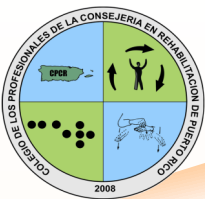


ENERO - MARZO 2013

C



NTACTUM

VOLUMEN 5 NO. 4

Boletín Informativo Oficial

Colegio de los Profesionales de la Consejería en Rehabilitación de Puerto Rico, Inc.

Rehabilitación y Salud Mental



BOLETÍN PREPARADO POR LA COMISIÓN DE PUBLICIDAD DEL CPCR

CONTENIDO

Sección	Páginas
Convocatoria de la Quinta Asamblea General de Colegiados	3
Convocatoria Contactum Abril-Junio 2013 / Comisión de Publicidad Informa	4
Rehabilitación y Salud Mental	5
Leyes y Conceptos Relacionados a la Salud Mental Aplicables a Puerto Rico	6
Directorio de Recursos y Servicios Relacionados a la Salud Mental	7
El Profesional de la CR: Pieza Clave en la Atención de la Salud Mental de Estudiantes Universitarios	8
Salud Mental y Sexualidad	9-10
Salud Mental en Viejos	10-11
El Consejero en Rehabilitación y el Trastorno Bipolar	12-14
Teoría Social Cognitiva de Carreras y su Aplicación en Adultos con Incapacidades Psiquiátricas	15-17
Rehabilitación Psiquiátrica y Recuperación... de un pájaro las dos alas	17-19
Rehabilitación y Salud Mental: Reflexión desde la Perspectiva de una Estudiante	20-21
Casa Abierta de la Escuela Graduada de Consejería en Rehabilitación UPR-RRP	21
Orientación de la Junta Examinadora de Consejeros en Rehabilitación	22
Ceremonia de Iniciación AECORE / Simposio de Investigación en AT / Iera Conferencia Anual Red DD	23
Asamblea Extraordinaria del CPR / Historia de Éxito: Artista Sin Barreras	24
Formulario de Inscripción Convención CPR 2013	25
Visión CPR 2013	26
Miembros de la Junta Directiva y Comisiones Permanentes / Información de Contacto	27
Hoja Promocional de la Asamblea	28

El presente boletín es una publicación oficial del Colegio de los Profesionales de la Consejería en Rehabilitación (CPCR) de Puerto Rico

Desarrollado por la Comisión de Publicidad del CPR

Diseño: Lcdo. Josué Giménez Santana, MRC

Edición: Arelis M. Soto Santiago & Josué Giménez Santana

Miembros

Lcda. Marie Lee Loperena, MRC
 Lcda. Norma L. Rosa Muñoz, MRC
 Lcda. Denisse Díaz Alvarado, MRC
 Lcda. María del C. Rodríguez MRC
 Lcdo. Josué Giménez Santana, MRC

Vacantes Disponibles



Colaboradores

Isabel Lebrón Rosa - UCB
 Isairy Rodríguez Román - UPR Ponce
 Zulmary Larregui Dennis - UPR-RP
 Arelis M. Soto Santiago - UPR-RP
 Marisabel Ortiz Robles - UPR-RP
 Luis Capestany Cruz - UPR-RP

CONVOCATORIA DE LA ASAMBLEA GENERAL

31 de enero de 2013

A TODOS LOS CONSEJEROS Y CONSEJERAS EN REHABILITACIÓN DEL COLEGIO DE LOS PROFESIONALES DE LA CONSEJERÍA EN REHABILITACIÓN DE PUERTO RICO INC. :

Conforme dispone el Reglamento de nuestro Colegio en el Capítulo VII, Artículo III y cumpliendo con las disposiciones de la Ley # 160 de 16 de agosto de 2006, según enmendada, "Ley del Colegio de los Profesionales de la Consejería en Rehabilitación de Puerto Rico", en el Artículo 9, Inciso (b), por la presente les convocamos oficialmente a la celebración de la Quinta Asamblea General de Colegiados que se llevará a cabo;

Día: Jueves, 21 de marzo de 2013

Hora: Comenzando a las 8:00 de la mañana

Lugar: Wyndham Rio Mar Beach, Río Grande

6000 Rio Mar Boulevard

787-888-6000 / 1-877-636-0636

La Asamblea General de Colegiados es la autoridad máxima de nuestro Colegio y sus decisiones son obligatorias para todos los colegiados presentes y ausentes, su Junta Directiva y Comisiones. No serán considerados para quórum, ni pueden participar en la sesión administrativa, los invitados, estudiantes, Consejeros en Rehabilitación no colegiados y aquellos colegiados que no estén al día en sus cuotas. Todo Colegiado tiene el derecho de asistir y participar democráticamente de los trabajos. El voto no es delegable, ni se puede ejercer por apoderado. Sólo el colegiado en persona puede participar.

Encarecidamente, solicitamos que confirmen su participación a tiempo. Es importante para nuestra planificación. El hotel nos pide un estimado de personas que asistirán para la preparación de alimentos y acomodos. Queremos un buen servicio y la confirmación es parte de ello. Pueden hacerlo a través del e-mail del Colegio: cpcr.pr@gmail.com; el Teléfono: 787-751-2280 / Fax: 787-754-5800 o a través de los miembros de la Junta Directiva o de la Comisión de Convención y Actividades Especiales.

Cordialmente,

Lcda. Dalila Luyanda Santiago, MRC, CRC

Presidenta

CPCR de PR, Inc.



Lcda. Josefina Vélez Berríos, MRC

Presidenta

Comisión de Convención

CONVOCATORIA CONTACTUM ABRIL-JUNIO 2013

Profesionales Profesores y Estudiantes de Consejería en Rehabilitación de Puerto Rico

Les extendemos una cordial invitación a publicar artículos y diversas colaboraciones en nuestro próximo **Boletín Contactum Edición Abril-Junio 2013**.

* Tema Central: **Diversidad Profesional**

* Fecha Límite para entrega de artículos y colaboraciones: **Viernes, 15 de marzo de 2013**

El boletín abarca una gran variedad de temáticas, poblaciones y escenarios donde se practique la Consejería en Rehabilitación. Esta edición pretende integrar y mostrar los diversos componentes que hacen de nuestra profesión una holística y abarcadora. Cualquier tema relacionado a nuestra profesión es bienvenido. Asuntos como roles y funciones, identidad profesional, historia, ética, técnicas, teorías, escenarios, poblaciones, especialidades y controversias contemporáneas son solo algunos ejemplos. Esto incluye la experiencia tanto de colegas en la práctica profesional como de profesores y estudiantes en sus cursos, prácticas e internados. Toda colaboración debe ser enviada al siguiente correo electrónico: publicidad.cpcr@gmail.com. Si desea revisar nuestra Guía Básica de Publicación visite la siguiente dirección: <http://cpcr.webs.com/boletininformativo.htm>



Diversidad Profesional

Cordialmente,

Lcdo. Josué Giménez Santana, MRC
Presidente
Comisión de Publicidad

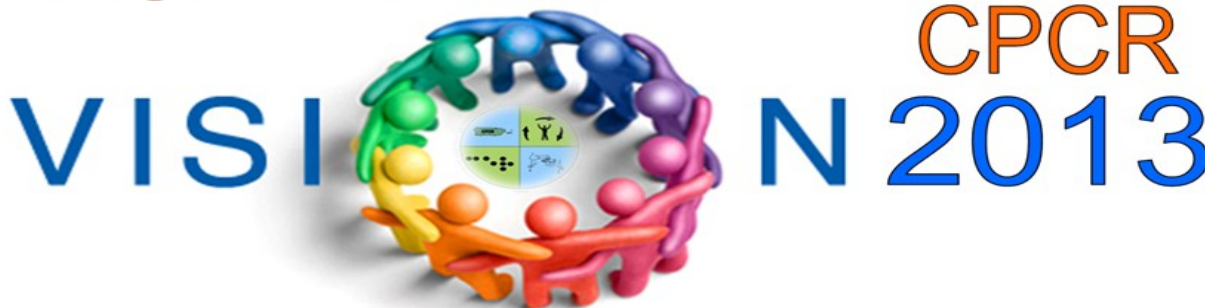
Lcda. Dalila Luyanda Santiago, MRC, CRC
Presidenta
CPCR de PR, Inc.

COMISIÓN DE PUBLICIDAD INFORMA

El pasado lunes, 14 de enero de 2013, la Lcda. Dalila Luyanda y el Lcdo. Josué Giménez en representación del CPCR, firmaron contrato con la empresa puertorriqueña PR@MAX para la creación y desarrollo de una **nueva página web** para nuestro Colegio. Esperamos que con esta iniciativa logremos una mayor visibilidad profesional y continuemos mejorando los servicios que ofrecemos a nuestros colegiados y la comunidad.

La labor continua que realiza la Comisión de Publicidad de informar y documentar los acontecimientos de nuestra profesión requiere de mentes creativas y manos comprometidas. Necesitamos colaboradores/as en las áreas ilustradas en la imagen adjunta. Desarrollar visibilidad profesional y presencia social nos beneficia a todos/as. Si deseas que nuestras oportunidades aumenten, ayúdanos a hacerlo realidad. Tus ideas y talentos son la clave para darnos a conocer y alcanzar el respeto que merecemos como clase profesional.

Colega únete a nuestra



Boletín | Revista Profesional | Correo Electrónico | Redes Sociales | Página Web

Escríbenos a: publicidad.cpcr@gmail.com

REHABILITACIÓN Y SALUD MENTAL

Lcdo. Christian Wiscovitch Rivera, MRC, CRC

Egresado de la Pontificia Universidad Católica de Ponce

Contacto: regen4218@hotmail.com

El campo de la salud mental es muy abarcador y ha ido evolucionado a través de los años. En un principio, los trastornos de salud mental eran catalogados como apariciones demoníacas en las personas que proyectaban un comportamiento diferente a la norma. Lamentablemente, las personas diagnosticadas con trastornos de salud mental, históricamente, han sido estigmatizadas y discriminadas (Garske 1999). No obstante, a pesar de los esfuerzos del gobierno federal y otras instituciones, las personas diagnosticadas con alguna condición de salud mental representaron una tasa de desempleo de 85% de los Estados Unidos. Igualmente, registraron un mayor nivel de desempleo en comparación con personas que tienen otro tipo de impedimentos (Lee, Chronister, Tsang, Ingraham y Oulvey, 2005).



En Puerto Rico, la accesibilidad e igualdad de oportunidad para obtener empleo de las personas con impedimentos es una de las labores principales de los Consejeros en Rehabilitación. Asimismo, en los escenarios laborales de la Administración de Rehabilitación Vocacional, Administración de Veteranos, Seguro Social y otros proveedores servicios de rehabilitación; los Consejeros en Rehabilitación trabajan con personas con impedimentos físicos y psiquiátricos. No obstante, recientemente fue que se incluyó al Consejero en Rehabilitación como uno de los profesionales cualificados en la provisión de servicios a las personas con discapacidades psiquiátricas, bajo la Ley 408 de Salud Mental del 2000 (enmendada en el 2012). Además, es importante destacar el esfuerzo realizado por el Colegio de los Profesionales de la Consejería Rehabilitación (CPCR) de Puerto Rico para que se enmendara dicha ley.



En los Estados Unidos se ha desarrollado con gran auge el campo de Rehabilitación Psiquiátrica. Según Falvo (2009), es un modelo interdisciplinario que se enfoca en que los individuos con discapacidades psiquiátricas desarrollen su nivel óptimo de funcionamiento a nivel educativo, vocacional y residencial. Lo anterior se logra a través del manejo de síntomas, mediante la creación de programas basados en evidencia científica. Dado esto, según Salyersa, McGuirea, Bondd, Hardine, Rollinsa, Hardinge, Hardin y Haines(2008), uno de los modelos de mayor efectividad en el campo de la Rehabilitación Psiquiátrica es el *Individual Placement Supported (IPS)*. Dicho modelo propone que el consumidor obtenga un empleo lo más pronto posible sin un pre-adiestramiento vocacional extenso y combina los aspectos vocacionales con la salud mental.

En Puerto Rico sería propicio que se pudiera investigar la efectividad de los modelos de Rehabilitación Psiquiátrica en comparación con los modelos tradicionalmente utilizados en la Administración de Rehabilitación Vocacional y otros escenarios, en los que los Consejeros en Rehabilitación provean servicios a la población con trastornos de Salud Mental. Por último, los cambios realizados a la Ley 408 de Salud Mental de Puerto Rico hacen el momento propicio para impactar la población con discapacidades psiquiátricas y expandir los horizontes de nuestra profesión, sea ahora.

Referencias

- Falvo, D. (2009). *Medical and Psychosocial Aspects of Chronic Illness and Disability*. USA: Jones and Bartlett Publishers.
- Garske, G. (1999). The challenge of Rehabilitation Counselors: Working with people with psychiatric disabilities. *Journal of Rehabilitation* 4 (69), 20-25.
- Lee, G. Chronister, J, Tsang, H. Ingraham, K. Oulvey, E. (2005). Psychiatric Rehabilitation Needs of State Vocational Rehabilitation Counselors. *Journal of Rehabilitation* 2005, 3 (71), 11-19.
- Ley de Salud Mental de Puerto Rico de 2000. (2012). Recuperado de: www.lexjuris.com
- Salyersa, M, McGuirea, A, Bond, G, Hardine, T, Rollinsa A, Hardinge B, Hainese, M. (2008). *Journal of Vocational Rehabilitation* (28), 105-114.

Adicción: Conducta sistemática que genere una transformación obstaculizadora en la reproducción de su vida cotidiana y que pueda categorizarse como adictiva.

Diagnóstico Dual: Coexistencia de dos situaciones clínicas: la presencia de un trastorno mental por un lado, y por otro, el uso patológico de sustancias tóxicas.

Rehabilitación Psiquiátrica: Proceso que consiste en el restablecimiento y/o desarrollo de conocimientos y/o habilidades mediante el aprendizaje y el entrenamiento en personas que presentan alguna modalidad de discapacidad como consecuencia de un trastorno mental con el objetivo de elevar los niveles de capacidad funcional y mejorar la calidad de vida.

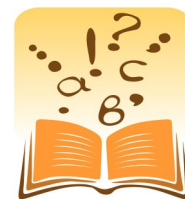
Restablecimiento: Recuperación de conocimientos y habilidades que ya se tenían y se perdieron como consecuencia de un trastorno mental.

Trastorno Mental: Conceptualizado como un síndrome o un patrón conductual o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido).

Contacto: lebron_isabel@yahoo.com



Ley Núm. 148 del 9 de agosto del 2002.



Salud, G. d. (2012). *Junta de Andalucía: Consejería de Salud y Bienestar Social*. Recuperado de: <http://www.1decada4.es/profsalud/recuperacion/>



DIRECTORIO DE RECURSOS Y SERVICIOS



Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA) 787-763-75757
<http://www.assmca.gobierno.pr/>

Alcohólicos Anónimos (AA) Puerto Rico
<http://www.aa-pr.org/> 787-704-1634

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
www.aacap.org/cs/root/facts_for_families/informacion_para_la_familia

APS Healthcare de Puerto Rico
<http://www.apspuertorico.com> 1-888-695-5416

Asociación de Padres Pro Bienestar de Niños con Impedimentos (APNI) 787-763-4665 / 1-800-981-8492 / 1-800-981-8393 / TTY-753-718510

Community Mental Health Clinic (CMHC)
http://sju.albizu.edu/code/CMHC_clinic.asp 787-724-2222

Centro Interdisciplinario de Salud Mental CISME
www.cisme.net 787-453-8666/ 367-2320

Clínica de Salud Mental de la Comunidad (CSMC)
787-725-6500 ext. 2319

Clínica Interdisciplinaria de Psiquiatría Avanzada (CIPA) <http://www.cipapr.com/> 787-721-4020

Clínica de Niños y Adolescentes de Río Piedras
787-777-3535 ext. 7271

Centro de Diagnóstico para Inteligencias Múltiples, Inc.
787-722-9595, 724-6063 Fax: 787-723-6391

Center on Positive Behavioral Interventions and Supports (PBIS) www.pbis.org/spanish/main-es.htm

Dharma Institute Research Center
info@dharmainstitutepr.com 787-722-5006

First Hospital Panamericano
<http://www.hospitalpanamericano.com/>
787-739-5555 / Línea de ayuda: 1-800-981-1218

Hato Rey Psychiatric Hospital/ Hospital Mepsi Center
787-793-3030.

Hospital Menonita CIMA/ Servicios de Salud Mental
www.menonitacima.org 787-714-2462

Hospital de Psiquiatría Dr. Ramón Fernández
787-766-4646

Hospital Psiquiátrico Pavia
787-754-0909

Hospital Psiquiátrico Metropolitano Cabo Rojo
787 851-2025

Hospital San Juan Capestrano
1-888-967-4357 / 787-625-2900
<http://www.sanjuancapestrano.com/>

INSPIRA Instituto Psicoterapéutico de Puerto Rico
www.inspirapr.com 787-753-9515 / 1-800-284-9575

Instituto de Investigación Psicológica (IPSI) UPR
<http://ipsi.wildapricot.org/> 787 763- 3965

Mental Health America
<http://www.mentalhealthamerica.net/go/information/get-info/en-espanol>

Narcóticos Anónimos (NA) Puerto Rico
<http://www.prna.org/> (787)-274-0488

National Association for Mental Illness (NAMI)
<http://www.nami.org/> 787-783-6200

Oficina de la Procuradora del Paciente (OPP)
787-977-0909

Oficina del Procurador de las Personas con Impedimentos (OPPI) <http://www.oppi.gobierno.pr/>
787-725-2333 / 1-800-981-4125 / TTY 787-725-4012

Programa de Apoyo Sicosocial Línea de PAS (ASSMCA)
787-773-0334 / 1-800-981-0023. 1-888-672-7622 TDD.

Programa de Salud Mental del Hospital de Veterano
<http://www.caribbean.va.gov/services/mentalhealth.asp>

Proyecto Iniciativa de Salud Mental para Niños, Niñas y Adolescentes 787-785-3300 ext. 2165

EL PROFESIONAL DE LA CR: PIEZA CLAVE EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Prof. Iris W. Cátala Torres, Psy.D, MCR

Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas

Contacto: iris.catala@upr.edu

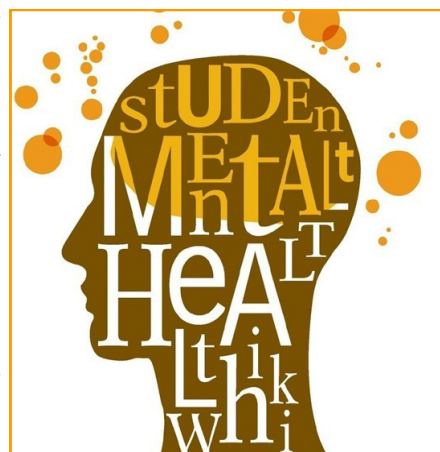
La salud mental es un tema de salud pública preponderante en nuestro país. Sin lugar a dudas, las condiciones mentales impactan un sin número de poblaciones en cualquier etapa de su desarrollo. En la academia, los estudiantes universitarios son una población que amerita atención frente a esta problemática ya que los mismos representan el futuro profesional de nuestro país. El ambiente académico aparte de ser uno enriquecedor y de formación profesional, también conlleva retos que muchas veces, a un estudiante con una condición de salud mental exacerbada, se le dificulta enfrentar.

Es importante destacar que en su origen, el enfrentarse a la vida universitaria significa un proceso de ajuste. Esto sugiere, en estudiantes mentalmente vulnerables, el estar más predispuestos a experimentar síntomas asociados a trastornos relacionados con su estado de ánimo, ansiedad, problemas de aprendizaje, uso o abuso de sustancias así como trastornos psicóticos, de personalidad entre otros. Ante problemas de salud mental en esta población, los profesionales de la consejería en rehabilitación, toman un rol protagónico al aportar en la identificación temprana, establecimiento de estrategias y participación dentro del equipo multidisciplinario. Esto en vías de optimizar el nivel de respuesta de un estudiante con condición mental proveyéndole los recursos necesarios.

Los centros de consejería de las instituciones académicas deben tomar en consideración aspectos medulares para trabajar con estudiantes con condiciones mentales. Entre ellos está una buena recopilación de historial familiar, de salud y académico. De igual forma la utilización de instrumentos estandarizados así como la entrevista de consejería provee información valiosa para realizar una intervención acertada (grupal o individual) a tono con un modelo teórico. Se deben identificar recursos de ayuda y hacer recomendaciones que redunden en un mejoramiento en la calidad de vida del estudiante, tanto en el área académica como en su desarrollo personal.

Es imprescindible ser preventivos en la identificación de señales que sugieran problemas de salud mental. Una condición mental puede agudizarse aunque en las primeras etapas tiende a “enmascararse” siendo casi imperceptible a los demás. Muchas veces se tiende a juzgar en escenarios académicos ciertos comportamientos aludiendo a “faltas de respeto” cuando lo que está plasmado sugiere un problema mayor que toca las puertas de una severa patología. Sin embargo es responsabilidad de los profesionales de la salud insertados dentro de la comunidad universitaria prestar atención y educar ante síntomas y/o conductas que sugieren una enfermedad mental, tales como:

- Negación de problemas y resistencia a solicitar algún servicio de salud mental: Ej. Esto se puede observar ante la pobre respuesta de acudir a obtener servicios de consejería u otros servicios de relevancia para su salud mental.
- Cambios drásticos en el estado de ánimo: Ej. “mood swings”.
- Presentar altos niveles de ansiedad: Ej. Que un estudiante, irrumpa en llanto cada vez que se va a enfrentar a una prueba.
- Aislamiento, ausentismo extremo o pérdida de interés ante actividades cotidianas.
- Pensar o hablar sobre cometer suicidio.
- Suspicious al extremo o errores de pensamientos en relación a los demás: Ej. Esto se observa en la dificultad de estudiantes en realizar tareas grupales o escasa tolerancia ante la evaluación de un profesor o figura de autoridad.
- Presenta confusión y pensamiento desorganizado al igual que ideas extrañas o de grandiosidad.
- Dificultad en concentración, tomar decisiones y recordar eventos o tareas asignadas.
- Sospecha de uso o abuso de sustancias y alcohol.



Cabe señalar que la estrecha comunicación y el trabajo colaborativo con otros profesionales de la salud y miembros de la comunidad universitaria redundan en mejor beneficio para el estudiante que padezca una condición de salud mental. Es por ello que el trabajo integrado es vital a la hora de obtener resultados positivos. Finalmente, es ahí donde el Consejero en Rehabilitación resulta ser pieza clave contribuyendo soluciones que sobrepasen los estigmas ante las condiciones no visibles.

SALUD MENTAL Y SEXUALIDAD

Lcda. María del Carmen Rodríguez-Morales, MRC

Consejera en Escuela Segunda Unidad Eugenio María de Hostos

Contacto: maridelcar@gmail.com



La salud mental es definida por la Organización Mundial de la Salud (2001) como un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes (capacidades), puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Mientras que la sexualidad constituye un aspecto inherente a la persona durante todo el transcurso de su vida, desde su nacimiento hasta su muerte y se manifiesta a través de: los pensamientos, actitudes, conductas, prácticas y relaciones interpersonales (Organización Mundial de la Salud, 2000). Al unir ambos conceptos podemos comprender que ambos deben ir a la mano. El ser humano es sexual desde que nace hasta que muere. Su desarrollo sexual va evolucionando en conjunto con su desarrollo general. Igualmente, la salud mental se va desarrollando y formando a lo largo de la vida. Al estar tan íntimamente ligados ambos aspectos, cuando uno es impactado el otro se afecta.

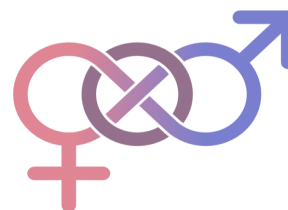
Cuando la salud mental de un individuo se afecta por una condición mental se impactan indudablemente otros aspectos de la vida que repercuten en su sexualidad. Entre las principales dificultades que se le presentan a esta población se pueden identificar (Lañez, sin año):

- Red social suele ser escasa, debido a que las habilidades para interrelacionarse con los demás están, en algunos casos, bastante reducidas.
- La propia condición, con todo lo que conlleva, los estereotipos y prejuicios creados alrededor de la misma.
- Dificultades para desenvolverse en situaciones cotidianas.
- Existen algunas medicaciones psiquiátricas cuyo consumo puede producir disfunciones sexuales, lo que también preocupa a los afectados, ya que ven muy restringidas sus relaciones sexuales.
- El concepto de sexualidad que tienen está muy restringido a los órganos genitales y al momento del coito, por tanto es indispensable que entiendan la sexualidad como algo mucho más natural y desde una perspectiva más amplia y afectiva.

Estas dificultades afectan principalmente las interacciones que propician un acercamiento sexual. De esta forma, la posibilidad de esta población en tener experiencias sexuales reduce considerablemente, al igual su concepto de sí mismo/a como un ser sexual. Esto nos lleva a entender cómo, de la misma manera en que un trastorno o condición mental puede afectar el ámbito de la sexualidad, el presentar dificultades en la expresión sexual puede trastocar la salud mental de un individuo.

Las disfunciones sexuales, por su parte, presentan dificultades que impactan la salud mental. Estas dificultades afectan a ambos sexos pero existen diferencias. Los hombres se preocupan mayormente por el tamaño y aspecto de sus genitales y le dan mucha importancia a su rendimiento durante el coito. Por otro lado las mujeres presentan falta de deseo sexual, no consiguen llegar al orgasmo o sufren de dolor durante las relaciones sexuales (Zamora, sin año). Entre las principales disfunciones sexuales en el hombre se encuentran, la disfunción eréctil y los trastornos orgásmicos como la eyaculación precoz, eyaculación retardada y la aneyaculación (Cabello, 2010). Mientras que las mujeres pueden tener anorgasmia femenina, trastorno de la excitación sexual, trastorno por dolor (como el vaginismo y la dispareunia) y trastornos del deseo (como el deseo sexual hipoactivo y aversión al sexo). Todos estos trastornos pueden ser tratados según la etiología de los mismos, para de esta forma poder lograr en quien los presenta, una mejor calidad de vida sexual. Desafortunadamente, mientras las personas que los presentan se animan a buscar ayuda profesional, sufren en muchas ocasiones de depresiones y ansiedades debido a las dificultades que confrontan en su vida sexual. Hablar de la vida sexual es un aspecto difícil para muchos, puesto que, a pesar de que se está abordando con mayor frecuencia el tema en la actualidad, éste sigue siendo un tabú. Las mayores causas de este tabú son las influencias culturales, las creencias y lo limitado de la educación sexual en nuestra sociedad.

Continúa en la próxima página »



SALUD MENTAL Y SEXUALIDAD

Una buena salud mental y una vida sexual satisfactoria repercuten directa y positivamente en la calidad de vida, la autoestima, la estabilidad emocional, las relaciones interpersonales y el manejo del estrés. A su vez, la actividad sexual (sexo), mejora aspectos de la salud física tales como: circulación sanguínea, reducción de calorías, segregación de sustancias beneficiosas (como la endorfina y la oxitocina), ejercitación de los músculos del suelo pélvico, longevidad, apariencia juvenil, cuidado de la piel, reducción del dolor, mejora del sueño y fortalecimiento de los huesos, el sistema inmunológico, el corazón y la próstata (Litvinoff, 2009).



En síntesis, tal y como plantea Cerrutti (1993), no se concibe el logro de la salud integral de las personas sin el desarrollo pleno y armónico de su sexualidad. Tampoco es posible su práctica plena y satisfactoria, si existen situaciones que afectan la salud de las personas en el plano anatómico, psicológico o social. Como profesionales de la conducta humana, debemos tomar siempre en consideración el aspecto de la sexualidad de las personas a las que brindamos servicios. Es importante abordar este aspecto de forma profesional. Si consideramos no poseer el conocimiento o destrezas necesarias para intervenir, debemos referir el caso a un profesional de esta área debidamente cualificado. Dejar desprovista a una persona de la atención necesaria en esta área, no debe ser una opción. Quizás usted sea el único profesional en el transcurso de la vida de esa persona que preguntó sobre su vida sexual, destapando una caja de Pandora repleta de mitos, prejuicios, tabúes, miedos, dudas e insatisfacciones. Al fomentar la comunicación sobre la sexualidad propiciamos el verdadero entendimiento sobre este importante e inherente aspecto de todo ser humano.

Para mayor información sobre Sexualidad y Discapacidad puede visitar la página web de Sex-Habilidad www.sex-habilidad.webs.com

Referencias

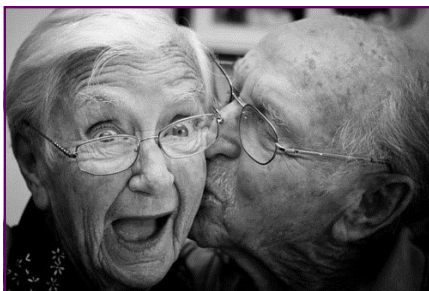
- Cabello, F. (2010). Manual de sexología y terapia sexual. Editorial Síntesis. Madrid, España.
- Cerrutti, S. (1993). "Salud y sexualidad desde una perspectiva de género", en E. Gómez (ed) *Género, mujer, y salud en las Américas*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, pp. 124-129
- lañez, M. (sin año). La sexualidad en las personas con enfermedad mental. *Revista de la Salud Mental*. Sección: Sexología. Recuperado de: <http://saludmental.info/Secciones/sexo/sexo20en20enfermosmentalesjunio06.htm>
- Litvinoff, N. (2009). La sexualidad y la salud. *Revista Buena Siembra: Acuario*.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Fortaleciendo la promoción de la salud mental*. Ginebra. Organización Mundial de la Salud (Hoja Informativa, No. 220).
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Promoción de la salud sexual: Recomendaciones para la acción*. Acta de una Reunión de Consulta, en colaboración con la Asociación Mundial de Sexología, Antigua Guatemala.

SALUD MENTAL EN VIEJOS

Luis D. Capestany Cruz, C.G.G.

Estudiante de la Escuela Graduada de Consejería en Rehabilitación de la Universidad de Puerto Rico

Contacto: luis.apestany@upr.edu



Uno de los retos más fuertes que tiene el Consejero en Rehabilitación es ayudar y estar disponible para un cliente en un momento de crisis o duelo emocional y su proceso de recuperación. Como profesional de ayuda y de la salud mental, el Consejero en Rehabilitación debe estar preparado para enfrentar situaciones de esta índole cuando surjan, al menos en su fase inicial. De no poder ser de ayuda, el consejero debe coordinar los servicios necesarios para atender la situación sin abandonar el proceso. Estas situaciones, le pueden suceder a cualquier persona y en cualquier momento sin previo aviso. En la tercera edad y la recién acuñada cuarta edad (80 años en adelante), la salud mental es un asunto al que no se le puede restar importancia y se debe atender con diligencia, compromiso y prudencia.

Las personas de la tercera y cuarta edad son una pieza clave y esencial para la salud mental de un pueblo. Los viejos y abuelos de la familia comparten su sabiduría y son valiosos por su rol en perpetuar los valores, la cultura y la unión familiar. Lo más importante de todo, es el intercambio intergeneracional, el cual, es el enlace con el pasado (Hanks, 2007).

Continúa en la próxima página »

SALUD MENTAL EN VIEJOS

Sin embargo, en el Siglo XX y XXI, como consecuencia de los cambios demográficos, económicos y sociales, los jóvenes tienen menos contacto con los viejos y se pierden de recibir valores, sabiduría, destrezas para la vida, amor incondicional y entendimiento. Por otro lado, los viejos se pierden de la visión social contemporánea, la vitalidad, el amor incondicional, apoyo y habilidades tecnológicas. Como resultado, el enlace intergeneracional se ha debilitado y los valores que se acostumbraban a impartir generación tras generación, disminuyen rápidamente. En esta dirección, es importante reconocer la necesidad de ver a las personas viejas como fuente de recursos.



Para algunos viejos, la etapa de vida en la que se encuentran puede ser una llena de oportunidades, experiencias nuevas y diferentes. La Teoría de la Actividad (Havighurst, Neugarten y Tobin, 1961), explica que los viejos que se ajustan a la transición de la vida tardía mediante la actividad social, son más felices y saludables. Para una buena salud mental es importante que los viejos mantengan una buena actitud y permanezcan activos en actividades que satisfagan sus necesidades. Así mismo, las redes sociales y el alto compromiso social reducen la tasa de declinación cognitiva (Barnes et al, 2004). Algunos ejemplos pueden ser el rol de abuelo activo, labor voluntaria e inclusive considerar el rol de mentor para los jóvenes en el área académica y laboral, entre otros roles. Además, es necesario que las escuelas y universidades promuevan y desarrollen programas que integren el aprendizaje intergeneracional.

Este tipo de aprendizaje no es nada nuevo y ha probado su eficacia pues, la transferencia sistemática de conocimiento, destrezas, competencias, normas y valores entre generaciones, es tan antigua como la humanidad (Hoff, 2007).

Para otros viejos, su etapa de vida puede ser una de mucho desaliento y pérdida debido a la interpretación negativa que dan a la vejez y sus consecuencias. El mundo como lo conocieron, no es el mismo sin olvidar todas las amistades y seres queridos que han perdido. En este punto los viejos pueden resentir que el mundo les ha dado la espalda, lo cual puede desembocar en resultados tales como: Exacerbación de síntomas; Actitud negativa y visión desalentadora; Aislamiento o poca pertenencia social; Deterioro cognitivo y emocional acelerado.

Una posible explicación en estos casos puede desprenderse de la Teoría del Desapego, desarrollada por Cummings y Henry (1961). Este enfoque teórico explica que el proceso normal de envejecimiento envuelve un retiro y separación entre la persona envejecida y el sistema social al que pertenece, lo cual resulta en una disminución de la interacción social de las personas de la edad avanzada. Debido a lo inevitable de la muerte, la sociedad y el individuo rompen los lazos que los ligan mutuamente por adelantado para que la muerte del individuo no perturbe el sistema social.

Durante la prestación de servicios, el Consejero en Rehabilitación utiliza sus evaluaciones y las referencias de evaluaciones hechas por otros profesionales. Recoge la información que quizás, se dice entre líneas así como el lenguaje no verbal y corporal expresado. Debe hacer buen uso de su ojo y juicio clínico en la interacción con su cliente para poder determinar adecuadamente su estado mental y emocional. Esta determinación es imprescindible para proveer los servicios necesarios y desarrollar los planes a seguir durante el proceso de prevención, rehabilitación e integración. Este proceso requiere tener en cuenta que muchas de las condiciones mentales, surgen a consecuencia de las limitaciones producidas por condiciones físicas y ambientales. Finalmente, el profesional de la Consejería en Rehabilitación debe aceptar y no evitar el tema de la sexualidad, reconociendo su importancia y pertinencia en la vida de cualquier individuo.

Muchos viejos, por diversas razones, ocultan sus expresiones y sentimientos de dolor o angustia mental. Esto puede resultar que, en muchos casos, la estabilidad emocional de los viejos pase desapercibida y no se le dé la importancia, seriedad, atención y tratamiento que realmente merece y necesita. El consejero en rehabilitación es responsable de proveer a sus participantes de edad avanzada la información referente a los recursos, servicios y derechos que tienen a su disposición. Todo profesional que desee lograr un enganche terapéutico saludable y ser efectivo en sus intervenciones, debe estar consciente y tomar en consideración los valores, la generación y el trasfondo cultural pertenecientes a su cliente. En otras palabras, entender al viejo desde su marco histórico de referencia. La Teoría del Desapego y la Teoría de la Actividad, entre otras, pueden ser de ayuda al consejero para entender mejor el perfil de un cliente y, según el caso, poder determinar las intervenciones requeridas o el plan de servicios. Un perfil definido y un plan bien articulado, son la clave para el enganche terapéutico y la eventual reintegración social deseada.

Referencias:

- Umpierre, J. (2006). Geropsicología. Colección Guayacán Editorial Plaza
Cornwell, B., Laumann, E. O., & Schumm, L. P. (2008). The social connectedness of older adults: National profile. American sociological review.
Newman, S., & Hatton-Yeo, A. (2008). Intergenerational learning and the contributions of older people. Ageing Horizons.

EL CONSEJERO EN REHABILITACION Y EL TRASTORNO BIPOLAR

Marisa Ortega Martínez

Estudiante de la Universidad Central de Bayamón

Contacto: asiram777@gmail.com



Los problemas de salud mental en Puerto Rico se manifiestan en todos los escenarios del diario vivir, lo cual refleja la gran necesidad de tener profesionales de ayuda que aporten para mejorar la calidad de vida de nuestro país. La complejidad de los problemas mentales exige que el personal tenga las competencias en el área y que los servicios sean de alta calidad. La Ley Núm. 170 del 16 de agosto de 2012, incluye a los Consejeros en Rehabilitación (CR) al grupo de profesionales que prestan servicios a la población de salud mental, esta ley representa un logro para la clase profesional que somos y una responsabilidad para todos los CR de responder en forma eficiente y eficaz a las necesidades de esta población. Se requiere del compromiso de todos para mantenerse al día con las nuevas prácticas y estrategias que nos permitan contribuir de forma positiva con el desarrollo integral de las personas que atendemos diariamente y poder lograr su inclusión a la sociedad.

El Trastorno Bipolar (TB) se considera una condición mental severa que tiene una alta prevalencia a nivel mundial. Esta condición es considerada un trastorno del ánimo que se caracteriza por fluctuar entre episodios maníacos, hipomaniacos, depresivos y mixtos (DSM-IV-TR, 2002). Se espera que haya cambios en la definición de los episodios para el nuevo DSM-V, por lo cual debemos estar muy pendientes del mismo. Las personas con Trastorno Bipolar presentan limitaciones cognitivas, tales como: problemas de memoria, atención y funciones ejecutivas (Pousada, A., 2010; Deckersbach, T. et. al., 2010; Martínez-Arán, A. et. al., 2011; y Tirapu, J.). La mayoría de los autores concuerdan en que estos déficit persisten en la fase eutímica o de remisión (Kung, C. et al., 2010; Pousada, A., 2010; López-Jaramillo, C. et. al., 2010; Bonnin, C. et. al., 2010; Deckersbach, T. et. al., 2010; Martínez-Arán, A. et. al., 2011; Castañeda, M. & Tirado, E., 2008; Yatham, L.N. & Maj, M., 2010; Trivedi, J.K., 2006; Burdick, K.E., Goldberg, J.F. & Harrow, M., 2010; Levy, B. y Manove, E., 2011; Vieta, E. et. al., 2001; López-Jaramillo, C. et. al. 2010; y Gilbert, A.M., et. al., 2009).

Los déficits cognitivos que presentan las personas con trastorno bipolar se han asociado con el deterioro en el aspecto social, ocupacional, vocacional y en otras áreas de importancia para el buen funcionamiento diario (Burdick, K.E., Goldberg, J.F. & Harrow, M., 2010; Gilbert, A.M. et. al., 2009; Martínez-Arán, A., et. al., 2011; Mateer, C.A., 2003; Levy, B. & Manove, E., 2011; Deckersbach, T., 2010; Michalak, E.E., et. al., 2007; Kessler, R. et. al. 2006; Shippee, N. et. al., 2011; y Ortega, M., 2012). Los síntomas cognitivos de los diferentes episodios en el Trastorno Bipolar fueron estudiados por Michalak, E.E., et. al. (2007) en el área laboral y los temas principales que surgen de la investigación son: falta de continuidad, estrategias para el manejo de la enfermedad, estigma y divulgación, problemas en las relaciones interpersonales y pérdida del trabajo. En el área laboral, los costos estimados por pérdida en la productividad, en personas con Trastorno Bipolar en los Estados Unidos, ascendieron a \$14.1 billones por año (Deckersbach, T. et. al., 2010; y Kessler, R. et. al. 2006).

Es importante que el CR tenga conocimiento sobre estos factores, que son pertinentes cuando vamos a trabajar con personas con TB, debido a que pueden afectar su inclusión a la sociedad, su funcionamiento global y desempeño laboral. Las limitaciones que presentan las personas con esta condición requieren de diferentes tratamientos que promuevan su rehabilitación. En varios tratamientos para condiciones mentales severas se integran la farmacología y los servicios psicosociales, los cuales van dirigidos a promover y defender las mejores prácticas clínicas, educativas y vocacionales (Lieberman, R.P., 2008). Los diferentes enfoques terapéuticos reconocidos hoy día para personas con TB se pueden encontrar en la Guía Práctica para el Tratamiento de Pacientes con el Trastorno Bipolar (Hirschfeld, R., 2002). La misma, está basada en evidencia y sugiere el tratamiento farmacológico junto a diferentes modalidades de terapias existentes.

Uno de los estudios muestra que la intervención psicosocial enfocada en los problemas interpersonales y la regulación de los ritmos sociales, redujo la probabilidad de recurrencia y extendió el tiempo de nuevos episodios. Esta última terapia es conocida por sus siglas en inglés como, IPSRT (*Interpersonal Social Rhythm Therapy*). En otro estudio realizado con personas con el Trastorno Bipolar, que mostraban pobres resultados psicosociales y bajo funcionamiento ocupacional, se les aplicó por dos años y medio esta terapia, además de los medicamentos y los resultados sugirieron que puede mejorar el funcionamiento ocupacional y el desempeño laboral (Frank, E. et. al., 2008).

Continúa en la próxima página »

EL CONSEJERO EN REHABILITACION Y EL TRASTORNO BIPOLAR

En las últimas décadas, el interés considerable en el sueño y los trastornos del ritmo circadiano han fomentado el surgimiento de teorías y modelos relacionados con estos parámetros y las enfermedades del estado del ánimo (Hastings y Herzog, 2004; Pace-Schott y Hobson, 2002; Takahashi, 2004, según citados por Nusslock, R. & Frank, E., 2012). Los diversos estudios llevaron a la formulación de una Teoría de Ritmo Social o “*Social Zeitgeber Theory*”, la cual postula que los eventos de la vida que alteran los ritmos diarios precipitan los síntomas bipolares y sus diferentes episodios. Esta teoría sugiere que las personas con trastorno bipolar tienen una predisposición de sufrir anomalías en el ritmo circadiano del sueño/vigilia, lo que puede explicar en parte, los diversos síntomas del TB (Nusslock, R. & Frank, E., 2012). La hipótesis que presentan, afirma que los acontecimientos vitales, tanto positivos como negativos, llevan a la interrupción o pérdida de un “zeitgeber social” que puede desencadenar los episodios bipolares por una disfunción de los ritmos biológicos (Ehlers et al., 1988, según citados por Nusslock, R. & Frank, E., 2012).

Se pueden integrar conceptos de esta teoría al proceso de Consejería en Rehabilitación para contribuir en forma positiva a que los clientes con TB puedan aumentar su desempeño vocacional y ocupacional. Algunas de sus estrategias se basan en la educación sobre la condición, los hábitos diarios, los tiempos de sueños, vigilia, descanso, trabajo y el auto-monitoreo. Las diferentes técnicas o estrategias que se pueden usar son: educación sobre el sueño, restricción del sueño, limpieza del sueño (*sleep hygiene*), control de estímulos, reestructuración cognitiva, intención paradójica y terapia de relación. En el auto-monitoreo se recomienda la realización de un diario que permita observar claramente el tiempo que dedican a trabajar, descansar y dormir.



Finalmente podemos observar que el TB es uno complejo que requiere de mucho esfuerzo y dedicación, tanto del CR como del cliente/consumidor, pero se pueden lograr cambios positivos que promuevan de forma efectiva su inclusión a la vida laboral y la sociedad. Los factores que se deben tener en consideración en el proceso de ayuda son: mantener el tratamiento farmacológico y psicológico, educación sobre la condición, entrenamiento en destrezas psicosociales, estabilizar los ritmos sociales (sueño/vigilia), auto-monitoreo y ofrecer estrategias compensatorias efectivas.

Referencias

- American Medical Association (2009) Trastorno Bipolar. Hoja para el paciente. Recuperado de: <http://jama.ama-assn.org/content/suppl/2009/03/19/301.5.564.DC1/pdfpat020409.pdf>.
- American Psychiatric Association, (2002) DSM IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ta. edición, texto revisado. American Psychiatric Publishing, Inc.: Washington, DC.
- Ballard, F. (2008) Benefits of psychosocial Rehabilitation Programming in a Treatment Mall. *Journal of Psychosocial Nursing* 46:(2), 27-32.
- Becoña, E. & Lorenzo, M.C. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. *Psicothema* 13:(3) 511-522, ISSN 0214 – 9915.
- Berthier, M. (s.f.) Etiología, diagnóstico y tratamiento de la patología psiquiátrica en las enfermedades neurológicas. Módulo de Trabajo, Instituto de Altos Estudios Universitarios: España.
- Bonnin, C.M. et. al. (2010) Trastorno bipolar, funciones cognitivas y eje hipotalámico-pituitario-tiroideo. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(4):223-228.
- Burdick, K., Goldberg, J., Harrow, M. (2010) Neurocognitive dysfunction and psychosocial outcome in patients with bipolar I disorder at 15-year follow-up. *Acta Psychiatry Scand* 122 (6), 499-506.
- Castañeda, M. & Tirado, E. Deficiencias mnésicas, ejecutivas y atencionales como endofenotipos neurocognitivos en el trastorno bipolar. *Salud Mental*; 31,145-150.
- Clark, L., Iversen, S.D. & Goodwin, G.M. (2001). A Neuropsychological Investigation of Prefrontal Cortex Involvement in Acute Mania. *Journal of Psychiatry* 158:(10) 165-1611.
- Diamant, J.J. & Hakkaart, P.J.W. (1989) Cognitive Rehabilitation in an Information-Processing Perspective. *Cognitive Rehabilitation*, January/February.
- Deckersbach, T. et. al. (2010) Cognitive Rehabilitation for Bipolar Disorder: An open trial for employed patients with residual depressive symptoms. *National Institute of Health* 16:(5) 298-307.
- Frank, E. et. al. (2008) The Role of Interpersonal and Social Rhythm Therapy in Improving Occupational Functioning in Patients With Bipolar I Disorder. *Am J Psychiatry* 2008;165:1559-1565. Recuperado de <http://neuro.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=100388&RelatedWidgetArticles=true>
- Gilbert, A. et al. (2010) Self-reported cognitive problems predict employment trajectory in patients with bipolar I disorder. *National Institute of Mental Health* 124 (3), 324-328. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2888870/>
- Howells, F.M. et. al. (2012) Mindfulness based cognitive therapy improves frontal control in bipolar disorder: a pilot EEG study. *BMC Psychiatry* 12:(15). Recuperado de: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-244X-12-15.pdf>

Continúa en la próxima página »

EL CONSEJERO EN REHABILITACION Y EL TRASTORNO BIPOLAR

- Kessler, R. et al. (2006) The prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of US workers. *Am J. Psychiatry* on-line, 163 (9). Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1924724/>
- Kung, C. (2010), Poorer sustained attention in bipolar I than bipolar II disorder, *Annals of General Psychiatry*, 9, 8. Recuperado de: <http://www.annals-general-psychiatry.com/content/9/1/8>
- Latalova, K. et. al. (2011) Cognitive impairment in Bipolar Disorder. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Republ.* 155(1) 19-26.
- Levy, B. y Manove, E. (2011) Functional Outcome in Bipolar Disorder: The big picture. *Hindawi Publishing Corporation online*. Recuperado de: <http://www.hindawi.com/journals/drt/2012/949248/>
- Ley para añadir un nuevo inciso (o) al Artículo 1.06 y enmendar los Artículos 2.18, 2.19, 4.03, 6.01, 8.06, 8.11, 10.01 y 10.2 de la Ley 408 de 2000, "Ley de Salud Mental de Puerto Rico". Ley Núm. 170 de 16 de agosto de 2012.
- Ley para enmendar el Artículo 2.21 de la Ley Núm. 408 de 2000, a fin de ordenar a la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA) a establecer un protocolo de intervención con pacientes de salud mental. Ley Núm. 88 de 17 de mayo de 2012.
- Lieberman, R. P. (2008) *Recovery from disability: Manual of psychiatric Rehabilitation*. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington, DC.
- López, A.F. & Rodríguez, E.L. (2009) Objetivos y eficacia de la terapia cognitiva para trastornos bipolares. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* 12:(4). Recuperado de: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol12num4/Vol12No4Art5.pdf>
- López-Jaramillo, et. al. (2010) Diferencias en la resonancia magnética funcional en pacientes con trastorno bipolar usando un paradigma de memoria de trabajo. *Revista Colombiana de Psiquiatría* (versión impresa 0034-7450) 39:(3) 481-492.
- Martínez-Arán et al. (2011) Functional Remediation for Bipolar disorder, *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health* on-line, 7, 112-116. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3115644/>
- Mateer, C.A. (2003) Introducción a la Rehabilitación Cognitiva. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana* 21, 11-20.
- Michalak, E.E. et. al. (2007) The impact of bipolar disorder upon work functioning: a qualitative analysis. *Bipolar Disorders* (9) 126-143.
- National Board for Certified Counselor (sf) Exam: National Clinical Mental Health Counseling Examination. Recuperado de: <http://www.nbcc.org/NCMHCE>.
- National Institute of Mental Health, 2010, Bipolar disorder, Information Resource Center, Publicación de NIMH.
- Nusslock, R. & Frank, E. (2012). Interpersonal social rhythm therapy for bipolar disorder: An empirical review and case conceptualization. In J.C. Markowitz & M. Weissman, (Eds). *Casebook of Interpersonal Psychotherapy* (p.103-121). Oxford University Press.
- Ostrosky-Solís, F. (sf) Lóbulos frontales y funciones ejecutivas. Módulo de Trabajo, Instituto de Altos Estudios Universitarios: España.
- Parker, R.M., Szymanski, E.M. & Boland, J. (2004) *Rehabilitation Counseling: Basics and Beyond*. ProEd an International Publisher: Austin, Texas.
- Polaco, T. (2011) Psiquiatras reaccionan ante crisis de salud mental en Puerto Rico. Periódico El Nuevo Día: Puerto Rico.
- Pousada, A. (2010) Estudio sobre la planificación y resolución de problemas y memoria de trabajo en pacientes con Trastorno Bipolar en Fase eutímica. Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid.
- Ríos-Lago, M. et. al (2004) Aplicación de la neuroimagen funcional al estudio de la rehabilitación neuropsicológica. *Revista de Neurología* 38 (4) 366-373.
- Shippee, N.D. et. al. (2011) Differences in demographic composition and in work, social, and functional limitations among the populations with unipolar depression and bipolar disorder: results from a nationally representative sample. *BioMed Central* 9:(90).
- Tirapu, J. (sf) Neuropsicología de los trastornos mentales: esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno límite y antisocial de la personalidad. Módulo de Trabajo, Instituto de Altos Estudios Universitarios: España.
- Trivedi, J.K. (2006) Cognitive deficits in Psychiatric disorders current status. *Indian Journal of Psychiatric* 4:(1) 10-20.
- Vázquez-Barquero, J.L. et. al. (2005) Las iniciales de las enfermedades mentales: Trastornos Bipolares. Elsevier Masson, S.A.: España.
- Velázquez, B. (2012) Menores urgen más atención. Periódico El Nuevo Día: Puerto Rico.
- Vieta, E. et. al. (2001) Trastornos Bipolares: Avances Clínicos y Terapéuticos. Editorial Médica Panamericana, España.
- Weinstock, L.M. & Miller, I.W. (2010) Psychosocial Predictors of Mood Symptoms One Year Following Acute Phase Treatment of Bipolar I Disorder. *National Institute of Mental Health*, 51:(5) published online. Doi: 10.1016/j.comppsy.2010.02.001
- Wilson, B.A. (1997) Cognitive Rehabilitation: How it is and how it might be. *Journal of the International neuropsychological Society*, 3, 487-496.
- Yatham, L.N. & Maj, M. (2010) *Bipolar Disorder: Clinical and Neurobiological Foundations*. John Wiley & Son, Inglaterra.
- Young, A. et. al. (2002). Identifying Clinical Competencies that Support Rehabilitation and Empowerment in Individuals with Severe Mental Illness. *The Journal of Behavioral Health Services and Research*, 27:(3), 321-333. Doi: 10.1007/BF02291743.

TEORÍA SOCIAL COGNITIVA DE CARRERAS Y SU APLICACIÓN EN ADULTOS CON INCAPACIDADES PSIQUIÁTRICAS

Prof. Elba Ríos, Ed.D., MRC, CRC

Catedrática Auxiliar en la Universidad Central de Bayamón

Contacto: doctora_rios@hotmail.com

La Teoría Social Cognitiva de Carrera (TSCC), ha sido considerada un marco teórico apropiado para conceptualizar el desarrollo de una carrera en adultos con diferentes incapacidades (Smith & Milson, 2011). En la literatura revisada se establece la importancia de explorar la creencia en la autoeficacia relacionado al trabajo y las barreras de empleo percibidas específicamente con personas con incapacidades psiquiátricas (Smith & Milson). En este artículo se explora la aplicación de esta teoría como un marco apropiado para trabajar con esta población.

Las incapacidades psiquiátricas pueden incluir una variedad de diagnósticos tales como trastorno bipolar, depresión, esquizofrenia, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico, trastorno de estrés post traumático, entre otros (National Alliance of Mental Illness, NAMI, 2009, citado en Smith & Milson, 2011). Estos diagnósticos presentan limitaciones funcionales en las áreas cognitivas, emocionales, sociales y ambientales. Entre estas podemos mencionar: habilidad para concentrarse, pensar, aprender, y trabajar. Estas limitaciones han representado barreras para prepararse, obtener y retener un empleo.

Las investigaciones señalan que las personas con incapacidades mentales no están bien representadas en la fuerza laboral (Boutin & Accordino, 2009, citado en Smith & Milson, 2011). Por otro lado adultos con incapacidades psiquiátricas han informado discriminación como: negación de oportunidades de empleos, promoción o traslados, despidos, entre otros, (Baldwin & Marcus, 2006). La tasa de desempleo en adultos con enfermedades mentales según (SAMHSA's Resource Center, 2009) es de 90% en comparación con 50% en personas con incapacidades físicas.

El desempleo de las personas con incapacidades mentales ha sido atribuido a una variedad de factores cognitivos como: pobre habilidad en la solución de problemas, dificultad en el razonamiento abstracto y en la concentración, resultando en limitaciones para completar una tarea (O'Day, Killeen & Goldberg, 2006, citado en Smith & Milson, 2011). Las actitudes negativas y creencias erradas de los empleadores y otros profesionales sobre las enfermedades mentales han sido identificadas como factores que limitan el éxito para el logro de una carrera en las personas con incapacidades psiquiátricas.

Algunas preocupaciones de los empleadores están relacionadas con la personalidad de trabajo. Ésta es definida como la habilidad de la persona para responder apropiadamente a destrezas sociales y a la supervisión (Tryssenaar, 2002, citado en Smith & Milson, 2011). Entre estas destrezas están: manejar las críticas, control de emociones, necesidad de supervisión, y solución de conflictos. El nivel de autoeficacia ha sido considerado como un constructo importante en obtener resultados de empleo. Con este énfasis la Teoría Social Cognitiva de Carrera (TSCC) ha sido considerada un marco útil para desarrollar intervenciones apropiadas con personas con incapacidades psiquiátricas.



Teoría Social Cognitiva de Carrera (TSCC)

La TSCC desarrollada por Lent, Hackett, and Brown (1996, 2002), citado en Szymansky & Randall, (2010), se deriva de la Teoría Cognitiva Social de Albert Bandura. Los constructos principales que interactúan en esta teoría son la creencia en la autoeficacia, las expectativas de resultados y las metas personales (Brown & Lent, 1996, citado en Smith & Milson, 2011). La autoeficacia es definida como el juicio de las personas sobre sus capacidades para alcanzar niveles esperados de rendimiento en una tarea o actividad específica (Bandura, 1989, citado en Smith & Milson). La creencia en la autoeficacia también influye en el esfuerzo y la perseverancia para enfrentar dificultades. La creencia en la autoeficacia no es estática, puede cambiar de acuerdo con las ejecuciones y actividades, tales como las tareas académicas o las de carreras. Por lo tanto las experiencias de éxito o fracaso pueden aumentar o disminuir el nivel de autoeficacia.

Continúa en la próxima página »

TEORÍA SOCIAL COGNITIVA DE CARRERAS Y SU APLICACIÓN EN ADULTOS CON INCAPACIDADES PSIQUIÁTRICAS

Las expectativas de resultados se refieren a la consecuencia esperada al ejecutar ciertas conductas. En relación a la selección de una carrera, las expectativas de resultados se derivan de experiencias propias y experiencia vicarias (observar los logros de otros), y se forman por medio de aprendizajes previos y los resultados de estas experiencias. Si una persona se siente satisfecha con la ejecución en trabajos previos va a desarrollar una autoeficacia alta sobre su habilidad para completar la tarea.

Las metas personales representan la intención de la persona de participar en una actividad o perseguir un resultado. Estableciendo metas, la persona guía y mantiene su esfuerzo hacia resultados específicos. La TSCC, establece que la búsqueda y el logro de la meta son afectadas por la autoeficacia y las expectativas de resultados. Muchos clientes entran al proceso de consejería de carreras con pocas aspiraciones debido a una autoeficacia y expectativas de resultados baja.

La TSCC, también propone que la percepción de las barreras sirve de moderador entre los intereses y la selección de una carrera. Por esta razón el cliente puede tener un interés en una carrera o trabajo, pero no lo intenta debido a las barreras reales o percibidas (Brown & Lent, 2002 citado en Szymansky & Randall, 2010). Un patrono que esta renuente a reclutar personas con incapacidades psiquiátricas puede ser percibido como una barrera insuperable. Igualmente una persona con una incapacidad psiquiátrica que percibe que la dificultad para concentrarse podría ser una barrera para tener éxito en su trabajo, no seleccionaría una carrera o un trabajo que le requiera concentración.

La meta de la consejería de carreras utilizando la TSCC es modificar la creencia en la autoeficacia, las expectativas de resultados y ayudar al cliente a superar las barreras para entrar al mundo laboral (Brown & Lent, 1996, citado en Smith & Milson, 2011). Cambiar las creencias y las expectativas de resultados requiere que el Consejero en Rehabilitación (CR) ayude al cliente a adquirir resultados positivos, a identificar logros obtenidos y a examinar las barreras reales y percibidas para superarlas.

Aplicación práctica de la TSCC

Las investigaciones han identificado una variedad de intervenciones en el proceso de selección, búsqueda y retención de un empleo con los clientes con incapacidades psiquiátricas utilizando como base la TSCC (Smith & Milson, 2011). En la evaluación de la autoeficacia se ha identificado la importancia de un proceso de avalúo bien preciso en las creencias del cliente sobre su habilidad para alcanzar una meta (O' Sullivan and Strauser, 2009). De acuerdo con Bandura, en Smith & Milson, (2011), el proceso de avalúo requiere del uso de instrumentos específicos. Se han identificado instrumentos útiles para medir la auto-eficacia relacionado al trabajo en adultos con incapacidades psiquiátricas. Uno de estos instrumentos es el "Work-Related Self Efficacy Scale" (WRSES), (Waghorn, 2005, citado en Smith & Milson). Este instrumento mide cuatro diferentes constructos de la autoeficacia: destrezas de planificación de una carrera, destrezas para adquirir un empleo, destrezas sociales específicas y destrezas de trabajo en general. Algunos ejemplos de las premisas del WRSES son: coordinar una cita para una entrevista de empleo, preparar un resume, participar en una entrevista de empleo, solucionar conflictos con colegas y trabajar tiempo extra. El CR identifica las áreas con las puntuaciones más bajas y establece un plan de consejería de carreras. También se exploran eventos que hayan tenido impacto negativo en la autoeficacia y analizan alternativas que ayuden al cliente a superar ese impacto.

Superando las barreras



Para superar las barreras reales o percibidas (Harney, 2002, citado en Smith & Milson, 2011) ha identificado un proceso fundamentado en la TSCC. El mismo se enfoca en varios pasos. En primer lugar, se identifican las barreras reales o percibidas que podrían estar presentes en el trabajo en el cual el cliente está interesado. El CR explora las barreras actitudinales actuales del empleador o colegas y las que han estado presentes en trabajos anteriores.

Luego de identificar las barreras, el CR examina la percepción del cliente y del patrono sobre éstas, las mismas pueden ser reales o percibidas. El último paso, consiste en desarrollar el plan para superar las barreras identificadas. Para un cliente con una baja tolerancia a la frustración, se puede desarrollar un plan de consejería individual o psicoeducativo, para aprender una nueva destreza (ej. manejo de emociones o reducción de estresores). Esta intervención puede ayudar al cliente a aumentar su nivel de auto-eficacia, para manejar su frustración y sentirse seguro para realizar el trabajo que desea.

Continúa en la próxima página »

TEORÍA SOCIAL COGNITIVA DE CARRERAS Y SU APLICACIÓN EN ADULTOS CON INCAPACIDADES PSIQUIÁTRICAS



Los adultos con incapacidades psiquiátricas, son considerados un grupo que presentan dificultades para prepararse, obtener y mantener un empleo. El CR y los profesionales relacionados con la salud mental pueden ofrecer el apoyo necesario a esta población con la esperanza que puedan mantener una vida laboral exitosa. El CR debe considerar las formas en como la incapacidad afecta el potencial de éxito de cada cliente para diseñar intervenciones apropiadas. La creencia en la auto-eficacia, puede influir en cuanto al esfuerzo que el cliente invierte en lograr su meta. La guía para construir escalas para el avalúo de la auto-eficacia, es una herramienta útil para realizar intervenciones apropiadas en la consejería de carreras, utilizando como referencia la TSCC (Bandura 2006).

Referencias

- Bandura, A. (2006). *Guide for Constructing Self efficacy Scale*. Recuperado de <http://www.uky.edu/~eushe2/BanduraPubs/BanduraGuide2006.pdf>
- Baldwin, M.L., & Marcus, S.C. (2006). Perceived and measured stigma among workers with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 57(3), 388-392. Recuperado de: http://www.state.nj.us/mhstigmacouncil/community/employment/employment_perceived_stigma_among_workers.pdf.
- O'Sullivan, D., & Stauser, D.R. (2009). Operationalizing self efficacy related social cognitive variables and moderating effects. Implication for rehabilitation research and practices. *Rehabilitation Counseling Bulletin*. 52(44), 251-258
- Smith, A., & Milson, A. (2011). Social Cognitive Career Theory and Adults with Psychiatric Disabilities: Bringing Theory to Practice. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*. 42(3), 20-25.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration's Recourse Center to Promote Acceptance, Dignity and Social Inclusion. (2009). Recuperado de <http://www.promoteacceptance.samhsa.gov/topic/employment/default.aspx>
- Szymansky, E.M., Enright, M.S., Hershenson, D.V., Ettinger, J. M. (2010). Career development. theories and constructs. En Szymanski E.M., & Parker, R.M (Eds.) *Work and disability: Issues and strategies in career development and job placement*. (3rd ed., pp. 87-131) . Austin, Texas: Pro.ed.

REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA Y RECUPERACIÓN... DE UN PÁJARO LAS DOS ALAS

Lcda. Marie Lee Loperena Montalbán, MRC

Vice-Presidenta del CPRC

Manejadora de Casos en Hospital San Juan Capestrano

Contacto: marieleope@gmail.com

A finales de los años cuarenta del siglo XX, en los Estados Unidos comienzan a surgir programas que se enfocaban en facilitar el desarrollo de destrezas en los individuos que estaban recuperándose de la fase aguda de una condición mental. Las metas de estos programas estaban dirigidas a que los individuos pudieran ganar mayor autonomía. Esta iniciativa surge de las profesiones vinculadas al campo de la rehabilitación y se conoció como rehabilitación psicosocial (Stromwall & Hurdle, 2003).

Bachrach (1992), define la rehabilitación psicosocial como: "un acercamiento terapéutico para el cuidado de las personas con condiciones mentales que fomenta el que cada paciente pueda desarrollar sus capacidades a plenitud a través del aprendizaje de nuevos modelos de conducta y el apoyo ambiental" (Bachrach, 1992, p. 1457). Stromwall y Hurdle (2003), concluyen que este enfoque representó cambios en las ideas del modelo biomédico y en el tratamiento a las personas con condiciones mentales persistentes.



Continúa en la próxima página »

REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA Y RECUPERACIÓN... DE UN PÁJARO LAS DOS ALAS

Luego de la Segunda Guerra Mundial (1939-1945), comenzó a gestarse un esfuerzo de reestructuración de las políticas sociales y económicas; con el propósito de combatir las desigualdades sociales y fortalecer la figura del Estado mediante las prestaciones a nivel público (Desviat, 2006; Scarano, 2000). Los movimientos sociales de los años sesenta, y las discusiones en los círculos académicos en torno a las orientaciones noveles de la salud pública, son el escenario para el surgimiento de la psiquiatría comunitaria como disciplina. Esta última se da en el contexto de la política de desinstitutionalización de las personas con condiciones mentales en los Estados Unidos (en los años sesenta del siglo XX) extendiéndose a otros lugares como el movimiento de la Reforma Psiquiátrica (González, 2002). Desviat (2006), señala que este movimiento se distancia de la psiquiatría tradicional y considera a la comunidad como el espacio “normalizador”, mientras el hospital psiquiátrico perpetúa y agrava la condición de la persona mediante la cronicidad institucional. De acuerdo a este autor, la desinstitutionalización trajo una nueva manifestación de la llamada cronicidad lo cual obligó al desarrollo de programas orientados a la atención de este grupo, dando lugar así al concepto de rehabilitación psiquiátrica. Los pininos de la rehabilitación psicosocial se recogen en el campo de la psiquiatría bajo este concepto (rehabilitación psiquiátrica). En épocas más recientes, estos conceptos se intercambian y se utilizan como sinónimos (Bachrach, 1992). Algunos autores del campo de la psiquiatría definen la rehabilitación psiquiátrica como “el proceso de facilitar que las personas con condiciones mentales funcionen de manera efectiva en los roles que ellos desean en su vida con un mínimo de intervención profesional” (Ventura, Moreno, Caballero & Hernández, 2003, p.4).

Según Jacobson y Greenley (citado en Bellack, 2006), este modelo implica condiciones internas y condiciones externas. El primer grupo (condiciones internas) se relaciona al individuo e incluye las condiciones y procesos que llevan al cambio, entre éstas se encuentran: (a) esperanza de que la recuperación sea posible; (b) el desarrollo del sentido de uno mismo, separado de la enfermedad y capaz de hacer frente a los síntomas; (c) apoderamiento, que corrige el sentido de impotencia y la dependencia que resulta del cuidado de salud mental tradicional; y (d) conexión, que promueve establecer contactos sociales con otros. Las condiciones externas son las experiencias, las políticas y las prácticas que llevan a la recuperación, tales como: (a) derechos humanos, incluyendo luchar contra el estigma y la discriminación hacia las personas con enfermedad mental; (b) el atributo deseado de la recuperación, lo cual implica una cultura que fomente crecimiento, respeto y esperanza; y (c) servicios orientados a la recuperación, éstos son las prestaciones que promueven la esperanza y el apoderamiento e incluyen al participante como compañero en una relación de respeto mutuo.



La rehabilitación psiquiátrica se basa en una serie de principios básicos, los cuales representan un intento por establecer una filosofía orientada a la recuperación en el campo de la salud mental. Estos principios podrían resumirse en lo siguiente: 1) el foco primario de la rehabilitación psiquiátrica es aumentar las competencias de las personas con impedimentos psiquiátricos más allá de sus síntomas; 2) el beneficio principal de la rehabilitación para la persona es mejorar su comportamiento en el ámbito que identifique como importante; 3) la rehabilitación psiquiátrica es ecléctica, ya que utiliza una variedad de técnicas; 4) la persona debe tener como meta el desarrollo de destrezas individuales; 5) la esperanza debe ser un componente principal en el proceso rehabilitativo. (Las expectativas positivas por parte del cliente y el profesional son factores cruciales para el logro de buenos resultados dentro del proceso de rehabilitación); 6) el incremento deliberado en la dependencia del cliente puede llevar a un aumento eventual del funcionamiento independiente del cliente. (Desde esta perspectiva, la dependencia no es vista como un aspecto negativo, sino que también se relaciona con la motivación del cliente,

donde un cierto grado de dependencia significa algo por lo cual esforzarse en el proceso rehabilitativo); 7) la participación activa del cliente en su proceso rehabilitativo es necesaria y deseable. (Por ejemplo, comunicar valores, experiencias, sentimientos, ideas y metas); 8) las dos intervenciones fundamentales de la rehabilitación psiquiátrica son: el desarrollo de destrezas y el desarrollo del apoyo ambiental y 9) el tratamiento farmacológico es necesario, pero a largo plazo, no es un componente suficiente en las intervenciones que busquen facilitar la recuperación (Anthony, Cohen & Farkas, 1990).

La literatura establece diferencias entre los conceptos de recuperación y rehabilitación psiquiátrica al señalar que, el primero (recuperación), guarda relación con el éxito de la persona en el proceso rehabilitativo (ASSMCA, 2003). Más ampliamente, la recuperación es descrita como un proceso personal de cambio profundo de actitudes, valores, sentimientos, metas, destrezas y roles (Munetz & Frese, 2001). Esto último implica el desarrollo de un nuevo significado y propósito de vida (Restrepo, 2006).

Continúa en la próxima página »

REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA Y RECUPERACIÓN... DE UN PÁJARO LAS DOS ALAS

Sin embargo, estos autores especifican que existen dos elementos esenciales en las distintas definiciones provistas, a saber: (a) recuperación como un proceso en el cual el individuo se esfuerza para superar el hecho de la enfermedad mental; y (b) el sentido de persona que desarrolla éste (SAMSHA, 2004; Bellack, 2006). Mientras, la rehabilitación psiquiátrica es definida como el proceso en el cual la persona logra tener participación activa en aspectos relacionados a su vida, aprendizaje en el empleo, tiempo libre y formas efectivas de establecer contacto social (Well, Felling & Persoon, 2003).

Dicho de otro modo, el cuerpo de conocimiento de la rehabilitación psiquiátrica proporciona una guía filosófica, teórica, metodológica y práctica dirigida a fomentar la inclusión de la persona que presenta una condición de salud mental más significativa. La recuperación es el resultado esperado en el que existe la expectativa de cambio profundo en el sistema de creencias del individuo. En síntesis, la rehabilitación psiquiátrica como disciplina ha identificado intervenciones, estrategias, modelos y acercamientos que propician que la persona pueda trascender la experiencia de la enfermedad mental. La consecución de dicha trascendencia es lo que llamamos: recuperación.

Los Consejeros y Consejeras en Rehabilitación (CR) desempeñan un rol determinante en esta tarea. Autores como Garshke (1999), concluyen que los profesionales del campo de la Consejería en Rehabilitación necesitan incorporar estrategias de intervención que podrían resultar diferentes a las utilizadas en los casos de personas con condiciones físicas. Este autor puntualiza que muchos participantes necesitan servicios abarcadores que le permitan lidiar con una variedad de asuntos emocionales y psicosociales, antes de que puedan enfocarse en asuntos relacionados al aspecto ocupacional. Las prestaciones abarcadoras implican que el CR tenga conocimiento de los servicios que propenden a la rehabilitación de este grupo, los derechos que los cobijan y los enfoques filosóficos que influyen en el diseño de los programas, entre otros. El análisis de Garshke nos remite a reflexionar sobre la necesidad de que el profesional de la Consejería en Rehabilitación pueda verse a sí mismo como facilitador del proceso de ajuste psicosocial del individuo a su condición de salud mental y que pueda sentirse capaz de acompañarlo mientras éste recupera su sentido de persona.

Referencias

- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16 (4), 11-23.
- Anthony, W., Cohen, M. & Farkas, M. (1990). *Psychiatric Rehabilitation*. Boston, M. A.: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Anthony, W. A. & Nemec, P. B. (1984). Psychiatric Rehabilitation. En Bellack, A. S. (Ed.). *Schizophrenia: Treatment, Management, and Rehabilitation*. (pp. 375-408). Orlando, Florida: Grune & Stratton, Inc.
- Bachrach, L. L. (1992). Psychosocial Rehabilitation and Psychiatry in the Care of Long-Term Patients. *The American Journal of Psychiatry*, 149 (11), 1455-1463. Recuperado el 4 de junio de 2010, de la base de datos ProQuest.
- Bellack, A. S. (2006). Scientific and Consumer Models of Recovery in Schizophrenia: Concordance, Contrasts, and Implications. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (3), 432-442. Recuperado el 4 de junio de 2010, de <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org>
- Corrigan, P. W. (2003). Towards an Integrated, Structural Model of Psychiatric Rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26 (4), 346-358.
- Desviat, M. (2006). *Vigencia del modelo comunitario en salud mental: teoría y práctica*. Recuperado el 5 de junio de 2010, de <http://sites.google.com/site/psiquiatriacomunitaria/Vigenciadelmodelocomunitarioensaludmental.doc?attredirects=1>
- Drake, R. E., Green, A. I., Mueser, K. T., & Goldman, H. H. (2003). The History of Community Mental Health Treatment and Rehabilitation for Persons with Severe Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, 39 (5), 427-440.
- Lepke, A., Gzil, F., Cammelli, M., Lefevre, C., Pachoud, B. & Ville, I. (2007). Person-centredness: Conceptual and historical perspectives. *Disability and Rehabilitation*, 29 (20-21), 1555-1565. Recuperado el 7 de junio de 2010, de la base de datos EBSCOHost.
- Munetz, M. R. & Frese, F. J. (2001). Getting ready for recovery: Reconciling mandatory treatment with the recovery vision. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25 (1), 35-42.
- Restrepo Toro, M. E. (2006, marzo). *Modelo de Rehabilitación Vocacional: Elegir-Conseguir-Retener, para Latinos con Condiciones Psiquiátricas*. Trabajo presentado en el Ciclo de Talleres: Facilitando la Rehabilitación Vocacional de Personas con Condiciones Psiquiátricas, Puerto Rico.
- Scarano, F. A. (2000). *Puerto Rico: Cinco Siglos de Historia*. México: McGraw Hill.
- Stromwall, L. K. & Hurdle D. (2003). Psychiatric Rehabilitation: An empowerment-based approach to mental health services. *Health and Social Work*, 28 (3), 206-212.
- Well, T. V., Felling, A., & Persoon, J. (2003). The Effect of Psychiatric Rehabilitation on the Activity and Participation Level of Clients with Long-term Psychiatric Disabilities. *Community Mental Health Journal*, 39 (6), 535-546.

REHABILITACIÓN Y SALUD MENTAL: REFLEXIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE UNA ESTUDIANTE

Zulmary Larregui Dennis

Estudiante de la Escuela Graduada de Consejería en Rehabilitación UPR-RRP

Contacto: zlarregui@gmail.com

Ante la realidad de la sociedad puertorriqueña del siglo 21, hablar sobre rehabilitación y salud mental es una discusión pertinente y a la vez desafiante. Ambos conceptos son constructos ideológicos que se apoyan recíprocamente para coexistir. Sin embargo, en el inconsciente colectivo, este vínculo no es parte de un pensamiento concreto. No relacionamos la salud mental con la rehabilitación espontáneamente. La rehabilitación es un término ajeno para la persona que no haya tenido algún problema de adicción o delincuencia. Algunos escuchan la palabra rehabilitación, y la asocian con personas convictas, con personas desamparadas que deambulan en las calles, con personas con alguna limitación física o conductas inadecuadas. Pero, no es tan común que se le relacione con la persona que lleva una vida según lo socialmente esperado. No obstante, la rehabilitación es un proceso por el cual pasamos todos, todos los días, en las múltiples dimensiones de la condición humana.

Las discapacidades psiquiátricas son la causa principal de discapacidad a nivel mundial (Falvo, 2012). La consejería en rehabilitación, que es una profesión de servicio a poblaciones en desventaja física, psicológica y social por algún impedimento físico o psiquiátrico, debe ser precursora y asumir un rol de liderazgo para trabajar en contrarrestar esa realidad. Más aún en Puerto Rico, donde es evidente que los esfuerzos dirigidos para ocuparse de la salud mental aparentan no estar surtiendo el efecto deseado.

La rehabilitación no se limita a algunos pocos y es un proceso constante, continuo e imperecedero. Rehabilitarse es un desafío cotidiano que ejecutamos todos, ya que todos tenemos limitaciones. Siempre hay un ajuste, siempre hay un reto, siempre hay una limitación a superar. Consistentemente buscamos la manera de acomodarnos a nuestras realidades en busca de salud mental.



Rehabilitarse es un arte y como todo buen arte, este proceso es creador de una belleza incalculable. La belleza de utilizar la fuerza y la flexibilidad; la voluntad y la aceptación, como una acción natural de la mente y el cuerpo para retomar el balance. El balance perdido por las demandas sociales; balance buscado para habilitar, nuevamente, nuestra integridad física y emocional.

La rehabilitación de la salud mental es un proceso que facilita a la persona a reajustar sus capacidades y habilidades para afrontar las exigencias de la vida cotidiana saludablemente. Tal y como señala Maki (2012), la consejería es un servicio terapéutico o psicoeducativo. Por consiguiente, como profesionales de consejería, los consejeros en rehabilitación tienen una inherente responsabilidad hacia la salud mental de la persona con o sin impedimento. Este consejero concilia el arte de la consejería con el arte de la rehabilitación sustentado bajo una perspectiva científica-social para posibilitar apoderamiento, integridad y bienestar.

Resulta ineludible para el consejero en rehabilitación trabajar con la salud mental del consumidor, como también, considerar las reacciones psicosociales que surgen de la discapacidad (Stebnicki, 2012). Un consejero en el área de rehabilitación no debe olvidar que la rehabilitación vocacional u ocupacional es un proceso que puede llegar a ser angustioso y estresante, y, en ocasiones conllevar discriminación social o institucional. La comprensión del consejero hacia la relación de consejería y las necesidades psicológicas del consumidor es fundamental. Este profesional debe tener la sensibilidad, la apertura y la flexibilidad, para facilitar un proceso de rehabilitación psicosocial. Por consiguiente, además de desarrollar las herramientas y las estrategias que conduzcan al individuo con impedimento a llevar al máximo su avance ocupacional, también debe comprometer sus valores, principios, actitudes y aptitudes hacia la promoción de la salud mental. Las múltiples labores, responsabilidades y presiones o demandas ambientales pueden provocar que un consejero en rehabilitación pierda de perspectiva o desatienda esta área tan significativa.

Las variadas competencias del Consejero en Rehabilitación son su mayor fortaleza, pero si se descuida, pueden convertirse en su talón de Aquiles. Al trabajar con tantos componentes a la vez, puede verse afectado el sustancial de servicio de la consejería. El servicio es de vital importancia pues la consejería es el vehículo que posibilita la rehabilitación. Una persona que todos los días de su vida trabaja para conciliar las luchas internas y externas que le causan las limitaciones de un impedimento, tiene la necesidad de construir y reconstruir destrezas para manejar el impacto psicosocial de su discapacidad. Estas áreas se trabajan a través del servicio terapéutico y/o psicoeducativo que viabiliza la consejería.

Continúa en la próxima página »

REHABILITACIÓN Y SALUD MENTAL: REFLEXIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE UNA ESTUDIANTE



Parte de los esfuerzos de la profesión deben estar destinados a promover el concepto de rehabilitación y hacer visibles los lazos existentes entre la rehabilitación y la salud mental. Más allá del contexto académico y profesional donde es habitual, el país debe apoderarse del uso y operacionalización del término rehabilitación. De la misma manera en que se habla en los medios de comunicación sobre salud mental, debe insertarse el concepto rehabilitación. Antes que elaborar cualquier estrategia intelectual ideada para concienciar a la población sobre la rehabilitación y su rol para promover la salud mental, hay que hacer un acercamiento humilde y genuino a ese ciudadano, que desconoce del léxico académico y profesional.

El consejero en rehabilitación es un consejero, un facilitador de servicios, un manejador de caso y un profesional con una amplia variedad de competencias. Esto lo hace poseedor de una vasta capacidad para asumir una voz líder dentro de la discusión pública sobre la salud mental y conceptualizarla hacia la rehabilitación. El desafío es reinventarse, auto-respetarse, y redirigir el norte. Los tiempos venideros son propicios para ello.

Referencias

- Falvo, D. (2012). *Psychiatric Disabilities. Medical and Psychosocial Aspects of Chronic Illness and Disability*. (pp.221-260). 4th Edition. Ontario. Canada. Jones and Bartlett Publishers.
- Maki, D. (2012) Concepts and Paradigms in Rehabilitation Counseling. In D. Maki & V. Tarvydas (Eds.), *The professional practice of Rehabilitation Counseling*(pp.83-107) New York. New York: Springer Publishing.
- Stebnicki, M. (2012). Counseling. In D. Maki & V. Tarvydas (Eds.), *The professional practice of Rehabilitation Counseling*(pp.241-267)New York. New York: Springer Publishing.

CASA ABIERTA DE LA ESCUELA GRADUADA DE CONSEJERÍA EN REHABILITACIÓN UPR-RRP

Reseña realizada por: Arelis M. Soto Santiago

Estudiante de la Escuela Graduada de Consejería en Rehabilitación, UPR-RRP

amryss@gmail.com

Durante este pasado viernes, 18 de enero de 2013, desde tempranas horas de la mañana, estudiantes, personal administrativo y la facultad de la escuela se preparaban para recibir a un grupo de estudiantes interesados en iniciar estudios graduados en Consejería en Rehabilitación. En su mayoría, liderados por la Dra. Ineabelle Montes de la UPR de Ponce, cerca de una veintena de estudiantes se dio cita en la Escuela Graduada, UPR-RP, para conocer sobre las facilidades, el ofrecimiento curricular y académico. Como parte de la agenda del día, se les ofreció un recorrido a través tanto de la escuela como del recinto, tuvieron la oportunidad de conversar con cada miembro de la facultad sobre los cursos que ofrecen y programas que dirigen y compartieron con estudiantes de la escuela sobre sus experiencias y motivaciones para iniciarse en la profesión. Según les manifestara el director de la escuela, Roberto Fronteras: "A estos estudiantes que se aproximan a culminar sus estudios subgraduados, se les presenta la oportunidad de aceptar un nuevo reto en el área de prestación de servicios a la comunidad". Reto, que de ser ejecutado de manera digna, redundará en un beneficio directo al bienestar de nuestra sociedad.



ORIENTACIÓN DE LA JUNTA EXAMINADORA DE CR

Lcdo. Josué Giménez Santana, MRC

Presidente, Comisión de Publicidad del CPR

Estudiante Doctoral y Asistente de Cátedra en UPR-Río Piedras

Contacto: josue.gimenez.santana@gmail.com

El pasado 23 de octubre de 2012, directivos del CPR participaron de una orientación ofrecida por la Junta Examinadora de Consejeros en Rehabilitación (JECR). Esta orientación cuyo título fue: "Responsabilidades y Deberes del Consejero en Rehabilitación y su alcance legal en Puerto Rico" fue ofrecida por los miembros de la JECR y su asesor legal, Lcdo. Gian Antonio García. Comienza la reunión aproximadamente a las 10:30am con la bienvenida y reflexión del Lcdo. Amparo Rodríguez, quien a su vez presentó a los demás miembros de Junta presentes, Dra. Maribel Báez y Lcda. Waleska López. Acto seguido, la presidenta de la JECR, Lcda. López da inicio a la charla exponiendo la Ley que Reglamenta la Profesión de Consejería en Rehabilitación en Puerto Rico (Ley Núm. 58 de 1976) y el alcance de la práctica profesional. Esto incluyó los requisitos en ley para poder ejercer y los diversos escenarios de empleo. Continuó la orientación con la participación de manera alternada tanto de la Lcda. López así como de la Dra. Maribel Báez y los licenciados Amparo Rodríguez y Gian Antonio García. Los principales asuntos discutidos fueron los siguientes:

- Principios y normas éticas aplicables al CR
- Competencias y áreas de dominio (Knowledge Domains)
- Alcance de la práctica (Scope of Practice)
- Funciones y Deberes de la JECR
- Proceso de Querellas ante la JECR
- Responsabilidad Patronal



Se anticipó la realización de vistas públicas en febrero 2013 debido a la adopción de un Código de Ética por parte de la JECR exigido por ley. Los directivos del CPR, representados por su presidenta, Lcda. Dalila Luyanda, expusieron su preocupación en torno a una posible confusión en los colegiados y una duplicidad de esfuerzos considerando la existencia del actual Código de Ética Profesional del CPR. Este código aplicable a todos los colegiados fue adoptado en asamblea general ordinaria en 2009 y revisado en asamblea general extraordinaria en 2012. Los directivos del CPR se pusieron a disposición de la JECR para el eventual logro de un Código de Ética unificado. Otro asunto importante anunciado, lo fue la implementación del proceso de recertificación de manera electrónica. A partir de este año todo colegiado deberá recertificar su licencia por internet a través de la página oficial de la Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud: <https://orcps.salud.pr.gov/>. Este portal opera las 24 horas y los siete días de la semana. Además posee un servicio de chat para clarificar dudas disponible de lunes a viernes en horario de 8:00am-5:00pm.

Esta orientación tuvo una asistencia de aproximada de 30 personas que representaban a diversos patronos y empleadores de Consejeros en Rehabilitación. Cabe destacar la presencia de una representante de la Junta Examinadora de Consejeros Profesionales, la cual tuvo oportunidad, junto a otras personas presentes, de clarificar dudas relacionadas al alcance de nuestra profesión. En esta dirección resulta meritorio destacar que la JECR enfatizó que comenzó un proceso de orientación y fiscalización para que todos aquellos escenarios que ofrezcan servicios a la población con impedimentos cuenten con profesionales de la CR. Esta iniciativa fortalece los esfuerzos que ha realizado el CPR desde sus inicios por defender a sus colegiados ante el desconocimiento sobre el alcance de la práctica de diversos patronos. Tal es el caso de colegas desempeñándose en escenarios académicos, comunitarios y de salud mental entre otros.

Finalizamos esta reseña compartiendo información de contacto provista en la orientación. Si un profesional de la Consejería en Rehabilitación se siente desplazado en su escenario laboral, puede radicar una querella formal ante la JECR o comunicarse con la Unidad de Asesores Legales:

Junta Examinadora de Consejeros en Rehabilitación

Dirección: PO BOX 10200 San Juan PR 00908

Teléfono: (787)-999-8989 ext. 6571

Email: bvillegas@salud.gov.pr

Unidad de Asesores Legales

Teléfono: 787-999-8989 ext. 6628, 6589

Email: marileemaldonado@salud.gov.pr, almuniz@salud.gov.pr



CEREMONIA DE INICIACIÓN AECORE 2012

La Asociación de Estudiantes de la Escuela Graduada de Consejería en Rehabilitación de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras (AECORE), celebró su Ceremonia de Iniciación, el pasado 16 de noviembre de 2012 a las 7:00 p.m. en las facilidades del Edificio de Plaza Universitaria. Este año, se iniciaron alrededor de 36 estudiantes, de los cuales, 21 son de Primer Año, 12 de Segundo Año y 3 de Tercer Año. En AECORE, se les ha brindado la oportunidad a los miembros de que expandan sus conocimientos más allá del salón de clases, enfatizando en que el confraternizar entre colegas es muy importante para desarrollarnos como profesionales en el campo de la Rehabilitación.



SIMPOSIO DE INVESTIGACIÓN EN AT

El pasado 5 de diciembre de 2012, se llevó a cabo el Simposio de Investigación en Asistencia Tecnológica: Legislación Vigente Ante el Reto de la Inclusión, en el Tercer Piso, Torre Central del Edificio de Plaza Universitaria de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. En este simposio, hubo conferencias que trataban de temas desde la construcción del diseño de equipos asistivos, tecnologías actuales y emergentes para personas con problemas visuales, hasta presentaciones de investigaciones inéditas de la Escuela Graduada de Consejería en Rehabilitación, realizadas por ex alumnos de CORE y presentadas en el simposio por estudiantes actuales del programa. Los estudiantes que participaron en el simposio, lo fueron siguiendo el orden de la foto: el Sr. Carlos A. Ramos Ortolaza, presentando la Tesis: "Opinión de una Muestra de Estudiantes Universitarios con Impedimentos Visuales sobre la Utilidad y la Satisfacción con el Equipo de Asistencia Tecnológica," de Vázquez (2009). La Srta. Nahira J. Flores Vázquez, presentó su Propuesta de Tesis. La Srta. Marisabel Ortiz Robles presentó la tesis titulada: "Identificación de Factores Relacionados al Uso o Abandono del Equipo de Asistencia Tecnológica entre los Participantes del PRATP, (Capeles, 2005)." La Srta. Kiara R. Martínez Díaz, presentó un trabajo realizado como parte de uno de los cursos modulares de la escuela titulado: "La Ergonomía Física en el Trabajo, (Martínez, 2012)." Todos los estudiantes que participaron del Simposio sobre Asistencia Tecnológica, se encuentran actualmente en el proceso de Internado de Consejería en Rehabilitación.

PRIMERA CONFERENCIA ANUAL DE LA RED DD 2012



Durante los días 18, 19 y 20 de diciembre de 2012, se llevó a cabo la Primera Conferencia Anual de la Red DD 2012 titulada: "Deficiencias en el Desarrollo: Visión de Futuro." Entre las conferencias, se presentaron diversos temas, entre ellos: proyectos existentes en la actualidad relacionados a la recreación adaptada y centros que ofrecen a servicios a personas con diversas condiciones, tales como: epilepsia, ceguera, sordera e impedimentos múltiples, tanto en el área fisiológica como psicosocial. También se realizó un Reencuentro de los Foros de Liderato Juvenil para Estudiantes con Impedimentos (1998-2012). En esta actividad, hubo participación de 20 estudiantes de la Escuela Graduada de Consejería en Rehabilitación y de la Facultad de Educa-

ción de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras junto a estudiantes de la American University y la Universidad del Sagrado Corazón, los cuales en conjunto, trabajaron como ujieres, brindando asistencia tanto en las conferencias como en los pasillos a las personas con diversidad funcional. A través de actividades como ésta, la Escuela Graduada de Consejería en Rehabilitación está aportando su granito de arena diciendo presente.



Reseñas realizadas por: Marisabel Ortiz Robles
Estudiante de la Escuela Graduada de Consejería en Rehabilitación UPR-RRP
Contacto: marisabel.23.88@gmail.com

ASAMBLEA EXTRAORDINARIA DEL CPR

El CPR de PR celebró, el pasado 26 de octubre de 2012, una Asamblea Extraordinaria con el fin de atemperar su Código de Ética Profesional a las nuevas enmiendas, aprobadas en 2010, al *Code of Professional Ethics* de la *Commission on Rehabilitation Counselor Certification* (CRCC). Los trabajos del día tuvieron lugar en el Teatro Laura Gallegos de la Universidad Central de Bayamón. Durante la asamblea se trataron los siguientes tres asuntos principales: a) Taller de Ética con 3 Horas Crédito de Educación Continua b) Enmiendas al Código de Ética y c) Informe sobre Director Ejecutivo. El taller de Educación continua estuvo a cargo del Dr. Raúl Rivera y la Dra. Lesley Irizarry. Entre las enmiendas discutidas en el taller y aprobadas eventualmente por el pleno destacan las siguientes áreas: supervisión de empleados, comunicación a distancia y el proceso de mentoría a estudiantes, entre otras. Esta actividad fue una muy concurrida donde los colegiados tuvieron la oportunidad de clarificar dudas sobre el proceder ético en la práctica profesional. Igualmente, el CPR ha continuado ofreciendo otros talleres de educación continua exitosos, los cuales se anuncian regularmente a través de nuestros medios de divulgación electrónicos.



Colaboración: **Lcda. Marie Loperena Montalbán y Lcdo. Josué Giménez Santana**

Historia de Superación: Artista Sin Barreras

Mi nombre es Lucero Robles Álvarez. Soy residente de San Juan, Puerto Rico. He tenido la oportunidad de participar en diferentes actividades sin fines de lucro del municipio de Humacao, Aguas Buenas, Cidra y Bayamón. Pongo a su disposición mis habilidades y talentos para colaborar y contribuir en sus actividades. Cuento con un repertorio de cerca de 50 canciones que canto con pista. Este repertorio incluye boleros, baladas, música tropical y música en inglés. A continuación, se incluye un resumen de algunas actividades en las que he participado:



2010 - Viernes 3 de diciembre: Participación en canto, en el Festival de Artistas con Impedimentos en Humacao como parte del Día Internacional de las Personas con Impedimentos.

2011 - Sábado 7 de mayo: participación en el Radio maratón "Yo amo a un niño con Espina Bífida", celebrado en el Food Court del Centro Comercial Plaza del Sol, Bayamón.

2011 - Sábado 5 de marzo: Participación en canto, en el evento Relevo por la vida, celebrado en el Parque Jacinto Hernández de Humacao.

2011 - Sábado 26 de febrero: Presentación en el Talent Show "Vida Plena" celebrado en el Coliseo Samuel "Sammy" Rodríguez del municipio de Aguas Buenas.

2011 - Jueves 24 de febrero: Participación en canto en la Inauguración del Programa Florece en la Montaña, en el municipio de Cidra.

2011 - Jueves 10 de febrero: Participación en la 13ra Feria SERPI, celebrada en la universidad de Puerto Rico, Recinto de Humacao.

2012 - Domingo 20 de mayo: Participación "Reforzando a la familia" celebrado en la Hacienda Sabanera, municipio de Cidra.

2013 - Domingo 13 de enero: Participé en el cierre la feria de artesanías del centro comercial Plaza las Américas.

Actualmente continúo cantando en actividades de organizaciones sin fines de lucro. He sido hospitalizada en 17 ocasiones y operada 13 veces. Sin embargo, esto no ha sido impedimento para lograr mis metas. Por lo cual, doy gracias a Dios y a los ángeles que ha puesto en mi camino.

Cordialmente,

Lucero Robles Álvarez, Artista Sin Barreras
Bachillerato en Comunicaciones y Maestría en Publicidad
Universidad del Sagrado Corazón

Visita una de sus iniciativas en:
Generación de Jóvenes Rompiendo Barreras
(Generación JRB) <http://generacionjrb.webs.com/>
Facebook: <http://www.facebook.com/generacionjrb>
Email: generacion.jrb@gmail.com

CONVENCIÓN ANUAL CPR 2013

"Componentes de la Salud Mental en la Consejería en Rehabilitación"

Jueves, 21 de marzo de 2013

Wyndham Río Mar Beach, Río Grande

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

*Favor de completar el formulario en letra de molde

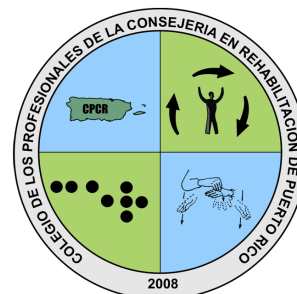
Nombre: _____

Dirección Postal: _____

Tel. Res.: (____) ____ - ____ Celular: (____) ____ - ____ Tel. Trabajo: (____) ____ - ____

Fax: (____) ____ - ____ Correo electrónico personal: _____ Núm. Licencia: _____

Necesidades Especiales: ☐ Intérprete ☐ Impreso Agrandado ☐ Braille
☐ Alimenticio ☐ (vegetariano, alergias, etc.): _____



Tarifa de la Convención

(Incluye desayuno, meriendas, almuerzo, conferencias, materiales)

Colegiado	No Colegiado	Estudiante
\$70	\$80	\$60

Nota: La inscripción puede ser enviada por correo regular, correo electrónico, fax o entregada en la oficina del Colegio. Le exhortamos a que reserve su espacio por adelantado, la **inscripción en puerta** tendrá un **cargo adicional de \$5**. La cancelación de la inscripción debe ser en o antes del **8 de marzo de 2013**, y está sujeta a un **cargo de cancelación de \$25.00**. No habrá reembolsos después de esta fecha. La cancelación, debe ser por escrito, firmada y enviada por fax 787-754-5800, correo electrónico: cpcr.pr@gmail.com o entregada en la oficina del Colegio. Los **estudiantes** que se registren deben enviar/presentar **copia de ID o programa de clases**. Es importante la inscripción temprana para poder estimar la asistencia, los arreglos que se están haciendo con el hotel y otros detalles de la Convención. Puede hacer pago con cheque, giro postal (pagadero al CPR de Puerto Rico, Inc.), Visa o Mastercard. También puede pagar en efectivo o ATH en la oficina del Colegio.

Favor desprender la hoja de inscripción y devolver al:
 Colegio de los Profesionales de la Consejería en Rehabilitación de PR, Inc.
 P. O. Box 194329

San Juan, Puerto Rico 00919-4329

No olvide completar la información al dorso

VISIÓN CPR 2013

¡Colega colabora con tu Colegio!

Justo detrás de la Hoja de Inscripción de la Convención CPR 2013, hemos colocado este espacio para que puedas indicarnos como podemos utilizar tus intereses y talentos para el beneficio de nuestra profesión. Actualmente contamos con 7 comisiones permanentes y un Comité Ad-Hoc en los cuales puedes participar como miembro oficial (colegiados) o colaborador (estudiantes y no colegiados). Aunque no seas miembro, puedes colaborar enviando información pertinente a cada área. Haz una marca en la comisión de tu interés o indícanos como podrías contribuir al fortalecimiento de tu Colegio y nuestra profesión. Tu valiosa aportación redundará en un beneficio para los actuales y futuros profesionales de la Consejería en Rehabilitación.

Comisión de Reglamento y Legislación

- *Estudia, redacta y recomienda enmiendas al Reglamento.
- *Está atenta a cualquier pieza legislativa que esté relacionada con la clase profesional.
- *Analiza, prepara y fomenta medidas legislativas encaminadas a favorecer el interés público, así como el bienestar y desarrollo de la clase profesional.



Comisión de Finanzas

- *Fomenta y desarrolla actividades para aumentar los caudales del Colegio.
- *Colaborará en la confección del presupuesto.



Comisión de Querellas, Mediación y Adjudicación

- *Recibe y estudia todas las querellas presentadas por los colegiados.
- *Media para resolver conflictos, situaciones o problemas que se planteen.
- *Informa a la Junta Directiva el resultado de la intervención.
- *Recomienda acciones a seguir para dilucidar o afrontar los conflictos.
- *Indica pautas a seguir para evitar las situaciones que den lugar a disputas entre colegiados.
- *Evalúa las querellas contra los colegiados, que provengan de otras fuentes externas al colegio.



Comisión de Ética Profesional

- *Atiende querellas o quejas sobre la conducta ética de cualquier colegiado en conformidad con el Reglamento del CPR y el Código de Ética Profesional.



Comisión de Educación Continua

- *Organiza y coordina actividades de educación continua para el mejoramiento profesional.
- *Facilita a los colegiados el cumplir con los requerimientos de educación continua.
- *Implementa los acuerdos de la Junta Directiva relacionados a su plan de actividades educativas.



Comisión de Publicidad

- *Da a conocer las actividades, gestiones y labor realizada por el Colegio y sus miembros.
- *Orienta, de la mejor manera posible, a los colegiados y a la comunidad sobre asuntos relacionados a la profesión, el campo de la rehabilitación, cívico o cultural.
- *Publica por lo menos un boletín trimestral, para mantener la comunicación de los colegiados y que sea un medio de expresión de éstos.
- *Publicará una revista profesional con temas relacionados a la profesión.



Comisión de Convención y Actividades Especiales

- *Coordina lo referente a las actividades de la Convención Anual y las Asambleas Extraordinarias.
- *Organiza las actividades sociales y culturales.
- *Lleva a cabo los acuerdos y recomendaciones de la Junta Directiva en sus actividades.
- *Asesora a la Junta Directiva sobre el desarrollo de las actividades y costos.
- *Planifica las actividades a base de los fondos disponibles.



Comité Ad-hoc para la Identidad y Visibilidad Profesional

- *Fomentar que las personas con discapacidad sean atendidas por el personal mejor cualificado
- *Dar a conocer el rol del/de la Consejero/a en Rehabilitación en escenarios no tradicionales
- *Propiciar mejores oportunidades de empleo para el gremio.



Junta Directiva 2012-2014

Presidenta

Lcda. Dalila Luyanda Santiago, MRC, CRC

Vice-presidenta

Lcda. Marie Lee Loperena Montalbán, MRC

Secretaria

Lcda. Zamira Nouri Cepero, MRC

Sub-secretaria

Lcda. María Isabel Figueroa González, MRC

Tesorera

Lcda. Awilda Rivera Náter, MRC

Sub-tesorera

Lcda. Sylvia Mateo Rodríguez, MRC

Vocales:

Lcda. Aurea Arocho Vera, MRC.

Lcda. Arlene Aponte Malavé, MRC.

Prof. Lesley Irizarry Fonseca, PhD, MRC, CRC.

Lcda. Glorielis Jordán Acevedo, MRC.

Lcdo. Josué Giménez Santana, MRC

Presidentes/as Comisiones Permanentes

Comisión de Finanzas

Lcda. Carmen M. Rodríguez Alejandro, MRC

Comisión de Querellas, Med. y Adjud.

Lcda. Zamira Nouri Cepero, MRC

Comisión de Ética Profesional

Prof. Raúl Rivera Colón, Ph.D., CRC, MRC, M.Ed.

Comisión de Publicidad

Lcdo. Josué Giménez Santana, MRC

Comisión de Reglamento y Legislación

Lcdo. José L. Velázquez Altagracia, MRC

Comisión de Educación Continua

Lcda. Sylvia Mateo Rodríguez, MRC

Comisión de Convención y Act. Especiales

Lcda. Josefina Vélez Berrios, MRC

Dirección Física: 1007 Ave. Muñoz Rivera

Edificio Darlington Suite 303

Río Piedras, Puerto Rico, 00919

Dirección Postal: P.O. Box 194329

San Juan, Puerto Rico, 00919-4329

CONTACTO:

Teléfono: 787-751-2280 / **Fax:** 787-754-5800

Página Web: <http://cpcr.webs.com>

Correo Electrónico: cpcr.pr@gmail.com

Grupo: www.facebook.com/groups/cpcr.pr/

Perfil: www.facebook.com/cpcr.pr



Asistente Administrativa: Aileen Borrero Pérez, MRC

Horario Oficina:

Lunes a Viernes: 9:00 am – 2:00 pm

Horario alterno disponible con cita previa



Colegio de los Profesionales de la Consejería en Rehabilitación, Inc.

Convención Anual CPR 2013

Componentes de la Salud Mental en la Consejería en Rehabilitación



Jueves, 21 de marzo de 2013
Wyndham Rio Mar, Rio Grande

Tarifas Convención

Colegiados	\$70.00
No colegiados	\$80.00
Estudiantes	\$60.00

Reservaciones en el Hotel

\$214.00 por noche (incluye impuestos)
(787) 888-6000 / 1 (877) 636-0636



CPCR de PR, Inc.
P.O. Box 194329, San Juan
Puerto Rico 00919-4329

DISEÑO: JGS / 2013