

JULIO-SEPTIEMBRE 2014

CONTACTUM

Boletín Informativo Oficial

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



CONTENIDO ● ● ●

Mensaje de la Presidenta	2	
Conociendo la adicción	3-4	Calendario de Educación Continua del CPCR 12
La adicción a sustancias: factores de riesgo y estrategias...	5-6	Sorteo Estadía Embassy Suites, Dorado 13
Predictores de conducta suicida en personas asistiendo...	6-8	Experiencia Ganador Estadía Embassy Suites, Dorado (2014) 13
La Entrevista Motivacional en la rehabilitación de personas...	8-10	Reseña Elección Junta Directiva 2014-15 AECORE UPR - RP 13
Informes	11	Información de Contacto 14

Mensaje de la Presidenta

¡Reciban un cordial saludo!

Llegó el momento de presentarles el Boletín *Contactum* que corresponde al trimestre de julio a septiembre de 2014. Durante estos pasados meses hemos continuado nuestras labores que se resumen de la siguiente forma:

- ♦ El CPRC estuvo presente en las Vistas Públicas sobre las enmiendas sometidas al Reglamento General de la Universidad de Puerto Rico. Estas enmiendas están dirigidas a definir las tareas y funciones del/la Consejero/a Docente en el Sistema UPR que incluye al consejero/a en rehabilitación en este escenario.
- ♦ Se ha participado de las reuniones del Consejo Interdisciplinario de Colegios y Asociaciones Profesionales (CICAP).
- ♦ Se ha continuado dando seguimiento a los Proyectos de Ley 847 y 967 presentados en el Senado de Puerto Rico.
- ♦ Se ha estado coordinando las actividades para la semana del Profesional de la Consejería en Rehabilitación en marzo 2015. Próximamente recibirán todos los detalles de estas actividades que esperamos sean de su agrado.

Se continúa trabajando con la Revista Profesional *Inclusión* que se espera publicar a finales de este año.
¡¡¡Gracias a todos los que enviaron artículos!!!

Entre los asuntos pendientes:

- ♦ El CPRC estará participando de la 2da Feria de Salud y Bienestar Espiritual del Proyecto Armonía de la Iglesia Senda Restauración Cristo para Todos en el pueblo de Toa Baja el 18 de octubre de 2014 en el horario de 9:00 a.m. – 2:00 p.m. Le invitamos a participar.
- ♦ Se continúa explorando alternativas para el seguro de negligencia profesional, ya que el mismo tendrá un impacto significativo sobre las finanzas del CPRC.
- ♦ Estaremos apoyando a nuestra población de personas con impedimentos ante el impacto a su independencia con la reducción de rutas del sistema de Transportación Pública.

Aprovecho a informarle que estaremos contando con una nueva asistente administrativa en el área de educación continua. La joven Irmarié Méndez no podrá continuar colaborando con el Colegio por lo que Shayra E. Rodríguez será la nueva colaboradora.

Les exhorto a que apoyen al Colegio a través de las distintas comisiones, iniciativas y/o proyectos comunitarios en los que participemos, para así aportar nuestro granito de arena en el bienestar de nuestra sociedad.

Cordialmente,

Dra. Lesley O. Irrizarry Fonseca, Ph.D. MRC, CRC
Presidenta CPRC, Inc.

Conociendo la Adicción

Lcda. Gloricelly Berrios Fuentes, MRC

Consejera en Rehabilitación de la Administración de Rehabilitación Vocacional

El Consejero en Rehabilitación del siglo XXI tiene ante sí el reto de trabajar con una sociedad diversa, que tiene una complejidad de problemas sociales, una situación alarmante y que debe ocuparnos, es la rehabilitación de la adicción y del abuso de sustancia controladas. Este es un problema de salud que va en aumento exponencialmente en nuestro país. Es de suma importancia poder entender que es una adicción, para poder trabajar con un plan rehabilitativo integral. Debemos comenzar por ver la adicción como una enfermedad primaria, que afecta al cerebro, constituida por un conjunto de signos y síntomas. El origen de la adicción es multifactorial, involucra factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. Los estudios demuestran que existen cambios neuroquímicos involucrados en las personas con desórdenes adictivos y que además existe predisposición biogenética a desarrollar esta enfermedad (Merdelson & Mello, 1991). La adicción es una enfermedad tratable y la recuperación es posible. Para poder trabajar con un plan rehabilitativo integral, es necesario poder entender que es una adicción. Cuando una persona no puede dejar de tomar una droga voluntariamente, aunque cuando quiere, se llama adicción. Aunque no hay una certeza del motivo para el consumo de sustancias, algunas de estas pudieran ser: búsqueda de placer, sensación de tranquilidad y bienestar, curiosidad, para aliviar o superar estados de tensión, aburrimiento, agobio o aliviar el malestar emocional. La adicción química puede ser al alcohol, cocaína, marihuana, nicotina, sedantes, anfetaminas, éxtasis, heroína entre otras. Estas pueden alterar áreas importantes del cerebro, necesarias para funciones que mantienen la vida y pueden guiar al abuso compulsivo de sustancias. Las áreas afectadas a nivel cerebral por el abuso de sustancias son: el tallo del cerebro, también conocido como tronco encefálico, este controla las funciones básicas esenciales para vivir, como la frecuencia cardíaca, la respiración y el sueño. El sistema límbico contiene el circuito de gratificación del cerebro. Conecta varias estructuras cerebrales que controlan y regulan nuestra capacidad de sentir placer. El hecho de sentir placer nos motiva a repetir comportamientos como comer, es decir, acciones esenciales para nuestra existencia. El sistema límbico se activa cuando realizamos estas actividades y también con las drogas de abuso. Además, el sistema límbico es responsable por nuestra percepción de otras emociones, tanto positivas como negativas, lo que explica la capacidad de muchas drogas para alterar el estado de ánimo. La corteza cerebral está dividida en áreas que controlan funciones específicas. Diferentes áreas procesan la información que proviene de nuestros sentidos, permitiéndonos ver, sentir, oír y saborear. La parte de adelante de la corteza, conocida como la corteza frontal, prosencéfalo o cerebro anterior es el centro del pensamiento del cerebro. Nos permite pensar, planificar, resolver problemas y tomar decisiones.



Las drogas son sustancias químicas que actúan sobre el cerebro, penetrando el sistema de comunicación cerebral e interfiriendo con la manera que las células nerviosas normalmente envían, reciben y procesan la información. Algunas drogas, como la marihuana y la heroína pueden activar las neuronas porque su estructura química imita aquella de un neurotransmisor natural. Esta similitud en la estructura “engaña” a los receptores y permite que las drogas se adhieran y activen a las células nerviosas. Aunque estas drogas imitan a las sustancias químicas del cerebro, no activan las células nerviosas de la misma manera que los neurotransmisores naturales y hacen que se transmitan mensajes anormales a través de la red.

Otras drogas, como la anfetamina o cocaína, pueden hacer que las células nerviosas liberen cantidades inusualmente grandes de neurotransmisores naturales o pueden prevenir el reciclaje normal de estas sustancias químicas cerebrales, haciendo que la señal se vea sumamente amplificada, lo que eventualmente trastorna los canales de comunicación. Todas las drogas de abuso, directa o indirectamente, atacan el sistema de gratificación del cerebro inundando el circuito con dopamina. La dopamina es un neurotransmisor que se encuentra en regiones del cerebro que regulan el movimiento, las emociones, la cognición, la motivación y los sentimientos de placer. La sobre estimulación de este sistema, que recompensa nuestros comportamientos naturales, produce los efectos de euforia que buscan las personas que abusan de las drogas y les enseña a repetir este comportamiento.

Nuestro cerebro está diseñado para asegurar que repitamos las actividades que sostienen la vida al asociar estas actividades con el placer, recompensa o gratificación. Cada vez que este circuito se activa, el cerebro nota que algo importante está pasando que debe recordar y nos enseña que debemos repetirlo una y otra vez, sin pensarlo. Cuando se consumen ciertas drogas de abuso, pueden liberar de dos a diez veces la cantidad de dopamina que la liberada por las recompensas naturales. En algunos casos, esto ocurre casi inmediatamente (como cuando se fuman o se inyectan las drogas) y los efectos pueden durar mucho más que aquellos producidos por recompensas naturales. El efecto resultante sobre el circuito de gratificación del cerebro es mucho mayor que el producido por comportamientos naturales de gratificación como el comer y el sexo. El efecto de una recompensa tan poderosa motiva fuertemente a las personas a consumir drogas repetidamente.

Continúa en la próxima página...

Conociendo la Adicción

... Continuación de la página anterior

Por ejemplo, para un mayor entendimiento resulta interesante comparar el proceso de adicción con las relaciones de parejas. Conociendo como actúan las drogas en el cerebro, es importante ver cómo es que se da el proceso de adicción. Primero la **etapa de enamoramiento** - las primeras experiencias con las drogas suelen dejar una marca grabada. Si este primer contacto ha sido agradable, se produce un enamoramiento o atracción apasionada por volver a tomar la sustancia o realizar la actividad. Esta percepción distorsionada de la realidad, emociona, produce euforia o tranquiliza lo que hace aumentar la probabilidad de que haya una nueva toma u ocasión para consumir. Se produce un cambio de estado de ánimo que, en muchos casos, se experimenta a nivel visceral (todo ello causado por la lógica alteración de la química cerebral) y que genera al igual que uno se enamora de un/a chico/a. Segundo **luna de miel** - durante esta fase, el futuro adicto experimenta todas las gratificaciones sin ninguna de las consecuencias negativas: siente que ejerce control, que la actividad es inofensiva y que él la merece. Puede sentirse mejor instantáneamente y disfrutar la sensación de olvidarse de todo, pero de lo que no se da cuenta es que ninguna relación basada en el engaño y la fantasía puede funcionar bien a largo plazo. Tercera fase **traición** - lo que uno vislumbra durante la luna de miel no es lo que en realidad obtiene. Con el paso del tiempo, es traicionado. Así, además del deterioro sufrido en las principales esferas de su vida, es muy probable que la persona con adicción esté haciendo cosas que normalmente no haría, para mantener su adicción (robar o participar en otras actividades ilícitas). Los paraísos artificiales que se le prometían en la fase anterior se tornan en oscuros callejones repletos de trampas. Cuarta fase la **ruina** - ahora el adicto debe consumir cada vez más para evitar que los crecientes sentimientos y estados de ánimo negativos profundicen en su conciencia y para tratar de mantener los efectos positivos que cada vez son menores. Está desarrollando tolerancia y tiene que consumir no para obtener placer o alivio sino para evitar el malestar asociado al síndrome de abstinencia. La dependencia física creada químicamente por la acción de la sustancia sobre el sistema nervioso tiene apresado al individuo. Psicológicamente, la estrategia de afrontamiento desarrollada hasta ahora sigue manteniéndose con lo cual, los problemas lejos de resolverse se acrecientan aún más. Quinta fase de **aprimonamiento** - con el tiempo, el adicto llega a un estado de desesperación en su relación con la sustancia o actividad adictiva, dejando de lado todo lo demás. Se comporta de manera cada vez más impulsiva e incontrolada, preso de su adicción. Esta etapa de la relación adictiva es un descenso a la desesperación y la destrucción personal. El servilismo ante las drogas no permite tregua y esta espiral tiende a auto perpetuarse, a menos que suceda algo que la detenga (Washton & Boundy, 2005).



Los profesionales de la Consejería en Rehabilitación podemos entrar en cualquier etapa del proceso teniendo claro lo siguiente: **No** hay un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas. El tratamiento debe estar fácilmente disponible en todo momento. Debe abarcar las múltiples necesidades de la persona, no solamente su uso de drogas. El plan de tratamiento de la persona debe ser continuamente evaluado y de ser el caso, modificado para asegurar que el plan se mantenga a la par con los cambios en las necesidades de la persona. Para que el proceso sea efectivo, es esencial que el participante lo continúe durante un período adecuado de tiempo. La terapia individual y/o grupal y

otros tipos de terapias de comportamiento constituyen componentes críticos del tratamiento efectivo para la adicción. Para muchos pacientes, los medicamentos forman un elemento importante del tratamiento, especialmente cuando se combinan con los diferentes tipos de terapia. En el caso de individuos con problemas de adicción o abuso de drogas que al mismo tiempo tienen trastornos mentales, se debe tratar los dos problemas de una manera integrada. La desintoxicación médica es solamente la primera etapa del tratamiento para la adicción y por sí misma hace poco para cambiar el uso de drogas a largo plazo. El tratamiento no tiene que ser voluntario para ser efectivo. El posible uso de drogas durante el tratamiento debe ser constantemente supervisado. La recuperación de la drogadicción puede ser un proceso a largo plazo y frecuentemente requiere múltiples rondas de tratamientos. Los programas de tratamiento deben incluir exámenes para el VIH/SIDA, la Hepatitis B y C, Tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, conjuntamente con la terapia necesaria para ayudar a las personas a modificar o cambiar aquellos comportamientos que les ponen a ellos o a otros en riesgo de ser infectados.

Referencias

- Canino, G., Anthony, J.C., Freeman, D.H., Shrout, P. & Rubio-Stipec, M. (1993). *Drug Abuse and Illicit Drug Use in Puerto Rico*. American Journal of Public Health, Vol. 83:2, 194-200.
- García Huidobro, J. (1988). La fisiología de la drogadicción. *Creces*, (8) 49.
- Mendelson J. & Mello N. (1991). Commonly abuse drugs in Harrison's Principles of Internal Medicine, 12th ed., New York: McGraw. Hill, Inc. 2155.
- Naranjo, C. (1973). *The Healing Journey*, New York, Pantheon Books.
- Oehler, M. (noviembre, 2010). *Addiction Relapse and Recovery: Understanding the Process*. Discussion Board presentado por University at Buffalo.
- Verdejo-García, A., Pérez-García, M., Sánchez-Barrera, M., Rodríguez-Fernández, A. & Gómez-Río, M. (2007). Neuroimagen y drogodependencias: correlatos neuroanatómicos del consumo de cocaína, opiáceos, cannabis y éxtasis. *Revista Neurológica*, 44 (7), 432-439.
- Washton A., Boundy D. (2005). *Querer no es Poder: como comprender y superar las adicciones*. Argentina: Paidós Ibérica.

e riesgo y estrategias de manejo
Amarilys Cortés Castillo

Amarilys Cortés Castillo

Estudiante de Consejería en Rehabilitación de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras

En Puerto Rico la adicción a sustancias representa una problemática a grandes rasgos hoy en día. La institución Hogares CREA Inc. de Puerto Rico, una organización privada sin fines de lucro establecida hace 40 años, con el propósito de ofrecer servicios al personas con adicción a drogas y alcohol para reintegrarse a la sociedad como ciudadano útil, productivo y responsable de su existencia y del sostenimiento de su familia. Expone que la adicción a sustancias es un problema multifactorial, complejo, con muchos factores: emocionales, psicológicos, sociales, económicos, legales y políticos. Según datos obtenidos de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA), agencia gubernamental en Puerto Rico que ofrece servicios a personas con trastorno mental o adicción a sustancias, para el año fiscal 2011-2012 en la Región de San Juan se atendieron a 7,070 mujeres y 13,748 hombres dentro de los diferentes niveles de tratamiento.

Estos datos presentan claramente una mayor incidencia en casos de hombres con adicción a sustancias bajo tratamiento, en comparación con mujeres con adicción a sustancias bajo tratamiento durante el periodo antes mencionado en esta institución. En consecuencia, es importante que los profesionales de la salud, entre éstos el profesional de la Consejería en Rehabilitación, consideren la complejidad, la manifestación y el contexto histórico y cultural de esta problemática, desde un acercamiento crítico sobre los procesos y las necesidades particulares de la población con adicción a sustancias de nuestro país teniendo presente el factor sexo y/o género.

La Organización Mundial de la Salud define la dependencia a sustancias como: “...un estado psíquico y a veces también físico producido por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por comportamientos o reacciones que incluyen el uso compulsivo de la sustancia, continuo o periódico, para provocar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar determinado por su ausencia.” (Arturo, 1996 citado en Sánchez, 2006). La persona adicta a sustancias, va a pasar por una serie de etapas significativas que van a determinar su tipo de consumo: uso, abuso y dependencia. El uso se considera cuando la persona consume la sustancia de forma ocasional, para satisfacer la curiosidad o la presión de grupo. Por otro lado, el abuso se considera cuando una persona mantiene un consumo continuo de una o varias sustancias, por lo que comienza a descuidar las obligaciones del diario vivir como: tareas del hogar, trabajo, relaciones interpersonales, entre otras. Por su parte, la dependencia se considera cuando la persona presenta una necesidad compulsiva por consumir la sustancia y un patrón repetitivo de auto administración de la misma.

La adicción a sustancias está relacionada a diferentes factores de riesgo. Según plantea Clayton (1991) citado en Rhodes et al. (2003), el factor de riesgo se define como “un atributo individual, característica individual o contexto ambiental que aumente la probabilidad de uso o abuso de drogas...” En el estudio de Agrawal, Gardner, Prescott & Kendler (2005), se presentan cinco factores de riesgo que fueron seleccionados basados en el rol de una persona que está involucrada en el ciclo de la adicción a sustancias. Estos factores de riesgo son los siguientes: factores socio demográficos (salario, historial de divorcio...), religiosidad (creencias personales), factores de la personalidad, factores de la niñez (abuso...) y enfermedad psicológica (depresión, ansiedad generalizada...). Cada uno de estos factores que se presentan en el estudio, han sido utilizados para explicar la razón del por qué la persona se torna adicta a una sustancia. Estos autores mencionan que no es un sólo factor, sino un conjunto de diferentes factores los que contribuyen a la conducta adictiva que incluyen aspectos neurobiológicos, comórbidos, condicionales, ambientales, de contexto social y cultural, entre otros (Agrawal et al., 2005).

Según las investigaciones realizadas se ha encontrado que la mayoría de las personas que atraviesan un proceso de adicción, desarrollan estrategias de manejo particulares para salir de la crisis. Estas estrategias de manejo pueden ser desarrolladas por el individuo o ser establecidas por un modelo o tratamiento. En el estudio de Aleixandre, Del Río & Pol (2004) se identificó una serie de estrategias de afrontamiento definidas como: “habilidades específicas puestas en práctica por el sujeto para evitar el consumo”. Las estrategias de manejo presentadas en el estudio son las siguientes: “Decir que no quiero cuando me ofrecen”, “Evitar lugares y personas relacionadas con las drogas”, “Pensar en las consecuencias negativas que acarrea el consumo” y “Simplemente no llevar dinero”. En la práctica clínica, se ha encontrado que la educación sobre la condición, la búsqueda de apoyo, la confrontación efectiva y las técnicas terapéuticas a nivel individual y grupal pueden ser estrategias de manejo viables y de gran utilidad para establecer un plan de rehabilitación efectivo con la población con adicción a sustancias. Sin embargo, es importante conocer cómo cada persona trabaja su adicción y las estrategias de afrontamiento pre-mórbidas que puede utilizar en el proceso de recuperación, ya que, este es un proceso individual.

Continúa en la próxima página...

La adicción a sustancia: factores de riesgo y estrategias de manejo

... Continuación de la página anterior

La rehabilitación es un proceso encaminado a lograr que las personas con discapacidad puedan alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico y social, de manera que cuenten con las herramientas necesarias para ser más independientes y auto-suficientes (World Health Organization, 2014). Por tal razón, el profesional de la Consejería en Rehabilitación que trabaje con personas con problemas de adicción debe estar en constante estudio sobre la identificación de los factores de riesgo y las estrategias de manejo del proceso de adicción a sustancias, para así poder entender y contextualizar desde una mirada crítica y práctica los diferentes efectos que tiene esta problemática en el individuo con adicción y su ambiente. Debido a sus competencias, el/la Consejero/a en Rehabilitación es el profesional idóneo, y debe convertirse en un ente activo en el proceso de rehabilitación de la población con adicción a sustancias, lo cual promueva el desarrollo de tratamientos efectivos y viables que vayan alineados a las necesidades y características específicas presentadas por esta población en Puerto Rico.

Referencias

- Agrawal, A., Gardner, C.O., Prescott, C. A. & Kendler, K.S. (2005). The differential impact of risk factors on illicit drug involvement in females. *Soc Psychiatr Epidemiol*, 40, 454-466.
- Aleixandre, N. L., Del Río, M. P. & Pol, A. P. (2004). *Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis*. Universidad de las Islas Baleares. Palma Mallorca, España.
- Estadísticas de ASSMCA. (2012). *Características epidemiológicas y socio demográficas de la clientela atendida en el año fiscal 2011-2012 (por regiones) - Características Socio demográficas y Epidemiológicas de la Clientela Atendida en el Programa Residencial Mujeres San Juan durante el Año Fiscal 2011-2012*. Recuperadas de: <http://apps.assmca.gobierno.pr>
- Hogar Crea Inc. *Historia de la Adicción*. Recuperado de: <http://hogarcreainc.org/>
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia - Costa Rica (2010). *Etapas de Consumo*. IAFa, San José, Costa Rica. Recuperado en la página de: <http://www.iafa.go.cr/>
- Rhodes, T., Lilly, R., Fernández, C., Giorgino, E., Kemmesis, U. E., Oseebbaard, H. C., Lalam, N., Faasen, I., & Spannow, K. E. (2003). Risk factors associated with drug use: the importance of 'risk environment'. *Informa Health Care*. (10) 4.
- Sánchez, L. A. (2006). *Mito & Realidad de la Drogadicción*. San Pablo. Bogotá, Colombia.
- World Health Organization. (2014). *Rehabilitation*. Recuperado de: <http://www.who.int/>

Predictores de conducta suicida en personas asistiendo a tratamientos para adicción a sustancias

Gerardo L. Vargas Rivera

Estudiante de Consejería en Rehabilitación de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras

Cuando pienso en la Consejería en Rehabilitación, entiendo que dentro de nuestra disciplina tenemos las competencias para ejercer diversos roles en una variedad de escenarios que estén relacionados a nuestra preparación profesional. Dentro de nuestra diversidad profesional podremos encontrar escenarios en donde, en alguna forma u otra, estemos brindando servicios a personas con algún tipo de adicción a sustancias controladas. Además, es necesario que nos cuestionemos varias cosas sobre el estado físico y mental de la persona ya que son estos factores que pueden influenciar significativamente en nuestra intervención en la vida de esta persona. Por consiguiente, es necesario entender las implicaciones que eso refiere para nosotros como Consejeros/as y para la población que atendemos. Entre esas preguntas que tenemos que considerar señalaré en particular: ¿Estás pensando quitarte la vida en este momento? ¿Has pensado en cómo hacerlo? Preguntas con una carga emocional considerable pero, muy importantes en el proceso de intervención, ya que la fragilidad emocional de la persona puede cambiar drásticamente nuestro plan de acción. Antes esta inquietud estaré discutiendo los predictores que pueden llevar a una persona con problemas de abuso de sustancia a considerar llevar a cabo un acto suicida. Los predictores son aquellas variables que están presentes en un momento muy particular que al ser analizadas podrían ayudarnos a predecir algún tipo de conducta. Quiero aclarar que los predictores no se discuten con la intención de crear prejuicio y discriminación hacia una persona o circunstancia en particular.

Continúa en la próxima página...

Predictores de conducta suicida en personas asistiendo a tratamiento para adicción a sustancias

... Continuación de la página anterior

Lo que se intenta hacer es crear conciencia al intervenir con una persona que presente estas características que podrían ser un indicador de un intento suicida. En el artículo "Factor Associated with Recent Suicide Attempts in Clients Presenting for Addiction Treatment" (Penney, Mazmanian, Jamieson & Black, 2012) presentan los resultados de una investigación en donde se identifica los predictores asociados a los intentos suicidas en clientes que están recibiendo tratamiento para adicción en un centro de rehabilitación entre los años 2001 al 2008. En la literatura analizada en este estudio, los investigadores pudieron encontrar que algunos predictores de la conducta suicida en una persona con abuso a sustancia son: haber recibido tratamiento de abuso de sustancia, ser joven, haberse separado o divorciado recientemente, utilizar más de una sustancia, tener historial de intentos suicidas, poseer otros diagnósticos como desórdenes de la alimentación, agorafobia, distimia, entre otros. También se ha visto una correlación entre una persona que tenga un diagnóstico mental, el abuso a sustancias y la adicción a los juegos con un riesgo mayor a cometer un acto suicida.

Para alcanzar la meta del estudio, los investigadores extrajeron la información de las bases de datos del centro de rehabilitación para la adicción para recopilar casos que se hubieran atendido entre los años 2001 al 2010. El propósito de recopilar estos casos era analizar los que habían sido hospitalizados por llevar a cabo algún intento suicida durante el tratamiento. Estos datos ayudarían a los investigadores a determinar predictores que llevarían a este grupo de personas que habían sido hospitalizados por intento suicida a llevar a cabo tal acción. De este modo se analizaron las características particulares del grupo en las áreas socio-demográfica, tipo de droga que utilizaban y presencia de condición mental para determinar cuáles de dichas características se dieron con mayor frecuencia en el grupo. De igual forma, los investigadores querían saber si el tener una adicción a los juegos de azar podría ser una característica que podría aumentar las ideas suicidas en las personas con adicción a sustancias. Las características que tuvieran mayor frecuencia en el grupo podrían considerarse como unos predictores de la conducta suicida en personas con adicción, según esta investigación.

La cantidad de participantes que se utilizó para este estudio fueron 5,990 de los cuales un 63% eran hombres con un promedio de edad de 32 a 33 años. En su mayoría, estos participantes eran solteros, un 22% nunca habían ido a la universidad, un 36% estaban desempleados, otro 26% trabajaba a tiempo parcial y el 21% eran estudiantes. De este número, se había reportando que 76 personas fueron hospitalizadas en algún momento del tratamiento por haber llevado a cabo un intento suicida. Cabe destacar que de todas las razones por las cuales algunos de los que participantes del programa fueron hospitalizados, los intentos suicidas eran la causa más alta en los reportes. Para poder analizar toda la información se crearon unas categorías para agrupar los trastornos mentales que se podrían observar dentro del grupo. Estas categorías fueron: Trastorno de Ansiedad, Trastorno Depresión Mayor, Déficit de Atención con Hiperactividad, Trastornos de la Personalidad, Trastornos Psicóticos y otros Trastornos. De igual forma se crearon unas categorías para agrupar el tipo de droga que se utilizaba. Estas fueron: alcohol, anfetaminas, barbitúricos, cannabis, cocaína, éxtasis, inhalantes, alucinógenos, heroína, medicamentos, otras drogas. También se midió si tenía adicción a los juegos de azar.

Luego de hacer los análisis estadísticos correspondientes, se encontró que los factores demográficos que fueron observado en el

grupo con mayor frecuencia fueron: edad joven entre 27 a 28 años, féminas, ser soltero/a y tener un nivel de educación bajo. Por otra parte, los tipos de trastorno mentales que se observaron más frecuentemente en las personas que cometían estos actos suicidas fueron: Trastornos de Ansiedad, Depresión Mayor, Déficit de Atención con Hiperactividad, Trastorno Bipolar y los Trastornos de la Personalidad. En el área de las drogas más utilizada dentro del grupo estudiado, se encontró que las que se podían destacar eran: anfetaminas, cannabis, cocaína, éxtasis o alguna medicación. También se pudo observar que la adicción a los juegos de azar podría tener un papel importante en la determinación de estas personas de llevar a cabo un acto suicida.



Continúa en la próxima página...

Predictores de conducta suicida en personas asistiendo a tratamiento para adicción a sustancias

...Continuación de la página anterior

Propongo como ejemplo el siguiente estudio de caso: una joven de 27 años, soltera, desertora escolar, que tiene adicción a la cocaína, que fue diagnosticada con Depresión Mayor y tiene un problema de adicción a los juegos de azar. Esta investigación nos dice que esta joven presenta varios indicadores que podrían señalar un intento de suicidio. Esto no debe ser considerado como algo categórico, ni decisivo de la conducta de la persona. Tampoco debemos permitir que se entienda que la conducta suicida está influenciada y puede ser predicha por uno o dos factores predeterminados. Sin embargo, esta información provee unos indicadores que nos permiten estar alertas antes esta situación. En un escenario clínico, estos indicadores nos podría ayudar a reconocer la importancia de estar monitoreando más de cerca el estado mental de la persona y quizás considerar la estructuración de un plan de intervención en donde se trabajen estrategias cognitivas con las influencias de las ideas suicidas aún si la persona no verbaliza la presencia de las mismas. De igual forma, nos ayuda a ser más conscientes en el análisis y en la estructuración del proceso de un plan de rehabilitación vocacional de una persona con adicción a sustancias controladas. Imagínese que atendemos a esta persona con adicción a sustancia que presenta varios predictores relacionados a la conducta suicida. Al hacer el análisis funcional e administrar varias pruebas vocacionales, se determina que esta persona tiene de llevar a cabo la tareas de un trabajo en particular. En este análisis es necesario incluir los estresores que pueden surgir en el escenario de trabajo que podrían exacerbar sintomatología y/o presentar idealizaciones suicidas en esta persona. Al tener un conocimiento amplio del historial de la persona y tomamos estos predictores en consideración, debemos utilizarlos para ubicar a la persona en un escenario de trabajo que no requieran estar expuesto a alturas o a objetos que puedan activar ideas suicidas.

Como profesionales de la salud tenemos la capacidad de determinar el nivel de peligrosidad de una persona y buscar las alternativas necesarias para asegurar su bienestar. Nuestra ética como profesionales y como seres humanos nos dicta que debemos intervenir en beneficio de la persona que atendemos. Podremos mirar estos momentos de intervención como arduos y, sobretodo si tuviéramos que solicitar una 408, pero en nuestras manos se encuentra la capacidad de salvar una vida y de hacer la diferencia. Por eso es importante educarse y buscar las herramientas necesarias para intervenir efectivamente a la persona con adicción a sustancias.

Referencias

Penney, A., Mazmanian, D., Jamieson, J. & Black, N. (2012). Factor Associated with Recent Suicide Attempts in Clients Presenting for Addiction Treatment. *Institute of Mental Health Addiction.*, 43 pp. 228-241. DOI 10.1007/s11469-010-9307-0

La Entrevista Motivacional en la Rehabilitación de personas con abuso de sustancias

Zulmary Larregui Dennis, Consejera en Rehabilitación

La Entrevista Motivacional ha sido una de las técnicas más usadas y efectivas para tratar el abuso de sustancias. Demostrado, en años recientes, por múltiples investigaciones científicas y evidencia basada en la práctica, esta nos presenta un nuevo enfoque de la motivación y un cambio de perspectiva sobre la adicción y su tratamiento. Creada en 1983 por William Miller, principalmente, para intervenir en personas con abuso de bebidas alcohólicas, la Entrevista Motivacional es una intervención motivacional directiva, con un enfoque centrado al cliente y diseñada estratégicamente para aumentar la motivación del participante a posibilitar el cambio en la conducta, ayudándolo a explorar y resolviendo las ambivalencias del problema de adicción (Miller, 1999). Esta intervención se establece en un modelo multidimensional que expone cinco etapas de cambio: Pre-contemplación, Contemplación, Preparación, Acción, y Mantenimiento. Además, considera la recurrencia como un evento que puede suceder en cualquiera de estas etapas, ya que esta intervención es un proceso cíclico (al igual que el comportamiento de la persona con problemas de abuso de sustancias) de motivación al cambio-discrepancias-aceptación- confrontación amable y constante para ir sentando las bases hacia el cambio positivo y duradero.

Continúa en la próxima página...

La Entrevista Motivacional en la rehabilitación de personas con abuso de sustancias

... Continuación de la página anterior

La motivación es un elemento sustancial en el proceso de rehabilitación para su logro. Cuando hablamos de una rehabilitación efectiva, o un plan de rehabilitación exitoso sin lugar a dudas está inherente el factor motivación. Miller (1999) determina dos tipos de motivaciones intrínseca y extrínseca. En muchas ocasiones el participante llega a la terapia referido, por petición familiar o como resultado de una circunstancia adversa que le provoca su adicción. Estos factores son motivadores externos que lo llevan a la terapia para trabajar el cambio a una conducta a una conducta saludable. En otras ocasiones, las menos, el participante va por iniciativa propia a buscar ayuda, ya que sabe que necesita hacer modificaciones a su vida pero no sabe cómo conseguirlo, comúnmente, porque no tiene motivación intrínseca. La motivación intrínseca, es la motivación por necesidades o satisfacción interna, es el factor que mantiene y perpetúa el cambio. Por lo general ambas motivaciones interactúan. Pero, si no hay motivación intrínseca, si la persona no tiene la voluntad y el brío de ejecutar el cambio y mantenerlo, será imposible alcanzarlo. Nada sustituye a la voluntad propia, nada logra mejores resultados que la satisfacción que llena el corazón.

Al hablar de motivación dentro del nuevo enfoque terapéutico de la Entrevista Motivacional, se refiere a motivar el cambio de la conducta, específicamente al abuso de sustancias del participante. Dentro de este modelo, se ve el surgir de la motivación, y su aumento, como la tarea del terapeuta, no como un componente que trae el participante al tratamiento. En esta terapia, el/la consejero/a es un agente de cambio y refuerzo positivo para lograr el cambio en la conducta y los resultados positivos esperados. La literatura ha demostrado que la estrategia de motivación llevada a cabo atinadamente dentro de las etapas de cambio donde se encuentra el participante produce los cambios deseados.



La Entrevista Motivacional está regida por un modelo comprensivo biopsicosocial-espiritual que recoge lo que la evidencia ha demostrado funciona de cada uno de los modelos a nivel individual (Borysenko y Borysenko, 1995; Williams y Williams, 1994 en Miller, 1999). También, los cambios en la perspectiva de la adicción como: el concentrarse en las fortalezas y competencias del participante; el tratamiento individualizado y centrado en el participante; el distanciamiento de las etiquetas; el uso de la empatía; el enfoque en la intervención temprana y en un tratamiento menos intensivo; el impacto del cuidado dirigido (financiamiento); el reconocimiento de la continuidad de problemas causados por el abuso de sustancias; el reconoci-

miento del abuso de varias sustancias; la aceptación de nuevas metas de tratamientos y la integración del tratamiento del abuso de sustancias con otras disciplinas, han establecido con este modelo un nuevo paradigma de intervención terapéutica.

Los principios de la entrevista motivacional son: expresar empatía por medio de escuchar atentamente, desarrollar discrepancias entre las metas o valores del cliente y su comportamiento actual, evitar el argumento y la confrontación directa, adaptarse a la resistencia del participante en lugar de oponérsele y apoyar la autoeficacia y el optimismo (Miller, 1999). El método de la entrevista motivacional se centra en: desarrollar habilidades para escuchar empáticamente, promover las declaraciones automotivadoras, y responder a las resistencias. Además, está construida sobre la teoría optimista y humanista de Carl Rogers y emplea algunas de sus técnicas, tales como: preguntas abiertas, escucha reflexiva, reestructuración positiva, resumen y el compromiso al cambio del comportamiento.

Continúa en la próxima página...

La Entrevista Motivacional en la rehabilitación de personas con abuso de sustancias

... Continuación de la página anterior

Según Miller (1999) las etapas de cambio e implementación de la intervención de Entrevista Motivacional:

1. **Desde la pre-contemplación hasta la contemplación: Construyendo el estado de preparación.** En la etapa de Pre-contemplación el participante no está considerando el cambio y no tiene la intención de cambiar. Para construir el estado de preparación a la etapa de Contemplación, el terapeuta va sacando a relucir el tema, utilizando las estrategias moderadas para usarse con el participante pre-contemplador, como: evaluación, proceso de retroalimentación, intervenciones por medio de personas significativas y planteamientos motivacionales.
2. **Desde la Contemplación hasta la preparación: Aumento del Compromiso.** El participante en etapa de Contemplación comienza a percibir que podría haber un problema. Dentro de ese puente que existe entre la etapa de la Contemplación hasta la Preparación se trabaja el aumento de compromiso. Una de las estrategias utilizadas para desarrollar el compromiso al cambio es la labor que se realiza cambiando la motivación extrínseca a la motivación intrínseca del participante. Lo cual es de gran importancia, porque la motivación intrínseca es el factor que logra, mantiene y perpetúa el cambio en una persona. Otras de las estrategias usadas es inclinando el balance decisional (la valoración de los costos y los beneficios de la conducta adictiva) hacia el cambio de conducta enfatizando en la elección personal y la responsabilidad en la toma de decisiones y la importancia de la autoeficacia.
3. **De la preparación a la Acción: Comenzando.** El participante en la etapa de Preparación aún continua el uso de sustancias, pero, el balance decisional fluctúa a favor del cambio y este pretende dejar su uso pronto. Esto reconociendo la preparación para entrar en acción, negociando un plan de acción junto con el/la consejero/a e iniciando dicho plan. Un participante que está preparado para la etapa de Acción, está comprometido y cree en la posibilidad del cambio.
4. **De la acción al mantenimiento: estabilizando el cambio.** En la etapa de Acción el participante escoge una estrategia para el cambio y comienza a seguirla. El terapeuta va comprometiendo y conservando a los clientes en el tratamiento, planeando la estabilización, desarrollando y usando los refuerzos para el mantenimiento. En la etapa de Mantenimiento el participante dirige sus esfuerzos en mantener los logros obtenidos durante la etapa de Acción. En otras palabras, mantener la sobriedad y evitar la recurrencia.

El proceso de rehabilitación del abuso de sustancias es un proceso cíclico. La norma es la recurrencia, muchos de los participantes no pueden mantener los cambios llevados a cabo rápidamente (Miller, 1999). Este es un proceso continuo, que puede llevar al participante a la recaída y, en consecuencia, a las primeras etapas de cambio nuevamente. Es importante el establecer estrategias de mantenimiento claras y prácticas a la realidad del participante para que este sepa a donde dirigirse ante el evento de recurrencia.

La Entrevista Motivacional es un caudal de recursos y mecanismos terapéuticos para la rehabilitación de las personas con problemas en abuso de sustancias. Es una intervención con buenos resultados para tratar la adicción a sustancias lícitas e ilícitas y, según Miller (1999), en su modalidad de Intervención Breve puede ser de beneficio a la rehabilitación en general, ya que la motivación es, sin lugar a dudas, una herramienta muy valiosa para cualquier persona en un proceso de rehabilitación. Por consiguiente, la Entrevista Motivacional es una estrategia clínica que le provee a la rehabilitación de la adicción muchos recursos terapéuticos y un curso de acción estructurado a un/a consejero/a en rehabilitación.

La motivación no puede entenderse como algo que se tiene sino más bien como algo que se hace. Implica reconocer un problema, buscar una forma de cambiar, y entonces comenzar y mantener esa estrategia de cambio (Miller, 1995).

Referencia:

Miller, W.R. (1999). Mejorando la Motivación para el Cambio en el Tratamiento de Abuso de Sustancias- TIP 35. MD: Centro de Tratamiento de Abuso de Sustancias del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Lcda. Aurea Arocho Vera - Tesorera Junta Directiva del CPR de PR



Les informo que las finanzas de nuestro colegio se mantienen estables. Les recuerdo que estamos en el último trimestre de la colegiación vigente del 2014. Es momento de comenzar a planificar el pago de la Colegiación 2015. La fecha límite para pagar la misma, sin recargos, es el **31 de enero de 2015**. A partir del 1 de febrero de 2015, el pago es de \$128.40. Una vez más les recuerdo que el pago de la colegiación es compulsoria.

Si usted tiene alguna situación que le impida pagar a tiempo, debe coordinar una reunión con la Junta Directiva para discutir su caso. Es la Junta quien está facultada para trabajar cualquier plan de pago.

Nuevamente les agradezco su confianza en esta servidora y estamos a su orden en el colegio.

Comisión de Finanzas

Lcda. Gloricelly Berrios Fuentes, MRC - Presidenta Comisión de Finanzas

La Comisión de Finanzas se encarga de aumentar los ingresos del CPR para poder ofrecer un buen servicio a nuestros colegiados/A. A estos fines se estará realizando un sorteo de una estadía en el Embassy Suites, Dorado del Mar- Beach & Golf Resort para cuatro personas (2 adultos y 2 niños) e incluirá \$300.00 para gastos. Próximamente le estaremos haciendo llegar libretas para su colaboración. Les exhortamos a participar ya que la experiencia del ganador del sorteo anterior fue muy buena.

Comisión de Educación Continua

Lcda. Sylvia I. Mateo Rodríguez, MRC, - Presidenta Comisión de Educación Continua

La Comisión de Educación Continua ha coordinado para el periodo octubre – diciembre 2014, 12 adiestramientos de educación continua, cumpliendo con nuestro compromiso de ser líder en el proceso de enseñanza y aprendizaje de máxima excelencia, a un costo accesible. Por tal razón, durante ese periodo el Colegio de los Profesionales de la Consejería en Rehabilitación le ofrecen a sus colegiados/as un descuento de \$8.00 al matricularse y asistir a dos talleres de educación continua con costo, en un mismo día o mes.

Recomiendo a todos los colegas que revisen su fecha de re-certificación y que realicen un plan de educación continua anual acorde con sus necesidades de crecimiento profesional y económicas, de manera que al finalizar su trienio pueda cumplir con las horas de educación continua requeridas para poder continuar ejerciendo la Profesión de Consejería en Rehabilitación en Puerto Rico sin complicaciones de último momento. Entre las complicaciones que se pueden enfrentar son: cursos requeridos no están disponibles, cancelación de cursos por falta de asistencia mínima, costos de talleres vs situación económica y tiempo en que recibirá el certificado de educación continua (depende del proveedor), entre otras.

Exhortamos a que colaboren en el establecimiento de un programa de adiestramiento que cumpla con las expectativas de todos, comuníquese con nosotros si tienes las habilidades y destrezas para crear adiestramientos presenciales o por módulos en tu área de peritaje, toda vez que compartes tus conocimientos con nuestra clase profesional y podrás beneficiarte de créditos de educación continua, según establece el Reglamento de Educación Continua de la Junta Examinadora de Consejeros en Rehabilitación. Además, si conoces a profesionales de áreas afines que puedan ofrecer talleres dentro de nuestras áreas de interés, envíanos la información a cprc.educ@gmail.com.

Calendario de Educación Continua del CPR de PR

OCTUBRE

Sábado, 11 de octubre de 2014

Diagnóstico Funcional: Implicaciones para la Práctica de la CR

Lcda. Yancy L. Cruz Virella, MBA, MRC, CRC y Lcda. Ana V. Serrano García, MRC, CRC

9:00 a.m. - 12:00 p.m. / Horas: EC-3 / Costo: GRATIS

Escuela Graduada de Consejería en Rehabilitación de la UPR - Río Piedras

Sábado, 25 de octubre de 2014

Control de Infecciones, HIV & Hepatitis

José E. Vélez Ferrer, MS IV & Instructor Certificado ASHI/AHA

9:00 a.m. - 12:00 p.m. / Horas: EC-3 / Costo: \$25.00

Escuela Graduada de Consejería en Rehabilitación de la UPR - Río Piedras

Diagnóstico Funcional: Implicaciones para la Práctica de la CR

Lcda. Yancy L. Cruz Virella, MBA, MRC, CRC y Lcda. Ana V. Serrano García, MRC, CRC

9:00 a.m. - 12:00 p.m. / Horas: EC-3 / Costo: GRATIS

Escuela Graduada de Consejería en Rehabilitación de la Pontificia Universidad Católica, Ponce

NOVIEMBRE

Sábado, 8 de noviembre de 2014

Resucitación Cardiopulmonar Básica y Primeros Auxilios Básicos

José E. Vélez Ferrer, MS IV & Instructor Certificado ASHI/AHA

9:00 a.m. - 12:00 p.m. / Horas: EC-2 / Costo: \$30.00

Escuela Graduada de Consejería en Rehabilitación de la UPR - Río Piedras

La importancia del movimiento en el desarrollo de destrezas cognoscitivas

Lcdo. Raúl Rosado Reyes, MRC

1:00 p.m. - 4:00 p.m. / Horas: EC-3 / Costo: \$25.00

Salón de Judo del Complejo Deportivo de la UPR - Recinto de Río Piedras

Sábado, 22 de noviembre de 2014

Análisis de Transferencia de Destrezas Ocupacionales (ATD) en el Proceso de Consejería en Rehabilitación

Profa. Elba Ríos González, Ed.D., MRC, CRC, CVE

8:30 a.m. - 12:30 p.m. / Horas: EC-4 / Costo: \$30.00

Universidad Central de Bayamón

El ABC de la supervisión en la Consejería en Rehabilitación

1:00 p.m. - 3:00 p.m. / Horas: EC-3 / Costo: \$25.00

Profa. Lesley O. Irizarry Fonseca, Ph.D., CRC y Prof. Raúl Rivera Colón, Ph.D., CRC

Universidad Central de Bayamón

DICIEMBRE

Sábado, 13 de diciembre de 2014

Ética Profesional para Profesionales de la Consejería en Rehabilitación: Toma de decisiones éticas (confidencialidad, comunicación privilegiada y privacidad)

9:00 a.m. - 11:00 a.m. / Horas: EC-2 / Costo: \$20.00

Profa. Lesley O. Irizarry Fonseca, Ph.D., CRC y Prof. Raúl Rivera Colón, Ph.D., CRC

Escuela Graduada de Consejería en Rehabilitación de UPR Río Piedras

La adecuación de las anotaciones clínicas

12:00 p.m. - 3:00 p.m. / Horas: EC-3 / Costo: \$25.00

Dra. Ruth N. Mercado Cruz, Ph.D., MRC, CRC

Escuela Graduada de Consejería en Rehabilitación de la UPR Río Piedras

Para inscripción o información pueden comunicarse a la oficina del CPR de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 2:00 p.m. al (787) 751-2280 o por correo electrónico: cpr.educ@gmail.com.

2^{do} Sorteo de Estadía en el Hotel Embassy Suites en Dorado

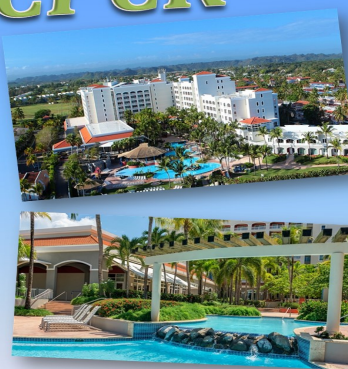
Sorteo del CPR

El CPR de PR estará llevando a cabo el **Sorteo de una Estadía de 2 noches y 3 días** para dos adultos y dos niños **en el Hotel Embassy Suites del Mar Resort en Dorado**. Incluye **\$300 para gastos**. La oferta incluye desayuno bufet y coctel de las tardes.

Los boletos del sorteo tienen un costo de \$2.00.

Para información (787) 751-2280 o correo electrónico: cpcr.pr@gmail.com

El sorteo se realizará en la Convención Anual CPR 2015



Experiencia Ganador, Estadía en el Hotel Embassy Suites, Dorado

Fui el ganador del sorteo que se llevó a cabo en la Convención de los Consejeros de la estadía en el Embassy Suites de Dorado. Para mí fue una hermosa experiencia ya que me sentí como un rey con el trato que me ofrecieron. Las facilidades muy cómodas y bonitas. El personal del hotel muy amable con todos. Les exhorto a que participen nuevamente del sorteo ya que fue una magnífica experiencia.



Javier Ramos Crespo, MRC
Ganador del sorteo (marzo 2014)

Reseña

Elección Junta Directiva 2014-2015 de la AECORE UPR Río Piedras

Marisabel Ortiz Robles, Estudiante Escuela Graduada de Consejería en Rehabilitación de la UPR - Recinto de Río Piedras

Durante los días 9 y 16 de septiembre de 2014, se llevaron a cabo la Asamblea Ordinaria y Extraordinaria de la Asociación de Estudiantes de Consejería en Rehabilitación de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras (AECORE – UPRRP) en la cual se seleccionó la Nueva Junta Directiva y quedó constituida de la siguiente manera:

Presidenta: Joan I. Rosado
Vicepresidente: Víctor R. Fuentes
Secretaria: Marta Feliciano
Tesorera: Gloris A. Núñez
Vocales:

Zuleyma Rivera
Manuel Santiago
Hadassa Font

Representantes Estudiantiles de CORE:

Oficial: Víctor R. Fuentes
Alternativo: Bernice Pérez



Que continúen cosechando frutos y representando nuestra profesión como dice nuestro lema: "Abriendo Puertas, Trazando Puentes, Rompiendo Barreras".

Junta Directiva Saliente (2013-2014) les auguramos el mayor de los éxitos.

Junta Directiva 2014-2016

Dra. Lesley O. Irizarry Fonseca
Presidenta

Dr. Maximino Ramos Reyes
Vicepresidenta

Lcda. Ruth N. Mercado Cruz
Secretaria

Lcda. Deila Meléndez Avilés
Sub-secretaria

Lcda. Aurea Arocho Vera
Tesorera

Lcda. Gloricelly Berrios Fuentes
Sub-tesorera

Lcda. Sylvia I. Mateo Rodríguez
Lcda. Damaris García Martínez
Lcda. Lorna S. Rivera Correa
Lcdo. John Veléz Rodríguez
Lcdo. Milton Aldarondo Alfaro
Vocales

PRESIDENTES/AS DE COMISIONES

Lcda. Gloricelly Berrios Fuentes
Presidenta Comisión de Finanzas

Lcda. Lorna Rivera Correa
Presidenta Comisión Mediación y Adjudicación

Lcda. María del C. Rodríguez Morales
Presidenta Comisión de Publicidad

Lcda. Aurea Arocho Vera
Presidenta Comisión de Ética Profesional

Lcda. Sylvia I. Mateo Rodríguez
Presidenta Comisión de Educación Continua

Lcdo. José Lionel Velázquez Altagracia
Presidente Com. de Reglamento y Legislación

Lcda. Josefina Vélez Berrios
Presidenta Com. de Convención y Actividades Especiales

Boletín Informativo Contactum

Diseño: María del C. Rodríguez Morales

Edición: Ileana M. Martínez Lugo & Zulmary Larregui Dennis

Miembros: Iliana M. Martínez Lugo, Zulmary Larregui, Gretchen M. Carrasquillo Ramos, Arelis Soto Santiago
Edwin Veléz Santiago & Marisabel Ortiz Robles

CONTACTO

CPCR de Puerto Rico, Inc.

 **Teléfono:** (787) 751-2280

 **Fax:** (787) 754-5800

 **Página Web:** <http://www.cpcr-pr.org>

 **Correos electrónicos:** cpcr.pr@gmail.com

Comisión Educación Continua: cpcr.edu@gmail.com

Comisión de Publicidad: publicidad.cpcr@gmail.com

 **Facebook Perfil:** [cpcr.pr](https://www.facebook.com/cpcr.pr)

Facebook Grupo: [cpcr.pr](https://www.facebook.com/cpcr.pr)

Facebook Fan Page: [ColegioProfesionalesConsejeriaenRehabilitacion](https://www.facebook.com/ColegioProfesionalesConsejeriaenRehabilitacion)

Dirección Postal:

P.O. Box 194329

San Juan, Puerto Rico, 00919-4329

Dirección Física:

1007 Ave. Muñoz Rivera

Edificio Darlington Suite 405

Río Piedras, Puerto Rico, 00919

Asistente Administrativa: **Lcda. Elizabeth Rivera León, MRC**

Horario de oficina:

Lunes a Viernes de 9:00 a.m. - 2:00 p.m.