

Volumen 3 • Número 1 • Enero 2014

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 Cambios más importantes del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: Trayectoria del DSM IV TR al DSM V

5 Investigaciones que exploran los elementos facilitadores y las barreras para la participación ocupacional identificadas de hombres y mujeres mayores que viven solos en Puerto Rico

9 2do Congreso de Salud Mental para profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico 2013: El Modelo del Río (KAWA Model)

11 How OT can help dealing with Urinary Incontinence

13 El divorcio después de los 65 años

15 Mochilas Saludables

16 El voluntariado como expresión de vida

SEPARA

desde ahora espacio en
tu calendario profesional y
participa en la Conferencia Anual y
Asamblea 2014 del CPTOPR que se
celebrará
en el mes de junio.



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

Mensaje de la Editora

En esta nueva edición de tu revista CONEXIO se presentan una diversidad de temas y contenidos relacionados a las áreas de la práctica profesional de Terapia Ocupacional. Entre los temas se destacan los cambios más relevantes realizados recientemente por la Asociación Americana de Psicología (APA, por sus siglas en inglés) al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta (5) edición; un conjunto de resúmenes de varias investigaciones realizadas con poblaciones de adultos mayores puertorriqueños vinculadas al concepto de participación ocupacional; el concepto del manejo de la incontinencia urinaria desde la perspectiva de Terapia Ocupacional y una travesía por el Segundo Congreso de Salud Mental,

donde se presentó el Modelo KAWA del Dr. Michael Iwama, entre otros contenidos de interés para nuestra clase profesional. Te invitamos a explorar y disfrutar de estas lecturas incluidas en esta edición de la revista y a que te motives a someter tus experiencias, ideas y proyectos educativos, de investigación y de servicio para que sean divulgadas entre nuestros colegiados en una futura edición de esta tu revista CONEXIO. Recuerda, el Colegio eres tú, soy yo y somos todo el colectivo de los que nos hacemos llamar profesionales del campo de la Terapia Ocupacional. Unámonos en un mismo fin para aportar al desarrollo de nuestra clase profesional y a la organización emergente que nos representa. El CPTOPR somos todos.

Recursos para Colegiados LIBRES DE COSTO

Cursos de Educación Continua:

- Módulo de Control de Infecciones
(en www.cptopr.org)
- Módulo de Ética Profesional
(espéralo pronto en www.cptopr.org)

Instrumento de Avalúo con manual y material de referencia:

- Evaluación de la ejecución en las destrezas de cuidado propio (PASS, siglas en inglés)

Cambios más importantes del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: Trayectoria del DSM IV TR al DSM V

Arnaldo Cruz Rivera

Luego de casi 13 años sin que se haya revisado el manual más importante de la psiquiatría moderna, salió a la luz del mundo de la salud mental el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V, 2013), el 18 de mayo de 2013. En términos generales, las reglas y normas son otras, los protagonistas diagnósticos cambiaron y el panorama general se transformó. Surgieron nuevos diagnósticos, algunos fueron excluidos del documento y otros se reorganizaron en diversas categorías.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V) es un libro de texto que elabora la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013). La obra compila y enumera la sintomatología de los diversos trastornos mentales, los clasifica y establece las descripciones de las distintas categorías. Establece un lenguaje universal que unifica el significado de cada diagnóstico lo que facilita el intercambio de información entre profesionales de la salud mental y define los parámetros a seguir en la intervención de los trastornos mentales.

Desde la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales que data del año 1952, la denominada “biblia de la psiquiatría” siempre ha sido foco de controversias. En el caso del DSM V la polémica ha escalado niveles nunca antes vistos, en especial por los nuevos diagnósticos que se han creado. Este nuevo documento propone también otra óptica en el proceso de evaluación diagnóstica, ya que elimina la clasificación multiaxial de los cinco ejes diagnósticos. Estos cinco ejes incluían el diagnóstico clínico primario, el trastorno de personalidad o retardación mental,

condiciones médicas clínicas asociadas y situaciones de estrés psicosocial en los últimos doce meses. Entre las diferencias que se pueden reseñar claramente entre el DSM IV TR (APA, 2000) y el DSM V es que el primero se organiza en clases diagnósticas que se agrupan por síntomas en común, mientras que el segundo reagrupa éstos diagnósticos por su evidencia de base genética y su relación con el contexto.

Entre los opositores al mencionado documento se encuentran el Dr. Allen Frances, ex director y actualmente Profesor Emérito del Departamento de Psiquiatría de la Escuela de Medicina de la Universidad de Duke, y el Dr. Thomas Insel, Director del Instituto de Salud Mental (NIMH, por sus siglas en inglés). Ambos participaron del proceso de revisión del DSM V y previo a su conclusión, lo abandonaron debido a que entendían que el nuevo manual abría la posibilidad a un aumento exponencial en diagnósticos, lo cual resultaría en la sobre medicación de miles de pacientes; así como en un mayor estigma social para éstos. Incluso hay grupos de expertos que han cabildeado para boicotear el uso del DSM V y, en su defecto, utilizar el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades-10 (ICD-10, por sus siglas en inglés), que también clasifica los diagnósticos psiquiátricos. Sin embargo, para muchos otros profesionales de la salud el DSM V es considerado un documento vivo y en evolución constante que ha reconceptualizado el campo de la psiquiatría, acercándola más a la psicología y a la visión psicosocial de la enfermedad psiquiátrica. A continuación, algunos de los cambios más importantes realizados en el DSM V en los diagnósticos que comúnmente puede encontrar el terapeuta ocupacional en su práctica profesional.

Los diagnósticos previamente ubicados en el capítulo de Trastornos de la infancia, niñez y adolescencia del DSM IV TR ahora están integrados a través de todo el nuevo Manual. Se incorporan nuevos diagnósticos aplicables a niños y adolescentes. El Trastorno de Comunicación Social está caracterizado por la persistente dificultad para comunicarse de forma verbal y no verbal que no puede ser explicada por un nivel cognitivo bajo. Para establecer este diagnóstico hay que descartar primero el Trastorno de Espectro de Autismo, el cual implica además de los problemas de comunicación, los patrones de conducta repetitiva y restringida. El Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo es un patrón de arranques emotivos y rabietas incontrolables desproporcionadas en intensidad y duración a la situación que las provoca. Las rabietas ocurren en un promedio de tres o más ocasiones a la semana por al menos un año de duración. El Trastorno de Juegos de Red Internet se relaciona a la preocupación compulsiva que algunas personas han desarrollado por los juegos en línea con la frecuente exclusión de participación en otras actividades de necesidad o intereses.

En el DSM V se llegó a un consenso científico que los cuatro trastornos que componían el diagnóstico de Autismo son actualmente diferentes niveles de severidad de síntomas de una misma condición. En el presente documento se establece el Trastorno de Espectro de Autismo donde se consolida el Síndrome de Asperger (Autismo leve), el Desorden Desintegrativo de la Niñez, el Desorden Pervasivo del Desarrollo No especificado y el Síndrome de Rett. Para establecer un diagnóstico de Trastorno de Espectro de Autismo es necesario que estén presentes dos elementos: déficits

en la comunicación e interacción social y patrones repetitivos de conductas, intereses y actividades.

Lo que en el DSM IV TR se conoció como la Retardación Mental, se llama ahora en el DSM V Trastorno de Discapacidad Intelectual. El nuevo criterio diagnóstico enfatiza en la necesidad de una evaluación comprensiva tanto de la capacidad cognitiva (IQ) como del funcionamiento adaptativo. La Discapacidad Intelectual es un término más apropiado que ha sido incorporado en las últimas dos décadas en las profesiones de la medicina y profesiones de la salud, en el contexto académico y en grupos de defensa de derechos humanos. Desde el punto de vista legal la Ley Pública Federal 111-256 (Ley de Rosa, 20 de octubre de 2010) reemplaza el concepto “retardación mental” por “discapacidad intelectual”. Anteriormente, este diagnóstico se había ubicado en el eje II del sistema de clasificación del DSM IV TR. Con el DSM V todos los trastornos mentales son considerados en un solo eje y con igual importancia clínica.

Los Trastornos de Alimentación como Pica (ingerir persistentemente sustancias no nutritivas) y Rumiación (regurgitación de comida) previamente ubicados en el capítulo de Trastornos en infancia, niñez y adolescencia; ahora se encuentran en el capítulo de Trastornos de Alimentación. Se establece que en la actualidad estos diagnósticos no se circunscriben solamente a niños y adolescentes; por lo cual incorporan a los diagnósticos ya conocidos como la Anorexia y Bulimia Nervosa y el Trastorno de Evitación de Ingesta de Alimentos, el cual se caracteriza por la aparente pérdida de interés en comer y la comida.

A pesar de que en el DSM IV TR el Trastorno de Ansiedad por Separación y el Mutismo Selectivo estaban ubicados en el capítulo de Trastornos en infancia, niñez y adolescencia, ahora estos se clasifican como Trastornos de Ansiedad. En el caso del Trastorno de Ansiedad por Separación los síntomas característicos siguen siendo los mismos y se ha reportado que, no sólo están presentes

en niños y adolescentes, sino también en adultos a través del ciclo de vida. El Mutismo Selectivo es ahora clasificado como un trastorno de ansiedad dado a que la gran mayoría de los niños diagnosticados presentan síntomas severos de ansiedad.

El capítulo titulado Trastornos de Conducta Disruptiva y Control de Impulsos es nuevo en el DSM V. Este capítulo reúne los trastornos previamente ubicados en el DSM IV TR en la sección de Trastornos en infancia, niñez y adolescencia (por ejemplo: el Trastorno Oposicional Desafiante y el Trastorno de Conducta, entre otros), y en la sección de Trastornos de Conducta No especificados (por ejemplo: Trastorno Explosivo Intermitente, Piromanía y Cleptomanía). Todos estos diagnósticos se caracterizan por dificultad en el manejo de emociones y limitado autocontrol. Por su cercana asociación con el Trastorno de Conducta, el Trastorno de Personalidad Antisocial está doblemente citado en este capítulo y en el de Trastornos de Personalidad.

El capítulo del Espectro de Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos elimina los subtipos de Esquizofrenia tradicionalmente conocidos en el DSM IV TR. Estos eran la Esquizofrenia tipo paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual. La razón para la eliminación de estos subtipos es que existe en las investigaciones de estos diagnósticos poca estabilidad de síntomas, baja confiabilidad y pobre validez donde no se exhiben patrones definidos de respuesta efectiva a intervenciones en un curso longitudinal. En otras palabras, el diagnóstico de Esquizofrenia, actualmente establecido en el DSM V, recoge todos estos subtipos y los cataloga como variaciones de un mismo diagnóstico.

El antiguo capítulo del DSM IV TR de Trastornos de Estado de Ánimo que incluía principalmente el Trastorno Bipolar y la Depresión Mayor desaparece como tal en el DSM V. Ambos diagnósticos toman protagonismo individual en el texto actual. El Trastorno Bipolar continua con sus variaciones de

Tipo I (mánico), Tipo II (hipomanía o depresivo) y la Ciclotimia. Los Trastornos Depresivos incluyen el tradicional Trastorno Depresivo Mayor, con la salvedad de que un duelo no resuelto en dos semanas sería considerado ya como un estado depresivo (esta exclusión era enfatizada en el DSM IV TR). De la misma forma se mantiene el diagnóstico de Distimia, conocido ahora como Trastorno Depresivo Persistente. Se incluyen nuevos diagnósticos en el capítulo de Trastornos Depresivos tales como el Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo (discutido anteriormente) y el Trastorno Disfórico Premenstrual que se caracteriza por cambios abruptos y marcados en estado de ánimo, irritabilidad, coraje y sentimientos de desesperanza marcados. Estos síntomas deben impedir la ejecución laboral, educativa y actividades sociales usuales.

En el DSM V el capítulo de los Trastornos de Ansiedad ya no incluye el Trastorno Obsesivo Compulsivo (el cual se encuentra ahora en capítulo de Trastorno Obsesivo Compulsivo y trastornos relacionados), ni el Trastorno de Estrés Postraumático ni el Trastorno de Estrés Agudo (los cuales se incluyen en el capítulo de Trauma y trastornos relacionados al estrés). Sin embargo, el orden secuencial de estos capítulos en el DSM V refleja la cercana relación entre ellos. Una de las razones principales de la separación del Trastorno Obsesivo Compulsivo y el Trastorno de Estrés Postraumático es la alta prevalencia e incidencia que reflejan en la población general. De esta forma toman una proyección más visible, y por ende, más relevante dentro del Manual.

El capítulo del DSM V Trastorno Obsesivo Compulsivo y otros trastornos relacionados incluye nuevos diagnósticos muy interesantes. El Trastorno de Acumulación (hoarding) considera la persistente dificultad para deshacerse de posesiones de valor cuestionable que son acumulados hasta el momento en que posiblemente sean utilizados. La mera idea de deshacerse de estos artículos genera estados de tensión extremadamente marcados.

El Trastorno de Excoriación (skin picking) se caracteriza por episodios de rascar o pellizcar la piel hasta el punto de sangrado, esto sin la intención de acto suicida. La Tricotilomania (hair pulling disorder) consiste en el continuo acto de arrancarse el pelo resultando en la pérdida del mismo. Todos estos nuevos diagnósticos coinciden en que son causados por fuertes estresores que provocan dificultad en la ejecución social, ocupacional, y otras áreas de funcionamiento.

El nuevo capítulo de Trauma y otros trastornos relacionados al estrés incluye diagnósticos como el Trastorno de Estrés Agudo el cual se caracteriza por la exposición a amenaza de muerte, lesión seria o violación sexual con síntomas de estado de ánimo depresivo, pensamientos y sueños intrusivos, disociación, evitación y extremo grado de alerta. El Trastorno Reactivo de Apego se define como un patrón consistente de inhibición y retraimiento hacia los cuidadores adultos manifestados por la dejadez del niño en buscar confort cuando se encuentra estresado. El Trastorno Social de Involucramiento Desinhibido se caracteriza por un patrón de conducta en el cual el niño se acerca e interactúa con adultos desconocidos de manera socialmente inapropiada. El Trastorno de Ajuste se refiere al desarrollo de síntomas emocionales y conductuales en respuesta a un estresor que ocurrió por lo menos hace tres meses.

Un importante cambio de los pasados manuales diagnósticos es que el capítulo del DSM V de Trastornos Adictivos y relacionados a Sustancias se ha expandido a incluir el Trastorno por Juego de Apuestas (gambling). Este cambio refleja el aumento y consistente evidencia de que conductas, como el juego de apuestas, activan el sistema central neuronal de recompensa que se asemeja a los efectos del uso de drogas tradicionales. Otro elemento relevante en este capítulo es que no se hace distinción

entre los diagnósticos de abuso y dependencia a sustancias. Más bien, se establecen los criterios para un Trastorno de Uso de Sustancias, acompañado de del criterio de intoxicación, retirada, desorden inducido por sustancias o no especificado, según sea el caso.

El capítulo de Trastornos Neurocognitivos incluye nuevas clasificaciones como Trastornos Neurocognitivos Mayores y Leves. Las Demencias, como la tipo Alzheimer, y el Trastorno Amnésico son considerados trastornos mayores. La nueva clasificación supone que los trastornos menores representan el diagnóstico de síndromes menos incapacitantes, que sin embargo, son preocupantes y requieren intervención.

El capítulo de Trastorno de Personalidad se mantiene en el DSM V con sus diez tipos de personalidad previamente establecidos: paranoide, esquizotípico, esquizoide, narcisista, evitante, antisocial, limítrofe, obsesivo-compulsivo, narcisista, dependiente e histriónico. Lo nuevo en la clasificación es que se establece un sistema categórico dimensional basado en los criterios de impedimento en el funcionamiento de la personalidad intra e interpersonal y, en cinco dominios de rasgos de personalidad patológicos. Los cinco dominios de rasgos patológicos incluyen la afectividad negativa, el desapego, antagonismo, desinhibición/compulsividad y psicotismo. De estos cinco dominios de rasgos de personalidad surge la clasificación adicional de Trastorno de Personalidad Especificado por Rasgos que incluyen el tipo lábil, ansiogénico, depresivo, apático o afecto restringido, hostil u agresivo, sumiso e inseguro por separación.

El principal propósito del DSM V es asistir a clínicos adiestrados en el diagnóstico de desórdenes mentales de pacientes, clientes y consumidores como parte de un proceso de evaluación formal que guiará un plan de intervención informado para el individuo. Los

síntomas incluidos en los respectivos criterios diagnósticos constituyen las definiciones comprensivas que definen esos trastornos y consideran los procesos cognitivos, emocionales, conductuales y fisiológicos por los que atraviesa el ser humano que padece de una condición de salud mental. Es menester de todo profesional de la salud conocer el DSM V y tenerlo accesible en todo momento del quehacer clínico, no solo para el establecimiento de un diagnóstico certero, sino también para delinear un plan de acción consecuente a las metas establecidas y mejorar la ejecución ocupacional y el manejo de la sintomatología asociada.

*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*

Referencias

- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- TR (4th.ed.). Washington, DC: Author
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th.ed.). Washington, DC: Author
- Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades-10 (ICD-10). www.who.int/classifications/icd10/
- Ley Pública Federal 111-256 (Ley de Rosa, 20 de octubre de 2010).
- Parés Arroyo, M. Nuevos Diagnóstico Mentales. El Nuevo Día, recuperado el 7 de octubre de 2013.

Investigaciones que exploran los elementos facilitadores y las barreras para la participación ocupacional identificadas de hombres y mujeres mayores que viven solos en Puerto Rico

Elsa M. Orellano

En esta sección se presentan resúmenes de investigaciones realizadas por estudiantes y por un miembro de la facultad del Programa de Maestría en Terapia Ocupacional desde el 2010 hasta 2013. Estas investigaciones exploraron los facilitadores y las barreras para la participación ocupacional identificadas por muestras de hombres y mujeres mayores que viven solos en Puerto Rico. La última investigación reporta el proceso utilizado para el desarrollo de una intervención basada en ocupación para promover el desarrollo de estilos de vida saludables en adultos mayores que viven solos. Esta última se fundamentó en los resultados de los estudios

previos para lograr validez ecológica de la intervención. Los resultados de estas investigaciones han sido presentados ante la Facultad del Programa de Maestría en Terapia Ocupacional y del Recinto de Ciencias Médicas y en diversos Congresos y Foros de Investigación locales, nacionales e internacionales. A continuación, se presentan en orden cronológico cada resumen que incluye el título del proyecto, los autores (la Investigadora Principal y los Co-investigadores) y el Foro o Congreso donde fue presentada cada investigación. Para obtener mayor información sobre los resultados de estos estudios, favor de contactar a la Dra. Elsa M. Orellano.



OCCUPATIONAL PARTICIPATION AND COMPETENCE STRATEGIES OF HISPANIC ELDERLY WOMEN LIVING ALONE

E Orellano, N Labault, N Varas, GA Mountain

Elder women who live alone are at greater risk for restrictions in daily life activities participation than those living with others due to the presence of higher levels of disease, disabilities, and social risks. Participation in daily life activities is a significant prerequisite and goal for healthy living. However, it is unknown what factors supports or restricts participation of Hispanic women elders who live alone.

This study seeks to identify participation challenges and competence strategies of Hispanic elder woman who live alone and determine factors that need to be included in a health promotion program. Thirty Hispanic elder women who live

alone 70 years and older were included. A sequential mixed method design was used. The quantitative phase consisted of the administration of a tool to measure participation restrictions. The qualitative phase consisted of in-depth interviews with a phenomenological approach with a subsample of the quantitative phase to facilitate interpretation of the results. Data analysis is still in process and includes descriptive statistics and thematic content analysis.

This study will describe personal, environmental, and activity-based variables that either restrict or support Hispanic elders who live alone ability to participate in daily life activities. The

results of this study will contribute to health prevention efforts by determining important factors that need to be included in an occupation-based health promotion program aimed at enhancing this population's functional performance, health, and wellbeing. Research supported by NIH Grant #R25RR017589 at UPR-MSU.

Poster presented at the 12th RCM International Symposium on Health Disparities, Nashville, TN. 2010

Poster presented at ACRT/SCTS Joint Annual Meeting, Washington, DC. 2010

BARRIERS FOR EQUITY IN PARTICIPATION OF HISPANIC WOMEN LIVING ALONE

E Orellano, N Labault, N Varas, GA Mountain

Elder women who live alone are at greater risk for restrictions in daily life activities participation than those living with others due to the presence of higher levels of disease, disabilities, and social risks. Participation in daily life activities is a significant prerequisite and goal for healthy living. However, it was unknown what factors restricted participation of Hispanic elder women who live alone. This study identified factors that contributed towards the experience of challenges in daily life activities participation of Hispanic elder women who live alone and determine factors that need to be included in a health promotion program.

Thirty Hispanic elder women who live alone 70 years and older were included.

A sequential mixed method design was used. The quantitative phase consisted of the administration of a tool to measure participation restrictions. The qualitative phase consisted of in-depth interviews with a phenomenological approach with a subsample of the quantitative phase to facilitate interpretation of the results. Data analysis included descriptive statistics and thematic content analysis. This study will describe personal, environmental, and activity-based variables that either restrict or support live-alone Hispanic elders' ability to participate in daily life activities.

A complex interaction between personal, environmental, and activity-based factors contributed to the experiences of challenges in daily life activities.

Appropriate public health interventions for Hispanic older women who live alone should address the complexities of activity participation contributors, as well as take into account the determinant of culture in activity engagement to reduce the existent health disparities.

Conference presented at Caribbean Exploratory Research Center's Fourth Annual Health Disparities Institute, Barriers for Equity in Participation of Hispanic Women Living Alone, St Thomas, U.S. Virgin Islands, October 20, 2011.

BARRIERS FOR EQUITY IN DAILY ACTIVITY PARTICIPATION OF HISPANIC MEN WHO LIVE ALONE

E Orellano, M Rosario, Z Colón, S Acevedo

Elder men who live alone are at greater risk for restrictions in daily life activities participation than those living with others due to the presence of higher levels of disease, disabilities, and social risks. Participation in daily life activities is a significant prerequisite and goal for healthy living. However, it was unknown what factors restricted participation of Hispanic men elders who live alone. This study's aim was to identify factors that contributed towards the experience of challenges in participation in daily life activities of Hispanic live-alone men elders.

Twenty Hispanic men who live alone 70 years and older were included. A

concurrent nested mixed method design was used. The quantitative phase consisted of the administration of a tool to measure participation restrictions. The qualitative phase consisted of in-depth interviews with a phenomenological approach with a subsample of the quantitative phase to facilitate interpretation of the results. Data analysis included descriptive statistics and thematic content analysis.

The experience of physical health conditions, fear of criminality, limited space and resources, economical constraints, reduced perceived social support, and social interactions conflicts were the main themes that emerged from the data.

A complex interaction between personal, environmental, and activity-based factors contributed to the experiences of challenges in daily life activities. Appropriate public health interventions for Hispanic older adults who live alone should address gender differences, the complexities of activity participation contributors, and cultural determinants of activity engagement to reduce the existent health disparities.

Poster presented at the 3rd Multidisciplinary Conference in Clinical Research and 3rd Summit of Translational Research in Health Disparities, San Juan, PR. 2012

FACILITATORS OF DAILY ACTIVITY PARTICIPATION OF HISPANIC ELDERLY MEN LIVING ALONE

E Orellano, S Acevedo, Z Colón, & M Rosario

Elder men who live alone are at greater risk for restrictions in daily life activities participation than those living with others due to the presence of higher levels of disease, disabilities, and social risks. Participation in daily life activities is a significant prerequisite and goal for healthy living. However, it was unknown what strategies supported participation of Hispanic men elders who live alone. This study's aim was to identify the strategies and facilitators of daily life activities participation of Hispanic elder man who live alone. Twenty Hispanic men who live alone 70 years and older were included.

A concurrent nested mixed method design was used. The quantitative phase consisted of the administration of a tool to measure participation restrictions. The qualitative phase

consisted of in-depth interviews with a phenomenological approach with a subsample of the quantitative phase to facilitate interpretation of the results. Data analysis included descriptive statistics and thematic content analysis using the Stevick-Colaizzi-Keen method.

Informants described maintaining participation in daily life activities through a set of occupational competence strategies (including social interaction strategies, lifestyle choices, and occupational adaptations) to promote daily participation, mental health, and wellbeing.

These strategies seem directly modified through personal facilitators, which included keeping active in fulfilling occupations, maintaining a positive state of mind, perceived self-efficacy, and use of humor. These

results suggest that daily participation of older men who live alone result from a complex interaction between occupational competence strategies and personal facilitators. Since participation in daily life activities is a significant prerequisite and goal for healthy living, these results can be used to design appropriate preventive or rehabilitative public health interventions for older adults that are culturally relevant and sensitive to gender differences to reduce existent health disparities.

Poster presented at ACRT/AFMR/SCTS Translational Science 2012: Improving Health through Research Training, Washington, DC.

Poster presented at 32nd Annual Research and Education Forum Medical Sciences Campus, University of Puerto Rico, San Juan, PR. 2012

ACHIEVING ECOLOGICAL VALIDITY FOR OCCUPATION-CENTERED PREVENTIVE INTERVENTIONS

E Orellano, N Varas, GA Mountain, G Bernal

Over the last few decades, occupational therapy professionals have called attention to the importance of considering cultural and ethnic minority aspects in occupational therapy interventions (Bonder, Martin & Miracle, 2004). Despite clear mandate for a culturally competent practice to achieve health equity and access to all groups (U.S. Department of Health and Human Services, 2012), little practical guidance is available to occupational therapists on developing culturally sensitive interventions with specific populations of different cultural and ethnic backgrounds. Therefore, incorporating culturally sensitive elements in the development

of occupational therapy interventions is extremely important as the occupational therapist helps individuals engage in culturally meaningful occupational experiences.

The purpose of this study was to develop an activity-based health promotion intervention to meet the mental health and daily participation needs of Hispanic older adults who live alone using a culturally sensitive framework to increase its ecological validity.

A sequential transformative mixed method design was used for the content validation of the intervention. In Phase I, seven Hispanic experts in aging

completed a content validity exercise to determine the preliminary content of the health promotion program. In Phase II, two focus groups with eight key community members in each group were conducted in two activity centers for the elderly in Puerto Rico to determine the content and the structure of the new intervention. Experts in aging included occupational therapists researchers and clinicians, gerontologists, and social gerontologists. Community members included adults 70 years and older receiving services from these centers, as well as the director, social workers, nurses, and administrative personnel from both centers. Data analysis included content validity ratio and rigorous thematic content analysis of

the transcribed data.

A working version of the occupation-based intervention protocol targeted to Hispanic older adults who live alone was developed addressing the eight dimensions of the Ecological Validity Model (person, metaphors, content, concepts, goals, methods, and context).

One threat of this study is its limitation to generalize outcomes beyond the sample used in this study.

This process resulted in the successful development of a culturally sensitive intervention protocol that will be used to assess its feasibility and acceptability in a future study. The Ecological Validity Model can be used to culturally center occupational therapy interventions to others ethnic minority groups to augment the external validity and

cultural competence of a treatment study.

Conference presented at Second Aging and Society: An Interdisciplinary Conference. Development of a culturally sensitive intervention for active aging: Preventing health decline and increasing participation, Vancouver, CA, November 6, 2012.

Conference presented at 13th RCM International Symposium on Health Disparities 2012, Developing ecological validity for preventive interventions in aging, San Juan PR, December 9, 2012.

Conference presented at 93rd American Occupational Therapy Association Annual Conference and Expo, 2013, Achieving ecological validity for occupation-centered preventive intervention, San Diego, California, April 25, 2013.

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

References

Bonder, B. R., Martin, L, & Miracle, A. W. (2004). Culture emergent in occupation. *American Journal of Occupational Therapy*, 58, 159-168.

U.S. Department of Health & Human Services Office of Minority Health. (2012). What is cultural competency? Retrieved from <http://minorityhealth.hhs.gov/templates/browse.aspx?lvl=2&lvlid=11>



2do Congreso de Salud Mental para Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico 2013: El Modelo del Río (KAWA Model)

Iveliz Vázquez Hernández

El viernes 15 de noviembre de 2013, se celebró el Segundo Congreso de Salud Mental para Profesionales de Terapia Ocupacional en Puerto Rico. El evento tuvo lugar, en las instalaciones del San Juan Aging Center, del Municipio de San Juan, en Río Piedras. El Anfiteatro abrió sus puertas a las 7:00 de la mañana y desde entonces fueron llegando decenas de colegas, curiosos por descubrir de qué se trataba el Modelo del Río. Luego del registro correspondiente, los asistentes pudieron pasar por las diferentes estaciones interactivas (alusivas al tema del Congreso), participar de los juegos, obtener premios, material promocional y folletos informativos. El ambiente era uno de encuentros, entusiasmo y camaradería. Un hermoso río atravesaba parte del salón donde muchos se tomaron una foto conmemorativa del evento.

Una vez comenzado el curso educativo, se logró reunir a alrededor de 100 colegas, de toda la isla. Entre estos, académicos y jubilados de nuestra profesión. Además, se dieron cita, terapeutas de cada escenario clínico: pediatría, salud física, geriatría y salud mental. Trabajaron como voluntarios un total de 42 estudiantes de la Universidad de Puerto Rico - Humacao, la Universidad Interamericana - Ponce y la Universidad de Puerto Rico - Recinto de Ciencias Médicas, un grupo de colaboradores y 7 afanados miembros del Comité Organizador. Una prueba más de que trabajando en equipo se puede llegar lejos. Cabe destacar, que en esta ocasión, nos acompañaron la Presidenta del Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico, la Presidenta del Comité de Educación Continua y la Presidenta de la Comisión de Relaciones Públicas y Servicios a la Comunidad del Colegio. Muchas

gracias por estar presentes y por el apoyo brindado.

El Dr. Arnaldo Cruz introdujo los conceptos del Modelo, presentó el libro de texto y la hermosa historia detrás del Modelo del Río y su autor el Dr. Michael Iwama. El propio Dr. Iwama, en un video de bienvenida, agradeció que se le haya dedicado todo un día a la presentación de su Modelo. Estableció que con esta iniciativa Puerto Rico está a la vanguardia de la profesión en la diseminación mundial del Modelo. Cabe destacar que este Modelo está incluido en la más reciente edición del libro de Willard and Spackman's en el capítulo de Teorías Emergentes, así como en la reciente publicación del American Journal of Occupational Therapy del mes de octubre 2013. Con este hecho queda claramente establecido que se está compartiendo con la clase profesional los temas más actualizados dentro de la salud mental en la profesión. En las palabras del propio Dr. Iwama, "Un hermoso río cruza hoy a Puerto Rico".

La audiencia se mantuvo atenta a las distintas presentaciones de los conferenciantes como la Prof. Mariangie Garay, las terapeutas Silkia Báez, Ana Rodríguez, Anabelle Nieves y esta servidora, así como de las apreciadas compañeras del Programa de Maestría en Terapia Ocupacional del Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico, Daili Llavona (Clase 2013), Graciela Ramírez, Glorylis Ruiz y Angélica Rodríguez (Clase 2014). También disfrutaron de la jocosidad educativa de las Kawacápsulas Informativas a cargo de los estudiantes de segundo año del Programa de Maestría de Terapia Ocupacional (Clase 2015), supervisados por el Dr. Arnaldo Cruz. Además, los participantes tuvieron la oportunidad de poner en práctica las estrategias de



evaluación e intervención propuestas durante la actividad educativa.

Se realizaron ejercicios grupales, donde se experimentó la danzaterapia, a cargo de la terapeuta Aleya Ginés, y practicamos la meditación de conciencia plena (“mindfulness meditation”). Luego que la audiencia dibujara sus ríos y analizara las maquetas de los pacientes de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción, se logró descifrar toda la información clínica que se puede obtener de este Modelo. Se utilizaron variedad de imágenes y sonidos para presentar los elementos del Modelo: el río (flujo vital), las paredes y lecho (entorno), las rocas (obstáculos) y los troncos (fortalezas y áreas a desarrollar de la persona). Se logró destacar la importancia del flujo vital en el bienestar del individuo y conocer el rol del terapeuta al crear los espacios necesarios para que la energía continúe fluyendo.

Cada uno de los participantes salió del Congreso con las manos llenas de estrategias y sus mentes renovadas. No

tan solo por los regalos, recordatorios o arbolitos para la siembra que recibieron; sino por las nuevas herramientas de conocimiento que podrán utilizar para la recuperación de sus pacientes, clientes y consumidores. De igual forma, pudieron adquirir las hermosas serigrafías conmemorativas del evento.

Compañeros, misión cumplida por segundo año consecutivo. Contamos con ustedes el próximo año 2014 para que sean parte del Tercer Congreso de Salud Mental para Profesionales de Terapia Ocupacional. Se necesitan personas que se unan a esta iniciativa, profesionales que deseen compartir sus experiencias clínicas y de servicio. Así que, comuníquese con el Comité Organizador y únase a la Corriente de la Recuperación. “Yo soy el Río...Nosotros Somos el Río... ¿Y tú?”

Iveliz Vázquez Hernández, MPH, OTL
Hospital Pavia Behavioral
Zilevi1@yahoo.com
(787) 641-2323



How OT can help dealing with Urinary Incontinence

Madeline Feneque

Abstract

An essential need of humans is to be independent, especially when it comes to personal matters of self care and hygiene. Moreover, being able to continue with daily activities, choices, and social participation are all important to maintain a person's quality of life. Urinary incontinence can affect life in many detrimental ways. It affects people of all ages, though mostly older people. Along with the inconvenience and embarrassing aspects of the condition are negative social and medical effects that impact clients. It is important that people know about treatment for incontinence so they can maintain their independence for as long as possible. Occupational Therapists need to know about the effects of urinary incontinence and the different alternatives that we can provide to treat incontinence in order to improve clients' quality of life.

Urinary Incontinence is loss of bladder control and is typically related to bladder dysfunction, weakness of the pelvic floor or bladder muscles, neurologic disease, previous pelvic surgery, or urinary tract obstruction (Medline Plus, 2013). According to the National Association for Continence, urinary incontinence affects 200 million people worldwide. One in eight Americans has been diagnosed with this condition and incontinence affects more woman than men. Searching for information about the condition gives the client an idea of what to expect and where he or she can find medical assistance. The following are basic types of urinary incontinence diagnosed by doctors: Urge incontinence, Stress incontinence, Functional incontinence, Overflow incontinence, and Mixed Incontinence (Roccio & Nelson, 2008).

A frequent, sudden urge to urinate along with little control of the bladder



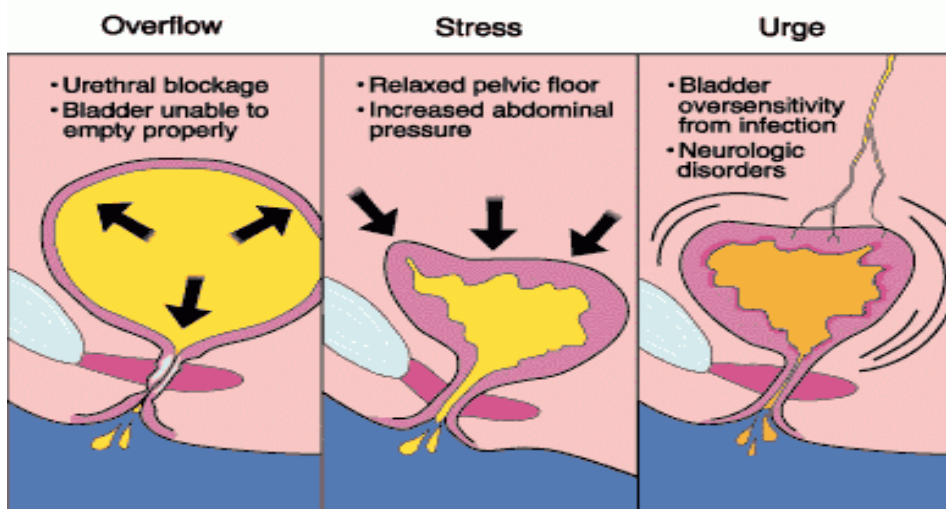
(especially when sleeping, drinking, or listening to running water) is known as urge incontinence. This condition is also known as spastic bladder, overactive bladder or reflex incontinence. Urge incontinence is marked by a need to urinate more than seven times daily or more than twice nightly. It is most common in older adults. It also may be a symptom of a urinary infection in the bladder or kidneys, or may result from injury, illness or surgery. People with stress incontinence involuntarily leak urine while exercising, coughing, sneezing, laughing or lifting. During these activities, sudden pressure to the bladder causes urine to leak. Stress incontinence is the most common type of incontinence among women. It may be due to weakened pelvic muscles, weakening in the wall between the bladder and vagina, or a change in the position of the bladder. In many cases, the condition develops as a result of pregnancy and childbirth. Functional incontinence is the most common type among older adults with arthritis, Parkinson's disease or Alzheimer's disease. These people are often unable to control their bladder before reaching the bathroom due to limitations in moving, thinking or communicating. People with overflow incontinence cannot completely empty

their bladders. A constantly full bladder triggers frequent urination or a constant dribbling of urine, or both. This type of incontinence is often caused by bladder muscles weakened as a result of nerve damage from diabetes or other diseases. It can also occur when the urethra is blocked due to kidney or urinary stones, tumors, an enlarged prostate in men, female bladder surgery that is too tight, or a birth defect. Some people experience two types of incontinence simultaneously, typically stress incontinence and urge incontinence. Mixed incontinence is most commonly found in women. What causes the two forms may or may not be related (Mayo Clinic, 2013).

Urinary incontinence is an issue that often remains silent. Negative emotions such as shame, frustration, anxiety, depression, and low self-esteem prevent people from seeking help. Furthermore, skin problems, poor physical health, and effects on sexual intimacy are other consequences of incontinence (Leaver, 2011). There are also some myths related to the condition. People usually think: "this comes as part of aging"; however, although urinary incontinence increases with age, it is not necessarily part of normal aging. Additionally, we cannot fail to mention that some falls in older people that result from nighttime urinary urgency; and as has been documented, injuries and incontinence often go hand-in-hand (Chiarelli et al, 2009).

It's important to find medical help, but occupational therapists, as part of the health interdisciplinary team, are able to start the assessment process regardless of the client's treatment level, in order to improve client participation in meaningful activities independently, confident and safely (St John, Wallis, McKenzie & Griffiths, 2007). Guided by the Occupational Therapy Practice

Types of Incontinence



References

American Occupational Therapy Association. (2008). Occupational therapy practice framework: Domain & process (2nd ed.). American Journal of Occupational Therapy, 62, 625-683.

Chiarelli, P. E., Mackenzie, L. A., & Osmotherly, P. G. (2009). Urinary incontinence is associated with an increase in falls: a systematic review. Australian Journal of Physiotherapy, 55, 89-95.

Department of Health, National Institutes of Health. (2013). Urinary Incontinence. Retrieved from <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/urinaryincontinence.html>

Mayo Clinic Health Information. (2013). Retrieved from <http://www.mayoclinic.org/urinary-incontinence/types.html>

National Association for Incontinence. (2008). Facts and statistics. incontinence, nocturia, enlarged prostate, and prolapse information. Retrieved from <http://www.nafc.org/index.php?page=facts-statistics>

Riccio, L. & Nelson, S. (2008). Urinary incontinence: A barrier to meaningful days. Gerontology Special Interest Section Quarterly, 31(4), 1-2. Retrieved from <http://www.iaota.org>

St John, W., Wallis, M., McKenzie, S., & Griffiths, S. Department of Health and Ageing. (2007). What now? Helping clients live positively with urinary incontinence. Research Centre for Clinical & Community Practice Innovation, University Gold Coast Campus. Retrieved from <http://bladderbowel.gov.au/assets/doc/helpingclients.pdf>

Vorvick, L. (2012, June). Pelvic floor muscle training exercise. Retrieved from <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/003>

Framework: Domain and Process 2nd edition, OT practitioners can identify strategies to direct the process of intervention based on the client's needs in order to actively participate in areas of occupation (AOTA, 2008).

Then, how can OTs help patients dealing with urinary incontinence? Here are some recommendations for use with clients to support their engagement in everyday activities:

- Provide the client with information about the condition, and where they can find medical advice.
- Help the client to set a schedule for toileting that accommodates activity participation in the client's daily routine.
- Recommend grooming techniques to avoid skin problems (e.g., change the undergarment regularly to maintain good skin integrity)
- There are different types of undergarment that client can use. Provide appropriate recommendations to avoid noticing the undergarment through clothing, and help the client maintain dignity.
- Help the client to choose type of clothes easy to handle (e.g., skirts for women).

- Prevent falls in older adults by providing education about furniture accommodation. During the night, a bedside commode and a night light can be helpful.
- Pelvic floor muscle training exercises can help strengthen the muscle under the uterus, bladder, and bowel. This exercise can help both men and woman (Vorvick, 2012). These exercises are used mostly when stress incontinence is diagnosed.

It is important to clarify that any modality of treatment depends on client's performance skills, performance patterns, and activity demand necessary to engage in areas of occupation (American Occupational Therapy Association, 2008). To conclude, urinary incontinence can happen to everyone at any moment; sometimes, during physical activities, or when coughing or sneezing. Other times, incontinence occurs because mobility or dexterity are impaired. Occupational therapy practitioners are able to provide different alternatives for clients to take care of incontinence in order to improve quality of life.

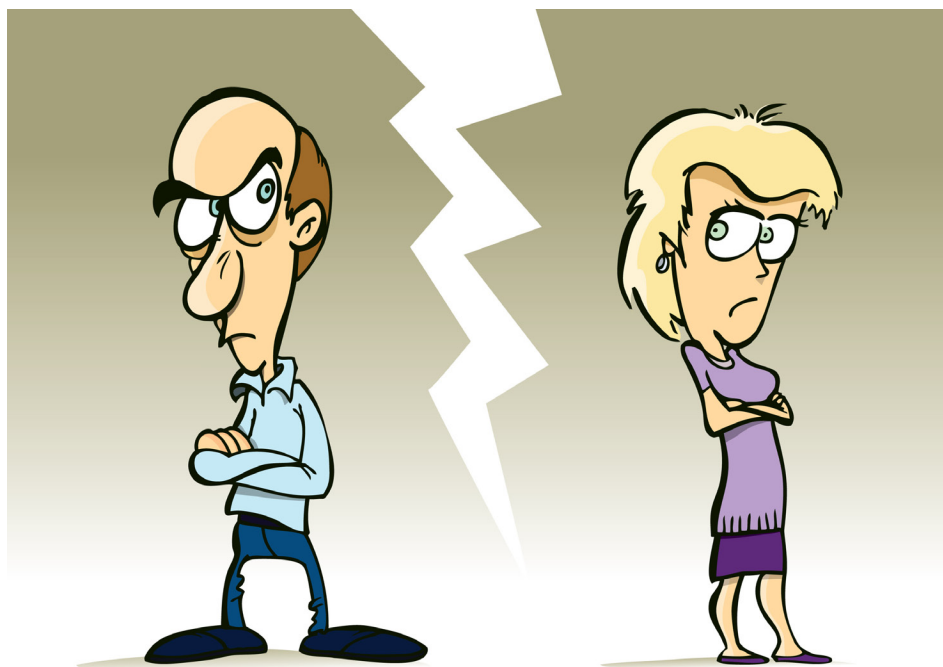
Madeline Feneque, MA, OTR/L
 Certified in Physical Agent Modalities
 Genesis Healthcare
madeline.fenequecaro@genesishcc.com

El divorcio después de los 65 años

Luz A. Muñiz Santiago

En Puerto Rico las estadísticas oficiales sobre la cantidad de divorcios cada año se acercan a los 14,000 divorcios. Para el año 2010 la cifra total de divorcios fue de 13,913 según los datos recopilados por la Oficina de Administración de los Tribunales de Puerto Rico. En los últimos años se ha observado el aumento en los divorcios en parejas de más de sesenta años, y por ende en matrimonios con más de veinte años de vida en pareja. Hasta hace pocos años no era común que las personas mayores de sesenta años decidieran poner fin a su matrimonio. En épocas anteriores los aspectos religiosos, sociales y económicos hacían muy difícil que un matrimonio decidiera romper una relación de muchos años. En la actualidad la independencia económica lograda por la mujer, así como normas morales y sociales más flexibles han facilitado el aumento en los divorcios en parejas de adultos mayores.

Las razones que muchas veces llevan a estos matrimonios a tomar la decisión de divorciarse pueden ser muchas, entre ellas, la monotonía en las relaciones, la ausencia de actividades y proyectos en común entre la pareja, la jubilación y el que los hijos abandonan el hogar para hacer su vida forma independiente (conocido como el Síndrome del Nido Vacío). A veces las parejas se enfocan demasiado en sus hijos y en la familia, descuidando y olvidando la importancia que tiene mantener y desarrollar la relación de la pareja. Esto trae como consecuencia que la pareja de adultos mayores se vea obligada a experimentar una convivencia mucho más intensa y cercana que en los años de su juventud. Hasta entonces, los problemas y áreas de tensión entre la pareja podían que dar disfrazados por la multiplicidad de responsabilidades y actividades relacionadas primariamente al trabajo remunerado y a la crianza

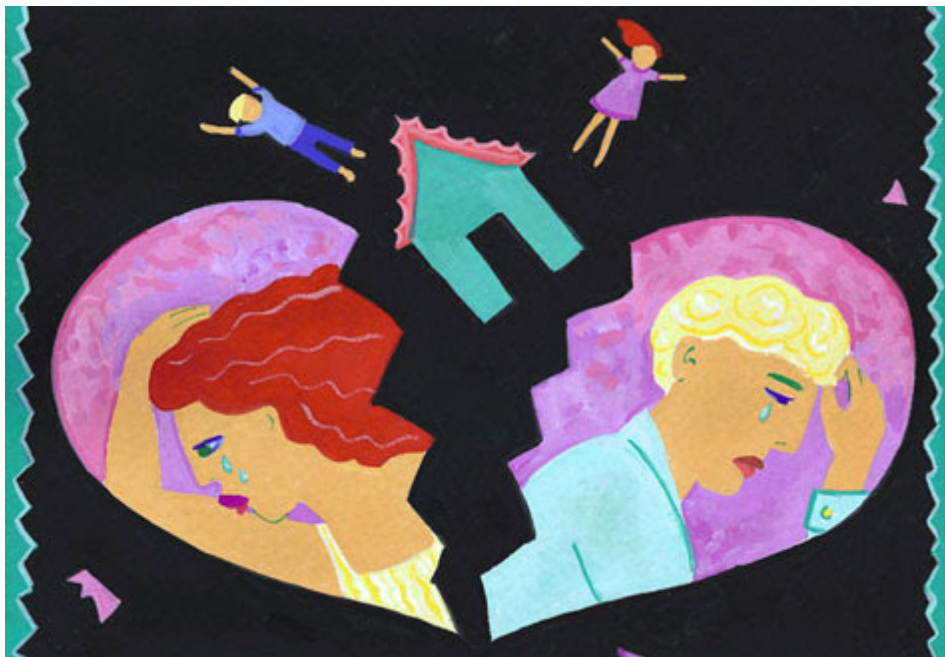


de los hijos, asociadas a los roles y ocupaciones típicas de esa etapa. Al no estar presentes estos dos elementos se ponen de manifiesto muchos de los roces y las tensiones entre dos personas que estaban acostumbrados a compartir principalmente en aspectos relacionados a los roles de trabajador y de madre o padre. Según algunos psicólogos clínicos los divorcios en las personas adultas cuyos hijos ya se han independizado puede deberse al hecho de estos no tener que mantener la estructura familiar, lo que les da libertad para tomar la decisión de la ruptura matrimonial si su relación no era de calidad. Basado en esto las parejas entienden que la separación o divorcio es lo más conveniente para la ellos.

Sin embargo un divorcio siempre se considera una de las experiencias más difíciles que puede vivir una persona. Esto está evidenciado en diversos estudios científicos, que revelan que

en comparación con la muerte de un ser cercano, el divorcio o separaciones el segundo evento que produce mayor tensión en la vida, no importa a la edad que ocurre. Por esta razón se recomienda a las parejas de adultos mayores que estén considerando el divorcio como una opción, reflexionar a nivel individual y de pareja sobre su relación y de las expectativas que tiene cada uno de la relación de pareja en esta nueva etapa de su ciclo de vida. Tomar esta decisión nunca es fácil, pero siempre se recomienda acercarse a un profesional de ayuda, experto en este grupo de población, antes de tomar una decisión final.

Pero la manera en que un divorcio o separación afecta al adulto mayor se puede manifestar de diferentes formas. En un estudio realizado en Finlandia con 1,400 personas se concluyó que quienes habían enviudado o se habían divorciado en la edad madura y habían permanecido



Entre los áreas de ocupación que son de importancia para este proceso de planificación se encuentran aquellas relacionadas con el uso del tiempo libre, el juego, la educación y la participación social, entre otras. En la medida en que se re establezca el balance apropiado entre las mismas, el adulto mayor divorciado podrá mantener y aumentar su grado de bienestar y calidad de vida, y continuara portando de manera productiva y pro activa dentro de la sociedad donde se encuentra insertado. La diferencia está en visualizar la experiencia del divorcio después de los 65 años como una oportunidad que nos ofrece la vida para emprender nuevos desarrollos e intereses o retomar aquellos que tuvieron que ser dejados a un lado en un momento dado de la vida.

solos durante muchos años tenían un riesgo tres veces mayor de mostrar deterioro cognitivo en comparación con aquellos adultos mayores que volvieron a contraer matrimonio o convivían con alguien. En otro estudio llevado a cabo en Australia, se demostró que la tensión y el sentido de malestar provocado por el divorcio duraba más tiempo si la persona no tenía una nueva pareja. Las mujeres divorciadas que permanecían sin pareja mostraban más deteriorado su estado físico en general, su vitalidad y su salud mental, al compararlas con los hombres en la misma condición.

La actitud que asuma y las acciones que tome el adulto mayor después de

un divorcio son determinantes para continuar viviendo su vida a plenitud, y al máximo de su potencial y capacidad. Aunque siempre surgen dudas acerca de cómo enfrentar la soledad, y los cambios diversos que trae un divorcio, como lo son cambio de residencia, pérdida de amistades y limitación en los recursos económicos, entre otros, estos no deben ser impedimento para que el adulto mayor planifique y organice su vida dentro de esta nueva realidad. Se recomienda que la persona desarrolle un plan de acción a tono con los roles y actividades típicas en su vida (ocupaciones) que sean de su interés, y que lo caracterizan como un ser productivo dentro de la sociedad.

Dra. Luz A. Muñiz Santiago, OTR/L, GCG. La autora es Catedrática del Programa de Maestría en Terapia Ocupacional, Recinto de Ciencias Médicas, UPR y Presidenta de la Comisión de Publicaciones del CPTOPR
 luz.muniz1@upr.edu
 (www.cptopr.org)

Referencia

Informe anual de estadísticas vitales de PR, www.aota.org,
<http://portaldoenvelhecimento.org.br/noticias/comportamento/divorcio-en-la-vejez.htm>



Mochilas Saludables 2013

Samantha Zayas

Estudios han demostrado que hay una preocupación entre niños, padres y profesionales de la salud acerca del uso de mochilas pesadas y su potencial de provocar dolor en los hombros, cuello y espalda, como también deformidades espinales (Mackenzie et al., 2003). Otras investigaciones han concluido que a mayor peso de la mochila, mayor es la falta de balance del cuerpo, lo cual aumenta la probabilidad de caídas (Pau & Pau, 2010). La cantidad de peso que se carga y el método de cargar la mochila puede incidir en riesgo de daños a la espina dorsal (Hong, Tik-Pui Fong, Xian Li, 2011).

Es por esto que organizaciones como la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA, por sus siglas en inglés) han identificado una serie de características que contribuyen a definir lo que es una “mochila saludable”. Entre tales factores, se indica, por ejemplo, que el peso de la mochila con los libros no debe exceder el 10% del peso corporal del estudiante. Además, para disminuir el peso de la mochila, los libros más pesados deben colocarse contra el espaldar de la mochila, seguidos por los más livianos (AOTA, 2013). También, el diseño más adecuado de una mochila para un estudiante es una donde tanto el espaldar como las correas de los hombros estén acolchonadas y quedan ajustadas a la espalda (AOTA, 2013). Este diseño evita una mayor curvatura de la espina dorsal y disminuye el dolor de espalda, hombros y cuello (AOTA, 2013).

Los estudiantes de segundo año de Maestría en Terapia Ocupacional del Recinto de Ciencias Médicas, en colaboración con algunos facultativos, realizaron la actividad titulada “Mochilas Saludables 2013” en el Colegio Marista, en Guaynabo. Un total de 98 estudiantes de cuarto grado participó de la actividad, la cual se realizó como parte de su clase de Salud Escolar. El propósito de la actividad fue explicarles a los estudiantes lo que es una mochila saludable y enseñarles maneras de cómo convertir

su mochila de uso diario en una saludable. La actividad fue diseñada bajo los enfoques de educación y promoción de la salud; ambos parte del marco de trabajo de Terapia Ocupacional.

El diseño de la actividad incluyó una bienvenida, en la que se dramatizó brevemente una conversación acerca de los beneficios de las mochilas saludables, al igual que los daños a la salud que causan las mochilas que no son saludables. Luego, todos los estudiantes tuvieron la oportunidad de participar de las siguientes tres estaciones:

1. Diseño Adecuado y Colocación Correcta de la Mochila - En esta estación se les demostró el diseño adecuado de una mochila, se les indicó la manera correcta de colocarse la mochila y se les enseñó cómo ajustar las correas de la mochila para poder cargarla a la altura adecuada.
2. Organización Correcta de los Libros en la Mochila - Se les enseñó cómo organizar correctamente los libros dentro de la mochila, así como también otros objetos, por ejemplo, las cartucheras, para lograr una mejor distribución del peso de la mochila. También, se dividió a los estudiantes en grupos pequeños para participar de una competencia en la que el equipo ganador era el que empacara la mochila correctamente en el menor tiempo posible.
3. Pesaje de Mochilas- Se pesó a cada estudiante y a sus mochilas para enseñarles cómo calcular si el peso de su mochila era o no adecuado.

La actividad finalizó con una breve sesión en la que los estudiantes pudieron compartir su opinión acerca de la actividad y expresar lo que aprendieron. Además, se le entregó a cada uno un sobre con toda la información discutida en la actividad y material de interés para sus padres. Entre los documentos entregados, había una tarea en la que cada estudiante, con la ayuda de sus

padres, debía calcular si su mochila era saludable o no. Estos datos se analizaron y de acuerdo a ellos, se brindaron recomendaciones a los directores de la escuela, a fin de promover el uso de mochilas saludables durante el año escolar.

Se agradece el apoyo recibido por los profesores y compañeros estudiantes de la Clase 2015 de la Maestría en Terapia Ocupacional del Recinto de Ciencias Médicas. Gracias a su compromiso con la profesión, la actividad fue un éxito. Igualmente, se agradece la disponibilidad y entusiasmo mostrado hacia esta iniciativa por parte del Colegio Marista. La Asociación Americana de Terapia Ocupacional ha hecho accesible en su página cibernética lo necesario para realizar esta actividad, por ejemplo, material informativo para padres y estudiantes, logo oficial y ejemplos de cómo se puede llevar a cabo, por lo que invitamos a todos los Terapeutas Ocupacionales y estudiantes de Terapia Ocupacional a hacer el compromiso de promover la salud a través de actividades que destaquen lo que nos hace únicos: ¡la ocupación!

Samantha Zayas, OTS

samantha.zayas@upr.edu

Colaboradores: Keyla Benítez, OTS, Jennifer Jiménez, OTS, Natalia Rosado, OTS, Ivonnelys Soto, OTS, Víctor Torres, OTS.
Programa de Maestría en Terapia Ocupacional
Recinto de Ciencias Médicas
Universidad de Puerto Rico

Referencias

American Association of Occupational Therapy (2013). Backpack Strategies for Parents and Students. Retrieved from: <http://www.aota.org/~media/Corporate/Files/Backpack/Backpack%20Strategies%20for%20Parents%20%20Students.ashx>

Hong, Y., Tik-Pui Fong, D., Xian Li, J. (2011). The effect of school bag design and load on spinal posture during stair use by children. *Ergonomics*, 54: 12, 1207-1213.

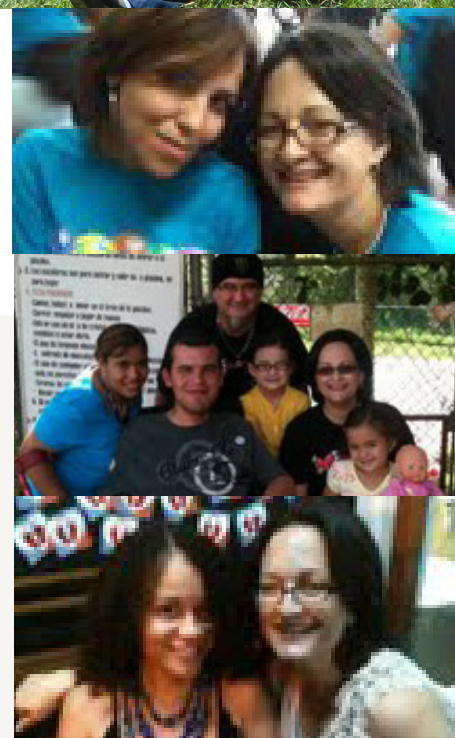


El voluntariado como expresión de vida

Aixa M. Rodríguez

Si me preguntan si existe alguna actividad que me haga sentir útil y que me enseñe el verdadero significado de la palabra servicio, mi respuesta es sí; el voluntariado. Fue en el 1997 cuando comencé como voluntaria de los campamentos de verano de la Asociación de la Distrofia Muscular (MDA) y un año más tarde en el Campamento Sin Paredes donde se ofrece oportunidades recreativas a personas mayores de 18 de años de cualquier limitación física. Para mi, trabajar en la organización del Campamento Sin Paredes me llena de satisfacción. Convertirme en las manos y las piernas de una persona con limitaciones, conocer sus necesidades y ponerme en sus zapatos ha sido para mí una gran experiencia de vida. A veces nos quejamos por cada tontería y ni pensamos en los demás. Luego de cada campamento, basta con una sonrisa, un abrazo o un lindo mensaje de texto de parte de algunos de mis amigos con

limitaciones para recargar baterías y comenzar el camino hacia el próximo año. Pertenecer a la gran familia del Campamento Sin Paredes me ha dado las herramientas necesarias no solo para ser mejor voluntaria día a día, sino ser profesional en el campo de la salud y mejor ser humano. El poder enseñarle a mis hijas el valor del servicio al necesitado y observarlas compartiendo con los participantes del campamento es una sensación indescriptible. Esas cosas no se aprenden en ningún libro, simplemente se viven y se llevan en lo más profundo de nuestro ser. A mis colegas Terapeutas Ocupacionales les digo que si le es posible se unan a una de las muchas entidades que dependen del trabajo voluntario para subsistir y lograr sus metas. Nada en el mundo se compara con la satisfacción de una buena labor realizada y con entender que cuando se brinda ayuda y se sirve a otros, todo es posible.



Aixa M Rodríguez OTL
Supervisora de Terapias Ocupacionales
Hospital San Gerardo
aixamilagros@gmail.com

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