

conexio

Vol5 Núm2 Jun 2016



1 Mensaje de Presidenta y Editora

Norma I. Roig Alicea
Angélica Rivera Miranda

2 Conferencia y Asamblea Anual 2016

- Programa de Actividades
- Comité De Reconocimientos y Premiaciones
- Proclama de Terapia Ocupacional
- Beneficios de Miembros del Colegio

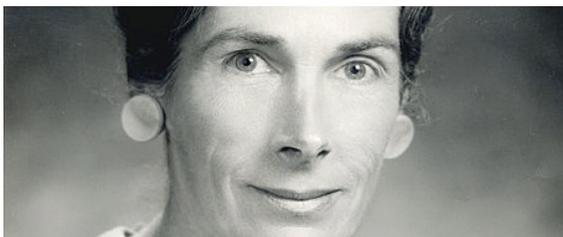
10



Desorden de Apuestas

Gabriela L. Quintana Pérez

14



Una Interpretación del Rol del Tronco Encefálico en la Integración Inter-sensorial

Jean Ayres
Traducción: Dr. Gustavo Reinoso

20 Experiencias durante mi primer año de trabajo

Jessica L. Vega



Mensaje Presidenta Electa

ESTIMADO COLEGIADO

¡Recibe un cordial saludo! Como Presidenta Electa del CPTOPR me dirijo a ustedes con el fin de presentarme y dejarles saber mi interés de luchar por nuestra profesión y por ustedes, compañeros colegiados. Deseo genuina y responsablemente continuar con los trabajos que el CPTOPR tiene en proceso y mantenerles informados. Es prioridad, sobre todo asunto en gestión, apoyar a cada Comité que está trabajando para que nuestra clase profesional sea valorada, respetada y reconocida en las diversas áreas clínicas. Por otro lado, me interesa enfatizar en que la comunidad sepa quiénes somos como profesionales y qué hacemos para el logro de la salud y bienestar de nuestros pacientes. Además, continuaremos sentando base para la adquisición de nuestra nueva sede como lo establece nuestro plan estratégico y como meta a largo plazo. Consciente de la situación actual de la isla y como prioridad, deseo tomar en cuenta los "issues" o situaciones que les aquejan, que están afectando sus ejecutorias de trabajo. Trabajaré diligentemente, como representante del CPTOPR, junto a mi equipo de trabajo, en proveerle a nuestros colegiados el apoyo y los recursos necesarios para facilitar los procesos, contando con todo el respaldo de la clase profesional.

Les exhorto a que se unan a nuestros trabajos formando parte de alguna Comisión o Comité. Tenemos camino por recorrer. Cuento con todos ustedes para luchar por lo que nos apasiona. Será un placer para mí trabajar con ustedes.

Cordialmente,

Ivonne Y Rodríguez Ramos

MBA, OT/L

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 = \$75.00

1/3 página = \$100.00

1/2 página = \$125.00

3/4 página = \$150.00

1 página = \$175.00

Contraportada (2) = \$200.00

(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.

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 (3ra 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).



Presidenta

Norma I. Roig Alicea BS, OT/L

*Centro de Rehabilitación Vocacional,
Centro Médico de Puerto Rico*

La proeza ha llegado a su fin... El trabajo fue arduo, emotivo y significativo. En estos dos años las experiencias y vivencias que enriquecieron mi vida fueron abarcadoras. Gracias a cada miembro de la Junta de Directores, que estuvieron conmigo mes a mes dando lo mejor de sí para ustedes, nuestros colegiados. Gracias a todos los miembros de los Comités, Comisiones y Comités Ad-Hoc por su extraordinaria labor y contribución a que todos los trabajos propuestos se encaminaran. Deseo reconocer la excelente labor de Itamar Méndez López, Tesorera de la Junta de Directores del CPTOPR; gracias por estar siempre cuando te necesitaba. Hay mucho que se debe continuar haciendo, y por tal razón le exhorto a cada uno de ustedes a que sean parte de la historia de nuestro colegio. No se queden detrás de las bambalinas y motívense a ser parte de todos los procesos que día a día se realizan. Sean participantes activos de nuestra Junta de Directores, Comités y Comisiones, y hagan

sentir su voz. Nuestra profesión es una que sale de nuestro corazón, de nuestra alma, de nuestros sentimientos. Somos valiosos y muy estimados, por lo que debemos continuar demostrando lo necesario que somos para el desarrollo y bienestar de nuestro Puerto Rico.

Te invito a que participe de nuestra 6ta Conferencia y Asamblea Anual en el Hotel Mayagüez Resort & Casino los días 24 y 25 de junio de 2016. Hemos preparado una excelente conferencia con magníficas educaciones continuas y diversas actividades que serán de su agrado. No dejes de llevar a tus hijos el viernes, 24 de junio de 2016, para que puedan participar del día de actividades que los estudiantes del Colegio Universitario de Humacao han planificado para ellos. Gracias por la confianza brindada en este periodo de mi presidencia en el Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico. Seguiremos aportando y ayudando por el porvenir de nuestro colegio. ¡Bendiciones!



Editora

Angélica Rivera Miranda MS, OTL

Hospital de Psiquiatría, SER de Puerto Rico

Esta edición de la revista CONEXIO te presenta toda la información relacionada a la 6ta Conferencia y Asamblea Anual del CPTOPR, la que se celebrará del 24 al 25 de junio de 2016 en el Hotel Mayagüez Resort & Casino en Mayagüez, Puerto Rico. Aquí podrás encontrar la dedicatoria, información sobre premios otorgados y el programa de actividades que se llevará a cabo durante la misma. Espero que disfrutes con tus colegas un evento lleno de aprendizaje, logros y diversión.

Por otra parte, CONEXIO te ofrece en esta ocasión artículos en variedad de temas, tanto para colegas con vasta experiencia como para los colegas que recién se inician en el campo laboral. Uno de los artículos nos discute el diagnóstico Desorden de apuestas, recién incluido en la quinta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V por sus siglas en inglés), cuáles son sus características y

cuál es el rol de terapia ocupacional con la población diagnosticada. Otro escrito que captará tu interés tiene como título, Una Interpretación del Rol del Tronco Encefálico en la Integración Inter-sensorial; una traducción de un escrito original de la Dra. Jean Ayres, terapeuta ocupacional creadora de la teoría e intervención en integración sensorial. ¿Qué opinas hasta ahora? ¿Ya tienes motivación para leer la revista de una sola sentada?

Una vez más te recuerdo que CONEXIO es el espacio profesional para compartir experiencias, ideas, proyectos educativos y de servicios que promuevan el crecimiento de nuestra profesión. ¿Alguna vez, has pensado sobre temas que te gustaría leer? Este es el momento para imaginarlos en la revista y acto seguido lanzarte a la tarea de escribir, documentar y compartir tus pensamientos e ideas, para que otros colegiados disfruten de ellas en una futura edición de esta tu revista CONEXIO.



Conferencia
y Asamblea Anual
2016

IMPULSANDO LA PROFESIÓN
ANTE LOS RETOS DE HOY

24 y 25 de Junio
Mayagüez Resort & Casino

Mensaje del Comité de Programa



Sexta Conferencia y Asamblea Anual
"Impulsando la profesión ante los retos de hoy"

SALUDOS ESTIMADOS COLEGAS

La Junta de Gobierno y los miembros del Comité de Programa del CPTOPR les damos una cordial bienvenida a todos los Colegiados que participan de nuestra 6ta Conferencia y Asamblea Anual 2016. Gracias por considerar este tiempo y hacerlo parte de su trayectoria profesional. Tendremos la oportunidad de crecimiento por medio de actividades educativas con temas de actualidad. Compartiremos, en nuestra importante Asamblea, los trabajos realizados, las metas alcanzadas y las proyecciones para los años por venir. Sus hijos formarán parte de nuestra agenda del viernes, con actividades recreativas, mientras disfrutas de tu programación. Disfrutaremos de un desfile de personas que resaltan por unas cualidades que merecen reconocimiento. En el coctel y la fiesta de cierre tendremos tiempo para un reencuentro con viejos compañeros y amistades, para compartir y disfrutar en un ambiente familiar. Nos acompañarán, como cada año, una diversidad de recursos exponiendo sus productos y servicios, para tu beneficio. En fin, hemos unido esfuerzos para que cada actividad en la agenda sea una de entera satisfacción. Esperamos que tengas una gran experiencia y brindes tus ideas, por medio de los ejercicios evaluativos, para considerar el próximo año.

Agradecida de Dios por la oportunidad de servirles voluntariamente estos seis años. El crecimiento personal y profesional como líder del Comité de Programa y Vocal de la Región Oeste es incontable. El aprendizaje de cada año, con cada experiencia, y cada reto, ha llegado a tener un valor incalculable

para mí. Le exhorto a cada uno de ustedes a darse la oportunidad de laborar voluntariamente para nuestro Colegio. No que sea fácil, pero se obtiene un crecimiento personal y, cuando se trabaja en equipo, se logra un bien para toda la clase profesional, para el crecimiento de nuestra profesión e incluso, un bien que puede llegar a impactar a la población que servimos.

Gracias a cada uno de los miembros de la Junta Directiva, miembros de Comisiones y Comités por su valiosa aportación; a Itamar Méndez por su compromiso continuo y desmedido; a Angélica Rivera, por su esfuerzo en el desarrollo de la Revista CONEXIO, Edición Conferencia; y, a mis queridas integrantes del Comité de Programa, por su esfuerzo y colaboración: Rosa Nieves, Ivón Rodríguez, Yeliza Quintana, Josephine Vázquez, Legna Acosta, Maritza Mercado, Paula Rodríguez y Dinaris Rivera. Fue un gusto trabajar con todas ustedes.

¡Adelante con esmero y entusiasmo! Nuestra profesión es una de las más bellas y debemos trabajar unidos para sacarla adelante, por encima de todos los retos que se nos presentan.

Fue un placer servirles. ¡Éxito y muchas bendiciones!



Carmen Reyes Ramos
Terapeuta Ocupacional
Presidenta Comité de Programa
2010 - 2016

Programa de Actividades

VIERNES, 24 DE JUNIO

7:30 AM
8:45 AM

REGISTRO Y DESAYUNO CONTINENTAL
VISITA A EXHIBIDORES

8:45 AM
9:00 AM

ACTOS DE APERTURA

EDUCACIONES CONCURRENTES

Opción 1: Documentación Efectiva: La Clave del Reembolso
(3 créditos)

Recurso: Dra. Marizabel La Puerta-Resto, PT, DPT, MS, MPH

Descripción del Curso:

La documentación clínica es importante para obtener reembolso por los servicios clínicos provistos. Este curso le proveerá información al Profesional de TO para documentar de forma efectiva y le capacitará para identificar los errores más comunes al documentar. Podrá describir los elementos básicos de la documentación, enumerar estrategias para prevenir auditorías y reconocer la importancia del Número de Identificación Nacional (NPI).

9:00 AM
12:30 PM

Opción 2: *Implicaciones de las Condiciones Neurológicas en el Posicionamiento y Movilidad de Pacientes Pediátricos: Enfoque en Soluciones a través de la Movilidad Funcional Motorizada
(3 créditos)

Recurso: Lcda. Katherine E. Petrocci, PT, ATP

Descripción del Curso:

Este curso repasará algunos trastornos neurológicos pediátricos comunes y cómo abordar los diversos trastornos relacionados con las necesidades de posicionamiento y movilidad. Se discutirá la importancia de la movilidad funcional en etapas tempranas, cómo entender e identificar las capacidades y habilidades de un niño al prescribir una silla de ruedas motorizada y los diversos tipos de equipos de AT de movilidad que se aplican al área de pediatría.

12:30 PM
2:00 PM

ALMUERZO Y ACTIVIDAD DE RECONOCIMIENTOS

2:00 PM
2:30 PM

VISITA A EXHIBIDORES

2:30 PM
5:30 PM

ASAMBLEA ANUAL

¡Tu presencia es importante para el futuro de nuestro Colegio!

5:30 PM
6:00 PM

COCTEL

*Auspiciado por Permobil

SÁBADO, 25 DE JUNIO

7:00 AM **REGISTRO Y DESAYUNO CONTINENTAL**
8:00 AM **VISITA A EXHIBIDORES**

EDUCACIONES CONCURRENTES

Opción 1: Entrevista Motivacional (3 créditos)

Recurso: Dra. Cristina González-Quintero, Psicóloga Clínica

Descripción del Curso:

La entrevista motivacional es un estilo de intervención directa centrada en el cliente y en su búsqueda de la motivación intrínseca para lograr cambios en el comportamiento. Este método de entrevista ayuda a los clientes a explorar y resolver ambivalencias. En comparación con la asistencia indirecta, la entrevista motivacional es estructurada y enfocada en metas claras. Su propósito esencial es examinar y resolver la ambivalencia del cliente y ayudarlo a alcanzar metas específicas. El taller de capacitación estaría enfocado en proveer las herramientas necesarias a los participantes para aprender los conceptos principales de la entrevista motivacional y poderlos aplicar a sus prácticas clínicas.

8:00 AM
11:30 PM

Opción 2: Intervención del Profesional de Terapia Ocupacional Ante los Procesos de Pérdida (3 créditos)

Recursos: Lcda. Anabel Nieves Hernández OT/L, Lcda. Mariangie Garay Tricoche Med. OTR/L

Descripción del Curso:

El curso le ofrece al participante la oportunidad de definir los conceptos de pérdida y duelo. Le llevará a entender las etapas del luto y las pérdidas. Se enfocará la discusión en la intervención en Terapia Ocupacional según la etapa de desarrollo en la cual se encuentre el paciente y utilizando el marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional. Además, podrá evaluar las distintas reacciones ante la pérdida según las etapas del desarrollo, considerar alternativas correctas para manejar la crisis y elegir medios de intervención eficaces en Terapia Ocupacional.

11:30 PM
12:30 PM

ALMUERZO

12:30 PM
1:00 PM

VISITA A EXHIBIDORES

EDUCACIONES CONCURRENTES

Opción 1: Conciencia Plena y sus Aplicaciones Clínicas (3 créditos)

Recurso: Dra. Cristina González-Quintero, Psicóloga Clínica

Descripción del Curso:

Mindfulness o la conciencia plena es el enfoque de la atención plena y sin juicio en las emociones, pensamientos y sensaciones ocurriendo en el momento presente. Es un tipo de meditación cuyo propósito esencial es conectar con el momento presente. El taller de capacitación estaría enfocado en enseñar las destrezas principales de mindfulness mediante ejercicios experienciales y explorar sus aplicaciones clínicas.

1:00 PM
4:30 PM

Opción 2: Accidente Cerebrovascular: El Manejo Interdisciplinario (4 créditos)

Recurso: Dra. Marizabel La Puerta-Resto, PT, DPT, MS, MPH

Descripción del Curso:

Los accidentes cerebrovasculares son la primera causa de discapacidad neurológica en Puerto Rico. El presente curso pretende discutir la patofisiología del evento vascular y sus secuelas. El manejo de emergencia y las pruebas diagnósticas requeridas para hacer el diagnóstico diferencial serán discutidos. Describiremos la secuela de eventos patológicos de cada lesión de acuerdo al vaso lesionado, así como los instrumentos validados para su evaluación. Analizaremos el déficit residual correspondiente al tipo de lesión lo cual es determinante para establecer el plan de cuidado del paciente. Finalmente describiremos los enfoques terapéuticos tradicionales y aquellos noveles que se están utilizando en el manejo del paciente sobreviviente

1:30 PM
5:30 PM

7:30 PM **CENA / BAILE AL ESTILO NÁUTICO**
12:30 AM Vestimenta Sugerida: Casual Elegante



Comité de Reconocimientos y Premiaciones

El Comité de Reconocimientos y Premiaciones es el instrumento que viabiliza el desarrollo, selección y otorgación de premios y reconocimientos que abonan a la Misión y Visión del Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico. En cada uno de éstos, se consideran los valores en los que se fundamenta el CPTOPR: Altruismo, Igualdad, Libertad, Justicia, Dignidad, Veracidad y Prudencia. Estos valores marcan el comienzo de nuestro devenir en el mundo profesional y son sin dudarlos una de nuestras cargas profesionales más importantes.

Los objetivos de este comité incluyen pero no se limitan a reconocer y premiar a los profesionales de Terapia Ocupacional que se hayan destacado por su excelencia en el trabajo y conducta ética, a los consumidores que a pesar de sus dificultades se superan y persisten hasta alcanzar sus metas y a los estudiantes que sobresalen en su desempeño académico, clínico y comunitario. Además, el poder estimular el reconocimiento de líderes en y fuera de Puerto Rico, que hacen obras excepcionales para el mejoramiento de la profesión, y a personas o entidades que laboran y luchan por las minorías en desventaja o marginadas en la sociedad.

DEDICATORIA

La Junta Directiva del Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico, se honra en dedicar los actos de nuestra Sexta Conferencia y Asamblea Anual a las tres universidades con los Programas Académicos de Terapia Ocupacional en Puerto Rico. La Universidad Interamericana de Puerto Rico Recinto de Ponce y la Universidad de Puerto Rico Recinto de Humacao, cuales ofrecen el Programa de Grado Asociado en Terapia Ocupacional y la Universidad de Puerto Rico Recinto de Ciencias Médicas, cual ofrece el Programa de Maestría en Ciencias de Terapia Ocupacional. Nuestro Colegio premia esta noche los esfuerzos de Directores de Programas, Coordinadores Académicos y Facultad cuyo propósito es brindar el conocimiento y ejemplo de lo que compete ser un practicante en Terapia Ocupacional a estudiantes cuya meta es lograr realizarse como profesional de la salud de excelencia.





PREMIO RECUPERACIÓN

Carlos Manuel Montalvo Rivera

Consumidor que se le otorga este reconocimiento, evidenciando significativamente el beneficio de Terapia Ocupacional a lo largo de 12 años de servicio directo. Logrando mayor control de su vida y desarrollando un nuevo sentido y propósito de acuerdo a sus metas y necesidades particulares. Este premio afirma los postulados del Modelo de Recuperación, sin excluir otros modelos o enfoques de tratamiento.

PREMIO "ILUMINANDO VIDAS"

Carlos M. Martínez Torres

Merecedor del Premio Comunitario que rinde honor a su ejecutoria y desempeño, promoviendo la esperanza y afirmando los valores y postulados de nuestra profesión. Destacándose una labor sobresaliente en defender y promover la prestación de servicios de salud en diferentes poblaciones desde infantes hasta personas de edad avanzada. Al igual que contribuir de forma valiosa al desarrollo de servicios para personas o grupos con impedimentos o personas o grupos en desventaja social.

RECONOCIMIENTO A ESTUDIANTES DESTACADOS

Michelle L. Colón Ramírez

Programa de Grado Asociado en Terapia Ocupacional Interamericana Recinto de Ponce

Dagmar Rodríguez Sánchez
Programa de Grado Asociado en Terapia Ocupacional UPR Humacao

Frances M. Morales Maldonado
Programa de Maestría en Ciencias de Terapia Ocupacional UPR RCM Río Piedras

Se reconoce a estas estudiantes al destacarse de los programas reconocidos y acreditados en Terapia Ocupacional en Puerto Rico, demostrando una ejecución sobresaliente en el contexto académico, clínico, social y comunitario, evidenciado por sus profesores, educadores clínicos y líderes de la comunidad.

PREMIO A PROFESIONAL DESTACADO

Anabelle Nieves Hernández

Se le rinde honor como Terapeuta Ocupacional dado a su ejecución impecable y sobresaliente de sus funciones como proveedor de servicios de salud, reafirmando los postulados y valores de nuestra profesión. Promoviendo el bienestar, satisfacción e independencia de aquellos a los que le sirve a lo largo de su experiencia mayormente en el área Psicosocial. El CPTOPR le otorga este premio anual a aquellos que han ofrecido sus aptitudes y destrezas al servicio de iniciativas fuera del campo laboral, por ejemplo: voluntariado, centros de recuperación y grupos en desventaja social. Logrando crear iniciativas que aporten a la comunidad en forma genuina, con un sentido de apoderamiento en la defensa y promoción de los servicios de Terapia Ocupacional siendo reconocida entre los colegas por su valiosa contribución a nuestra profesión.

PREMIO A LA EXCELENCIA MARÍA DEL PILAR CHRISTIAN MARIANI

Carmen Colón Roure

Terapeuta Ocupacional jubilada, merecedora del premio otorgado por el Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico destacándose por los años de ejecución impecable y de excelencia. Desempeñándose en la mayoría de los roles establecidos en el Marco de Trabajo de Terapia Ocupacional. Se le rinde homenaje por ser ejemplo de profesional íntegro, recordada por los colegas por su labor acorde con los postulados y valores de nuestra profesión. Logrando todo lo propuesto al igual que nuestra querida María Del Pilar Christian Mariani, fiel creyente de la superación personal.

Mes de Terapia Ocupacional

- Por Cuanto:** La Terapia Ocupacional es una profesión de la salud y rehabilitación cuyo fin es capacitar a las personas para que participen en actividades (ocupaciones) que son significativas, tienen propósito y son relevantes en su vida, de forma que éstas alcancen el más alto grado de salud y bienestar.
- Por Cuanto:** Los profesionales de Terapia Ocupacional mediante el proceso de evaluación y tratamiento fomentan el mejoramiento de la función, la prevención de enfermedades, lesiones e incapacidad, ayudan a evitar deterioro de la función, promueven la adaptación de la persona a los cambios que ocurren en su vida y ayuda a mejorar su independencia y participación en la sociedad.
- Por Cuanto:** Estos servicios esenciales se rinden en variados escenarios, tales como: hospitales generales, pediátricos, psiquiátricos; escuelas, centros de rehabilitación, centros de salud mental, en el hogar, centros de cuidado prolongado, centros de cuidado de ancianos, hospicios, en industrias y a nivel privado, entre otros.
- Por Cuanto:** Los Terapeutas Ocupacionales y Asistentes de Terapia Ocupacional se agrupan como clase profesional en el Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico, entidad que fomenta el desarrollo de una práctica profesional ética y de excelencia mediante la capacitación de estos profesionales.
- Por Cuanto:** Como parte de su misión, el Colegio mantiene una presencia activa en la comunidad para interceder y promover el acceso a los servicios de terapia ocupacional en Puerto Rico.
- Por Tanto:** Yo, Ana C. Ríos Armendáriz, Secretaria de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, proclamo el mes de abril como **Mes de Terapia Ocupacional**. Exhortamos al Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional a divulgar a la comunidad la valiosa labor y aportación de estos profesionales y a la comunidad en general a rendirles un merecido reconocimiento.

En testimonio de lo cual, firmo la presente y hago estampar el sello del Departamento de Salud en San Juan, Puerto Rico, hoy 1 de abril de 2016.

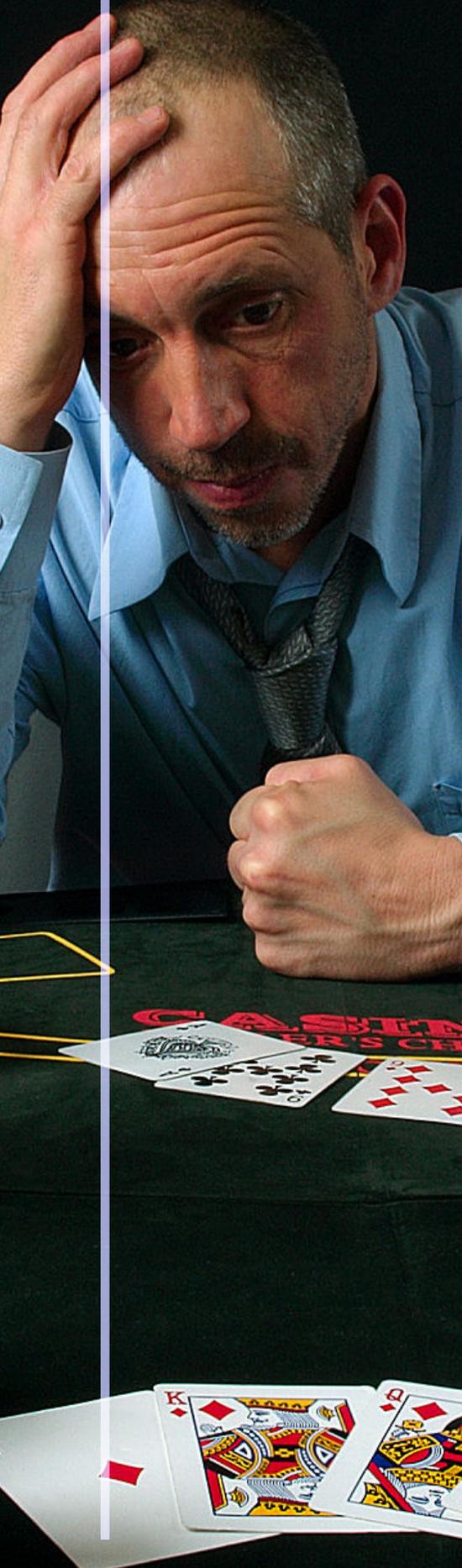


Al Ríos

Ana C. Ríos Armendáriz, MD
Secretaria
Departamento de Salud

BENEFICIOS DE MIEMBROS DEL COLEGIO

BENEFICIO	COLEGIADO	ESTUDIANTE
Cursos de educación continuada mandatorios para recertificación TO gratuitos	X	
Cursos de educación continuada en temas pertinentes al campo de TO	X	X
Acceso a página cibernética	X	X
Publicaciones oficiales revista CONEXIO	X	X
10% Descuento en cursos de educación continuada a colegiados que trabajan para el CPTOPR (No incluye la Asamblea Anual)	X	
Préstamos para pagar costos de Asamblea Anual con actividades educativas y Préstamos para pagar Colegiación	X	X
Accesibilidad y descuento en Seguros Médicos mediante el representante Miguel A. Ramírez Torres. Para información comunicarse al (787)397-2333 insuranceramirez@hotmail.com	X	
Accesibilidad y descuentos de 15% a 30% en Seguros de Vida con la compañía Mutual Of Omaha. Para información comunicarse con la representante asignada Karina Harrison Espada (787)782-5252, celular (787)485-4589 Karina.harrionespada@mutualofomaha.com	X	
Oportunidad de solicitar fondos del Fondo de ayuda para Colegiado y familiares	X	
Programa de mentoría	X	X
Uso de la Biblioteca del Colegio	X	X
Uso de las instalaciones físicas del CPTOPR para reuniones y actividades oficiales	X	X
Asesoría sobre asuntos y procedimientos para cumplir con disposiciones del Código de Ética y Conducta Profesional	X	X
Representación en acciones colectivas ante organismos públicos y privados	X	X
Recibir información sobre actividades del Colegio y estudios pertinentes a TO	X	X
Representación al momento de diseñar, redactar y defender las leyes que afecten al profesional o a los consumidores	X	X
Representación ante grupos profesionales	X	X
Derecho a recibir premios y distinciones	X	X
Derecho de asistir a reuniones de la Junta Directiva del CPTOPR	X	X
Participación en las asambleas	X	X
Participación voluntaria en Comités y/o Comisiones	X	X



Desorden de Apuestas

Un nuevo diagnóstico de adicción en Salud Mental

Gabriela L. Quintana Pérez

El interés de recopilar información sobre el desorden de apuestas surge de una semilla que plantó la terapeuta ocupacional y educadora clínica, la Sra. Norma Rivera, durante mi práctica clínica de Nivel II en el área de salud mental. En los últimos años, ella, observó que gran parte de la población con la cual trabaja, veteranos que tienen o han tenido problemas de adicción, tienen el diagnóstico de desorden de apuestas o han tenido problemas con las apuestas sin haber sido diagnosticados (as). Cabe recalcar que en la quinta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales (DSM-V por sus siglas en inglés) el desorden de apuestas fue incluido en la sección de Desorden de Uso de Sustancias, siendo este el único diagnóstico de adicción que no implica utilización de sustancias. Es por esta razón que en los últimos meses se han referido a pacientes con el desorden de apuestas a las clínicas de adicción en el Hospital de Veteranos y a su vez surge la necesidad de conocer más sobre el tema e investigar sobre el rol de terapia ocupacional con esta población.

El desorden de apuestas es una conducta problemática persistente y recurrente que resulta en impedimento significativo o estrés. Un individuo que presente cuatro o más de los siguientes durante un periodo de doce meses puede ser diagnosticado con el desorden de apuestas:

1. Necesita apostar grandes cantidades de dinero con tal de lograr la excitación deseada
2. Se preocupa o irrita cuando deja de apostar
3. Ha intentado controlar o dejar de apostar, sin éxito
4. Está constantemente preocupado por apostar
5. Suele apostar cuando se siente culpable, deprimido y/o ansioso
6. Luego de perder dinero apostando, regresa otro día para "vengarse"
7. Miente acerca de cuán envuelto está en las apuestas
8. Pone en peligro o ha perdido relaciones significativas, trabajo, estudios y oportunidades laborales por las apuestas
9. Depende de otros para que le provean dinero para cumplir con sus gastos financieros causados por las apuestas (American Psychiatric Association, 2013)



El desorden de apuestas no discrimina por edad, sexo, religión y/o clase social. Puede comenzar en la adolescencia, así como en la adultez. Según la American Psychiatric Association, (2013) las personas que padecen de este desorden poseen distorsión en el pensamiento (negación, supersticiones, sentido de poder, control sobre los eventos), muestran rasgos de impulsividad, son competitivos, energéticos y se aburren fácilmente, y en su mayoría están deprimidos. Además, más de la mitad de las personas que reciben tratamiento para el desorden de apuestas han tenido ideación suicida y el 17% ha intentado suicidarse. Los tipos de apuesta incluyen, pero no se limitan a jugar la lotería, casinos, máquinas tragamonedas y apuestas en deportes. Existen algunas diferencias entre el desorden de apuestas entre hombres y mujeres. Los hombres típicamente comienzan a apostar a temprana edad, mientras que las mujeres lo suelen hacer a una edad más adulta. La progresión del desorden de apuestas es más rápido en mujeres que en hombres. Es importante señalar que no todas las personas con desorden de apuestas utilizan alcohol y/o drogas. Algunos de estos han experimentado primero con las sustancias y luego con las apuestas, mientras que otros comenzaron apostando y después recurrieron al uso de alcohol y/o drogas. Por otra parte, los individuos que buscan tratamiento para el desorden de apuestas son pocos en todos los grupos de edades.

En el perfil realizado a la población con problemas de adicción en el Hospital de Veteranos de San Juan, en pacientes que

recibieron servicios de Terapia Ocupacional durante las primeras dos semanas de enero del 2016, se encontró que de 5 participantes de la clínica de “Intensive Outpatient Program” el promedio de edad es de 49 años, el 100% (n=5) eran hombres y un 20% (n=1) tenía desorden y/o problemas de apuestas. Mientras que en la clínica de “New Beginning” de 56 participantes, el promedio de edad fue de 60 años, el 92.86% (n=52) eran hombres y un 33.93% (n=19) tenía desorden y/o problemas de apuestas.

Es un problema de salud pública del cual se habla muy poco

Estos hallazgos reflejan la cantidad de pacientes que tienen el diagnóstico de apuestas establecido por un psiquiatra y otros de los pacientes que aunque tienen el desorden, no han sido diagnosticados. Estos últimos han mencionado que tienen problemas y pérdida de control ante las oportunidades que se les presentan de hacer apuestas. Además de que ellos han identificado esto como un problema los(as) terapeutas que les ofrecen servicios también han detectado este problema en ellos.

Al analizar la actividad de apostar según la 3ra edición del Marco Teórico

de Terapia Ocupacional, (AOTA 2014) se desprende que ésta se ubica dentro del dominio de factores del cliente y requiere funciones mentales globales y específicas, como el juicio para la toma de decisiones, temperamento y personalidad, energía y sueño, así como atención, memoria, percepción, pensamiento y emoción. También mientras se realiza la actividad de apostar se desarrollan destrezas motoras, destrezas de proceso y destrezas de interacción social. Si analizamos la actividad desde el punto de vista positivo, la actividad de apostar puede ayudarnos a desarrollar destrezas al igual que otros juegos de mesa. No obstante, afecta al individuo y a su familia cuando se convierte en una adicción.

En Puerto Rico, muchos de los programas de rehabilitación se basan en el Modelo Transteórico para explicar el proceso de adicción. Este modelo explica las etapas de cambio en el individuo adicto, estas etapas son: pre-contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento (Cara & MacRae, 2005). El Gambling Impact Society (GIS) es una organización sin fines de lucro compuesta por un comité de profesionales de la salud, trabajadores sociales y miembros de la comunidad que ofrecen información, educación, defensa y apoyo a personas con desorden de apuestas, sus familiares y a la comunidad. El GIS explica cómo se puede afectar la relación de pareja y familia en un individuo que tiene el desorden de apuestas. Entre los efectos de esta condición en la pareja y en la familia pueden presentarse situaciones

de desesperanza, crisis financieras, ideas irracionales, uso de sustancias, intentos suicidas, divorcio, aislamiento, confusión, desconfianza y problemas de salud mental Gambling Impact Society (GIS), (n.d.).

En relación a la búsqueda de ayuda en la población de apostadores, Gainsbury, Hing, & Suhonen, (2014) en un estudio realizado establecen que éstos poseen poco conocimiento sobre la ayuda profesional que existe para trabajar con su adicción. A su vez establecen, que las personas con el desorden de apuestas se resisten a buscar ayuda, ya que desean resolver el problema por su cuenta y/o se sienten avergonzados. Entre las barreras para buscar ayuda profesional se encuentran la negación y la sensación que el problema de apostar no es tan severo. Estos autores recalcan que se debe brindar educación a la población en general tanto como a los profesionales sobre los síntomas del desorden de apuestas, así como de los tratamientos y ayudas que existen para reducir el estigma, la negación y promover la búsqueda de ayuda.

El desorden de apuestas es un problema de salud pública del cual se habla muy poco. Ya sea por desconocimiento, porque es una actividad aceptada socialmente o por el estereotipo que se tiene de las personas que sufren algún tipo de adicción. Al igual que otras adicciones, en el individuo que sufre del desorden de apuestas, se le trastocan todas las áreas de ocupación: las actividades de la vida diaria, las actividades instrumentales

de la vida diaria (en especial el cuidado de otros y el manejo financiero), el descanso y sueño, los estudios, el trabajo, el ocio y la participación social. El profesional en terapia ocupacional tiene la capacidad de obtener la visión holística de las personas con el desorden de apuestas para así programar un proceso de intervención efectivo para esta población. Algunas de las áreas en las cuales la Terapia Ocupacional puede ayudar a esta población son: el control de impulsos, toma de decisiones, manejo financiero, manejo de estrés y ansiedad, solución de problemas, manejo del tiempo, identificación de recursos en la comunidad y promover la participación social efectiva. Entre las estrategias de intervención que el terapeuta ocupacional puede utilizar con esta población se incluyen: grupos que trabajen el desarrollo de destrezas como técnicas de relajación, manejo del tiempo y manejo de finanzas, así como intervenciones basadas en educación a esta población, a sus familiares y a los profesionales de la salud, tareas preparatorias (por ejemplo técnicas de visualización, relajación y/o respiración), búsqueda de actividades y ocupaciones adaptativas y significativas que ocupen su tiempo de una manera productiva. Según la American Occupational Therapy Association (2014) los logros esperados en terapia ocupacional son ejecución ocupacional, prevención, salud y bienestar, calidad de vida, participación, competencia en sus roles y bienestar. Éstos son los logros

que se desean obtener luego de intervenir con las personas que tienen el desorden de apuestas.

Los Terapeutas Ocupacionales trabajamos con poblaciones en diversidad de escenarios, edades y diagnósticos, es por esto que somos responsables de identificar las nuevas necesidades que surgen a través del tiempo en la población a la que brindamos nuestros servicios. En este caso la necesidad identificada fue relacionada al cambio realizado en el DSM-V con el diagnóstico del Desorden de Apuestas y cómo esto trastoca la población y los servicios de Terapia Ocupacional que son referidos a la clínica de adicción del Hospital de Veteranos en San Juan. Al tener la capacidad de observar clínicamente los cambios en la población que recibe nuestros servicios somos capaces de educarnos acerca de los cambios, tendencias e intervenciones convenientes que impactan la necesidad identificada y nos ayuda a brindar un servicio de calidad. Además, el conocimiento de este tema puede ayudar a que los terapeutas ocupacionales que trabajan en otros escenarios de práctica puedan detectar este problema en algunos de los clientes que reciben los servicios y ofrecer la ayuda apropiada. Esto hace que la profesión de Terapia Ocupacional se mantenga a la vanguardia descubriendo nuevas áreas a trabajar con cada individuo y nos distingua de las demás profesiones de la salud.

Gabriela L. Quintana Pérez, OTS,
gabriela.quintana@upr.edu
Programa de Terapia Ocupacional,
Escuela de Profesiones de la Salud,
Recinto de Ciencias Médicas,
Universidad de Puerto Rico

REFERENCIAS:

- American Psychiatric Association, (APA). (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Occupational Therapy Association (2014). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and process (3rd ed.) American Journal of Occupational Therapy, 68(Suppl.1), S1-S48. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2014.602006>
- Cara, E., & MacRae, A. (2005). Psychosocial occupational therapy: A clinical practice. (2nd ed.). Clifton, NY: Thomson Delmar Learning Gambling Impact Society NSW (GIS) (n.d.). Problem gambling: A self help guide for families. Recuperado el 9 de diciembre de 2015, en <https://www.gamblinghelp.nsw.gov.au/wp-content/uploads/A-Self-Help-Guide-for-Families-Booklet.pdf>
- Gainsbury, S., Hing, N., & Suhonen, N. (2014). Professional help-seeking for gambling problems: Awareness, barriers and motivators for treatment. *J Gambl Stud*, 30, 503-519. DOI: 10.1007/s10899-013-9373-x

SmartDrive

Be free.



The NEW SmartDrive® MX2 is a revolutionary power assist device that gives greater freedom and power to chair users than ever before.



- **SIMPLE:** Convenient single-unit design with built-in rechargeable battery pack.



- **INTUITIVE:** Intelligent wrist control senses your movements and knows when you're ready to stop and when you're ready to get moving.



- **POWERFUL:** Dynamic drive system cruises up hills and over thick carpet.

- **FLEXIBLE:** Innovative design moves with you for wheelies and curbs, and optional mounting bar even makes it compatible with folding chairs.

- **LIGHTWEIGHT:** So light, you won't even know it's there.

Find a dealer near you and take a test drive today.



max mobility

www.max-mobility.com

Una Interpretación del Rol del Tronco Encefálico en la Integración Inter-sensorial

Jean Ayres, **TRADUCCIÓN:** Dr. Gustavo Reinoso

RESÚMEN

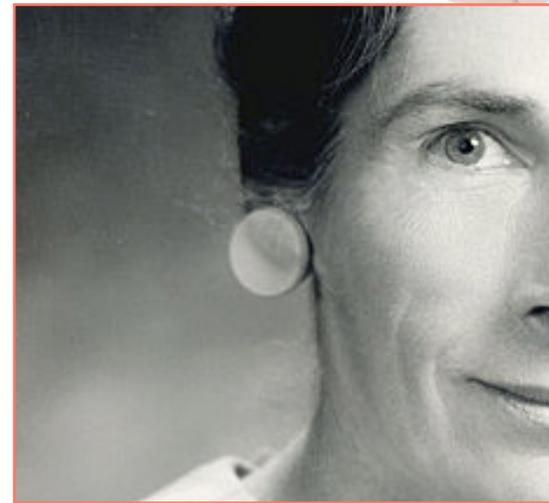
La Dra. Jean Ayres, la terapeuta ocupacional creadora de la teoría e intervención en integración sensorial (IS), tuvo una carrera clínica y académica prolífica. Un gran número de sus publicaciones son a menudo citadas en la literatura de habla hispana, principalmente en la disciplina de Terapia Ocupacional. Sin embargo, el acceso a su trabajo en países de habla hispana ha estado limitado significativamente por su publicación en el idioma Inglés. La producción académica y de investigación de la Dra. Ayres incluye publicaciones en revistas científicas, capítulos en libros de texto, libros para padres y profesionales, tests estandarizados y cintas de video. Algunas referencias relacionadas a su vida profesional señalan al siguiente trabajo como uno central en su esfuerzo al describir el proceso de integración sensorial. Originalmente publicada en el año 1973 (y en el dominio público) es considerada por este autor como central en la conceptualización de la teoría de integración sensorial y uno de los pilares para su desarrollo. Espero que su presentación a todos aquellos interesados en la teoría y aplicación de la integración sensorial estimule su motivación para la profundización en el conocimiento de su trabajo.

Un terapeuta que desea utilizar la investigación en neurobiología básica para intentar disminuir algunos de los síntomas que resultan de las disfunciones cerebrales se encuentra, frecuentemente, en una situación precaria al tratar de explicar la razón fundamental para la utilización de procedimientos terapéuticos específicos. No solo se trata de que este tipo de investigaciones se realizan en especies no humanas, lo que requiere una generalización que es frecuentemente

criticada, sino también que la correlación de los mecanismos cerebrales identificados por estas investigaciones con los comportamientos humanos observados requieren de un marco teórico que no está cimentado en datos sólidos. Este ejercicio, más allá de la evidencia específica, puede justificarse por el hecho de que podría resultar en terapéuticas efectivas que probablemente traigan aparejado un cambio en el funcionamiento neural deficitario que aquellos que no realizan ningún intento en

utilizar conceptos neurales.

Estas condiciones han llevado a la consideración de un número de hipótesis en relación a la función del tronco encefálico en el ser humano y como éstas pueden explicar que una terapia diseñada para activar y mejorar los mecanismos de éste han resultado efectivos en mejorar el desempeño académico en niños con discapacidades para el aprendizaje (Ayres, 1972). Los postulados representan una interpretación de la literatura y la respuesta



Jean Ayres, Ph.D., OTR. Wikipedia Commons. Copyright Sanitized

de niños a esta intervención terapéutica. Estos postulados no se presentan como hechos; se presentan como ideas que tienen especial significado en este momento en el desarrollo del conocimiento de la disfunción perceptual.

La hipótesis central sostiene que los procesos perceptuales básicos para el aprendizaje de material académico elemental dependen de la integración sensorial que ocurre en el tronco encefálico. De este modo, se atribuyen algunos aspectos de la disfunción cerebral en ciertos niños con discapacidades para el aprendizaje al tronco encefálico.

La inmadurez de las reacciones posturales y el control muscular extraocular, síntomas comúnmente encontrados en niños con déficits perceptuales específicos, implican al tronco encefálico. Cuando niños con estas características son intervenidos con la intención de optimizar esas reacciones se puede notar una mejoría generalizada en la

reciben información sensorial de cada modalidad sensorial. Este es el mismo sistema neural que proporciona algunas de las más importantes integraciones neurales del cerebro. De hecho, French (1960) se refiere a él como el mecanismo de control maestro en el sistema nervioso y Worden y Livingston (1961) lo han considerado un vínculo "transaccional" a todas las partes del cerebro.

Toda estructura neural principal que recibe información sensorial de una multitud de fuentes tiene una influencia amplia sobre el resto del cerebro. Multiplicidad de ingresos generalmente significa convergencia de información y donde existe convergencia de información existe integración de información. Integración implica colocar datos juntos, pero no invariablemente, en una clase de "flexibilidad dirigida". Esta capacidad para la integración intersensorial puede ser la fuente principal de la capacidad de adaptación del ser humano. Sherrington (1955) enfatizó la emergencia de los mecanismos que posibilitan la integración intersensorial como una tendencia filogenética.

Uno de los métodos principales por el cual el sistema nervioso central (CNS) integra la información multisensorial es dirigiéndola desde diferentes modalidades a una estructura integradora común como un núcleo o una neurona convergente o polisensorial. Las neuronas convergentes responden a estímulos de varias y diferentes fuentes aferentes. La sumación de los estímulos, todos relevantes a los mismos aspectos del ambiente, pueden producir una respuesta que no es provocada por una única fuente de estimulación; algunas neuronas requieren convergencia de varios impulsos para su descarga. Estas dos condiciones son de particular importancia en el proceso terapéutico. También es importante reconocer que la estimulación multisensorial puede producir oclusión así como también la facilitación de la respuesta neural. Fessard (1961) ha notado la prevalencia de la convergencia en los sistemas neurales, especialmente en la formación reticular mesencefálica.

Las modalidades más comúnmente reportadas y que muestran convergencia son la visual, auditiva, olfatoria, vestibular y

somestésica especialmente las conducidas en el tracto espinotalámico. Incluso cuando se encuentra convergencia de varias modalidades sensoriales en la misma neurona cortical es posible que dos fuentes sean pre-coordinadas en el tronco encefálico (cf. Jung, Kornhuber & DaFonseca, 1963).

La convergencia de sensaciones de diferentes modalidades en la misma estructura neural para su integración intersensorial ofrece un medio por el cual los terapeutas pueden influir la percepción auditiva y visual. Rutas efectivas incluyen a los estímulos vestibulares y somestésicos. La mejoría del procesamiento auditivo por medio de la estimulación de otros sentidos se apoya en la investigación en la cual niños con discapacidades para el aprendizaje cuyo único déficit se identifica en el área audición-lenguaje muestra mayor mejoría que un grupo de control participando en terapia ocupacional que enfatiza la información vestibular y no incluye intervención directa del habla y lenguaje.

Se propone que los sistemas sensoriales no se desarrollan independientemente. Se hipotetiza, además, que la percepción visual y el procesamiento auditivo dependen, en cierto grado, del procesamiento de los estímulos en los sistemas táctil y vestibular. Quizá estos últimos sistemas, siendo filogenéticamente más primitivos, proporcionen información temprana y crítica en la ontogenia de la percepción superior.

Ha sido de considerable interés que un gran número de niños con problemas para el aprendizaje muestran respuestas disminuidas de vértigo y nistagmus a la estimulación vestibular. Del mismo modo, que estos niños muestran mayor responsividad luego de un bombardeo cerebral masivo de información vestibular y que la impresión clínica sea que este bombardeo es más efectivo sugiere que los procedimientos terapéuticos podrían haber activado conexiones neurales o neuronas latentes. Si este fuera el caso, la estimulación vestibular podría apoyar el desarrollo de la percepción visual y auditiva no solo a través de la convergencia de la información sino también realizando conexiones neurales que previamente no se desempeñaban de manera óptima.



d, 2008

función cerebral. Más aún, la disminución de la asociación sensorial en diferentes modalidades ha sido reportada como una diferenciación en niños con y sin problemas de aprendizaje (Beery, 1967; Birch and Belmont, 1964a, 1964b; Belmont, Birch, and Karp, 1965).

El tronco encefálico, incluyendo su finalidad superior, el tálamo, es un locus para algunos de los mecanismos cerebrales más complejos y significativos de la integración sensorial. La formación reticular, en el tronco encefálico y el tálamo,



Clinica de Integración Sensorial. Wikipedia Commons. CopyrightReinoso, Ph.D, OTR/L & Decker, OTD, OTR/L

Las funciones visuales y auditivas del tronco encefálico en el ser humano generalmente han sido pensadas como restringidas a unos pocos reflejos.

Postular la contribución de la estimulación táctil al desarrollo de la percepción es más difícil y menos apoyado por investigación neurobiológica.

La estimulación táctil es fundamental y en ello radica su significancia. La herencia filogenética del ser humano incluye información táctil como una fuente primordial de información en relación a las condiciones del ambiente. Actualmente, su rol en el desarrollo psicosocial y mantención adecuada de esas funciones han sido demostradas por las investigaciones de Harlow en primates (Harlow, 1958). Deprivar al ser humano de información somatosensorial también resulta en disfunciones perceptuales.

El sistema táctil parece ser un índice muy sensible de integración neural. La percepción táctil entre los 4 y 8 años de edad ha sido más estrechamente relacionada a los cocientes en las Escalas del Desarrollo de Gesell, obtenidos a una edad temprana, que los puntajes en tests de percepción visual (Ayres, 1969). Casler también ha demostrado que los estímulos táctiles pueden incrementar el promedio de maduración general de los niños pequeños (Casler, 1965).

La potencial y profunda influencia de la información táctil en las estructuras neurales que sirven a otras sensaciones, incluyendo la visual y auditiva, ha sido demostrado por Melzack, Konrad and Dubrovsky (1969). Estos estudios concluyeron que este profundo efecto fue mediado parcialmente por la formación reticular y que podría

asumir un rol en el comportamiento integrador típico.

Quizá el argumento más sólido en apoyo de la influencia positiva y generalizada de la estimulación táctil proviene de las respuestas de niños con disfunción en integración sensorial. Un gran número de niños, luego de la introducción a la estimulación táctil la buscan y unos pocos parecen ansiarla intensamente. Estas respuestas no pueden pasar desapercibidas.

Un gran número de neuronas, por su puesto, transportan información sensorial táctil a la neo-corteza, pero también existe un gran número de fibras que proporcionan un flujo de información táctil al tronco encefálico. Se propone que la información táctil al tronco encefálico es de considerable importancia para su función. El flujo de información táctil hacia el tronco encefálico puede considerarse más difuso que espacialmente preciso y, al mismo tiempo, es transportado por neuronas más pequeñas (cf. Bishop, 1959).

Las funciones visuales y auditivas del tronco encefálico en el ser humano generalmente han sido pensadas como restringidas a unos pocos reflejos. Sin embargo, algunas investigaciones están cambiando las opiniones en una dirección pertinente a la visión y el trabajo de los terapeutas. Se cree, en este momento, que un gran número de estructuras en el mesencéfalo apoyan a la atención y percepción visual así como también al control de los movimientos de la cabeza y los ojos. Luego de un estudio muy cuidadoso de investigación neurobiológica básica,



Clínica de Integración Sensorial. Wikipedia Commons. CopyrightReinoso, Ph.D, OTRL & Decker, OTD, OTRL

Trevarthen (1968), uno de los investigadores más prominentes en esta área de función, concluyó que la representación visual precisa en el colículo superior del mesencéfalo se encuentra presente en primates. Este autor ha propuesto que el tipo de percepción visual que resulta de la función mesencefálica relaciona el cuerpo al espacio ambiental. La percepción visual mesencefálica del espacio no funciona independientemente de los procesos corticales y la percepción cortical no es independiente de la percepción del tronco encefálico.

Denny-Brown (1962), cuya experiencia incluye seres humanos y también animales, ha comentado que la remoción de una pequeña área del tectum del mesencéfalo desactiva la organización hemisférica para la percepción y reacción a los eventos del mundo externo. Doty (1966) ha asegurado que la formación reticular mesencefálica no solo ejerce un control considerable sobre el sistema visual de los primates sino que es, en realidad, la fuente de control. Es imposible evitar la probabilidad de que ciertos procesos del tronco encefálico sean críticos a la percepción visual compleja en el niño con discapacidad para el aprendizaje.

Cuando se considera el rol del tronco encefálico en el procesamiento auditivo, la generalización de investigación básica a los seres humanos es más precaria porque la mayoría de la investigación relacionada a los procesos cerebrales ha sido llevada a cabo en gatos. Esta investigación indica que la codificación auditiva comienza inmediatamente luego que los estímulos ingresan al tronco encefálico y realizan un

gran número de conexiones, algunas de las cuales ocurren en el gran y complejo núcleo inferior del mesencéfalo. Parece particularmente importante notar que, de acuerdo a la revisión de investigación de Ades (1959), el tronco encefálico y el tálamo ofrecen una mejor estructura neural para el procesamiento de sonidos que la corteza. Es probable que la codificación auditiva no esté completa antes de su interacción con la corteza y que la codificación final ocurra en algún centro integrador cerca del mesencéfalo y tálamo.

Además de las conexiones enumeradas anteriormente, el sistema auditivo envía impulsos a la formación reticular donde probablemente es sometido al mismo tipo de integración que se cree ocurre en otros sentidos. De particular relevancia para el terapeuta es el hecho de que los estímulos auditivos se encuentran entre aquellos que frecuentemente producen una respuesta en neuronas convergentes que se encuentran en todo el cerebro.

De este modo, se observa que el tronco encefálico es responsable no solo de una gran cantidad de procesamiento de algunas de las más importantes modalidades sensoriales, sino también, de la asociación de las modalidades sensoriales que se alimentan entre sí. Los procesos asociativos del tronco encefálico y la función de interdependencia de los sentidos capacitan al terapeuta a emplear estimulación somestésica y vestibular para promover la percepción auditiva y visual a través de los mecanismos del tronco encefálico.

El grado de efectividad en la utilización

de estos mecanismos en los procedimientos terapéuticos depende del grado de exactitud y comprensión de como funcionan en el niño con déficits perceptivos. La comprensión puede ser en su mejor expresión un estimación de lo que realmente sucede. Quizá de gran significancia sea la tendencia de los procesos sensorio-motores relacionados al tronco encefálico a funcionar como un todo unitario. Trevarthen (1968) expresó este concepto en relación a las respuestas visuales, oculomotoras, posturales y locomotrices simples del mesencéfalo. Ha sido demostrado, por ejemplo, por Kuroki (1958) y Sprague y Chambers (1954) que algunos patrones motores específicos relacionados a la locomoción son mediados por el tronco encefálico en animales inferiores. Estudios de neurología comparada como los de Herrick (1956) y Coghill (1929) han enfatizado que patrones de acciones primitivas tienen un efecto integrador en el organismo. El rol de la locomoción simple se clarifica considerando que, en el momento en que el cerebro vertebrado más avanzado consistía de una estructura análoga al tronco encefálico humano, ese cerebro filogenéticamente primitivo era capaz de satisfacer todas las demandas del organismo, incluyendo las respuestas motoras de adaptación a la información sensorial. Una interrelación cercana entre las funciones sensoriales y motrices existiría como una necesidad para satisfacer este objetivo. Se propone que conexiones residuales similares pueden estar presentes en el ser humano.

Al planificar procedimientos terapéuticos



que hacen énfasis en mejorar mecanismos del tronco encefálico es apropiado considerar que éste opera de un modo mucho más generalizado y no específico que la corteza. Es útil pensar su funcionamiento mucho más como un todo que la corteza y, por supuesto, operando de una manera relativamente no-cognitiva.

Los procedimientos terapéuticos basados en la interpretación de la función sensorial integrativa del tronco encefálico incluyen, de este modo, información multi-sensorial y su relación a respuestas motrices gruesas, simples. Su énfasis es definitivamente no-cognitivo, un abordaje que puede resultar extraño en un mundo con una gran orientación intelectual.

Consistente con la premisa de que los sistemas táctil y vestibular son primitivos, la terapia se inicia proporcionando estímulos por medio de estos sistemas para promover una integración general del cerebro. Cada respuesta del niño proporciona una orientación que nos ayuda a determinar si un procedimiento está ocasionando integración. Si existe evidencia de que la receptividad a la información vestibular es reducida se proporciona información masiva pero siempre con atención a la posibilidad de que la sobre-carga sensorial pueda ocurrir y debería ser evitada.

Cuando existe evidencia de que el umbral a la información vestibular no es excepcionalmente alto pero que la habilidad para organizar y responder de manera apropiada a la estimulación vestibular se encuentra reducida se enfatiza el incremento de la habilidad para emitir respuestas motoras adaptativas a los estímulos. Se cree que la organización de la respuesta motriz integra la información sensorial relacionada.

Las actividades motrices que pueden promover la organización de los mecanismos de integración sensorial mediados por el tronco encefálico a través de la estimulación vestibular incluyen hamacarse y girarse en un columpio de red. Estos equipos se encuentran suspendidos de un punto central o incluyen varios juegos en una patineta y

equipamiento que posibilitan al niño adoptar posiciones en prono, supino y cuadrúpedo mientras simultáneamente se emite una respuesta motriz. Respuestas oculares y posturales son funciones importantes del tronco encefálico que dependen de asociaciones de la información sensorial de diferentes modalidades. Trastornos de estas funciones a menudo co-existen con déficits perceptuales. Por estas razones, se pone atención especial a su mejoramiento.

Considerando el hecho de que uno de los objetivos de la terapia es el desarrollo de la percepción visual y auditiva es interesante que poca atención sea dirigida a estas modalidades sensoriales mientras el énfasis del tratamiento es la organización del tronco encefálico. Su ausencia se relaciona solo a que el curso natural de eventos proporciona información visual y auditiva en asociación apropiada con información somatosensorial. Mientras el niño se comprometa en movimientos corporales con los ojos abiertos presumiblemente se encuentra comprometiendo esa parte del cerebro que relaciona el cuerpo al ambiente o espacio corporal. La provisión de información auditiva puede incorporarse fácilmente poniendo dos niños juntos en una actividad motriz gruesa placentera, particularmente una que active el sistema vestibular. Las tendencias naturales hacia la vocalización proporcionan estímulos auditivos incluso si son o no bienvenidos o terapéuticos.

Es importante enfatizar los procesos de integración sensorial del tronco encefálico en el desarrollo de la percepción a niveles corticales. Sin embargo, en ningún momento el tronco encefálico funciona de manera aislada de la corteza. La corteza está indudablemente implicada en todos los procesos discutidos y es el objetivo final en el mejoramiento de la percepción mediada por ella. Un modo de alcanzar este objetivo es mediante el reconocimiento e intervención de los procesos de integración sensorial del tronco encefálico de los cuales depende el funcionamiento cortical.



REFERENCIAS

- Ades, H. Central auditory mechanisms. In J. Fiel, H.W. Magoun, & V.E. Hall (Eds.) Handbook of physiology, Section 1: Neurophysiology Vol. I. Washington, D.C.: American Physiological Society, 1959.
- Ayres, A.J. Perceptual motor dysfunction in children. *Perceptual Motor and Skills*, 1965, 20, 335-368.
- Ayres, A.J. Relation between Gesell developmental quotients and later perceptual-motor performance. *American Journal of Occupational Therapy*, 1969, 23, 11-17.
- Ayres, A. J. Improving academic scores through sensory integration. *Journal of Learning Disabilities*, 1972, in press.
- Belmont, L., Birch, H.G., & Karp, E. The disordering of intersensory and intrasensory integration by brain damage. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1965, 141, 410-418.
- Berry, J.W. Matching of auditory and visual stimuli by average and retarded readers. *Child Development*, 1967, 38, 827-833.
- Birch, H.G. & Belmont, L. Auditory-visual integration in normal and retarded readers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1964, 34, 852-861.(a)
- Birch, H.G. & Belmont, L. Perceptual analysis and sensory integration in brain-damaged persons. *Journal of Genetic Psychology*, 1964, 105-173-179.(b)
- Bishop, G.H. The relation between nerve fiber size and sensory modality: Phylogenetic implication of the afferent innervation of cortex. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1959, 128, 89-114.
- Casler, L. The effects of extra tactile stimulation on a group of institutionalized infants. *Genetic Psychology Monographs*, 1965, 71, 137-175.
- Coghill, G.E. *Anatomy of the problem behavior*. Cambridge University Press, 1929.
- Denny-Brown, D. The midbrain and motor integration. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 1962, 55, 527-538.
- Doty, R.W. On Butterflies in the brain. Abstract for Symposium on Higher Nervous Activity, IVth World Congress of Psychiatry, Madrid, 1966.
- Fessard, A. The role of neuronal networks in sensory communications within the brain. In W.A. Rosenblith (Ed.), *Sensory communications*. New York: John Wiley, 1961.
- French, J. The reticular formation. In J. Field, H.W. Magoun, & V.E. Hall (Eds.) *Handbook of physiology, Section 1: Neurophysiology, Vol. II*. Washington, D.C.: American Physiological Society, 1960.
- Haylow, H. The nature of love. *American Psychologist*, 1958, 13, 673-685.
- Herrick, C.J. *The evolution of human nature*. Austin: University of Texas Press, 1956.
- Jung, R., Kornhuber, H.H., & DaFonseca, J.S. Multisensory convergence on cortical neurons. In G. Moruzzi, A. Gessard, & H.H. Jasper (Eds.) *Progress in Brain Research, Vol. I. Brain Mechanisms*. New York: Elsevier Publishing, 1963.
- Kuroki, T. Arrest reactions elicited from the brain stem. *Folia Psychiatrica et Neurologica Japonica*, 1958, 12, 317-340.
- Melzack, R., Konrad, K.W., & Dubrovsky, B. Prolonged changes in central nervous system activity produced by somatic and reticular stimulation. *Experimental Neurology*, 1969, 25, 416-428.
- Sherrington, C.S. *Man on his nature*. Garden City, New York: Double-day, 1955. (First published 1940).
- Sprague, J.R. & Chambers, W.W. Control of posture by reticular formation and cerebellum in the intact anesthetized and ananesthetized and in the decerebrate cat. *American Journal of Physiology*, 1954, 176, 52-64.
- Trevarthen, C.B. Two mechanisms of vision in primates. *Psychologische Forschung*, 1968, 31, 229-337.
- Worden, F.G. & Livingston, R.B. Brain-stem reticular formation. In D.E. Sheer (Ed.), *Electrical stimulation of the brain*. Austin; University of Texas Press, 1961.





Experiencias durante mi primer año de trabajo

Jessica L. Vega

¡Bienvenidos al mundo laboral mis queridos amigos y colegas Terapeutas Ocupacionales!

Deseo mediante este escrito, aclarar o, al menos, acompañarles por el mar de preguntas que cruzamos cuando por fin se nos da la oportunidad de ejercer en lo que amamos.

Bueno, como todo buen escrito debe tener una introducción, comenzaré por explicar qué me llevó a preparar este artículo. Al momento en que escribo, soy terapeuta ocupacional licenciada con aproximadamente 4 meses y medio de experiencia en el mundo laboral. Para toda nueva experiencia hay que prepararse. Así que, me pareció una buena idea compartir mi experiencia y ofrecer unas recomendaciones que entiendo, pueden ser de ayuda en tu nueva etapa como terapeuta ocupacional.

Cuando por fin terminan las entrevistas (unas más formales que otras) y te sientes feliz por las diversas oportunidades, te toca decidir en donde comenzarás a trabajar... Dicho sea de paso, en estos tiempos son pocos los profesionales que pueden "darse el lujo" de decidir "dónde van a trabajar". Ahora bien, sin restar importancia a esto (ni entrar en los pormenores de ese asunto),

también es cierto que, en comparación con la parte de ir a las entrevistas y con lo que te espera en tu futuro trabajo, la decisión de dónde trabajarás, será la parte más fácil.

Una vez analizadas todas las opciones, decidiste por X escenario (esperemos, hayas escogido uno en el cual te sientas preparado para ejercer). Lo primero que debes hacer es preguntar qué tipo de necesidades tienen los pacientes que se atienden allí con mayor frecuencia (así tendrás una idea de qué esperar). Además, pregunta qué esperan de ti como profesional y para ello, recuerda la clásica definición de nuestro marco de trabajo y lo que en realidad es tu profesión. No infantes cuando te digan que eres la de los "cupcakes"... Sí, así como lo escribo: la de los "cupcakes". Ante esto, debes estar preparado para responder con seguridad que eres terapeuta ocupacional y claro, dependiendo de tu escenario cambiará el enfoque del resto de tu respuesta. Pero, ten presente que nuestro fin es sencillo: somos los encargados de proveer las herramientas necesarias a nuestro paciente/participante/cliente para que pueda llevar una vida lo más independiente posible, maximizando



su participación en sus ocupaciones de preferencia, tomando en consideración sus capacidades y a ese individuo como un todo. ¡Sencillo! Sí, lo dicho tiene que ser realmente sencillo a este punto de tu carrera como terapeuta. ¿No te parece?

Ahora se pone la cosa buena... Ya estás contratado, conoces tus responsabilidades, verificas tu área, qué tienes disponible, qué puedes utilizar... Todo en orden y te despides. Consejo: solicita días de adiestramiento; básicamente son unos días en los que solicitas a tu supervisor la oportunidad de observar la dinámica de tu nuevo trabajo. Haz las preguntas pertinentes, asegúrate de prestar atención, toma notas y mientras sea posible, no hagas la misma pregunta más de dos veces.

Y llega el gran día: "Vega, recuerda, mañana es tu primer día de trabajo. Te espero". Esa noche no pegas un ojo, te da ansiedad, lloras un poquito y cuando te duermes suena la alarma. Y oficialmente, ha comenzado tu primer día de trabajo. Asegúrate de llegar con suficiente tiempo de anticipación para prepararte, ver tu horario, encontrar tu escritorio, relajarte, repasar los expedientes y hasta identificar rutas y salidas de emergencia... Básicamente, haces un análisis de actividad de tu puesto. Es importante que sepas que no estás solo. Hay compañeros de clase, amigos, profesores, educadores clínicos, libros, revistas, tus notas de clase y el personal en tu área de trabajo. Aunque parezca que estas completamente solo, recuerda: estás preparado académicamente para ser un profesional de nivel de entrada.

Bueno, seguimos... Cuando conozcas por primera vez a tu primer paciente/participante/cliente preséntate con seguridad. Ofrece tu nombre completo, puesto y tu rol dentro de su proceso de recuperación. Importantísimo: nunca, pero nunca entres a una habitación o comiences una entrevista (o te enfrentes a un nuevo cliente) sin saber al menos el nombre y tener una idea del por qué ese paciente/participante/cliente solicita de tus servicios.

Recuerda debes explicar por qué estas allí y debes demostrar que dentro de tu área de peritaje hay una forma en que puedes ayudarlo. Otra cosa importante: "mecánica corporal, mecánica corporal y mecánica corporal". Tenla presente; no importa cuán pequeño o grande, cuán pesado o liviano o en cuánto ese paciente/participante/cliente te pueda ayudar. Debes conocer tus límites y saber que puedes poner en riesgo tu salud y la del paciente (pueden ser daños irreparables). Tu juicio clínico es importante. Una vez tengas a tu paciente es importante que evalúes y analices sus capacidades y tengas una idea clara en cuanto a qué trabajarías. Inclúyelo en el proceso. Recuerda, nuestra intervención es centrada en la necesidades e inquietudes del paciente. Te verás muy tentado a querer atender más de una cosa a la vez. Para tu paciente puede ser abrumador, explica el por qué de tu tratamiento y su finalidad. Recuerda, siempre sé honesto. Un paciente bien informado trabajará hacia metas alcanzables y permitirá que lo ayudes. Es posible que por ser joven, mujer y recién graduado (y me pasó) tanto el paciente como sus cuidadores pongan en cuestión tu potencial y cuán preparado puedes realmente estar. Solución sencilla y que me ha resultado, como mencioné antes: ten siempre una idea clara de quién es ese paciente de manera que cuando te enfrentes con personas así, puedas explicar que harás y tu finalidad con relación a su situación; demuestra ser todo un profesional. Por ejemplo, en evaluación de baño explícale cuál es tu rol, indica que el proceso se llevará a cabo con todo el respeto que se merece, indica cual será el procedimiento a seguir, cómo se va a transferir, el equipo que tiene disponible, medidas de seguridad y precauciones y sé enfático en que se llevará a cabo con cuidado (tu paciente debe sentirse seguro) y ejecuta... El clásico, "a la cuenta de tres" es de gran ayuda. Es importante que dejes saber a tu paciente que estás preparado para ejercer, que entiendes su posición y harás todo lo posible para ayudarlo. Pide

que te dé la oportunidad.

¡Uf, que agotador ¿no?! Todo esto sucede en períodos de tiempo cortos y creo que debo recordarles que es un sólo paciente y te quedan aproximadamente 7.5 horas más de trabajo... (Haz la matemática). En cuanto a documentación, bueno si no se documenta no sucedió y debo confesar: no es mi fuerte. Sin embargo, según vaya pasando el tiempo aprenderás a redactar con mayor fluidez y será más llevadero. Solicita estándares o guías cualitativas de tu documentación y asegúrate de cumplir con ellas. No pretendas memorizar todo un día de terapia. Ten una libreta de notas y estudia tus instrumentos de evaluación.

Antes de terminar, dos cositas (como diría mi profesora)

- 1. Recuerda que es probable que la recuperación de tu paciente sea lenta y debes ajustar tu intervención de acuerdo a su progreso (cada proceso es individual)*
- 2. Celebra los pequeños logros, haz que recuerde que ha progresado y documenta de forma honesta.*

Serás y eres compañero y guía de un proceso importante. Lee, busca alternativas y compártelas con tu paciente y compañeros. Recuerda, los terapeutas ocupacionales somos seres creativos usa esa herramienta a tu favor.

PD. Gracias, en especial, a ti, recién graduado, por tomar el tiempo de leer. Espero, mi experiencia, te ayude en algo...

*"Sé el cambio que quieres ver en el mundo"
-Mahatma Gandhi-*

**cooperativa de ahorro
y credito de isabela**

¡Tu Mejor Interés... Siempre!

787-872-2265

Homebanking

COOP EN CASA

Mastercard Débito

 COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO DE ISABELA
 5000 1234 5678 9010
 09/15
 CARDHOLDER NAME



Móvil Coop


Mensajería de Texto


OATH
 A Toda Hora

 FÁCIL, SEGURO Y AL INSTANTE

TELE COOP


VISA


Estados Cuentas Electrónicos


¿Qué está haciendo para su Retiro?



Para una consulta libre de costo:
 Miguel Ramírez (787) 397-2333
 Email: mrtfinacial@outlook.com

¿Quién quiere ser usted?



El que trabaja hasta el último día de su vida...

El que se prepara para retirarse.



Creamos Planes de Retiro con ahorros contributivos ¡diseñados a tu medida!

La comisión de Práctica del Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico desea informar que por error involuntario se omitió entre los colaboradores del documento: "Estándares de la Práctica de Terapia Ocupacional en Puerto Rico" a la Sra. María M. López Cruz, COTA/THL. Agradecemos su colaboración en los trabajos realizados.

Universidad Interamericana de Puerto Rico • Recinto de Ponce

DOCTORADO • MAESTRÍAS • BACHILLERATOS

Grados Asociados

Certificados Técnicos

Estudios @ Distancia



¡TU ÉXITO COMIENZA AQUÍ!

Llama HOY para más información:

787-284-1912

2024, 2026 y 2019

787-841-0110

1-888-UIPONCE

1-888-847-6623



ponce.inter.edu



La UIPR posee Licencia de Renovación del Consejo de Educación de Puerto Rico y está acreditada por la Middle States Commission on Higher Education (MSCHE).

INNOVACIONES PSICOEDUCATIVAS, INC.



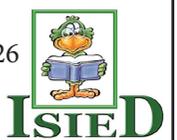
Productos de arte de alta calidad para fomentar actividades de aprendizaje y el desarrollo integral de nuestros estudiantes.

Para más información:

Industrial Víctor Fernández Calle 1 #165 Cupey, San Juan, P.R. 000926

Tel: (787) 253-9663 / (787) 448-2418 / Fax: (787) 253-9558

E-mail: info@isied.com / Web: www.isied.com





Camera Mundi, Inc.

OPCIÓN PARA LA INDEPENDENCIA E INCLUSIÓN DE NIÑOS Y ADULTOS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL

REHABILITACIÓN

Andadores
Sillas de Baño
Sillas de Ruedas
Posicionamiento Especializado
Equipo Urológico
Equipo Ortopédico
Terapia Respiratoria

ASISTENCIA TECNOLÓGICA

Comunicadores
Computadoras Adaptadas
Interruptores
Visión/Audición
Autismo
Educación Especial

Teléfono: 787-743-4876 Extensión 244

Email: soluciones@cameramundi.com

Dirección: Carretera Número 1, Km 34.1 Reparto Industrial Cartagena, Caguas, PR 00725
Detrás de la Cooperativa de Seguros Múltiples

ELDRA L. DELIZ BAUZÁ

**TERAPISTA OCUPACIONAL
CERTIFICADA EN TERAPIA DE LINFEDEMA**



**MANEJO DE LINFEDEMA
DRENAJE LINFÁTICO
INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA
MEDIAS DE COMPRESIÓN
MASAJE TERAPÉUTICO**

TEL:(787)232-6510
FAX:(787)841-7585

permobil

THE POWER OF MOBILITY



Permobil es el principal fabricante en el mundo de sillas motorizadas con alta tecnología. Durante 40 años hemos desarrollado innovadora tecnología para que nuestros pacientes tengan todas las herramientas necesarias para su vida laboral, social e independencia.

Nos enfocamos en proveer soluciones y un posicionamiento correcto con nuestro exclusivo sistema de asientos Corpus 3G, el cual provee medidas exactas en pacientes.

TiLite es el fabricante especialista en diseño de sillas en Titanium y Aluminio a la medida del paciente, nos enfocamos en su independencia, proveyéndole a nuestros clientes sillas ultralivianas con materiales de primera categoría y aerodinámicos y con la mayor variedad de accesorios en el mercado.

Smartdrive es un producto revolucionario en el cual puede asistir al usuario de silla de ruedas manuales en su propulsión.

Con este equipo no es necesario modificar las sillas, protege las extremidades superiores del paciente y no le añade peso a su silla.

ROHO es el líder mundial en cojines, espaldares y superficies de camas a base de sistemas de aire, son los pioneros en la tecnología del DryFlotation el cual se compone de celdas independientes interconectadas las cuales proveen estabilidad, liberación de áreas de presión, tratamiento para úlceras, circulación y excelente comfort.

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 (3ra 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