la comunicación efectiva con la familia, cuidadores y compañeros de trabajo, y el establecimiento de metas realistas a corto y largo plazo.
- Adaptar las actividades y el entorno de modo que la persona pueda participar en tareas que sean significativas para ellos.
- Monitorear la respuesta de una persona a la medicación utilizada para tratar un trastorno del estado de ánimo.
- Educar a los miembros de la familia y a los cuidadores sobre los trastornos del estado de ánimo, y colaborar con ellos en los objetivos del tratamiento.

¿Qué puede hacer una persona con trastorno del estado de ánimo?

- Identificar metas personales en el trabajo y en la casa que sean alcanzables y realistas.
- Modificar tareas en el trabajo y en el hogar para que puedan completarlas.
- Identificar actividades que sean significativas para él o ella.
- Involucrarse en actividades de la comunidad y grupos que sean significativas para la persona.
- Buscar intervención de terapia ocupacional a través de programas comunitarios y ambulatorios.

Traducido y adaptado por Luz A. Muñiz Santiago, EdP, MA, GCG, OTR/L de material original ©Copyright 2003. AOTA, Inc.

Lista de Cotejo para Estaciones de Trabajo Basadas en Computadoras

Elsa M. Orellano

El uso de los principios de ergonomía en los usuarios de computadoras previene lesiones y promueve la salud, la seguridad y el bienestar de los empleados (McKeown, 2007). Además, los empleados que trabajan en un contexto diseñado de forma ergonómica gozan de los beneficios de sentirse más cómodos y desempeñarse de forma más productiva y eficiente.

Los profesionales de terapia ocupacional tienen la preparación para determinar el mejor pareo entre las capacidades del trabajador y los componentes del trabajo que optimizan la salud y la eficiencia de los trabajadores (Jacobs,

2008). Además, proveen consultoría a los patronos para identificar los riesgos que podrían resultar en desórdenes musculoesqueléticos relacionados al trabajo y las estrategias costo – efectivas y viables para eliminar estos factores de riesgos. Algunas de estas estrategias incluyen: modificar las herramientas y equipos, proveer educación y adiestramientos en la prevención de lesiones, determinar los acomodos razonables y la accesibilidad en el contexto de empleo para personas con impedimentos y ofrecer recomendaciones para realizar cambios dirigidos a eliminar los factores de riesgo (Jacobs, 2008; Pendleton &

Schultz-Krohn, 2012).

A estos efectos, he desarrollado una lista de cotejo fácil y rápida para administrar, que puede ser utilizada por profesionales de terapia ocupacional con el objetivo de identificar áreas de problemas en ambientes de trabajo basados en computadoras. La misma se debe administrar a través de observaciones del usuario de computadoras en su área de trabajo. Estas observaciones pueden ser directas y en vivo, por sistemas de comunicación de videos, o a través de fotos del usuario en su estación de trabajo basado en computadoras.

Instrucciones

Haga una marca de cotejo en la columna de “Sí” si el usuario de computadoras cumple con el criterio establecido en cada ítem. Haga una marca de cotejo en la columna de “No” si el usuario no cumple con el criterio. Aquellos ítems que contengan marcas de cotejo en la columna de “No” indican áreas de riesgo a lesiones musculoesqueléticas. Estas áreas deben ser atendidas para eliminar la causa del problema.

Monitor	Sí	No
1. La posición del monitor esta directamente frente a usted de forma que no tenga que torcer o girar su cuello y/o su cabeza.		
2. El tope de la pantalla esta al nivel de los ojos o levemente más abajo de forma que pueda leerlo sin tener que inclinar al cabeza hacia abajo o hacia atrás.		
3. Si utiliza bifocales, ¿puede leer la pantalla sin tener que inclinar la cabeza hacia atrás?		
4. La distancia del monitor le permite leer la pantalla sin tener que inclinar la cabeza, cuello y tronco hacia al frente o hacia atrás.		
5. La posición del monitor se puede angular.		
6. Las imágenes en la pantalla son claras y fáciles de leer.		
7. No hay resplandor en la pantalla (de ventanas, luces), de forma que le pueda causar el asumir posturas incómodas al leer la pantalla.		
8. Limpia la pantalla regularmente con materiales de limpieza adecuados.		

Comentarios / Posibles Soluciones: _____

Teclado/Ratón	Sí	No
9. La altura del teclado está al nivel de los codos, con los hombros relajados, y brazo/codos cerca del cuerpo.		
10. Está sentado directamente frente al teclado y el teclado está colocado en línea directa con el monitor.		
11. La muñeca está derecha y en línea recta con el antebrazo mientras utiliza el teclado y el ratón (no doblada hacia arriba o con movimientos hacia los lados)		
12. La superficie de soporte del teclado es lo suficientemente grande y estable para sujetar el teclado y el ratón.		
13. El ratón está colocado al lado del teclado de forma que pueda ser operado sin alcanzar hacia arriba o hacia al frente con el brazo.		
14. El ratón es fácil de operar.		
15. Las muñecas y las manos no descansan en bordes duros o afilados.		

Comentarios / Posibles Soluciones: _____

Silla	Sí	No
16. Su espalda y caderas descansan en el espaldar de la silla.		
17. El espaldar es ajustable en altura de forma que le provee soporte a la espalda baja (área lumbar).		
18. La profundidad de la silla se acomoda a sus dimensiones (asiento no muy grande o pequeño).		
19. El borde anterior del asiento no presiona la parte posterior de su rodilla (asiento no es muy largo).		
20. El asiento provee acojinamiento y el borde es en forma de cascada.		
21. Si su asiento posee descansabrazos, los mismos son ajustables en altura de forma que se acomoden a la altura de los codos.		
22. La altura del asiento se ajusta de forma que no provoque presión en la parte inferior del muslo y los pies descansan en el piso o en un descansapiés.		
23. El mecanismo se puede ajustar frecuentemente a través del día desde la posición sentado para acomodar movimientos del cuerpo y posturas variadas.		
24. La silla gira y tiene 5 patas para mantener estabilidad.		

Comentarios / Posibles Soluciones: _____

Área de Trabajo	Sí	No
25. Posee suficiente espacio para las piernas bajo el escritorio de forma que pueda cambiar de posición durante el día.		
26. El espacio en la superficie de trabajo es suficiente para acomodar los materiales de trabajo.		
27. Los materiales más utilizados están a su alcance, de forma que evita el estirarse de forma excesiva.		

Comentarios / Posibles Soluciones: _____

Accesorios	Sí	No
28. Si utiliza sujetador de documentos, es estable y lo suficientemente grande para sujetar los documentos que utiliza para su trabajo.		
29. Si utiliza un sujetador de documentos, el mismo está a la misma distancia y altura que la pantalla, o está directamente frente a usted.		
30. Si utiliza descansa muñecas, el mismo le permite mantener el antebrazo, muñecas y manos rectas (sin que se desvíen hacia flexión o extensión) al utilizar el teclado.		
31. Si utiliza descansa muñecas, no descansa las muñecas en la misma para luego alcanzar las teclas mientras utiliza el teclado o el ratón.		
32. Puede utilizar el teléfono con la cabeza recta (no doblada) y hombros relajados (no elevados) si utiliza la computadora a la misma vez.		

Comentarios / Posibles Soluciones: _____

Factores Ambientales/Personales	Sí	No
33. La temperatura del aire se siente cómoda.		
34. No se distrae con ruidos de equipos o personas cerca de su estación de trabajo.		
35. Varía las tareas que realiza (que no están relacionadas a trabajo en computadoras) varias veces durante el día.		
36. Incluye ejercicios para los ojos, de estiramiento y micro pausas para relajamiento durante el uso del teclado y el ratón, al menos una vez cada hora.		
37. Cambia de postura sentado regularmente durante el día.		

Comentarios / Posibles Soluciones: _____

Elsa M. Orellano, Ph.D., OTR/L, ATP
 Programa de Asistencia Tecnológica de Puerto Rico
 Programa de Terapia Ocupacional, EPS, RCM, UPR
 elsa.orellano@upr.edu

Referencias

Jacobs, K. (2008). *Ergonomics for Therapists*. (3rd ed). St. Louis, Missouri: Elsevier Science/Mosby.

Pendleton, H. & Schultz-Krohn, W. (2012). *Pedretti's Occupational Therapy: Practice Skills for Physical Dysfunction*, (7th ed.). St. Louis, Missouri: Elsevier Science/Mosby.

McKeown, C. (2007). *Office Ergonomics: Practical Applications*. Boca Raton, Florida: CRC Press Taylor & Francis Group.

Danza Terapia: Alternativa de Intervención para Pacientes con la Enfermedad de Parkinson

Aleisa Ginés Gonzalez

Resumen

A medida que los síntomas empeoran, las personas con la enfermedad de Parkinson pueden presentar dificultades al caminar, iniciar movimiento dirigido a una tarea, mantener balance y equilibrio dinámico, entre otros. Otras complicaciones asociadas a la enfermedad de Parkinson lo son las dificultades cognitivas, depresión y fatiga.

Se ha demostrado que la Danza Terapia ayuda al paciente con la Enfermedad de Parkinson a prolongar sus destrezas motoras y retardar los efectos de la condición, así como a promover una mejor calidad de vida.

La Danza Terapia se caracteriza por ofrecer al participante no tan solo beneficiarse del ejercicio físico, sino también de trabajar con las emociones y destrezas sociales de manera simultánea en una sesión terapéutica. Promoviendo así que el paciente participe activamente de su tratamiento y trabaje dificultades psicomotoras y sociales para lograr mejorar su ejecución en las actividades y roles en el día a día.

Enfermedad de Parkinson(EP)

La enfermedad de Parkinson es una condición neurológica crónica y progresiva. Se cree que es el resultado de una degeneración progresiva y muerte de las neuronas que producen la dopamina en la sustancia negra, localizada en los ganglios basales (Schapira, 2009). Estudios han encontrado que los ganglios basales se asocian con la orquestación de movimientos voluntarios realizados de forma mayormente inconsciente, esto es, aquellos que involucran al cuerpo en tareas rutinarias o cotidianas tal como caminar. Esta falta de dopamina en los ganglios basales se cree que es lo que ocasiona el desarrollo y progresión de

los síntomas asociados a la enfermedad (Aragon, Kings, 2010). También la dopamina contribuye a procesos cognoscitivos tales como la atención, energía y motivación, el ánimo, solución de problemas, toma de decisiones y percepción visual (Aragon, Kings, 2010).

Síntomas

El paciente con la enfermedad de Parkinson puede presentar algunos o todos los siguientes síntomas, dependiendo de su etapa en la condición y de cómo la misma se manifieste en la persona:

Síntomas motores principales

- Dificultad/Deterioro en el Movimiento Corporal:
 - Acinesia: falta de ejecución de movimiento
 - Bradicinesia: lentitud en los movimientos
 - Hipocinesia: disminución del movimiento.
- Rigidez
- Tremor en descanso
- Inestabilidad postural
- Síntomas no motores asociados
- Cambios Cognoscitivos
 - Dificultad para concentrarse
 - Se distraen fácilmente
 - Dificultad en organización del pensamiento/ solución de problemas
 - Se afectan las destrezas de percepción
- Problemas emocionales y neuropsicológicos
- Fatiga
- Problemas en el patrón de sueño
- Problemáticas en Función
- Caminar: pasos cortos y lentos, arrastre, marcha vacilante, movimientos asimétricos de los brazos.
- Iniciar movimiento dirigido a una tarea como el levantarse de la silla, o uso de algún objeto.
- Cambios de dirección
- Lentitud en los movimientos

- Pobre expresión facial
- Mantener balance y equilibrio dinámico
- Secuencias de acciones conocidas tal como el caminar, girar, escribir, transferirse, etc
- Problemas en atención-concentración, organización
- Percepción Visual
- Dificultades cognitivas al realizar una tarea
- Cambios en el estado de ánimo (Aragon, Kings, 2010)

Intervención Terapéutica

Estas dificultades afectan la calidad de vida del paciente y su participación en actividades diarias y de interés para el paciente. También impactan la función de los roles sociales y el manejo de situaciones en diferentes escenarios tales como: trabajo, comunidad, hogar y otros.

Las alternativas de tratamiento muchas veces son limitadas. La integración de tratamiento alterno al farmacológico es esencial, no solo para manejar los aspectos neuromotores de la enfermedad, sino también para disminuir los síntomas de depresión; condición que usualmente coexiste con EP.

La Terapia Ocupacional provee intervenciones dirigidas a que el paciente gane o mantenga funciones y destrezas motoras y neurológicas para que logre una ejecución satisfactoria en su contexto. Además de trabajar junto al paciente, familia y personas cercanas a manejar de manera funcional y adaptativa los cambios al estilo de vida causados por la enfermedad. Es de suma importancia que la intervención terapéutica contenga un elemento que logre que el paciente desarrolle compromiso, motivación y expectativas. Estos elementos son el foco de intervención en la Danza Terapia.

Danza Terapia con Pacientes con EP

La danza terapia es definida como el uso psicoterapéutico del movimiento para promover la integración emocional, física, cognoscitiva y social del individuo (American Dance Therapy Association, 2009).

En la danza terapia no se enseña una técnica de baile, ni se enfoca en los movimientos estéticos o coreografiados. La Danza Terapia busca alcanzar objetivos terapéuticos y educativos al desarrollar capacidades y crecimiento en el individuo. El baile es un medio pero no necesariamente es el fin.

En los últimos 5 años el departamento de Terapia Física y de Neurología de la Escuela de Medicina de la Universidad de Washington en St. Louis ha publicado varios artículos relacionados al uso del baile como medio terapéutico alternativo para pacientes con EP. A pesar de que los objetivos principales de los estudios iban dirigidos al mejoramiento físico del paciente, se evidenció una vez más que el baile no es un evento motor aislado, sino que integra de manera compleja las áreas sensoriales, cognoscitiva, emocionales y motoras del participante. Los participantes de los estudios demostraron un mejor estado de ánimo y actitud de vida luego de su ejecución con el baile.

Es común en los pacientes con condiciones neurodegenerativas, como

la EP, que se ausenten y abandonen el tratamiento por síntomas de depresión y ansiedad. Los pacientes tienden a aislarse, lo cual empeora los síntomas y las consecuencias físicas, emocionales, cognoscitivas y sociales de esta condición.

La Danza Terapia es una intervención única e ideal para atender al paciente de manera holística, proveyéndole un tratamiento que atienda no solo sus necesidades de ejecución física o hacia la tarea, sino que atienda de manera psicoterapéutica las necesidades emocionales que lo afectan.

Son precisamente estas necesidades psicológicas y sociales las que limitan al paciente para lograr atender su condición.

Algunos Objetivos de Danza Terapia para Pacientes con EP

- Promover mantenimiento de la función del movimiento
- Mejorar destrezas de balance dinámico.
- Ofrecer la oportunidad a cada participante al autoconocimiento de su cuerpo, el alcance de movimientos y precauciones necesarias según la etapa en que se encuentra.
- Integración del área cognoscitiva y emocional en los ejercicios para aumentar ejecución neurológica.
- Ayudar a disminuir síntomas de depresión y soledad
- Proveer un espacio de expresión y aprendizaje acerca de ellos mismos,

su ambiente y su condición.

- Estimular y mejorar destrezas de percepción visual.
- Promover sentido de logro, de progreso y motivación.

La danza (baile) no tiene edad o cultura, tampoco se limita a un grupo de personas en ciertas condiciones. Por otro lado, es una forma de expresión que bajo los enfoques terapéuticos correctos y la preparación profesional adecuada/requerida puede ser de gran ayuda a un paciente con EP, cuyas necesidades son múltiples.

La danza Terapia es una alternativa que brinda al paciente la estimulación, energía y retos necesarios para crear en él un compromiso serio con su tratamiento terapéutico y el atender su condición. Además de proveerle un buen tiempo con sus pares y familia y la oportunidad de volver a ser, a sentir, a disfrutar, a aprender y a moverse disfrutando su propio ritmo. Invitemos a nuestros pacientes a transformar la música de la vida en movimiento y a danzar hacia una mejor calidad de vida y salud.

Aleisa Ginés Gonzalez, R-DMT, CCLS, OTL
Danza Terapeuta
aleisa_gines@yahoo.com
Programa de Danza Terapia
para Pacientes con
Enfermedad de Parkinson
Municipio de San Juan, PR

Referencias

- Aragon, A., Kings, J. (2010) Occupational Therapy for People with Parkinson's: Best practice guidelines. Extraído de <http://www.cot.co.uk/cot-publications/cot-publications>
- American Dance Therapy Association. (2009). Dance / Movement Therapy & Parkinson's Disease. Extraído de <http://www.adta.org/resources/Documents/Info-Sheet-DMT-Parkinsons-with-Resource-Bib.pdf>
- Fallik, D. (2007). Why Exercise Helps People With Movement Disorders. *Neurology Now*, 3, 34.
- Gammon, M.E. (2009). Dance as therapy for individuals with Parkinson Disease. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 45, 231-238.
- Hackney, M., Gammon, M.E. (2009). Effects of Dance on Movement Control in Parkinson's Disease: Comparison of Argentine Tango and American Ballroom. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41, 475-48
- La Torre, M.A. (2008). The Role of Body Movement in Psychotherapy. *Perspectives in Psychiatric Care*, 44, 127-129.
- Morris M. E., Ianssek, R., Kirkwood, B. (2009). A Randomized Controlled Trial of Movement Strategies Compared with Exercise for People with Parkinson's Disease. *Movement Disorders Journal*, 24, 64-71.
- Schapira, A. H. V.; Emre, M.; Jenner, P.; Poewe, W. (2009). Levodopa in the treatment of Parkinson's disease. *European Journal of Neurology*, 16(9), 982-989.



Investigaciones Realizadas en el Programa de Maestría de Terapia Ocupacional

María de los A. Rohena
Investigadora Principal

Se presentan cuatro resúmenes de investigaciones realizadas en el curso Practica Basada en la Evidencia de Terapia Ocupacional del Programa de Maestría de Terapia Ocupacional desde el 2005 hasta 2012. Estas investigaciones han sido presentadas ante la Facultad del Programa de Maestría en Terapia Ocupacional y en diversos Congresos y Foros de Investigación en Puerto Rico, Estados

Unidos y Europa. A continuación, se presentan en orden cronológico cada resumen que incluye el título del proyecto, el año de realización, autores (la Investigadora Principal y las Co-investigadoras) y el Foro o Congreso donde fue presentada cada investigación. Se incluyen solo las referencias mencionadas en cada resumen.

La Perspectiva de los Adultos de Mediana Edad Sobre el Balance en las Ocupaciones (2005)

Christine Méndez, María Benítez, María de los A. Rohena

El propósito de este estudio fue conocer y documentar la perspectiva de adultos de mediana edad sobre el balance en las ocupaciones y explorar cómo las actividades que realizan limitan y/o facilitan obtener dicho balance. El lograr un balance ocupacional es un tema de gran importancia y medular en la profesión de Terapia Ocupacional (Backman, 2004; Christiansen, 1996). La metodología descriptiva cualitativa (Cook, 2001) fue seleccionada para explorar y describir cómo los individuos perciben sus propias experiencias dentro de su contexto social. Se seleccionó el grupo focal (Brown, 1999) como el instrumento para recopilar los datos del estudio y una planilla para recoger los datos sociodemográficos. El grupo focal se constituyó de veinte adultos entre los cuarenta y sesenta años para formar dos grupos focales, homogéneos

en género y heterogéneos en edades.

El análisis cualitativo responde a las discusiones generadas por las preguntas expuestas en los dos grupos focales.

Este análisis consistió del cotejo de las transcripciones de las grabaciones de los grupos focales, para crear categorías, las cuales fueron codificadas basándose en similitudes y diferencias, dándole a cada una un significado. Se realizó un análisis comparativo de los datos obtenidos entre los grupos focales. El balance ocupacional es sin duda una experiencia subjetiva que está compuesta por multiplicidad de elementos. La presencia de factores ambientales, así como los factores del cliente entre los cuales se encuentran las características de personalidad como el temperamento, las experiencias previamente vividas y la condición de salud son variables que le

confieren en gran medida la subjetividad al concepto de balance ocupacional dentro del grupo focal. Los adultos de mediana edad deben involucrarse en las diferentes actividades que les provean satisfacción para que les proporcione un sentido de balance ocupacional. Sin embargo, para proveer mayor evidencia sobre esta relación es necesaria mayor evidencia. Estos hallazgos pueden servir de guía para mayor entendimiento del concepto balance ocupacional.

Christine Méndez, MS, OTR/L, María Benítez, MS, OTR/L & María de los A. Rohena, Ed. D., MS., OTR/L. XXIX Foro Anual de Investigación y Educación del Recinto de Ciencias Médicas, UPR; 15to Congreso Mundial de Terapia Ocupacional en Santiago de Chile; y el III Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa, San Juan, PR

Referencias

Backman, C. (2004). Occupational balance: Exploring the relationships among daily occupations and their influence on well-being. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 71* (4), 203-209.

Brown, J. (1999). The use focus groups in

clinical research. En B. F. Crabtree & W. L. Miller (Eds.). *Doing qualitative research* (pp. 109-124). Newbury Park, CA, EE.UU.: Sage

Cook, J. (Eds.). (2001). *Qualitative research in occupational therapy: strategies and experiences*. Albany, NY: EE.UU.: Delmar.

Christiansen, C. (1996). Three perspectives on balance in occupation. In R. Zemke & F. Clark (Eds.), *Occupational sciences: The evolving disciplines*. (pp. 441-451). Philadelphia: F.A. Davis.

El Impacto de la Fibromialgia en las Actividades Instrumentales del Diario Vivir, Ocio y Participación Social en una Muestra de Mujeres y Hombres Puertorriqueños (2009)

Xiomara Cajigas, María del Mar Rivera, Mariela Sandoval, Verónica Torres, María de los A. Rohena

La fibromialgia (FM) es una enfermedad crónica (Pascual, García, Lou, & Ibañez, 2004) caracterizada por dolor en músculos, ligamentos y tendones que impacta la participación ocupacional del individuo que la padece (McHugh Pendleton & Schultz - Krohn, 2006). El propósito de este estudio consistió en describir el impacto de la FM en la capacidad funcional, estatus de salud y en las actividades instrumentales del diario vivir (AIDV), ocio y participación social en una muestra de 40 participantes puertorriqueños de ambos géneros entre las edades de 45 a 65 años de edad. Se utilizó el Cuestionario del Impacto de la Fibromialgia de Puerto Rico (CIF-PR), versión culturalmente adaptada a Puerto Rico (Lebrón, Martínez, Quintero, & Rohena, 2007) el cual midió el impacto en la capacidad funcional y estado de salud. Además, se utilizó el instrumento Categorización de Tarjetas de Actividades (CTA) creado por Baum y Edwards (2001) y adaptado para la población de Puerto Rico por Irizarry y Orellano (2007) para medir el nivel de participación en la ejecución ocupacional (AIDV, Ocio y Participación social). Por otro lado, se

pretendió inquirir sobre la diferencia en el nivel de participación de ejecución ocupacional entre mujeres y hombres puertorriqueños con FM. El diseño del estudio fue descriptivo cuantitativo.

Los datos del análisis cuantitativo respondieron a la estadística descriptiva e inferencial. Los resultados del CIF-PR revelaron que el 62.5% de los participantes reflejó un impacto severo que afectó su capacidad funcional. Los síntomas de cansancio al levantarse, cansancio general, la sensación de rigidez y la ansiedad reflejó un impacto marcado en su estado de salud. A través de la Prueba t se encontró que no hubo diferencias significativas en la puntuación total entre hombres y mujeres. El análisis estadístico arrojó que el grupo (n = 40) obtuvo un porcentaje mediano de retención entre 60% a un 63% de las actividades previas en todos los dominios de la PR-CTA, excepto en el dominio de las Actividades de Tiempo Libre de Alta Demanda donde el porcentaje mediano de retención de las actividades previas fue de 25%. De modo que se evidenció que el nivel de participación en las 3 áreas ocupacionales se ve afectado por

causa de la FM, aunque a diferentes niveles. Se observó una correlación significativa entre el porcentaje retenido de las Actividades Sociales de la PR-CTA y el puntaje total de la CIF-PR, a mayor porcentaje retenido en las Actividades Sociales menor es el impacto de la condición en los participantes ($r = -.325, p = .041, p \leq 0.05$). A su vez, se mostró una correlación significativa entre el porcentaje retenido total de la PR-CTA y el puntaje total de la CIF-PR, a mayor porcentaje retenido en total en la PR-CTA menor es el impacto de la condición en los participantes ($r = -.365 (p = .021) p \leq 0.05$). No hubo diferencias significativas entre el género y el porcentaje promedio retenido de los dominios de la PR-CTA y el porcentaje retenido total de la PR-CTA.

Xiomara Cajigas, MS, OTL, María del Mar Rivera, MS, OTR/L, Mariela Sandoval, MS, OTR/L, Verónica Torres, MS, OTR, María de los A. Rohena, Ed.D., MS., OTR/L. XXX Foro Anual de Investigación y Educación del Recinto de Ciencias Médicas, UPR; Eight World Congress on Myofascial Pain Syndrome and Fibromyalgia Syndrome, International Myopain Society, Spain

Referencias

Baum, C. M., & Edwards, D. (2001). *Activity Card Sort*. St. Louis, MO: Washington University.

Lebrón, M., Martínez, L., Quintero, I., & Rohena, M. (2008). Cuestionario del impacto de la Fibromialgia, versión de PR (CIF-PR). Programa de Terapia Ocupacional, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de

Puerto Rico.

Irizarry, D., & Orellano, E. (2007). Cross-cultural translation of the Activity Card Sort (ACS) for the Puerto Rican older adults: Occupational Therapy Program, Medical Sciences Campus, University of Puerto Rico.

Pascual, A., García, J., Lou, S., & Ibañez, J. A. (2004). Evaluación psicométrica en Fibromialgia [Versión electróni-

ca]. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 71/72, 1-9.

McHugh Pendleton, H., & Schultz-Krohn, W. (2006). *Pedretti's Occupational Therapy: Practice skills for physical dysfunction*. (6th ed.). St. Louis, Missouri: Elsevier Science/Mosby.

Traducción, Adaptación Cultural y Validación del “Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire”, FIQR-R (2012)

Susana Mendiola, Lynette Rivera, Gloribel Molina, Marjorie Centeno, Ayra Matías, María Rohena

Actualmente existe una gran necesidad de tener instrumentos culturalmente adaptados que midan el estado de salud para medir logros de intervención (Wild et al., 2005).

El Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR-R) es un cuestionario auto-administrado con la capacidad de medir el efecto de Fibromialgia (FM) en tres dominios: función física, impacto global y síntomas. Es uno de los instrumentos más usados mundialmente para la investigación y ha sido modificada por el autor (Bennett et al., 2009). El propósito de la primera fase de este estudio fue traducir y adaptar culturalmente el FIQR-R con la autorización del autor, mediante un panel de 20 expertos. Este panel estuvo compuesto por 10 profesionales (Reumatólogo, Fisiatra, Terapeutas Físicos, Terapeutas Ocupacionales, Psicóloga, Educador en Salud, Traductor, Lingüista) y 10 personas con FM para crear la versión

al Español de FIQR-R, versión de Puerto Rico (FIQR-PR). La versión traducida y adaptada retuvo su equivalencia semántica, idiomática, empírica y conceptual (Rohena & Mendiola, 2010).

El propósito de la segunda fase fue explorar la validez y confiabilidad de la versión final en español del FIQR-PR al ser administrado a 50 adultos con FM. Un diseño metodológico y la estadística descriptiva e inferencial guío el estudio para determinar las propiedades psicométricas. Se evaluó la consistencia interna, se obtuvo un alto coeficiente de Alfa de Cronbach de 0.95. Se evaluó la validez de criterio, específicamente la validez concurrente, el FIQR-PR fue comparado con el Cuestionario de Salud SF-36v2[®] en español de Puerto Rico (Quality Metric Incorporated, 2011). El SF-36v2[®] consta de 36 ítems que miden el estatus de salud física y salud emocional en ocho dimensiones de salud. Estas dimensiones son: funcionamiento físico, limitaciones en el rol por la salud física, dolor corporal, percepciones de la salud

general, vitalidad (energía y fatiga), funcionamiento social, limitaciones en el rol por la salud emocional y salud mental general. Se obtuvo una correlación significativa inversa entre la puntuación total del FIQR-PR y el Componente de Salud Física (SCF) ($r = -0.61, p < 0.01$) y el Componente de Salud Mental (SCM) ($r = -0.59, p < 0.01$) de la SF-36v2[®] en español. El FIQR - versión de PR demostró ser un instrumento con excelentes propiedades psicométricas comparable al FIQR.

María Rohena, Ed.D, MS.OTR/L; Susana Mendiola, MS, OTL; Lynette Rivera, MS, OTR/L; Gloribel Molina, OTL; Marjorie Centeno, MS, OTL & Ayra Matías, MS, OTL. 32do Foro Anual de Investigación y Educación del Recinto de Ciencias Médicas, UPR; Eight World Congress on Myofascial Pain Syndrome and Fibromyalgia Syndrome, Spain; 13th RCMI International Symposium on Health Disparities, San Juan, Puerto Rico

Referencias

Bennett, R., Friend, R., Jones, K., Ward, R., Han, B., & Ross, R. (2009). The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR): Validation and psychometric properties. *Arthritis Research & Therapy*, 11(4):120-133.

QualityMetric Incorporated. (2011). SF-36v2HealthSurvey. Recuperado de <http://www.qualitymetric.com/WhatWeDo/SFHealthSurveys/SF36v2HealthSurvey/tabid/185/Default.aspx>.

Rohena, M., & Mendiola, S. (2011). Traducción y adaptación cultural del Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR-R) (2011). Programa de Maestría de Terapia Ocupacional, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.

Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A. & Pennifer, E. (2005). Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: Report of the ISPOR taskforce for translation and cultural adaptation. *Value in Health*, 8 (2), 94-104.

The Impact of Fibromyalgia on the Quality of Life in a Sample of Puerto Rican Woman (2007)

Lournet Martínez, Ina Quintero, Migdalia Lebrón, Maria Rohena

There is no research concerning fibromyalgia (FM) and occupational therapy in Puerto Rico. Therefore, this study will establish initiatives to develop intervention programs based on the women's needs to improve their quality of life (QOL). The purpose of this study was to describe the impact of FM on the QOL and occupational participation in a sample of thirty Puerto Rican women with FM. The study design was a descriptive-quantitative and methodological (Portney & Watkins, 2000). The Spanish Fibromyalgia Impact Questionnaire (S-FIQ) (Monterde, Salvat, Montull, & Fernández-Ballart, 2004) was culturally adapted to create the Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia de Puerto Rico (CIF-PR). The CIF-PR and the

Checklist of Occupational Areas Impact by Fibromyalgia, developed by the authors, were administered to meet the study aims. Quantitative data analysis using descriptive and analytical statistic were used. The data analysis suggests the morning tiredness (80.0%), fatigue (66.7%), stiffness (63.4%) and pain (56.7 %) as the factors that affect the most the QOL. In addition, the participants indicated that the symptom of FM limits their participation in the basic daily activities, instrumental daily life activities, education, work, leisure and social participation. Additionally, it was found a significant correlation between CIF-PR and the activities of daily living ($r = .497 p \leq 0.01$), the instrumental activities of daily living ($r = .460 p \leq 0.05$) and CIF-PR and

work activities ($r = .380 p \leq 0.05$) of the Checklist of Occupational Areas Impact by Fibromyalgia. The study results show that FM impacts the functional capacity, women's occupations and consequently the QOL.

Lournet Martínez, MS, OTR/L, Ina Quintero, MS, OTR/L, Migdalia Lebrón, MS, OTL, & Maria Rohena, Ed.D, MS, OTR/L, 21st Annual Midwest Deans Occupational Therapy Research Conference, St. Ambrose University, Davenport, IOWA; XXIX Foro Anual de Investigación y Educación del Recinto de Ciencias Médicas, UPR; 15to Congreso Mundial de Terapia Ocupacional en Santiago de Chile; Eight World Congress on Myofascial Pain Syndrome and Fibromyalgia Syndrome, International Myopain Society, Spain

References

Monterde, S., Salvat, I., Montull, S., & Fernández-Ballart, J. (2004). Validación de la versión española del Fi-

bromyalgia Impact Questionnaire [Versión electrónica], *Revista Española de Reumatología*, 31, 507-13.
Portney, L. G., & Watkins, M. P. (2000).

Foundations of clinical research: applications to practice. (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ, EE.UU: Prentice-Hall, Inc.

María de los A. Rohena, EdD. OTR/L
Catedrática Asociada
Escuela de Profesionales de la Salud,
Recinto de Ciencias Médicas,
Universidad de Puerto Rico
maria.rohena@upr.edu

El uso terapéutico de la cromoterapia como método preparatorio en Terapia Ocupacional

Milagros Marrero Díaz

En la cromoterapia se utiliza el color como una modalidad para promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar y rehabilitar al individuo. La frecuencia del color o las vibraciones que generan los colores, conocidas como ondas cromáticas, tienen efectos curativos, antidepresivos, estimulantes, regenerativos y armónicos. La cromoterapia también se le conoce como fototerapia, terapia biofotónica, curación por luz o color terapia. Es una modalidad dentro de la medicina natural, no es invasiva y se puede aplicar en todo momento, no requiere de equipos sofisticados, es económica y amigable con el ambiente. La cromoterapia es una estrategia de la medicina complementaria y alternativa y se utiliza en conjunto con la intervención tradicional o convencional.

La integración de la medicina complementaria y alternativa en el proceso de la terapia ocupacional, facilita la eficiencia y la participación satisfactoria en las diversas ocupaciones del individuo.

En un estudio realizado, sobre el Uso de las Técnicas de la Medicina Alternativa y Complementaria en la intervención de Terapia Ocupacional, de 32 educadores clínicos encuestados del Programa de Terapia Ocupacional del Grado Asociado de la Universidad de Puerto Rico-Humacao, el 100% indicó el uso ocasional de varias técnicas (Rivera Rivera, 2008). Entre las técnicas de uso ocasional que se mencionan en el estudio, se encuentran la aromaterapia, grupos de desarrollo personal, musicoterapia y técnicas de relajación. En este estudio se destacó la necesidad y el interés de integrar el uso de las mismas para promover un mejor estado de salud física, emocional, social y espiritual. Esto demuestra la disposición para instruirse sobre el tema

y ampliar las estrategias de intervención en los diversos escenarios de servicios. A tono con el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional. Dominio y Proceso (2da edición), la cromoterapia se puede aplicar como un método preparatorio. Al seleccionar esta técnica se prepara al cliente para el desempeño ocupacional. Se puede utilizar previo o concurrentemente con otras actividades funcionales. Esta modalidad requiere de adiestramiento y práctica de parte del profesional. La misma se puede aplicar en todas las áreas de especialidad en Terapia Ocupacional y en todos los grupos de edades. La misma tiene efectos terapéuticos a corto y a largo plazo promoviendo un mejor estado de salud y bienestar. La finalidad de incorporar la cromoterapia en el proceso de Terapia Ocupacional es la de potenciar el proceso de la autocuración del individuo.

La cromoterapia no es una modalidad nueva ya que se conoce desde los tiempos antiguos. Fue practicada en las antiguas culturas de Egipto, China, la India y Grecia. Estas culturas utilizaron el color en diversas formas, tanto en la arquitectura, el agua, entre otros. Cada color posee una vibración que actúa en determinadas áreas del organismo armonizando diferentes anomalías físicas, psíquicas y emocionales. En la cromoterapia, algunas enfermedades pueden ser la "causa" por la falta de un determinado color en el cuerpo y en sus sistemas. Los colores corresponden a vibraciones, longitudes y ritmos de ondas que ejercen una influencia armonizadora permitiendo a nuestra energía vital el tener un estado que faculta la "auto sanación". Incontables investigadores han explorado y han ejercido el poder sanador de los colores. En estos tiempos actuales, la cromoterapia como ciencia utiliza los diferentes colores para cambiar o

mantener las vibraciones del cuerpo en frecuencias que significan salud, tranquilidad y armonía. La luz ayuda al cuerpo a eliminar el exceso de bilirrubina y es aceptada por la profesión médica. La luz azul se ha utilizado en los hospitales para tratar la ictericia del recién nacido. Se han diseñado luces fluorescentes con todo el espectro de luz y han sido colocadas en escuelas y lugares de trabajo ya que se reconoce el efecto del espectro de luz en la fisiología humana.

En un estudio realizado sobre el Efecto de la Terapia de Arte utilizando los colores y su impacto en el Propósito de Vida en pacientes con Accidentes Cerebrovasculares y sus cuidadores, se encontró una correlación positiva en mejorar la calidad de vida (Kim & Kang, 2013). Para llevar a cabo esta investigación se utilizó un grupo experimental y un grupo control de 28 sujetos, respectivamente. Al grupo experimental se le aplicó la terapia de color en dos ocasiones por semana para un total de 16 sesiones. Por otro lado, el grupo control fue expuesto a la terapia tradicional. Al concluir el periodo de estudio, se administró un cuestionario sobre Propósito de Vida y se encontró que el grupo experimental demostró una mejoría en las respuestas. El cambio fue positivo y significativo comparado con el grupo control. El estudio concluye que la terapia de color es una estrategia complementaria que ayuda a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores.

El color se define como la sensación producida por los rayos luminosos al impresionar los órganos visuales en función de la longitud de onda. Dentro del espectro electromagnético, los colores van del violeta (380 nm) hasta el rojo (770 nm). Véase la Figura 1.

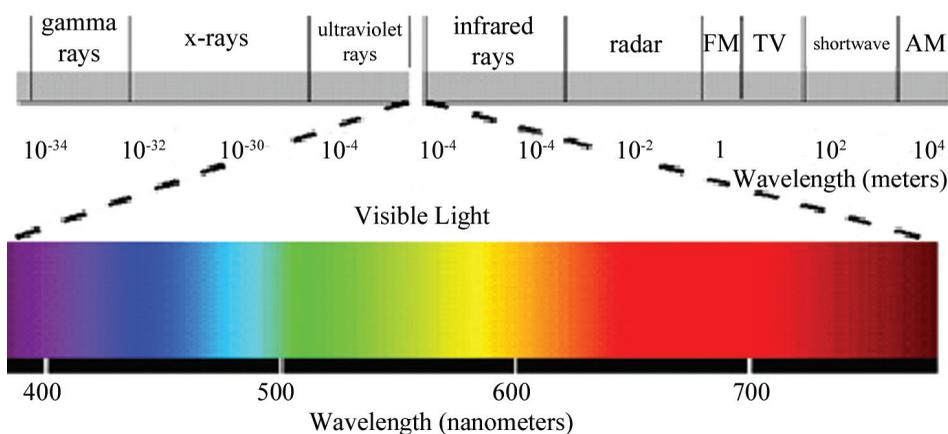


Figura 1. Distribución de colores dentro del espectro electromagnético.

El color proviene de la luz. El color es universal, cada color tiene un tipo de frecuencia y un tipo de energía. El color puede definirse en tres propiedades: tono, saturación y luminosidad. El tono se determina por la longitud de onda dominante. La saturación de un

color oscila de neutral a brillante. La luminosidad es la cantidad de luz que el color refleja o transmite. Se puede distinguir entre colores fríos y cálidos. Los colores fríos son los violetas, azules y verdes oscuros. Proyectan frescor, tristeza, recogimiento y reducción

Color/Símbolo	Efectos Curativos	Energía detectada
	Proporciona vigor y fuerza	Detecta frío
	Proporciona vitalidad, imaginación, sabiduría	Detecta calor
	Proporciona optimismo, luz interior, creatividad e ilusión	Detecta la energía bloqueada
	Proporciona equilibrio, paz, esperanza y reposo	Detecta humedad
	Proporciona paz y serenidad	Detecta sequedad
	Proporciona intuición y eleva la espiritualidad	Detecta viento

Figura 2. Efecto curativo y energía de los colores.

del espacio. Por otro lado, los cálidos como amarillo, naranjas, rojos y verdes claros producen sensaciones de alegría, proveen un ambiente estimulante, acogedores y amplitud de espacio. Los colores del espectro poseen su propia frecuencia de vibración y se le dan atributos positivos y negativos. El color es simple energía y los atributos interactúan con los individuos. Los efectos positivos o negativos dependerán si el color está en exceso o si hay una falta del mismo.

El color enriquece nuestra vida. El uso de los colores nos permite modificar nuestra energía emocional, estos están vinculados con la mente subconsciente. Se pueden utilizar los mismos para tratar problemas físicos, emocionales y síquicos. Los efectos curativos y la energía detectada de cada uno de los colores que se utilizan se presentan en la Figura 2.

El uso de la cromoterapia puede ser un vehículo para promover la salud y prevenir enfermedad. El profesional de la salud que utiliza esta técnica potencializa el proceso de auto sanación en el individuo. Esta modalidad no pretende competir con la medicina tradicional, por el contrario apoya y agiliza los procesos para restaurar y/o rehabilitar al individuo. Bajo la óptica de la medicina natural la enfermedad es un desequilibrio que se puede manifestar en unos o en varios niveles o dimensiones del ser humano. Un desequilibrio o alteración de la salud se puede manifestar como un bloqueo energético ya sea en el plano físico, emocional, espiritual y mental.

Radiestesia y la cromoterapia

En cromoterapia se utiliza la radiestesia para la exploración energética. La radiestesia terapéutica se utiliza para detectar la energía alterada del cuerpo. La radiestesia médica diagnostica el estado de salud y enfermedad de la persona. Es el estudio de los fenómenos de los campos de fuerza de origen eléctrico, magnético y gráfico de la naturaleza, que al influenciar el

organismo humano, provoca ciertos reflejos neuromusculares que pueden ser evaluados mediante instrumentos como el péndulo. De acuerdo con la dirección del péndulo está asociado a un tipo de energía y colores. Cuando se detecta la energía en el área explorada se determina cuáles colores se aplican para la intervención. Los códigos describen los colores a aplicar de acuerdo con la dirección del péndulo, esto provee una guía al momento de aplicar la cromoterapia. El uso de la radiestesia facilita la aplicación de los colores. Para ello es requisito que se estudien los códigos y el proceso a seguir según se expone en la literatura.

La cromoterapia se puede aplicar previa al tratamiento tradicional o durante el mismo. Este no tiene efectos secundarios y no es invasivo. Como profesional de la salud y con el debido adiestramiento sobre esta modalidad, se puede utilizar como método preparatorio en el proceso de intervención en la terapia ocupacional. La Figura 3 desglosa los efectos del color en diversas condiciones/problemas que presentan nuestros consumidores.

Esta lista no pretende ser exhaustiva, sólo menciona algunas de las condiciones o problemas que se pueden beneficiar del color en términos terapéuticos. En Puerto Rico se ofrecen adiestramientos formales sobre el tema, varios colegas hemos participado de estos talleres y podemos testificar su efecto y beneficios terapéuticos. Como antes se expuso, consiste de una modalidad complementaria la cual puede formar parte de nuestra maleta de herramientas para apoyar a nuestros consumidores en su proceso de rehabilitación. Debemos

-  Rojo: es un relajante muscular, excita el flujo cerebrovascular y activa al sistema nervioso simpático y aporta energía al hemisferio izquierdo del cerebro. Se aplica cuando hay parálisis contracturas y debilidad física.
-  Anaranjado: Se aplica en gota, reumatismo y artritis, enfermedades respiratorias y agotamiento mental.
-  Amarillo: Se aplica en hemiplejía, depresión mental, parálisis y paraplejía, artritis y reumatismo.
-  Verde: Se aplica en problemas de espalda, asma, trastornos nerviosos y neuralgia.
-  Azul: Se aplica en quemaduras, reumatismo agudo, enfermedades de la piel y poliomielititis.
-  Índigo: Se aplica en bronquitis, convulsiones, esquinces musculares, neuralgias, insomnio y alivia tensiones.
-  Violeta: Se aplica en meningitis cerebrovascular, enfermedades mentales, ciáticas, neuralgia, esclerosis múltiple y epilepsia.

Figura 3. Efectos del color en diversas condiciones.

instruirnos sobre el tema y luego de mucho practicarla puede ser incorporada como una estrategia complementaria en el proceso de intervención de terapia ocupacional. De esta forma podemos asegurarnos utilizar una estrategia con la certeza que nos da el conocimiento y las destrezas adquiridas.

Aplicaciones de la Cromoterapia

Salud Emocional- se recomienda el uso de libros de pintar con crayolas. A través del uso de los colores se restauran las emociones y provee un medio para canalizar constructivamente sentimientos o emociones.

Salud Física- en caso de una quemadura se utiliza el anaranjado como base al inicio del proceso terapéutico de restauración. Esto trabaja el equilibrio del calor ayudando a que se minimicen las vesículas o ampollas. Cuando se

coloca el color anaranjado en el proceso puede aumentar el dolor o ardor pero posteriormente comenzará a disminuir hasta desaparecer. Posteriormente se utiliza el color verde para trabajar la humedad y/o infección que se haya podido crear, pero entre los aspectos más importantes de su aplicación es el alivio del dolor.

Para mayor información y con la autorización de uno de los recursos sobre el tema que dicta la conferencia, se pueden comunicar al (787)734-1985 o por correo electrónico a cromoterapiapr@yahoo.com con la Sra. Mabel de Jesús Roldán. Al igual que acceder a cromoterapiaenpr.jimdo.com

Milagros Marrero Díaz, MPH, OTR/L
Catedrática, Departamento de Terapia Ocupacional, Universidad de Puerto Rico
Recinto de Humacao
milagros.marrero1@upr.edu

Referencias

Occupational Therapy practice framework: Domain and Process. (2nd ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 62, 625-683.

American Occupational Therapy Association. (2005). Complementary and Alternative Medicine: Position Paper. *American Journal of Occupational Therapy*, 59, 653-655.

American Occupational Therapy Association.

(2006). Using Complementary and Alternative Medicine in Occupational Therapy. Recuperado de <http://www.aota.org>.

Hecken, L. (2000). *El poder mágico del péndulo*. New York: Ediciones Rob-inbook.

Kim & Kang, SD. (2013). Effects of art therapy using color on purpose of life in patients with stroke and their caregivers. *Yonsie Medical Journal*, 54,(1),15-20.

Rivera Rivera, C. (2008). El uso de técnicas de la medicina alternativa y complementaria en la intervención en terapia ocupacional. (Documento no publicado). Universidad de Puerto Rico en Humacao.

Viñals Giralt, J. (2005). *Cromoterapia: La energía del color*. Recuperado de <http://www.energycrom.com>

Visita de Florida International University al Programa de Maestría de Terapia Ocupacional del Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.

Arnaldo Cruz, Margarita Gierbolini



El pasado jueves 14 de marzo de 2013 cuatro estudiantes del Programa de Maestría de Terapia Ocupacional de la Florida International University visitaron la Clase Graduanda de Terapia Ocupacional 2014 en las facilidades remodeladas de la Escuela de Profesiones de la Salud del Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico. El encuentro fue posible gracias a la coordinación entre las terapeutas ocupacionales Margarita Gierbolini y Gladys Rodríguez del Sistema Panamericano y este servidor. Nuestra intención fue proveer un espacio de intercambio de puntos de vista y opiniones entre los estudiantes de ambos programas, y evaluar la proyección de la práctica profesional de terapia ocupacional en el área de salud mental en Estados Unidos y Puerto Rico.

En un ambiente de camaradería placentero y enriquecedor los estudiantes participaron de un conversatorio donde los terapeutas expusieron sus conocimientos y experiencias sobre aspectos clínicos, como el rol de terapeuta ocupacional en el área de salud mental, el proceso de evaluación e intervención, el manejo del paciente/cliente con diversas condiciones de salud mental y su efecto en la ejecución ocupacional, entre otros temas. Los estudiantes compartieron sus vivencias académicas, momentos de reto, satisfacciones en su vida universitaria y sus planes futuros como profesionales de terapia ocupacional.

Esperamos propiciar en el futuro cercano oportunidades como ésta donde la clínica, la academia y el estudiantado

fomenten lazos colaborativos y puedan nutrirse intelectualmente del compartir de ideas, conocimientos y experiencias dentro del marco de un lenguaje muy especial y único entre colegas de nuestra profesión basada en la ciencia ocupacional.

Margarita Gierbolini, OTR/L
Sistema Integrado de Salud Mental
Hospital Panamericano
Instituto Panamericano de Hato Rey
margarita.gierbolini@absfirst.com

Arnaldo Cruz-Rivera, PhD, MS, MC,
OTR/L
Universidad de Puerto Rico
Recinto de Ciencias Médicas
Programa de Maestría en Terapia
Ocupacional
arnaldo.cruz3@upr.edu

CÓDIGO DE ÉTICA Y CONDUCTA PROFESIONAL DE TERAPIA OCUPACIONAL (2010)

El Código de Ética y Conducta Profesional de Terapia Ocupacional se crea para establecer las bases para la conducta profesional de los colegiados. Es un compromiso para beneficio de la clase profesional de Terapia Ocupacional y de otros, ejerciendo un comportamiento genuinamente bueno, fundamentado en la práctica basada en la evidencia y en la ocupación.

El propósito del Código es proveer los principios que aplican a todo profesional de Terapia Ocupacional que labora en una variedad de escenarios. Es una declaración pública de los valores y principios utilizados para promover y mantener los más altos estándares de la conducta profesional de Terapia Ocupacional. El Código define una serie de principios que aplican al profesional de Terapia Ocupacional en todos los niveles:

BENEFICENCIA

Principio 1. El profesional de Terapia Ocupacional debe demostrar interés por el bienestar y seguridad de los consumidores de sus servicios.

JUSTICIA SOCIAL

Principio 4. El personal de Terapia Ocupacional deberá proveer servicios de forma justa y equitativa.

NO MALEFICENCIA

Principio 2. El personal de Terapia Ocupacional se abstendrá intencionalmente de acciones que causen daño.

JUSTICIA DE PROCEDIMIENTO

Principio 5. El profesional de Terapia Ocupacional deberá cumplir con las normas institucionales, locales, estatales y federales que apliquen a la profesión de Terapia Ocupacional.

AUTONOMÍA Y CONFIDENCIALIDAD

Principio 3. El personal de Terapia Ocupacional respetará el derecho del individuo a la autodeterminación.

VERACIDAD

Principio 6. El profesional de Terapia Ocupacional deberá proveer información detallada, precisa y objetiva siempre que represente la profesión.

FIDELIDAD

Principio 7. El profesional de Terapia Ocupacional deberá tratar a los colegas y a otros profesionales con respeto, justicia, discreción e integridad.

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. 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).

Contacto: luz.muniz1@upr.edu / Tel: 787-282-6966