



SAMFYR

— SOCIEDAD ARGENTINA DE —
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

REVISTA ARGENTINA DE REHABILITACIÓN

REVISTA CIENTÍFICA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | VOLUMEN 10

10

VOL. 10 N°1 | MARZO 2019

XXIV CONGRESO ARGENTINO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN SAMFYR

XV Encuentro de la Sociedad Latinoamericana de SLAP
1º Jornadas Internacionales de Rehabilitación Infantil
1º Encuentro Internacional de Rehabilitación en Dolor



SAMFYR

SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

03 AL 05
OCTUBRE 2019

VILLA CARLOS PAZ
CÓRDOBA, ARGENTINA



INFORMES, CONSULTAS E INSCRIPCIONES

Córdoba: +54 0351 589-2696
Buenos Aires: +54 011 6009-0206
e-mail: infocongreso@samfyr.org

EXPO COMERCIAL Y SPONSORS

Si su Empresa está interesada en participar del Congreso SAMFYR 2019, puede solicitar información acerca de las distintas modalidades por e-mail a: congreso@samfyr.org



[samfyrOk](https://www.instagram.com/samfyrOk)

www.congresosamfyr2019.com



SAMFYR

SOCIEDAD ARGENTINA DE
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

REVISTA ARGENTINA DE REHABILITACIÓN

REVISTA CIENTÍFICA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | VOLUMEN 10 N°1 | MARZO 2019

Revista Científica de la Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación Año 13 Volumen 10 N°1 - Marzo 2019

Presidente SAMFYR

Dra. Miriam Weinberg

Directora de la Revista

Dra. Roxana Secundini

Comité Editorial

Dr. Alberto Rodríguez Vélez

Dr. Santiago Rivera

Dra Noelia Montón

Dra Leticia Matzudo

Comité Consultor

Dr. Fernando Sotelano

Dra. Mirta Rossi

Dra. Mónica Agotegaray

Dra. Carolina Schiappacasse

Comité Científico

Dr. Néstor Gándara

Dra. María Arias

Dr. Guillermo Rafe

Dra. Mónica Agotegaray

SAMFYR Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación

Secretaría: Echeverría 955 (1428), Buenos Aires, Argentina

Tel./Fax: + 54 11 4782-6088

e-mail: samfyweb@samfy.org - web site: www.samfy.org.ar

10

La Revista Argentina de Rehabilitación (ISSN 1850-387X) es la publicación científica oficial de la Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación (socia de la Sociedad Internacional de Medicina Física y Rehabilitación -ISPRM- y Asociación Latinoamericana de Rehabilitación -AMLAR-). La Revista Argentina de Rehabilitación es editada por la SAMFYR. Su edición es cuatrimestral y abarca temas relacionados a la Medicina Física y Rehabilitación tanto en sus aspectos neurológicos como ortopédicos en las poblaciones de adultos y niños. Se distribuye entre profesionales médicos especialistas y entre las profesiones vinculadas con la rehabilitación.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida en ningún medio

electrónico o mecánico, incluyendo fotocopiado, grabaciones u otros sistemas de información sin autorización por escrito del Editor.

Se distribuye en formato digital, en forma gratuita, a todos los socios de la SAMFYR.

Para suscripciones dirigirse a: Secretaría de la Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación.

Echeverría 955 2º piso (1428) Buenos Aires, Argentina.
Tel/Fax: 54 11 4782-6088 e-mail: samfyweb@samfy.org
web site www.samfy.org.ar

Las publicidades incluidas en esta publicación son gerenciadas por la SAMFYR, pero la publicación de productos comerciales no implica la recomendación de los mismos por parte de la Sociedad.



Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación

Secretaría: Echeverría 955 (1428), Buenos Aires, Argentina

Tel./Fax: + 54 11 4782-6088

e-mail: secretaria@samfyr.org

web site: www.samfyr.org.ar

HORARIO: coordinar entrevista al  +54 9 11 4418-2751

Fax y contestador automático las 24 hs.

Invitación

Todo Profesional del área de la Rehabilitación que se halle interesado en formar parte de nuestra Sociedad (SAMFYR), puede hacerlo en calidad de socio adherente.

Además se recuerda a los socios adherentes que posean título de especialista en Rehabilitación la posibilidad de pasar a ser socios titulares, para lo cual deberán presentar un trabajo científico original.

Documentación que deben presentar los aspirantes a Socios Titulares

- Tener dos años de antigüedad como adherentes
- Título de Médico
- Título de Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación
- Ficha personal completa
- Currículum Vitae actualizado
- Presentación de trabajo científico inédito

Documentación que deben presentar los aspirantes a Socios Adherentes

- Título profesional de profesiones vinculadas al área de rehabilitación
- Certificado del lugar de trabajo que acredite su actividad en rehabilitación
- Aval del Colegio Profesional o área de incumbencia supervisora
- Nota de presentación de dos socios titulares
- Si es del Interior la documentación debe ser certificada por un miembro titular de la Sociedad, dado que sólo se envían fotocopias.


SAMFYR

 — SOCIEDAD ARGENTINA DE —
 MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

REVISTA ARGENTINA DE REHABILITACIÓN

REVISTA CIENTÍFICA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | VOLUMEN 10 Nº1 | MARZO 2019

Índice

1 Editorial

Dra. Roxana Secundini

ARTÍCULO ORIGINAL

4 Lesión medular infantil adquirida. Estudio epidemiológico

Dr. Cometa H, Dra. Gil N, Dra. Leporace Guimil J, Dra. Marinkovic J V,
 Dra. Arocena M B, Dr. Amado Mondaca N

Colaboradores: Dra. Morganti G M, Dra. Tello Montaiuti E D

ARTÍCULO ORIGINAL

7 Características de la población internada para rehabilitación y relación con su entorno social

Dra. De Carli A, Dra. Guerrero K, Dra. De la Torre N, Dr. Zavala M, Dr. Giler Sarmiento A,
 Dr. Cardone G, Dra. García Gimenez P

CASO CLÍNICO

12 Programa de Entrenamiento Laboral Administrativo: intervención en un paciente con Lesión Cerebral Adquirida

Dra. Aranguren I, Lic. Ron M, Lic. Saez Rosas M T, Lic. Carcavallo L, Dr. Olmos L, Dra. Russo M J

REVISIÓN

20 La Socioterapia como metodología de intervención del trabajador social en el área de rehabilitación

TS. Guerrini M E

HISTORIA

23 Referencia histórica

Dr. Sember M, Dra. Costamagna L B

10



SAMFYR Comisión Directiva 2018-2019

Presidente	Dra. Miriam Weinberg
Vicepresidente	Dra. Carolina Ayllón
Secretaria	Dra. Fabiana Prieto
Prosecretaria	Dra. Verónica Matassa
Tesorera	Dra. María Alicia Paleo
Protesorero	Dra. Edith Rosana Cenizze
Secretario de Actas	Dr. Guillermo Rafe
Directora de Publicaciones	Dra. Roxana Secundini
Vocal Titular	Dra. Hebe Castillo
	Dra. Clide Coscia
	Dra. María Mercedes Molinuevo
	Dra. Egidia Serafín
Vocal Suplente	Dra. Silvana Mercante
	Dr. Walter Darío Visňuk

Editorial

Dra. Roxana Secundini

Estimados colegas

Ponemos a su alcance para su lectura, un nuevo número de nuestra revista. La cual no ha podido editarse con la asiduidad que quisiéramos. Esto se ha debido a múltiples factores, sin lugar a dudas uno de los principales motivos, es la dificultad para obtener material para su edición.

Es importante como sociedad científica poder contar con esta revista, siendo el órgano oficial en el cual se puede mostrar y difundir nuestra experiencia.

Hoy como hace 8 años, cuando escribiera la editorial de la primera revista bajo mi dirección, continúo guardando la esperanza de poder lograr registrarla, al menos, en una biblioteca científica electrónica latina. Para lograr esto se necesitaría como mínimo editar 3 ejemplares por año, en forma ininterrumpida. Esto significaría un mayor reconocimiento y nivel académico de los autores y la posibilidad de que sus artículos sean consultados no solo a nivel nacional, sino también internacional.

Agradezco la incondicional colaboración del comité editorial, quien con sus aportes y sugerencias apoya la difusión de quienes se inician en la investigación y publicación.

No puedo dejar de recordar a quienes formaron parte de nuestro Comité Científico, Maestros de la Fisiatría, que fueron ejemplos de una tarea fecunda, poseedores de mentes claras y que cumplieron con uno de los preceptos más trascendentes de la medicina, el transmitir sus conocimientos para beneficio de sus discípulos y de toda la sociedad. Ellos continuarán en nuestro recuerdo porque nos dejaron improntas y un compromiso a seguir: **Dra. Vitale**, baluarte de la rehabilitación infantil, más precisamente de los pacientes con secuelas de mielomeningocele, también en la gestión en rehabilitación y la calidad en atención. Al respecto hacía mención en su Carta de bienvenida como presidente del 21 Congreso Argentino de Medicina Física y Rehabilitación y XV Jornadas del Cono Sur: “La correcta Gestión de los Servicios de Rehabilitación es uno de los pilares fundamentales para que la rehabilitación se desarrolle con calidad, ya que permitirá: el enfoque integrador de la organización, en todas las etapas del proceso y en cada una de las áreas del mismo”. Esto lo plasmó en dicho Congreso cuya meta fue: “Fortalecer la Capacitación y la Gestión en Rehabilitación”.

Dr. Li Mau, el maestro, el ejemplo a seguir por muchas generaciones de fisiatras. Quien sembrara el apego a la metodología de la investigación, la estadística, la lectura crítica, y la escritura de artículos. El impulsor de que todos los trabajos de investigación debían culminar con la publicación. Pero por sobre todo un docente incansable, generoso, presto a compartir y diseminar sus conocimientos. Hasta sus últimos días nos inculcó la búsqueda del saber, pero con el respaldo de la evidencia. Al igual que los grandes maestros de la humanidad, su actividad docente trascendía el ámbito de las aulas del hospital, ofreciendo cordialmente su casa para desarrollar jornadas de aprendizaje para los médicos en formación.

Para finalizar, hago un llamado a todos mis colegas y en especial a los jóvenes médicos en formación, que con su ímpetu, energía y búsqueda constante de nueva información, contribuyan al desarrollo de esta revista.

Lesión medular infantil adquirida. Estudio epidemiológico.

Dr. Cometta H,¹ Dra. Gil N,¹ Dra. Leporace Guimil J,¹ Dra. Marinkovic JV,¹ Dra. Arocena MB,¹

Dr. Amado Mondaca N¹

Colaboradores: Dra. Morganti GM,¹ Dra. Tello Montaiuti ED¹

Resumen

La Lesión Medular (LM) es un proceso patológico que produce alteraciones motoras, sensitivas y/o autónomas, generando discapacidad grave. El objetivo del siguiente trabajo es analizar las características según sexo, edad, etiología, nivel neurológico, escala de ASIA, tiempo evolutivo al ingreso al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación (SMFyR), duración de la instancia hospitalaria, complicaciones y destino al alta, comparándolo con la reseña bibliográfica.

Materiales y Métodos: es un estudio descriptivo, retrospectivo. Se seleccionaron 14 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de LM, atendidos en el SMFyR del H.I.A.E.P Sor María Ludovica de La Plata, entre el 1 de enero 2009 y el 30 de octubre de 2016.

Resultados: la edad media fue de 11 años, con mayor prevalencia en el sexo masculino, las causas más frecuentes fueron vasculares e inflamatorias, seguidas por las traumáticas, tumorales y posquirúrgicas. De la misma manera hubo mayor prevalencia de niveles cervicales, ASIA A y C. Se registró un rápido ingreso al servicio, con larga estadía hospitalaria.

Discusión: encontramos correlación con la bibliografía, en cuanto a edad de presentación e incidencia por sexo, mientras que las etiologías más frecuentes en nuestra muestra no se corresponden con la literatura. Esta discrepancia, podría atribuirse a la escasa muestra y a las características del hospital. Se observa rápida derivación, con intervención integral temprana. Contrariamente, notamos una estancia hospitalaria prolongada, excediendo la etapa aguda.

Conclusión: la muestra resulta pequeña pero coincidente con la bibliografía en cuanto a las características principales de la LM Infantil.

Palabras clave: Lesión pediátrica de la médula espinal. Epidemiología. Etapa aguda. Rehabilitación

Abstract

Spinal Cord Injury (SCI) is a pathological process that produces motor, sensitive and / or autonomic alterations, generating severe disability. The aim of this study is to analyze the characteristics according to sex, age, etiology, neurological level, ASIA scale, time of evolution to Physical Medicine and Rehabilitation Service admission, length of hospital stay, complications, destination to discharge, and comparing it with the bibliographic review.

Materials And Methods: *this is a descriptive and retrospective study. Fourteen patients with a diagnosis of SCI, attended in the Interzonal Acute care Hospital Specialized in Pediatrics "Sor Maria Ludovica" of La Plata, between January 1st, 2009 to October 30th, 2016, were selected.*

Results: *the average age was 11 years, with a higher prevalence in males, the most frequent causes were vascular and inflammatory, followed by traumatic, tumor and post surgical. Likewise, was a higher prevalence from cervical levels, ASIA A and C. A rapid admission into the service was registered, with long hospital stay.*

Discussion: *we found correspondences with the bibliography, in terms of age of presentation and incidence by sex, while the most frequent etiologies in our sample were not correspond with the literature. This discrepancy could be attributed to the scarce sample and the characteristics of the hospital. A rapid referral is observed, with early integral intervention. By contrast, we noticed a prolonged hospital stay, exceeding the acute stage.*

Conclusion: *the sample is small, but it coincides with the bibliography regarding the main characteristics of the pediatric SCI.*

Keywords: Pediatric Spinal Cord Injury. Epidemiology. Acute stage. Rehabilitation

Introducción

La Lesión Medular (LM) es un proceso patológico que produce alteraciones de la función motora, sensitiva y/o autonómica, con diversas consecuencias psicosociales para la persona y su familia, siendo así generadora de importantes procesos de discapacidad.¹

Es insuficiente la información epidemiológica disponible acerca de la lesión medular traumática infantil y del adolescente. Son causantes de lesión medular traumática en primer lugar los accidentes de tránsito (AT) (46,7%), seguidos de violencia (14,9%), deportes (11,6%), caídas (6,3%) y otras.²

Un estudio realizado por Saunders y col. durante un periodo de 15 años (1998-2012) demostró que en la infancia fueron poco frecuentes las LM traumáticas, del 1

Correspondencia: residenciarehabludovica@yahoo.com.ar

Recibido 26-02-17

Aceptado 1-03-18

al 10 %, sucedieron en menores de 10 años, correspondiendo al 30% del total de LM infantil. Se presentaron en dos picos etáreos en los rangos de los 3 a 5 y de 12 a 16 años.³

Las lesiones medulares de etiología no traumática fueron de origen vascular, inflamatorio, infeccioso, autoinmune y tumorales.³

Dentro de las de etiología no traumática, la más frecuente fue la mielitis transversa aguda como causa inflamatoria, siendo la localización cervical, la más frecuente y de mejor pronóstico que la de los pacientes de edad adulta.⁴ El infarto de la médula espinal no ha sido bien estudiado, con una heterogeneidad de causas que incluyen patologías tanto sistémicas como locales.⁵ Los déficits neurológicos dependientes del territorio vascular de la arteria espinal anterior fueron los más comúnmente observados. El compromiso a menudo fue simétrico, aunque se ha reportado frecuentemente una afectación unilateral.⁶ El dolor de espalda o cuello localizado al nivel del infarto fue un síntoma muy comúnmente reportado. La mielopatía asociada con el embolismo fibrocartilaginoso como causa del infarto de la médula espinal puede afectar cualquier nivel de la médula y, por lo tanto, presentar hallazgos mielopáticos focales, de localización variable. La literatura sugiere que en dos tercios de casos el nivel de la médula espinal involucrado es cervical.⁷ El pseudotumor hemofílico fue una complicación seria producida en el 1 al 2% de las personas que padecieron formas graves de hemofilia tipo A y B, de rara presentación pediátrica.^{8,9}

Las lesiones tumorales espinales infantiles suponen una patología poco frecuente, con una incidencia anual de 1 caso por millón de niños, según estudio realizado en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, en el período 1986 a 2006.¹⁰⁻¹¹ La mayoría de los casos se presentó de modo insidioso con dolor local o referido y manifestaciones musculoesqueléticas inespecíficas, por lo que en muchos pacientes se retrasó el diagnóstico con la realización de distintas pruebas, tratamientos conservadores o diagnósticos erróneos. El pronóstico, tanto vital como funcional, dependió de la histología, agresividad quirúrgica y diagnóstico precoz.¹⁰⁻¹¹

Los tumores más frecuentes fueron de naturaleza benigna, el astrocitoma de bajo grado de crecimiento se dio en un 80% de los casos. La mayoría se extendió a lo largo de varios segmentos vertebrales, fundamentalmente dorsales.¹²⁻¹⁴ En segundo lugar, los neuroblastomas de presentación casi exclusiva en lactantes y el tercer lugar corresponde al ependimoma y quiste óseo aneurismático. Este último es un tumor de naturaleza neoplásica indefinida, de comportamiento benigno, crecimiento

rápido y de agresividad local. Afecta en general a niños y adolescentes, con una ligera preferencia por el sexo femenino. En la columna, los elementos posteriores se afectan más que los cuerpos vertebrales, y la lesión puede implicar a más de una vértebra.¹⁵⁻¹⁷

En la evolución postquirúrgica se apreció mejoría, sobre todo en las lesiones extramedulares, y mejoría parcial en algunos astrocitomas, aunque en estos también pudo producirse déficit neurológico añadido o empeoramiento del previo. Villarejo y col. presentaron un caso de astrocitoma como un síndrome medular completo con nivel T7; el resto de los casos presentaron déficits variables con buena evolución posterior.¹⁷

Las complicaciones neurológicas posquirúrgicas tuvieron una prevalencia inferior al 1% del total de cirugías de escoliosis.^{18,19} Ciertas condiciones asociadas del paciente, favorecen la aparición de complicaciones como, cifosis, escoliosis congénita, curvas de gran valor angular, déficit neurológico preexistente o déficit neurológico adquirido durante la tracción esquelética.²⁰

La lesión neurológica se puede producir durante el abordaje quirúrgico, de manera directa: por traumatismo durante la instrumentación, por compresión a causa de hematoma epidural o algún resto óseo; o puede ser una lesión indirecta durante las maniobras de corrección y de compresión-distracción que tensan los elementos vasculares, por isquemia, por hipotensión, hemorragia o hipotermia.²¹

Un estudio epidemiológico de 490 casos, entre 1998 y 2012, observó una media de 16 años en las internaciones iniciales en hospitales de agudos, de ellos 34% fueron dados de alta al hogar, 26,7% fueron derivados a un centro de rehabilitación, en el 21,5% se realizó contrarreferencia a otro hospital, 9,9% requirió internación domiciliaria. Un 5% murió antes de abandonar el hospital.²

Dentro de las complicaciones del período agudo se encontraron que las consecuencias de la lesión medular en pediatría son multisistémicas al igual que en los adultos comprendiendo alteraciones cardiovasculares como arritmias, bradicardia, asistolia, taquicardia paroxística ventricular, taquicardia sinusal, flutter auricular y fibrilación auricular. Siendo la bradicardia la arritmia más frecuente tanto en la fase aguda como en la crónica. La hipotensión ortostática es característica de las fases crónicas, pero puede presentarse durante el período agudo. Enfermedad tromboembólica. Alteraciones respiratorias como insuficiencia respiratoria, de curso insidioso, causado por parálisis diafragmática, fatiga diafragmática, alteración de la ventilación-perfusión por secreciones, edema pulmonar, neumonía precoz y

las causas relacionadas a la etiología como la contusión pulmonar en caso de traumatismo.

La disreflexia autonómica, presente en las lesiones por encima de T6, cuya prevalencia fue del 48-90% siendo similar en niños que en adultos. Alteraciones dermatológicas con úlceras por presión, de baja frecuencia en menores de 8 años. Alteraciones infecciosas como infecciones urinarias propias de la vejiga e intestino neurogénico de la LM.²²⁻²⁵

Los objetivos del presente estudio fueron describir las características de la lesión medular infantil, según etiología, edad de presentación, sexo, nivel neurológico por escala de ASIA (Impairment Scale) y las complicaciones durante el período agudo y subagudo. Conocer el tiempo de evolución al ingreso al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación (SMFyR) de los pacientes con lesión medular pediátrica del Hospital Interzonal de Agudos de Enfermedades Pediátricas (HIAEP) Sor María Ludovica. Las variables estudiadas se compararon con la literatura.

Material y Métodos

Estudio de tipo descriptivo, de carácter retrospectivo. Se evaluaron 16 historias clínicas de pacientes menores de 16 años, con diagnóstico de lesión medular atendidos en el HIAEP Sor María Ludovica de La Plata, ingresados al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación entre el 1 de enero 2009 y el 30 de octubre de 2016 y que hayan cursado su internación en el periodo agudo en dicho hospital. De estas se incluyeron 14 por cumplir los criterios de inclusión.

Se completó una planilla individual con los siguientes datos: sexo, edad, etiología, nivel neurológico, escala de ASIA, tiempo de evolución al ingreso al servicio de Medicina Física y Rehabilitación, tiempo de estadía hospitalaria hasta el alta y las complicaciones del periodo agudo.

Los datos fueron analizados mediante el programa Excel.

Resultados

La edad media fue de 11 años, siendo más frecuente la LM a los 6, 12 y 14 años.

El 72% fue de sexo masculino y el 28% femenino.

En cuanto a la etiología, las causas más frecuentes en nuestra muestra fueron de origen vascular e inflamatoria, seguidas de las traumáticas, tumorales y postquirúrgicas.

Las lesiones medulares de etiología vascular tuvieron una prevalencia de 28%, los casos por isquemia medular aguda fueron por una probable embolia fibrocartilagi-

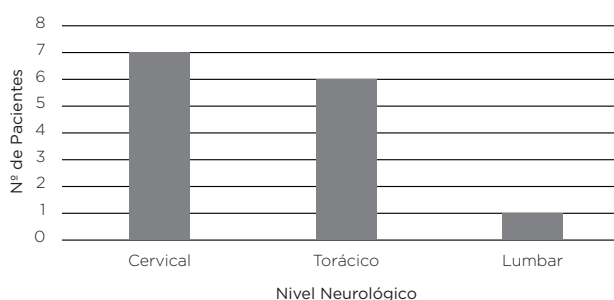
nosa, por hematoma extradural en contexto de paciente hemofílico, un caso por hemorragia de malformación arteriovenosa y otro por isquemia de causa desconocida. Las de causa inflamatoria tuvieron una prevalencia del 28%, no pudiéndose determinar la etiología.

Las lesiones de origen traumático (14%) fueron zambullida y herida de arma de fuego.

Las de etiología tumoral correspondieron ambas al diagnóstico de quiste óseo aneurismático (14%). Las lesiones postquirúrgicas (14%) se presentaron posteriores a cirugía correctiva de escoliosis idiopática y resección de astrocitoma difuso de grado II.

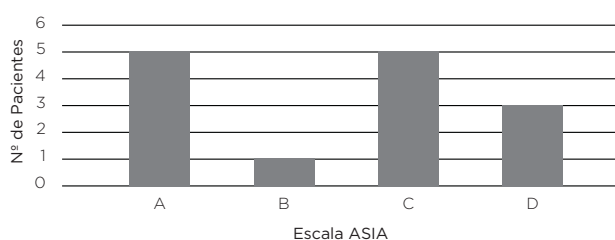
En relación al nivel neurológico presentaron nivel cervical (n=7), seguido en frecuencia por el nivel torácico (n=6) y solo un caso con nivel lumbar (n=1). Gráfico 1

Gráfico 1. Distribución según nivel neurológico



Al analizar los resultados de la escala de evaluación ASIA se presentaron con igual frecuencia las lesiones ASIA A (35%) y ASIA C (35%), seguidas por ASIA D (21%) y un único caso de ASIA B (7%). Gráfico 2

Gráfico 2. Distribución según escala de ASIA

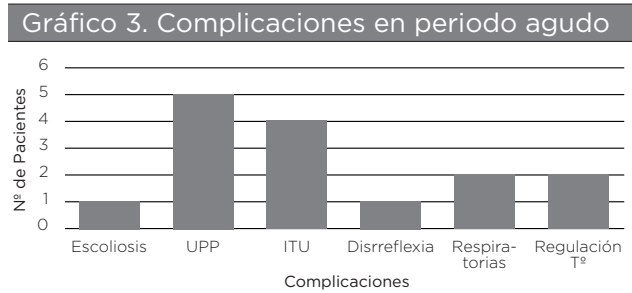


El tiempo medio de evolución al ingreso al servicio de Medicina Física y Rehabilitación fue de 4 días. Y el tiempo medio de estadía hospitalaria fue de 54 días.

Al momento del alta, 11 pacientes regresaron a sus hogares, 1 fue derivado a su hospital de origen en contrarreferencia y 2 pacientes continuaron internados.

Las complicaciones encontradas en el período agudo fueron úlceras por presión en 5 pacientes. Estas se originaron durante los primeros días de internación y

tuvieron difícil resolución, 4 pacientes presentaron infecciones en el tracto urinario, 2 pacientes complicaciones respiratorias y otros 2 disregulación térmica. Solo 1 desarrolló episodios disreflexia y escoliosis. Gráfico 3



Discusión

Los datos de nuestra muestra coincidieron con los referidos en la bibliografía, en relación a edad y sexo de presentación de la lesión medular. Se halló una edad media de 11 años y mayor prevalencia en sexo masculino. Tabla 1

Tabla 1. Características de la muestra estudiada

Paciente	Edad	Etiología	Nivel	Asia
1	12	Vascular	Cervical	D
2	1	Vascular	Torácico	A
3	9	Vascular	Cervical	D
4	15	Vascular	Cervical	C
5	14	Inflamatoria	Cervical	A
6	9	Inflamatoria	Torácico	C
7	11	Inflamatoria	Lumbar	C
8	14	Inflamatoria	Cervical	C
9	3	Traumática	Cervical	A
10	14	Traumática	Torácico	A
11	12	Tumoral	Torácico	B
12	6	Tumoral	Cervical	C
13	12	Posquirúrgica	Torácico	A
14	16	Posquirúrgica	Torácico	D

En relación a la etiología nuestra muestra no se correspondió con la literatura. La causa vascular e inflamatorias fueron las más frecuentes, seguida de las traumáticas, tumorales y posquirúrgicas en igual proporción.³ Esta diferencia, podría atribuirse al escaso número de pacientes en muestra y a la características del hospital.

Si bien, la LM de etiología traumática de la presente muestra tuvieron la edad y sexo semejante a la descrita en la literatura.² Cabe mencionar el trauma penetrante por herida de arma de fuego, situación que está rela-

cionada a violencia, es una causa frecuente de daño del sistema nervioso central en nuestro medio.

La LM de etiología vascular, por probable enfermedad fibrocartilaginosa, se manifestó en forma similar a la descrita en la literatura.^{3,5,9} En las de causa inflamatoria la edad y el nivel lesional (cervical) coincidieron con la literatura. Esta tuvieron mejor pronóstico funcional a largo plazo.⁶⁻⁷

Las LM de etiología inflamatoria fueron frecuentes en esta muestra, correspondiendo con la edad típica de presentación en la mayoría de los casos. Respecto al nivel de la lesión el 50% de los pacientes presentaron localización cervical, coincidiendo con la literatura. Esta etiología en la edad pediátrica tiene mejor pronóstico funcional a largo plazo.⁴

En las LM de etiología tumoral se halló similitud con la literatura en la presentación clínica. No concordando la frecuencia del tipo histológico con la descrita en la bibliografía.¹⁰⁻¹⁷

En las posquirúrgicas, el caso de LM secundaria a cirugía de resección de astrocitoma, en la cual puede producirse empeoramiento del déficit previo, compartió características a la reportada bibliográficamente por Villarejo y col la cual se presentó como síndrome medular completo con nivel T7.¹⁷

Al considerar los días de internación (día de inicio de la lesión hasta el momento de ingreso a nuestro servicio), se observó una rápida derivación desde pediatría. Teniendo en cuenta que el Servicio de Rehabilitación en nuestro hospital actúa como interconsultor, no contando con una sala de internación específica, para dar lugar a una intervención interdisciplinaria temprana y poder disminuir el desarrollo de complicaciones e instalar un tratamiento rehabilitador integral oportuno. Sin embargo, al analizar el promedio de días de estadía hospitalaria, notamos una prolongación en el periodo de internación, excediendo la etapa aguda de la lesión. Esto lo atribuimos a la dificultad en la derivación del paciente a una institución monovalente de rehabilitación infantojuvenil tanto del subsector público o privado, junto con las complicaciones que se presentan en este primer periodo.

Con respecto a las complicaciones observadas en el período agudo, cinco pacientes desarrollaron úlceras por presión las cuales fueron de difícil resolución, cuatro pacientes intercurrieron con infecciones del tracto urinario, dos con infecciones respiratorias y uno con crisis de disreflexia y escoliosis. Los resultados se correlacionaron con los de la bibliografía.²²⁻²⁵ Las úlceras por presión podrían ser evitadas realizando un abordaje oportuno.

Conclusión

Del análisis de las características estudiadas, se concluyó que la lesión medular infantil, tuvo una baja prevalencia en nuestro medio. La edad de presentación media de nuestra muestra correspondió a los 11 años de edad, siendo más frecuente en el sexo masculino.

En cuanto al nivel neurológico fueron más frecuentes los niveles cervicales, seguidos de los torácicos y último los lumbares. Según la valoración de la escala de ASIA, fueron más frecuentes los ASIA A Y C, seguidos por los D y un único caso B.

Las etiologías más frecuentes en nuestra muestra correspondieron a las causas inflamatorias y vasculares.

Se evidencia que existió una rápida intervención por el SMFyR, con un promedio de 4 días de evolución y una notoria prolongación de la estancia hospitalaria que excedió el periodo agudo.

Debido a la pequeña muestra, vemos la necesidad de ampliar el estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- Henao-Lema CP, Pérez-Parra JE. Lesiones medulares y discapacidad: revisión bibliográfica. *Aquichan*, 10(2), 157-172. 2010
- Redondo García M, Conejero Casares JA. *Rehabilitación Infantil*. Madrid. Editorial Médica Panamericana, 137. 2012
- Saunders LL, Selassie A, Cao Y, Zembracki K, Vogel LC. Epidemiology of Pediatric Traumatic Spinal Cord Injury in a Population-Based Cohort, 1998-2012. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation: Fall*. Vol. 21, No. 4: 325-3328. 2015
- Krishnan C, Kaplin AI, Deshpande DM, Pardo CA, Kerr DA. Transverse myelitis: pathogenesis, diagnosis and treatment. *Front Biosci* 9: 1483 - 99. 2004
- Reisner A, Gary MF, Chern JA. Spinal cord infarction following minor trauma in children: fibrocartilaginous embolism as a putative cause. Report of 3 cases. *J Neurosurg Pediatrics* 11: 445-450. 2013
- Novy J, Carruzzo A, Maeder P, Bogousslavsky J. Spinal cord ischemia: clinical and imaging patterns, pathogenesis, and outcomes in 27 patients. *Arch Neurol* 63: 1113-20. 2006
- Sethuraman ME. Ischemic Stroke of the Spinal Cord: A Pediatric Emergency in an Otherwise Healthy Child. *J Emerg Med*. Jul; 51 (1): 73 - 6. 2016
- Moreno LA, Montoya R, Carrillo MC. Pseudotumor hemofílico. *Revista Colombiana de Radiología*. 17: 2051 - 4. 2006
- Ruiz F, Reche A, García E, Chamorro C. Estudio por imagen del pseudotumor hemofílico. *Radiología* 44: 220 - 3. 2002
- Jallo GI, Freed D, Epstein F. Intramedullary spinal cord tumors in children. *Childs Nerv Syst*. 19: 641 - 649. 2003
- Merchant TE, Kiehna EN, Thompson SJ, Heideman R, Sanford RA, Kun LE. Pediatric low-grade and ependymal spinal cord tumors. *Pediatr Neurosurg*. 32: 30 - 36. 2000
- Merchant TE, Kiehna EN, Thompson SJ, Heideman R, Sanford RA, Kun LE. Pediatric low-grade and ependymal spinal cord tumors. *Pediatr Neurosurg*. 32: 30 - 36. 2000
- Payne WK, Ogilvie JW. Back pain in children and adolescents. *Pediatr Clin North Am*. 43: 899 - 917. 1996
- Ramos R. Papel del pediatra ante los tumores del sistema nervioso simpático. *An. Esp. Pediatr* 52: 261 - 271. 2000
- López-Martín N, Álvarez-Galovich L, Calvo-Crespo E, Bouhajib Y. Variante sólida de quiste óseo aneurismático en raquis. *Rev Esp Cir OrtopTraum*. Sept.; 48 (5): 1 - 6. 2004
- Karampalis C, Lenthall R, Boszczyk B. Solid variant of aneurysmal bone cyst on the cervical spine of a child: case report, differential diagnosis and treatment rationale. *Eur Spine J*. March; 22 (3): 8. 2013
- VillarejoFJ, Belinchón JM, Alfaro R, Pérez C, Rivero B, Pascual A. Tumores espinales infantiles. *Cordobés Neurocirugía* 20: 25 - 30. 2009
- Rosales-Olivares LM, García J, Miramontes-Martínez VP, Alpízar Aguirre A, De la Luz Arenas - Sordo M, Reyes-Sánchez AA. Tratamiento quirúrgico de la escoliosis. Control de evolución mínimo de 5 años. *Cir Ciruj*, 75: 93 - 97. 2007
- Godoy MA, Tello CA, Francheri IA, Noel M, Galaretto E, Remondino R, Bersusky ES. Evolución de las complicaciones neurológicas en la cirugía de deformidades vertebrales en la infancia. *Revista de la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología*, 80 (1), 43 - 52. 2015.
- Fujita M, Diab M, Xu Z, Puttlitz C. A biomechanical analysis of sublaminar and subtransverse process fixation using metal wires and polyethylene cables. *Spine* 31: 2202 - 8. 2006
- Pahys J, Guille J. Neurologic injury in the surgical treatment of idiopathic scoliosis: guidelines for assessment and management. *J Am Acad Orthop Surg* 17: 426 - 34. 2009
- López MH. Aspectos relevantes del daño medular agudo. *Revista Española de Rehab*. 71 (Supl 1), 37 - 41. 2015.
- Esclarín A. Lesión medular: Enfoque multidisciplinario. Madrid: Panamericana. 2010
- Lisenmeyer TA, Parson K, y col. Acute Management of Autonomic Dysreflexia. *Clinical Practice Guideline*. 2º Ed. 2001
- Walters BC, Hadley MN, Hurlbert RJ, Aarabi B, Dhall SS, Gelb DE, Theodore N. Guidelines for the management of acute cervical spine and spinal cord injuries: 2013 update. *Neurosurgery*, 60, 82-91. 2013.
- Whiteneck G, Parson K, et al. Outcomes Following Traumatic Spinal Cord Injury: clinical practice guidelines for health-care professionals. *Practice Guideline*. 1999

Características de la población internada para rehabilitación y relación con su entorno social

Dra. De Carli A,¹ Dra. Guerrero K,¹ Dra. De la Torre N,¹ Dr. Zavala M,¹ Dr. Giler Sarmiento A,¹ Dr. Cardone G,¹ Dra. García Gimenez P¹

Resumen

Objetivo: describir las características de la población y su relación con el entorno social en el proceso de la rehabilitación.

Materiales y métodos: población internada para rehabilitación en IReP en periodo junio 2014 a septiembre 2016.

Fuente: historias clínicas

Diseño: estudio retrospectivo, descriptivo

Resultados: no se mostró en relación significativa entre un entorno social continente y el resultado funcional (medida por FIM) en los pacientes incluidos en este trabajo. ($p= 0.7743$). Se encontró una correlación negativa y significativa entre el tiempo de internación y el entorno social, siendo este menor en los de entorno social continente. ($p= 0.007535$)

Conclusión: es necesario realizar a futuro estudios con muestras más grandes, agrupando pacientes de forma más estricta, con el fin de confirmar la relación observar y dilucidar entre un entorno social continente y los tiempos de internación y dilucidar el efecto no solo por su patología, sino también por tipo de lesión, severidad y secuela en el resultado del proceso de rehabilitación.

Palabras clave: Entorno social. Rehabilitación. Resultado funcional

Abstract

Background and aims: to describe the main characteristics of inpatient population in a rehabilitation center and to establish the relation between patient's social environment and the outcome of the rehabilitation program.

Methods: a retrospective, descriptive and correlational study that describes the population of inpatients in IReP, between June 2014 and September 2016.

Results: we were unable to find correlation between patient's social environment and the functional outcome of the rehabilitation program evaluated by functional impairment measure (FIM) evolution ($W=748.5$, $p= 0.7743$). A negative and significant correlation was found between hospitalization time and social environment, the latter being lower in the social environment. ($p: 0.007535$)

Conclusion: it is necessary to perform future studies with larger samples, classifying the patients according to their pathology to confirm the correlation found between the time of hospitalization and the continent and to elucidate the correlation between the social environment and the results in functional independence.

Keywords: Social environment. Rehabilitation. Functional outcome

Introducción

El proceso de rehabilitación se ve influenciado por múltiples factores. Dentro de estos encontramos los vinculados específicamente con lesión de base (vías y/o centro neurológico lesionado, estructuras musculo-esqueléticas afectadas), los inherentes al individuo (edad, sexo, comorbilidades, etc) y los factores que comprenden el entorno del paciente (lugar de residencia, participación familiar, acceso al sistema de salud).

En determinadas situaciones, estos factores son pasibles de ser utilizados y/o modificados en favor del proceso

de rehabilitación. La lesión de la médula espinal (una de las patologías más frecuentemente tratadas en nuestra Institución) queda claro que el nivel de la lesión, el grado de afectación y el síndrome lesional son los marcadores de pronóstico más importantes, seguidos por la edad, el peso y las comorbilidades.^{1,2}

En pacientes con secuelas de accidente cerebrovascular (ACV) son múltiples los factores pronósticos, entre otros se mencionan el tipo de evento (isquémico o hemorrágico), extensión de la lesión, lado afectado (dominante/no dominante), alteraciones cognitivas, sensitivas y sensoriales agregadas, edad y sexo.³

En pacientes con traumatismo craneoencefálico (TEC) se mencionan, además, puntuación inicial en la esca-

Correspondencia: anainesdecarli@gmail.com

Recibido 26-11-16

Aceptado 23-09-17

la de coma de Glasgow, duración del coma y período de amnesia postraumática.⁴ También se ha visto que la independencia funcional inicial es un factor predictivo del progreso en la misma. Así, un paciente con alta dependencia inicial según la escala de independencia funcional (FIM),^{5,6} tiene alta posibilidad de tener una evolución poco favorable, independientemente del diagnóstico de base.^{7,8}

Dentro de los factores mencionados anteriormente, el entorno social que acompaña al paciente reviste una importancia especial, destacada reiteradamente tanto en diversas publicaciones, como en la experiencia obtenida en la práctica diaria. Resulta imprescindible destacar que el entorno social excede en alcance al término “familia”, ya que abarca también amistades, instituciones, cuidadores, y otras personas que puedan participar de forma transitoria o definitiva en la resolución de las necesidades de un individuo, en este caso, un paciente. Independientemente del diagnóstico etiológico, el apoyo del contexto social resulta fundamental, dado que definitiva o temporalmente el paciente será dependiente de asistencia por otra persona. Entre el paciente y su familia/cuidador, e incluso con el equipo terapéutico, se establece un vínculo y el apoyo resulta necesario para garantizar no solo la adherencia al tratamiento sino también los resultados del mismo.^{4,9-15}

Dicho factor puede constituir una fuerza motivadora para una rehabilitación satisfactoria. Esto ha sido explicado en diversas publicaciones, como Zakkoyya Lewis y col¹¹, en la cual se muestra una relación entre contexto social y menor tiempo de internación en pacientes en plan de rehabilitación.

Un estudio randomizado de Kalraet y col¹² demostró que el entrenamiento familiar con técnicas de enfermería, en cuidados generales del paciente disminuía la ansiedad, la depresión del enfermo e influía de una manera positiva en el proceso de rehabilitación.

Se considera a la familia parte fundamental del equipo terapéutico, reconociéndose a los talleres de capacitación familiar como una herramienta de la rehabilitación. Sin embargo, no es frecuente la inclusión del grupo familiar completo durante el tratamiento.¹³⁻¹⁵

Dado que aún no existe un adecuado nivel de evidencia sobre la influencia de la presencia familiar en el resultado de los procesos de rehabilitación, se decidió hacer un estudio evaluando a los pacientes que fueron rehabilitados en internación de esta institución, a fin de describir factores que pudieron haber influido en el proceso de rehabilitación, prestando especial atención a la participación del entorno social en el mismo.

Objetivos

Describir las características de la población internada para rehabilitación y el proceso.

Establecer las relaciones entre el tiempo de internación, la independencia funcional con el entorno social después del proceso de rehabilitación.

Material y Métodos

Se realizó una revisión de historias clínicas de pacientes internados para rehabilitación, en el Instituto de Rehabilitación Psicosfísica de la Ciudad de Buenos Aires (IReP), dentro del período de junio 2014 a septiembre 2016.

Criterios de inclusión:

- Pacientes internados con objetivos de rehabilitación planteados por el equipo tratante al momento del ingreso y dados de alta por cumplimiento de los mismos.
- Pacientes a cargo del servicio de fisioterapia.

Criterios de exclusión:

- Pacientes derivados a un hospital de agudos por intercurrentes clínicas.
- Pacientes que solicitaron el alta voluntaria.

Tipo de estudio:

Retrospectivo, observacional descriptivo

Procedimiento:

Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, diagnóstico, tiempo de evolución, tiempo de internación, nivel de independencia funcional (medida por FIM), variación del FIM entre ingreso y egreso de internación (delta FIM)^{4,5} además se evaluó la presencia o ausencia del entorno social continente.

Por no haberse encontrado en la bibliografía consultada escalas de medición de contención o participación familiar, se elaboró una lista de factores para considerar un medio social continente, a partir de la experiencia del equipo de trabajo social de esta institución. Los dominios considerados fueron:

- Disponibilidad de obra social
- Vivienda propia
- Participación de la familia en las actividades propuestas en los distintos servicios
- Salidas transitorias los fines de semana
- Cumplimiento de tramites solicitados fuera de la institución

Se consideró un entorno social continente a la presencia de tres o más variables, de lo contrario se clasificaban como no continente.

Los diagnósticos de los pacientes se agruparon según presentarán:

- 1) Secuela de ACV (hemorrágico o isquémico)
- 2) Lesión Medular (LM) sin considerar nivel ni severidad de la lesión
- 3) TEC sin tener en cuenta la severidad de la lesión inicial ni compromiso de la conciencia
- 4) Polineuropatía (toda patología con afectación de múltiples nervios periféricos)
- 5) Secuelas postquirúrgicas

Análisis estadístico:

Todos los análisis estadísticos se realizaron con el software R cran versión 3.3.0^{16,17}

Las variables tiempo de internación, entorno social, delta FIM y diagnóstico, fueron pasibles de un análisis de asociación, dada su distribución.

Se utilizaron las pruebas de Wilcoxon y test de la Mediana (que compara las medianas de los grupos), para variables cuantitativas.

La prueba χ^2 y las pruebas exactas de Fisher se utilizaron para la asociación entre variables cualitativas.

Se consideró estadísticamente significativo a un valor de $p \leq 0,05$ en todos los análisis.

Es importante destacar que ningún dato de filiación del paciente fue registrado y que no existe forma de vincular los datos tabulados con un paciente en particular.

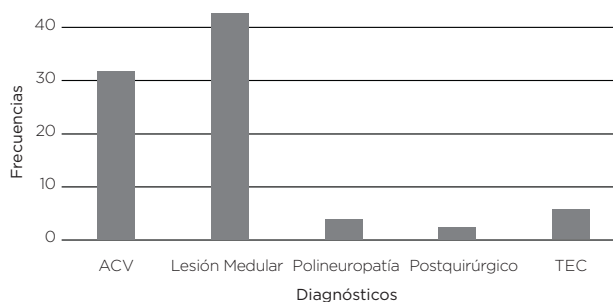
Resultados

Se incluyeron 114 pacientes, de los cuales 21 (18,4%) fueron excluidos por no cumplir criterios de inclusión y exclusión.

De los 93 pacientes restantes, se eliminaron 4 por carecer de datos suficientes en sus historias clínicas. Ningún paciente se rehusó a participar.

El estudio se realizó finalmente con 89 pacientes, 44 con diagnóstico de LM (49,4%), 32 con ACV (35,9%), 6 con TEC (6,7%), 4 con polineuropatía (4,4%) y 3 postquirúrgico (3,4%). Gráfico 1

Gráfico 1. Distribución de pacientes por diagnósticos



Al analizar el entorno social, en 65 pacientes (73%) este fue continente.

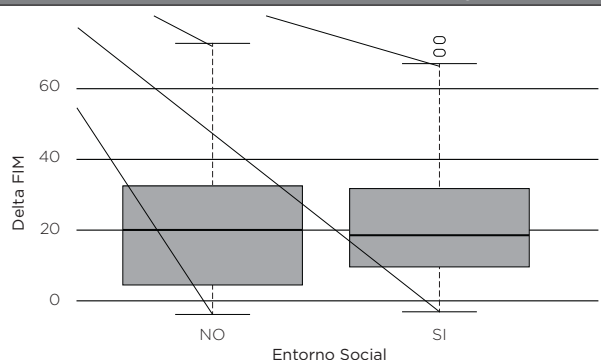
La variación entre el FIM de ingreso y egreso de internación (delta FIM) tuvo un rango entre -5 a 70 con una mediana de 17. Las características de la población estudiada se presentan en la tabla 1

Tabla 1. Características de la Población

Sexo	Masculino: 61 (68,5%) Femenino: 28 (31,5%)
Diagnóstico	L. Medular: 44 (49,4%) ACV: 32 (35,9%) TEC: 6 (6,7%) Polineuropatía: 4 (4,4%) Postquirúrgicos: 3 (3,4%)
Tiempo de evolución (días)	Rango: 10-5110, mediana: 103
Tiempo de internación (días)	Rango 21-315, mediana 114
Entorno social	Continente 65 (73%) No continente 24 (27%)
FIM al ingreso	Rango 18-116, mediana 65
FIM al egreso	Rango 18-123, mediana 91
Delta FIM	Rango -5-70, mediana 17

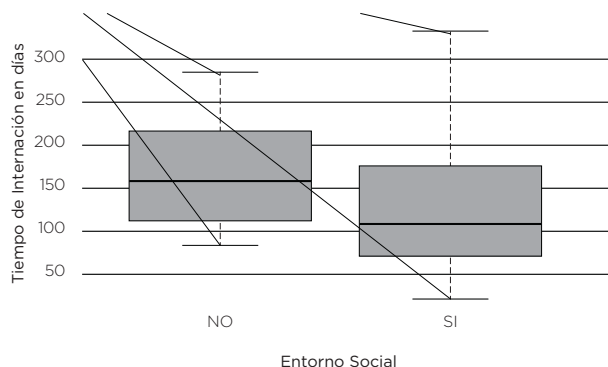
No se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p= 0.7743$) entre entorno social (continente y no continente) y la variación del FIM al ingreso y egreso de la internación y FIM analizados tanto en forma global como por grupos diagnóstico. Gráfico 2

Gráfico 2. Relación entre entorno social y delta FIM.



A fin de evaluar el impacto de la contención social en el tiempo de internación se analizaron estas variables, (ver Gráfico 3), encontrándose diferencia estadísticamente significativa ($p= 0.007535$) a favor de los que tenían entorno social continente. Sin embargo al analizar solo las patologías más frecuentes, ACV ($n=32$) y LM ($n=44$), no se obtuvo diferencia significativa en los LM ($p=0.19$), ni tampoco en los ACV ($p=0.06$) El entorno social no estuvo asociado con el FIM al ingreso, diagnóstico, tiempo de evolución, edad ni el género.

Gráfico 3. Relación entre entorno social y tiempo de internación



Discusión

A partir de los resultados obtenidos podemos definir que es necesario contar con una herramienta estandarizada y validada que permita discriminar si un entorno social es continente o no. Es probable que debido a la falta de la misma no haya sido posible en trabajos anteriores medir de forma fidedigna el aporte del entorno social en el desenlace del proceso de rehabilitación. Numerosos trabajos destacan la importancia de la participación familiar en la rehabilitación.^{4, 9, 10, 12-15}

La influencia de la variable entorno social siempre se evaluó de manera cualitativa no relacionándose de forma directa con la independencia funcional sino con el tiempo de internación y la adherencia de los pacientes a las distintas actividades propuesta. El instrumento utilizado en el presente trabajo responde a los factores que se plantearon como influyentes para valorar el entorno social. Fue una herramienta de fácil aplicación y reproducible en el tiempo, pero no irrefutable. Sería interesante considerar este estudio como base para el desarrollo de una herramienta más precisa y representativa.

En nuestro trabajo no fue posible establecer una relación entre el nivel funcional del paciente internado para rehabilitación y el entorno social. Pero sí se mostró relación significativa entre el tiempo de internación y su entorno ($p=0.007535$) lo cual avala lo obtenido por Zakkoyya y col.¹¹ "Si el paciente es acompañado por familiares durante la internación en el proceso de rehabilitación, el tiempo de la misma se reduce significativamente". No obstante en nuestra investigación, al momento de evaluar el entorno social continente, considerando las patologías más frecuente dicha aseveración, discriminado por patología, no pudo ser confirmada.

Otro aspecto a resaltar es la heterogeneidad de la muestra, ya que no se consideró dentro de los lesionados medulares, el nivel de lesión, la severidad de la misma, ni

la secuela (paraplejia/cuadriplejia). Por otro lado, a los pacientes con diagnóstico de ACV, no se los agrupó según la causa, extensión de la lesión, territorio afectado (lado dominante/no dominante), ni tipo de secuela.

Dado que el tamaño muestral al ser dividido según la patología, fue reducido, proponemos en posteriores trabajos aumentar el tamaño de la misma, delimitando claramente los grupos de injerencia, para corroborar significancia.

Conclusión

No se demostró relación significativa entre un entorno social continente y la diferencia entre el FIM de ingreso y el de egreso, en los pacientes incluidos en este trabajo.

Se demostró una diferencia significativa en términos del tiempo de internación, siendo este menor en los pacientes con entorno social continente.

Resulta necesario realizar estudios con una muestra más grande, agrupando pacientes no solo por su patología, sino también por tipo de lesión, severidad y secuela, a fin de confirmar nuestros hallazgos y dilucidar si existe relación entre un entorno social continente y el resultado del proceso de rehabilitación.

Agradecimientos

A todo el Departamento de Servicio Social por brindarnos las bases para la confección de la herramienta de medición utilizada.

A los doctores Alberto Rodriguez Vélez, Leticia Matsudo y Licenciada Laura Cacheiro, del Departamento de Docencia e Investigación del IREP, por el acompañamiento metodológico en la realización de este trabajo.

A nuestro jefe de residentes, Javier Facello, por iniciarnos en el camino de la investigación, ser guía y orientador durante el proceso de realización de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Esclarín de Ruz A et al "Lesión medular: Enfoque multidisciplinario" Buenos Aires - Madrid. Médica Panamericana (2009)
2. Milicevic S y col.: "Analysis of the Factors Influencing Functional Outcomes in Patients with Spinal Cord Injury". J. Phys. Ther. Sci. 26: 67-71, 2014.
3. Druetta, S. y col. "Consideraciones generales de la rehabilitación del accidente cerebrovascular" Boletín de docencia e investigación, IReP, Vol XI N°1: 2-28. 2007
4. Muñoz J. y col. "Factores de pronóstico en los traumatismos craneoencefálicos" Revista de Neurología. 32 (4):351-364. 2001

5. Dodds TA, Martin DP, Stolov WC, Deyo RA. A validation of the functional independence measurement and its performance among rehabilitation inpatients. *Arch Phys Med Rehabil.* 74: 531-536. 1993
6. Stineman MG, Shea JA, Jette A, Tassoni CJ, Ottenbacher KJ, Fiedler R, Granger CV. The Functional Independence Measure: test of scaling assumption, structure, and reliability across 20 diverse impairment categories. *Arch Phys Med Rehabil.* Nov 77(11): 1101-8. 1996
7. Heinemann AW, Linacre JM, Wright BD, Hamilton BB, Granger C. Prediction of rehabilitation outcomes with disability measures. *Arch Phys Med Rehabil.* 75: 133-143. 1994
8. Cohen, JT; Marino RJ; Sacco P; Terrin N. Association between the Functional Independence Measure following spinal cord injury and long-term outcomes. *Spinal Cord.* 50, 728-733. 2012
9. Arias Cuadrado, A. "Rehabilitation of the stroke: evaluation, prognosis and treatment" *Galicia Clin.* 70 (3):25-40. 2009
10. Prakash V. y col. Family's presence associated with increased physical activity in patients with acute stroke: an observational study" *PhysTher.* July - Aug; 20 (4): 306 - 311. 2016
11. Zakkoyya HL. y col. "Social support and actual versus expected length of stay in inpatient rehabilitation facilities". *Archives of physical medicine and rehabilitation.* Vol 97, Issue 12, December: 2068 - 2075. 2016
12. Kalra L y col. Training carers of stroke patients: A randomized Trial. *BMJ.* May 8; 328 (7448):1099. 2004
13. Visser MA y col. Rehabilitation of stroke patients needs a family-centred approach. *Disability and Rehabilitation* December. 28 (24): 1557-1561. 2006
14. Montserrat Galilea.: "El papel de la familia en el proceso rehabilitador". *Informaciones Psiquiátricas* n 171, 2003.
15. Martínez RM. "Participación de la familia en el proceso de rehabilitación de los enfermos crónicos: los insuficientes respiratorios crónicos graves (IRCG) y el bienestar social". *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social.* N. 1: 85-101, 1992
16. CoreTeam R. A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. 2016
17. De Mendiburu F. *Agricolae: Statistical Procedures for Agricultural Research.* R. 2016

CASO CLÍNICO

Programa de Entrenamiento Laboral Administrativo: intervención en un paciente con lesión cerebral adquirida

Dra. Aranguren I.,¹ Lic. Ron M.,² Lic. Saez Rosas M. T.,³ Lic. Carcavallo L.,⁴ Dr. Olmos L.,⁵
Dra. Russo M. J.⁶

Resumen

El retorno al trabajo es un importante indicador de participación comunitaria. Luego de una lesión cerebral adquirida la reinserción laboral es un desafío debido a los déficits físicos, cognitivos y emocionales de esta población. Teniendo en cuenta esta problemática hemos desarrollado un programa de entrenamiento laboral administrativo (PELA) en el cual se simula un puesto de trabajo con tareas específicas. En el presente trabajo se reporta la experiencia con un paciente con secuela de accidente cerebrovascular.

La incorporación del PELA dentro de una unidad de rehabilitación brinda la posibilidad de abordar en estadios tempranos del proceso de rehabilitación la problemática de la reinserción laboral.

Palabras clave: Lesión cerebral adquirida. Reinserción laboral. Entrenamiento laboral

Abstract

Return to work is an important indicator of community participation. After an acquired brain injury this becomes a challenge due to the physical, cognitive, and emotional impairments this population shows. Considering this problem we have developed a Business Administration Program (BAP) which consists on a simulated job experience with specific activities. In this paper we report the experience with a stroke patient. The inclusion of the BAP in a rehabilitation unit gives the opportunity to deal with the return to work problematic in early stages.

Keywords: Acquired brain injury. Return to work. Work training

Introducción

La reinserción laboral luego de una lesión cerebral adquirida es un verdadero desafío debido a los posibles impedimentos físicos, cognitivos y emocionales que suelen presentar estos pacientes. Las demandas de las actividades productivas como la actividad laboral, requieren de la integración de habilidades tanto motoras como cognitivas y sociales. El retorno al trabajo es un importante indicador del funcionamiento en el mundo real, y también es considerado como un resultado del éxito de un programa de rehabilitación.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y Salud (CIF) creada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002), reconoce que el retorno al trabajo es un componente esencial para una reinserción social exitosa. Aquellos individuos con lesión cerebral que están empleados reportan un mejor estado de salud, una mejor sensación de bienestar, mayor integración social dentro de la comunidad, por otra

parte también reportan un menor uso de los servicios de salud y una mejor calidad de vida.¹⁻³ Contrariamente, la falta de trabajo puede crear tensión psicosocial e impacto financiero para la persona con lesión cerebral y la familia.^{1,2}

La lesión cerebral adquirida se la define como aquella injuria en el cerebro que no es hereditaria, congénita o degenerativa. Las lesiones cerebrales adquiridas pueden ser de origen traumático o no traumático, siendo el traumatismo de cráneo y el accidente cerebrovascular las causas más frecuentes, respectivamente.

Con respecto al traumatismo de cráneo es un problema de salud pública ya que afecta de manera grave la salud y el desarrollo social y económico de amplios sectores de la población. Es la tercera causa de muerte para todos los grupos de edad tanto en países desarrollados como en vías de serlo. Es la primera causa en la población de 1 a 45 años y la causa de fallecimiento de 3 de cada 4 adolescentes (15 a 24 años), así como de 2 de cada 3 adultos jóvenes (25 a 35 años). De acuerdo a estimaciones de la OMS, en 2001 se produjeron 3,5 millones de muertes (6% del total de defunciones) y se perdieron

Correspondencia: iaranguren@fleni.org.ar

Recibido 25-02-18

Aceptado 16-03-18

113 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD o DALY por su sigla en inglés) por lesiones no intencionales. Esta problemática afectó particularmente a los países de ingreso medio y bajo, ya que en los mismos se produjeron casi el 90% de los fallecimientos y pérdida de AVAD. Asimismo, el grupo etario entre 15 y 44 años es el más perjudicado por este problema. En Estados Unidos representa un costo anual de cerca de \$17 mil millones en atención médica y pérdida de productividad⁴.

Muchos pacientes con lesión cerebral adquirida sufren secuelas físicas, cognitivas emocionales y del comportamiento a largo plazo, que constituyen un obstáculo sustancial para el retorno al trabajo. Luego de un accidente cerebrovascular la proporción de pacientes que retornan al trabajo varía entre el 11-85% y entre el 11-82% en lesiones traumáticas⁵⁻⁶, según trabajos reportados, y suelen ser dependientes de una rehabilitación integral y un abordaje psicosocial.⁷ En una revisión sistemática desarrollada por Van Velzen JM y colaboradores⁸ en adultos con lesión cerebral adquirida se evidenció que sólo el 40% de los pacientes previamente empleados menores de 65 años volvieron al trabajo dentro de los dos años posteriores al evento. Los resultados de la revisión demostraron que el trabajo es un elemento importante en la vida de los pacientes con lesión cerebral adquirida, enfatizó el significado del trabajo como facilitador de un ambiente social y proveedor de un sentido para su vida.^{9,10}

Sin embargo, se debe tener en cuenta que en la actualidad no disponemos de criterios operativos para definir cuándo una reinserción laboral puede ser considerada exitosa, debido a que numerosas variables pueden influir en su valoración, como por ejemplo, tipo de trabajo, demanda de las tareas, modificación en el puesto y/o carga horaria del trabajo y reubicación en un nuevo puesto de trabajo. Por otro lado, numerosos factores pronósticos relacionados a la lesión cerebral influyen en la recuperación funcional y el retorno al trabajo, como por ejemplo, la edad, el tipo de lesión, la severidad y localización de la lesión, el nivel de educación previa, la ocupación y puesto de trabajo al momento del evento.¹¹ Los datos sobre severidad de la lesión son mixtos, probablemente debido a las diversas definiciones, en algunos estudios se observó que las personas con traumatismo de cráneo grave tuvieron dificultad para la reinserción laboral¹² y otros estudios no encontraron ningún efecto.¹³

En relación al nivel de educación premórbido e historia laboral, los profesionales y aquellas personas con mayor nivel de educación mostraron mejor retorno laboral que las personas que realizaron trabajos manuales.¹⁴⁻¹⁶

Por último, factores que influyeron positivamente en el retorno laboral fueron la capacidad de autoconciencia, la motivación y la capacidad para fijar metas razonables.¹⁷⁻¹⁸ Por esta razón la autoconciencia es el componente clave de proceso de rehabilitación.

La rehabilitación laboral o también conocida como rehabilitación profesional, según la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y el Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional (GLARP), es el proceso por el cual una persona logra compensar con el mayor grado posible las desventajas originadas de una deficiencia o una discapacidad, que afectan su desempeño laboral, dificultándole o impidiéndole la integración sociolaboral mediante la consecución, el mantenimiento y promoción de una vida productiva. La rehabilitación laboral se justifica cuando la persona con discapacidad enfrenta una desventaja laboral.¹⁹

La rehabilitación laboral es subsiguiente, e incluso simultánea, a la rehabilitación clínica o médico-funcional, así como la rehabilitación social, es parte del proceso de la rehabilitación integral de personas con discapacidad con el objetivo de su reinserción social completa.

Como todo proceso de rehabilitación en salud, la rehabilitación laboral es interdisciplinaria dirigido principalmente por profesionales de terapia ocupacional junto con profesionales de medicina física y rehabilitación y con la complementación de otras disciplinas o profesiones, como psicología, fisioterapia, fonoaudiología y trabajo social, necesarias para resarcir a la persona sus funciones sociales, laborales y productivas.¹⁹

Los programas de entrenamiento laboral permiten a los individuos encontrar soluciones a los problemas y nuevas maneras de trabajar dentro de sus capacidades, desarrollando nuevas estrategias y hábitos.

Existen fuertes evidencias de que aquellas intervenciones que contienen una combinación de componentes como adaptación de la tarea, apoyo personalizado, apoyo emocional y educación, fueron eficaces para favorecer el retorno al trabajo.²⁰

El programa de Rehabilitación Laboral de Fleni tiene como objetivo general brindar orientación para la reinserción laboral de los pacientes con secuelas neurológicas. Se trabajan las etapas de Evaluación-Orientación, Análisis Ocupacional/ Adecuación de puestos, Formación, Entrenamiento, Colocación y Seguimiento, siguiendo el lineamiento propuesto por GLARP.¹⁹ Para ello se realiza una entrevista al paciente, a través de un cuestionario semiestructurado, donde se recaban datos personales, datos de la discapacidad, datos contextuales, historia ocupacional, intereses y meta ocupacional del

paciente. La misma es llevada a cabo por un terapeuta ocupacional experto en el tema.

En el Programa de Rehabilitación Laboral se observa una importante limitación en la reinserción de personas con secuela de daño cerebral adquirido ya que requieren entrenamiento específico teniendo en cuenta que las dificultades cognitivas, emocionales y conductuales son las que impactan en la reinserción exitosa del proceso laboral.

En la Argentina la mayoría de los programas reportados de rehabilitación laboral están enfocados al área de salud mental donde las problemáticas y las oportunidades son diferentes a aquellas asociadas a las lesiones cerebrales adquiridas.²¹ Por lo general estos programas están desarrollados para personas con afecciones desde el nacimiento donde los procesos de aprestamiento están desarrollados de forma paralela a programas educativos o incluidos en tales. También se observa mayor recurso comunitario y variedad de puestos de aprestamiento en esta población de pacientes. Estos programas laborales reciben soporte o financiamiento del estado o diferentes organizaciones no gubernamentales.

Teniendo en cuenta que la gran parte de la población de adultos con lesión cerebral adquirida no logra incorporarse a este tipo de programas de entrenamiento, consideramos importante que dentro de los planes de rehabilitación integral se incluya un programa de entrenamiento laboral específicamente diseñado para la población adulta con lesión cerebral adquirida. Este debe contemplar la posibilidad de entrenar puestos que simulen tareas específicas con una carga horaria determinada, realizando un entrenamiento específico para favorecer la autoconciencia y evaluar el desempeño real durante la actividad.

De esta necesidad es que surge el Programa de Entrenamiento Laboral Administrativo (PELA), el cual tiene como objetivo brindar la experiencia de una simulación de puesto de trabajo de oficina para fomentar la toma de conciencia y la implementación de estrategias durante la práctica real de una actividad productiva.

El objetivo del presente estudio consiste en describir el PELA que se desarrolla desde el 2015 en pacientes adultos con daño cerebral adquirido en el Centro de Rehabilitación del Instituto FLENI, Buenos Aires, Argentina, y reportar un caso clínico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Descripción del Programa de Entrenamiento Laboral Administrativo (PELA)

El programa incluye el ingreso de pacientes con secuela de ACV y/o TEC que fueron atendidos en modalidad

de internación u hospital de día en el Centro de Rehabilitación Neurológica del Instituto FLENI de Escobar, Buenos Aires, Argentina. Los pacientes que cumplen con los criterios de admisión del PELA son incluidos en el mismo.

El PELA consta de 20 hs de entrenamiento laboral. La frecuencia y distribución horaria se acuerda con el participante según disponibilidad. Los participantes del PELA firman consentimiento de participación donde se detalla objetivo, duración y frecuencia del mismo.

Este es un espacio donde el participante tiene la oportunidad de realizar diferentes actividades similares a aquellas de un empleo real o partes de un empleo. El Programa se desarrolla dentro del Servicio de Terapia Ocupacional. Las tareas se encuentran niveladas en dificultad creciente. Cada tarea tiene consignado un modo de realización, un resultado final esperado y estándares de tiempo. Las tareas se asemejan a aquellas de un puesto administrativo o un secretariado. El participante tiene un horario que cumplir, un uniforme que vestir con cartel identificatorio. El terapeuta define las tareas y el nivel de dificultad de las mismas según lo observado en las evaluaciones de inicio y establece un modo de supervisión que puede ser directa total (directa durante todo el tiempo, requiere una persona que lo supervise constantemente), directa intermitente (requiere más de 2 indicaciones que dirigen al paciente a iniciar, continuar o completar la tarea pero dichas indicaciones no guían al paciente a lo largo de toda la tarea, el supervisor no puede alejarse más de 15 minutos) o indirecta (puede requerir uno o dos indicaciones para dirigir a la persona a iniciar, continuar o completar la tarea, el supervisor puede estar ausente por períodos de una hora). Todo el equipo de Terapia Ocupacional y otros profesionales de la Institución conocen el Programa y son informados al momento de inicio de un nuevo participante. Esto permite trabajar habilidades psicosociales, relaciones interpersonales y conductas laborales.

Al inicio del programa se simula un contrato laboral, se explican las tareas generales, los derechos y obligaciones, las pautas que debe cumplir y se presenta el participante al grupo. Se entrega el uniforme y tarjeta identificatoria. Teniendo en cuenta que son tareas nuevas se toman 2 días de adaptación a los requerimientos del puesto y se evalúa el desempeño real al día 3 y al final. Para tal fin se diseñó una evaluación propia en el Servicio. La misma consta de 4 áreas/dominios: 1. habilidades de comunicación e interacción, 2. habilidades de procesamiento, 3. habilidades motoras y 4. de conducta laboral. Cada área tiene 4 o 5 sub-ítems. El puntaje para cada sub-ítem va de 1 a 4, siendo 4 desempeño

competente, 3 desempeño cuestionable, 2 desempeño inefectivo y 1 déficit. Es una evaluación observacional, cada ítem tiene su definición y lo esperable para cada puntaje.

Las tareas se clasifican en estructuradas y espontáneas. Las primeras son aquellas que tienen un modo de realización específico el cual es explicado al participante previamente. Algunos ejemplos de estas tareas son: armado de bases de datos en PC, digitalización de una libreta telefónica, armado del inventario de una biblioteca, actualización de un fichero, orden y limpieza de placares. Las tareas espontáneas se refieren a tareas que surgen de imprevisto como contestar el teléfono, interactuar con colegas, responder a un requerimiento espontáneo de un colega. Estas últimas tareas permiten valorar y entrenar otras habilidades como flexibilidad, habilidades sociales, resolución de problemas y atención, entre otras.

El objetivo del PELA es valorar y entrenar habilidades de desempeño laborales en la simulación de un puesto de trabajo administrativo permitiendo de esta forma describir fortalezas y limitaciones del participante, entrenar el reconocimiento de desempeño, habilidades sociales y conducta laboral. Al finalizar el programa se espera obtener un perfil de desempeño laboral que permita al terapeuta definir requerimientos específicos para una colocación exitosa.

Criterios de inclusión.

- Mayores de 18 y menores de 55 años.
- Participación en un programa de rehabilitación integral de Fleni en la modalidad de hospital de día o internación.
- Movilidad independiente, puntaje > 6 en el sub-ítem movilidad de la escala Functional Independence Measure (FIM).
- Conocimiento básico de uso de PC (Word, Excel, Internet).
- 12 años completos de educación formal.
- Mínimas habilidades de comunicación, puntaje > 5 el sub-ítem comprensión y expresión del FIM.
- Consentimiento firmado para la participación en el Programa de Entrenamiento Laboral.

Criterios de exclusión:

Dependiente en la movilidad, descompensación clínica, crisis convulsivas hasta 24 hs antes de la inclusión, comorbilidades previas a la lesión cerebral (enfermedades psiquiátricas mayores, etilismo crónico, abuso de sustancias psicoactivas).

Herramientas

Evaluación del Programa de Entrenamiento Laboral Administrativo (PELA)

Es una planilla de valoración confeccionada específicamente para este programa en el Servicio de Terapia Ocupacional, Programa de Rehabilitación Laboral, basada en el tipo de evaluaciones del Modelo de la Ocupación Humana de Kielhofner.²² Consta de una versión para el evaluador y otra para el paciente. Esta última permite poder evaluar el nivel de conciencia o auto-monitoreo del desempeño del paciente. Describe 4 niveles de desempeño: competente (4), cuestionable (3), inefectivo (2) y déficit (1) para diferentes destrezas de ejecución en habilidades de comunicación e interacción, habilidades de procesamiento, habilidades motoras y conducta laboral. A su vez, cada habilidad tiene un conjunto de acciones que la integran y definen.

Competente: desempeño competente que apoya el funcionamiento ocupacional y conduce a resultados positivos. El terapeuta no observa evidencia de un déficit en el desempeño ocupacional.

Cuestionable: desempeño cuestionable que pone en riesgo el funcionamiento ocupacional y conduce a resultados inciertos. El terapeuta se cuestiona en torno a un posible déficit en el desempeño ocupacional.

Inefectivo: desempeño poco efectivo que interfiere con el funcionamiento ocupacional que conduce a resultados no deseables. El terapeuta observa un déficit de bajo a moderado en el desempeño ocupacional.

Déficit: desempeño deficiente que impide el funcionamiento ocupacional y conduce a resultados inaceptables. El terapeuta observa un severo déficit en el desempeño ocupacional.

Habilidades de comunicación e interacción: habilidades no verbales, conversación, expresión verbal, relaciones.

Habilidades de procesamiento: conocimiento, planificación, organización, resolución de problemas.

Habilidades motoras: postura y movilidad, coordinación, fuerza, energía.

Conducta laboral: ritmo, persistencia en la tarea, organización general, prolijidad y presencia, manejo del tiempo.

Cuestionario de evaluación de la tarea (motivación intrínseca)

El Cuestionario de Motivación Intrínseca (CMI) es un recurso de medida multidimensional que intenta evaluar la experiencia subjetiva del participante relacionado a una actividad específica en experimentos de laboratorio. Fue utilizada en varios experimentos relacionados a motivación intrínseca y autoregulación.²³ Para este Programa hemos traducido una versión de 22 puntos que fue utilizada en varios estudios. Tiene 4 subescalas: interés/ disfrute, elección percibida, competencia per-

cibida y presión/ tensión. Esta versión se titula Cuestionario de Evaluación de la Tarea. La persona tiene 22 frases que debe puntuar con una escala de 1 (por nada cierto) a 7 (totalmente cierto).

Reconocimiento del déficit

Se utiliza el modelo basado en el marco de abordaje multicontextual desarrollado por Joan Pascale Toglia y colaboradores.²⁴⁻²⁵ Se implementa la evaluación de reconocimiento del déficit de antes y después de la tarea. El paciente autoadministra la evaluación del PELA al inicio y al finalizar el programa. El puntaje obtenido será comparado con el puntaje asignado por el profesional a cargo y de esta forma se evaluará la autoconciencia.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una mujer de 30 años (SR), procedente de la ciudad de Escobar, empleada administrativa en una clínica privada. Fue llevada al servicio de Urgencias del Hospital de Escobar el 25/06/2016 por presentar parestesias y debilidad muscular en hemisferio derecho y alteraciones en el lenguaje. En la valoración inicial la paciente se encontraba en buenas condiciones generales, con afasia y hemiparesia severa en el hemisferio derecho. Se le realizó una tomografía axial computarizada (TAC) de cráneo simple y una angiografía digital que evidenció lesiones hemorrágicas secundarias a una malformación arteriovenosa (MAV). La paciente permaneció aproximadamente 23 días en terapia intensiva, y luego de varias complicaciones clínicas y de completar 60 días de rehabilitación en modalidad internación en otro centro, ingresó a nuestra institución el 15/02/2017. Teniendo como objetivo de completar un módulo de 3 meses de rehabilitación neurológica en la modalidad hospital de día. Realizó 5 hs de terapia por día que incluyó kinesioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, rehabilitación cognitiva y psicología. En la evaluación de admisión, se observó una paciente con una hemiparesia desproporcionada severa del hemisferio derecha, a predominio braquial, y paresia moderada crural, con caída del antepié. Realizaba marcha con valva y bastón. En la evaluación del lenguaje, se evidenció la presencia de una afasia no fluente, con buen nivel en comprensión, con un lenguaje espontáneo limitado a su nombre y verbalizaciones de tipo "sí/no", logrando escritura a la copia inmediata. Desde el punto de vista conductual, evidenció un perfil de impulsividad y rigidez del pensamiento.

Al inicio del PELA, la Sra SR era independiente en las actividades de la vida diaria (AVD), presentaba un FIM

de 109/126 y un Barthel de 90/100. Marchaba en forma independiente, utilizando valva en el miembro inferior derecho (MID). Tenía un FAC (Clasificación Funcional de la Marcha) de 4/5 y una Berg Balance de 48/56, Fugl Meyer MID 14/34 (control motor de sinergia flexora y extensora débiles), en miembro superior derecho (MSD) 4/66 (sin control voluntario). Presentaba un cuadro de afasia verbal no fluente, afasia de Broca asociado a un cuadro de apraxia del habla. La comprensión era buena en contexto. Lograba escritura a la copia. Bedside de lenguaje 24/25, Coeficiente de afasia 77.9/100, Lectura y escritura 12.5/20. La atención y concentración eran adecuadas, con leves dificultades en memoria asociadas al déficit de lenguaje y presentaba dificultades en las funciones ejecutivas. CLQT (Cognitive Linguistic Quick Test) 3.6 (normal), MMSE (Mini Mental State Examination) 26/30 (déficit).

El entrenamiento laboral de la Sra. SR se desarrolló con una frecuencia de 2 veces por semana, 1 hora y media en cada día de concurrencia. Las tareas que realizó fueron las siguientes:

- Carga de datos en planilla digital. Recibir planillas impresas, armar una planilla en Excel con variables dadas, guardarla en la PC, completarla y al finalizar ordenarla alfabéticamente.

- Actualización de material del fichero. Revisar el fichero que se encontraba en el gimnasio. Identificar copias faltantes en folios. Hacer una lista de las mismas. Solicitar a la TO a cargo la impresión de las mismas. Buscarlas por donde ella indicaba. Guardarlas donde correspondía.

- Orden y limpieza de placares. Retirar el material del estante, pasar un trapo húmedo y volver a colocar las cosas como estaban.

- Uso de fotocopidora. Buscar material para fotocopiar, ir hasta el sector donde se encontraba la máquina, hacer las copias indicadas, entregarlas a la TO a cargo.

- Modificación de archivos de Word. Actualizar encabezados y pies de página de diferentes archivos con logo nuevo y fecha de actualización.

- Estar disponible para cualquier eventualidad/ pedido que pudiera realizar un compañero. Como por ejemplo atender el teléfono, alcanzar material del placar, buscar copias en impresoras, ir hasta el kiosco y hacer alguna compra.

Se inició el Programa con supervisión directa intermitente. Se planteó 2 días de inducción a las diferentes actividades.

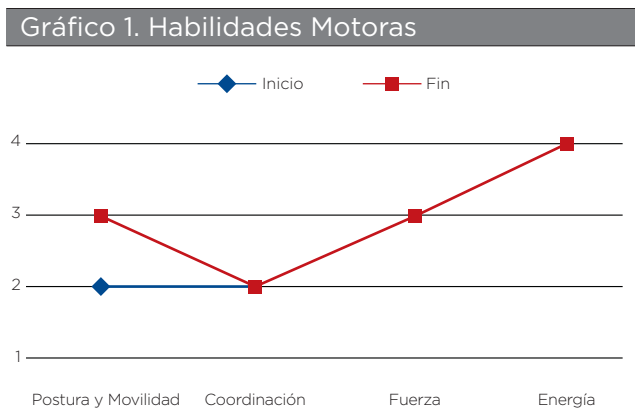
Se comparó el desempeño al inicio y luego de finalizar el Programa con la evaluación PELA.

Con respecto a las habilidades de comunicación e inte-

racción, se observó que al inicio la paciente SR presentó un lenguaje no verbal y se mostró competente en las relaciones con terceros. Logró mantener relación con los otros, mostrándose sociable, consciente de los demás, con un lenguaje corporal apropiado. Desde un punto de vista cualitativo, la mayor dificultad se encontró en la expresión verbal siendo la misma cuestionable, mostrando habilidad relativa para intercambiar información eficientemente. Al finalizar el Programa mantuvo el mismo puntaje mostrando fortaleza en las habilidades no verbales y de relación con otros y una clara disminución en lo que se refería a la expresión verbal debido a su secuela.

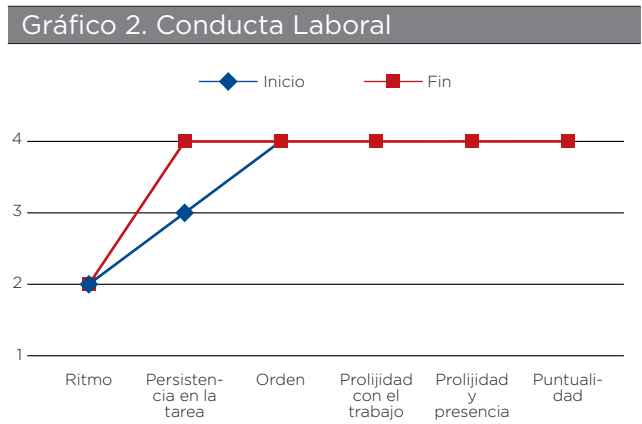
En la evaluación de las habilidades del procesamiento, durante todo el Programa presentó habilidades competentes mostrando buen conocimiento, planificación y organización. Logró aprender rápidamente tareas nuevas. A la hora de presentarse un problema logró solucionarlo o pedir la ayuda necesaria para resolver el mismo.

En la evaluación de las habilidades motoras, en la cual se contempló la destreza de ejecución en las distintas tareas, fue evidente al inicio del programa un desempeño cuestionable, en aquellas tareas que requerían una determinada postura y movilidad, y/o fuerza; un desempeño deficitario cuando requirió coordinación motora debido a su hemiparesia pero logrando completar todas las tareas en forma unimanual. Finalmente se mostró competente con respecto a la energía en cada una de las tareas. Al finalizar el programa se evidenció únicamente mejoría en las tareas que requerían una determinada postura y movilidad, evidenciándose una mejoría en la marcha, mostrándose más segura en su movilidad general. Gráfico 1



Con respecto a la conducta laboral, durante todo el programa la participante mostró orden, prolijidad con el trabajo, prolijidad y presencia y puntualidad. Desde un

punto de vista cualitativo, el ritmo de trabajo se interpretó como disminuido pero siempre constante. La característica que mostró mejoría al finalizar el programa fue la de persistencia en la tarea, presentando insistencia en el logro de un objetivo. Gráfico 2



En relación a la motivación observada durante todo el programa, medida por el Cuestionario de Motivación Intrínseca (CMI), la participante mostró puntaje máximo en las subescalas de interés (49/49), percepción de competencia (35/35), percepción de elección (35/35) y puntaje bajo en presión (7/35).

En relación al reconocimiento del déficit, no hubo diferencias entre la puntuación de la participante y el terapeuta evidenciándose un adecuado reconocimiento del déficit por parte de la participante.

Hacia el final del Programa la supervisión requerida fue indirecta.

En resumen, la Sra. SR mostró fortalezas principalmente en sus habilidades de procesamiento, en todo lo relativo a la comunicación no verbal y en su conducta laboral. Siempre se mostró entusiasmada con la tarea, con buena capacidad para aprender tareas novedosas. Frente a las dificultades que se presentaban producto de su secuela neurológica (afasia, hemiparesia) siempre encontró la forma de que las mismas no limiten por completo su desempeño sino que incorporó todas las estrategias compensatorias trabajadas durante su tratamiento logrando así desempeñar con éxito las tareas plateadas.

DISCUSIÓN

El programa de entrenamiento laboral administrativo PELA es una buena herramienta para evaluar y entrenar destrezas ocupacionales y habilidades laborales. Los participantes tienen la posibilidad de salir del rol de paciente y posicionarse en un rol productivo. Por otro lado, permite a la persona experimentar en un entorno de entrenamiento adaptado las dificultades posibles a la hora

de realizar una actividad laboral, desarrollar estrategias y favorecer la toma de conciencia de la situación actual. Las personas con daño cerebral adquirido requieren mayor tiempo de ejecución, adaptación de la tarea e incorporación de estrategias.^{2,7,11} La posibilidad de experimentar la incorporación de estas estrategias en la simulación de un puesto laboral permite fortalecer las habilidades y comprender que la implementación de las mismas habilitan a un desempeño eficiente.

El Programa le permite al profesional interviniente en la rehabilitación acceder a un perfil laboral del participante, evidenciando fortalezas, debilidades y tipo de ayudas necesarias para facilitar una adecuada futura colocación laboral.

Durante la ejecución del PELA los familiares de la participante lograron dejar de considerarla como una paciente que necesitaba ayuda y les permitió verla en un rol productivo.

El PELA le permite al participante experimentar una primera simulación laboral postlesión cerebral favoreciendo la percepción sobre sus capacidades en relación a tareas laborales, reconocer su nivel de productividad. Así también como un incremento de la autoconciencia y la necesidad de incorporar estrategias.

Se puede observar dentro de las limitaciones de la implementación del PELA que al desarrollarse en un centro de rehabilitación, el contexto es un entorno que está adaptado, acostumbrado a interactuar con personas con discapacidad, lo que hace que el trato hacia los participantes no sea exactamente como el que podría recibir fuera de una institución de rehabilitación integral. Esto es una barrera dentro de lo que son las habilidades sociales. Para salvar estas dificultades una vez que el participante al PELA es admitido se dan lineamientos a los profesionales de la Institución.

Otra de las desventajas del PELA es la limitación en la cantidad de puestos posibles a entrenar. La duración del entrenamiento es acotado a un tiempo lo que no permite valorar conductas laborales a largo plazo que según lo reportado en diferentes trabajos de investigación, una de las dificultades de los pacientes con injuria cerebral adquirida era sostener un trabajo en el tiempo.

Se plantea para futuros trabajos de investigación aumentar el número de participantes en el programa y poder realizar un seguimiento sobre la reinserción laboral de los participantes.

CONCLUSIONES

La incorporación del PELA dentro de una unidad de rehabilitación brinda la posibilidad de abordar en esta-

dios tempranos del proceso de rehabilitación la problemática de la reinserción laboral.

Contar con un programa específico de evaluación y entrenamiento brinda herramientas específicas para el proceso de reinserción laboral.

Permite al participante reconocer su nivel de desempeño y da una primera experiencia laboral simulada luego de una lesión cerebral adquirida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Corrigan JD, Bogner JA, Mysiw WJ, Clinchot D, Fugate L. Life satisfaction after traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil.* 16:543-55. 2001
2. Wehman P, Targett P, West M, Kregel J. Productive work and employment for persons with traumatic brain Injury: what have we learned after 20 years? *J Head Trauma Rehabil.* 20:115-27. 2005
3. Steadman-Pare D, Colantonio A, Ratcliff G, Chase S, Vernich L. Factors associated with perceived quality of life many years after traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil.* 16 (4): 330-342. 2001
4. Corso P, Finkelstein E, Miller T, Fiebelkorn I, Zaloshnja E. Incidence and lifetime costs of injuries in the United States. *Inj Prev.* Dec; 21(6): 434-40. 2015
5. Trygged S, Ahacic K, Kåreholt I. Income and education as predictors of return to working life among younger stroke patients. *BMC Public Health.* 11:742. 2011
6. Radford K, Phillips J, Drummond A, Sach T, Walker M, Tyerman A, et al. Return to work after traumatic brain injury: cohort comparison and economic evaluation. *Brain Injury* 27: 507-520. 2013
7. Shames J, Treger I, Ring H, Giaquinto S. Return to work following traumatic brain injury: trends and challenges. *Disabil Rehabil.* 29 (17): 1387-1395. 2007
8. Van Velzen JM, van Bennekom CA, Edelaar MJ, Sluiter JK, Frings-Dresen MH. How many people return to work after acquired brain injury? A systematic review. *Brain Injury* 23: 473-488. 2009
9. Stergiou-Kita M, Rappolt S. Towards developing a guideline for vocational evaluation, following traumatic brain Injury: the qualitative synthesis of clients' perspectives. *Disability and Rehabilitation.* 34 (3): 1179-188. 2012
10. Johansson U, Tham K. The meaning of work after acquired brain injury. *Am J Occup Ther* 60: 60-69. 2006
11. Wehman P, Kregel J, Sherron P, Nguyen S, Kreutzer J, Fry R, et al. Critical factors associated with the successful supported employment placement of patients with severe traumatic brain injury. *Brain Inj.* 7 (1): 31-44. 1993
12. Brooks N, McKinlay W, Symington C, Beattie A, Campsie L. Return to work within the first seven years of severe head injury. *Brain Inj.* 1 (1): 5-19. 1987

13. Van Velzen J, Van Bennekom C, Edelaar M, Sluiter JK, Frings-Dresen MH. Prognostic factors of return to work after acquired brain injury: a systematic review. *Brain Inj.* 23: 385-395. 2009
14. Greenspan AI, Wrigley JM, Kresnow M, Branche-Dorsey CM, Fine PR. Factors influencing failure to return to work due to traumatic brain injury. *Brain Inj.* 10 (3): 207-218. 1996
15. Gollaher K, High W, Sherer M, Bergloff P, Boake C, Young ME, et al. Prediction of employment outcome one to three years following traumatic brain injury (TBI). *Brain Inj.* 12 (4): 255-263. 1998
16. Walker WC, Marwitz JH, Kreutzer JS, Hart T, Novack TA. Occupational categories and return to work after traumatic brain injury: a multicenter study. *Arch Phys Med Rehabil.* 87 (12): 1576-1582. 2006
17. Ben-Yishay Y., & Lakin P. Structured group treatment for brain injury survivors In: Ellis D. W., & Christensen A. L. (Ed.), *Neuropsychological Treatment After Brain Injury*. Kluwer Academic Publishers, Boston, pp. 271-295. 1989
18. Sherer M, Bergloff P, y col. Impaired awareness and employment outcome after traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil.* Oct; 13(5):52-61. 1998
19. Montero Gomez C. Estrategias para facilitar la inserción laboral a personas con discapacidad. Editorial EUNED. San José, Costa Rica. ISBN 9968-31-281-9, 9789968312813. (2003)
20. Donker-Cools BH, Daams JG, Wind H, Frings-Dresen MH. Effective return-to-work interventions after acquired brain injury: A systematic review. *Brain Inj.* 30 (2): 113-31. 2016
21. La resolución 2574/MSGC/17 de la Dirección General de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires "Programa de Empleo con Apoyo en Salud Mental" Boletín N° 5261 (24 de noviembre de 2017), disponible en: documentos-boletinoficial.buenosaires.gob.ar/publico/PE-RES-MSGC-MSGC-2574-17-ANX.pdf.
22. Kielhofner G. Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional. Editorial Médica Panamericana. Kielhofner, 3era edición. EAN: 9789500612586. (2004)
23. Cancelliere C, Kristman VL, Cassidy JD, Hincapié CA, Côté P, Boyle E, et al. Systematic review of return to work after mild traumatic brain injury: results of the International Collaboration on Mild Traumatic Brain Injury Prognosis. *Arch Phys Med Rehabil.* 95 (3 Suppl): S201-9. 2014
24. Toglia JP., Golisz KM, Goverover Y. Evaluation and Intervention for Cognitive Perceptual Impairments. In E. B. Crepeau, B. Schell, & E. Cohn (Eds.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (11 ed., pp. 739-777). Lippincott Williams & Wilkins. 2009.
25. Toglia JP, Kirk U. Understanding awareness deficits following brain injury. *NeuroRehabilitation.* 15 (1): 57-70. 2000

La Socioterapia como metodología de intervención del trabajador social en el área de rehabilitación

T.S. María Eugenia Guerrini¹

Resumen

Este trabajo pretende hacer una revisión teórica sobre una forma alternativa de intervención desde la disciplina del Trabajo Social, basada en el tratamiento social o socioterapia, aplicada en el área de rehabilitación.

Palabras clave: Socioterapia. Intervención. Rehabilitación

Abstract

This work intends to make a revision of an alternative form of intervention from the social work discipline, based on social treatment or sociotherapy, applied to in the rehabilitation area.

Keywords: Socioterapy. Intervention. Rehabilitation

El abordaje socioterapéutico es una forma más dinámica, flexible y rápida de resolución de problemáticas individuales y de índole familiar. Se trata de ayudar a las personas consultantes a hallar medios sencillos y eficaces para adaptarse a las dificultades y/o resolver los conflictos. Se trata de brindarles herramientas para que adquieran capacidad para vivir en armonía y para que sean congruentes en su forma de conducirse en la vida.¹ La socioterapia es *“una metodología de intervención profesional que integra las técnicas propias y específicas del Trabajo Social con el enfoque sistémico, lo cual permite explorar sentimientos, experiencias, realizar acciones educativas, reforzar comportamientos, recibir asesoramiento, etc., ampliando así el mundo interno del individuo y la familia, con el fin de promover, estimular y fomentar toda búsqueda de bienestar que parta del análisis crítico de los mismos integrantes de la familia, activando recursos sanos y no desarrollados, y promoviendo procesos resilientes, de autogestión, introyección y acciones de cambio.”* (Guerrini, 2017)²

Es decir, se busca el enfoque participativo de la acción profesional en cualquier área de intervención, analizando la problemática familiar y brindando herramientas para mejorarla o modificarla. Se enfatiza la fortaleza de

la familia, se trata de detectar y potenciar los elementos positivos con el fin de promocionar la salud y el bienestar familiar. La intervención del Trabajo Social, se direcciona a atenuar y/o disminuir el padecimiento de quien consulta, pero especialmente en función de la recuperación de sus lazos sociales, es decir, de su vinculación histórico social con los otros.^{3,4}

El enfoque sistémico es un cuerpo integrado de principios del comportamiento humano, permitiendo interpretar de manera más completa los sistemas sociales y facilitando que el Trabajo Social supere el asistencialismo y el paternalismo en la interacción con los sistemas familiares. Además posibilita una visión y una aproximación integrales de los procesos familiares, porque considera a la familia como un sistema relacional en constante movimiento con características específicas y que requiere de un abordaje más complejo y de manera holística.⁴⁻⁷

El Trabajo Social es una disciplina que interviene en el trabajo interdisciplinario del área de la rehabilitación mediante el análisis crítico de la realidad, con la finalidad de contribuir al desarrollo humano, la afirmación de los derechos y el fortalecimiento de las condiciones de vida.^{8,9} Se entiende por rehabilitación «el conjunto de medidas sociales, educativas y profesionales destinadas a restituir al paciente minusválido la mayor capacidad e independencia posibles» Organización Mundial de la Salud (OMS). Es la encargada de desarrollar las

Correspondencia: maritaguerrini@yahoo.com.ar

Recibido 15-04-18

Aceptado 15-05-18

capacidades funcionales y psicológicas del individuo y activar sus mecanismos de compensación, a fin de permitirle llevar una existencia autónoma y dinámica. El objetivo se mide en parámetros funcionales, en el restablecimiento de su movilidad, cuidado personal, habilidad manual y comunicación.^{10,11}

El estado de vulnerabilidad del paciente en rehabilitación se toma como una fragilidad subjetiva que alude a determinadas situaciones sociales, culturales, económicas y personales que crean exigencias a las que el individuo no logra responder, por lo que termina generando acciones sintomáticas y disfuncionales.

A partir de que en el año 2000 la OMS introdujera la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud (CIF-2000), el funcionamiento y la discapacidad de una persona se conciben como una interacción dinámica entre los estados de salud y los factores contextuales, tanto personales como ambientales. Esto implica la participación activa de la persona a la que concierne su propia rehabilitación y el deber de la sociedad con las personas minusválidas, englobando todas las medidas destinadas a prevenir o a reducir al mínimo las consecuencias funcionales, físicas, psíquicas, sociales y económicas de las enfermedades y situaciones originen minusvalía transitoria o indefinida.¹²

La función del trabajador social es desarrollar acciones tendientes a dar satisfacción a las necesidades expresadas por el paciente. Para ello se establece un proceso de ayuda que permite la vinculación con la red de recursos, bienes y servicios disponibles en la sociedad, así como la generación de instancias de reflexión tendientes al desarrollo personal, la autogestión y la capacidad para tomar decisiones.^{13,14}

Dice Alfredo Carballeda (2007) que “la palabra intervención proviene del término latino ‘intervenio’, que puede ser traducido como ‘venir entre’ o ‘interponerse’. De ahí que ‘intervención’ pueda ser sinónimo de mediación, intersección, ayuda o cooperación”.^{15,16}

El trabajador social construye su rol en el día a día, en la cotidianidad de los sujetos sociales sobre los cuales interviene, apoyando, sosteniendo, acompañando y ayudando a que estos sujetos desarrollen al máximo sus potencialidades, su capacidad resiliente y su capacidad de autogestión.¹⁷

Mary Richmond (1917), a través del estudio constante de casos, analizando sus registros, vio la importante influencia que los miembros de la familia ejercían sobre la persona y entre ellos.¹⁷ A raíz de dicha observación, ella y sus seguidores concluyeron que el individuo no podía verse aislado sino dentro de su contexto familiar, dentro de su medio ambiente habitual. Se apoya en el diag-

nóstico social y considera que las experiencias pasadas influyen sobre los comportamientos presentes. Deben identificarse los patrones de comportamiento, entendiéndose que éstos se repiten una y otra vez mientras no se produzca una intervención.

De ahí la importancia de trabajar con la familia del paciente en rehabilitación.

Marta Bersten y Pilmayquen Cavilla de Carrara¹⁸ manifiestan que el tratamiento social o socioterapia se centra básicamente en activar mediante conversaciones los recursos existentes en las personas, en el contexto familiar y micro social del que el sujeto forma parte y en las relaciones entre el sujeto, la familia y las organizaciones de ese contexto (escuela, trabajo, grupos de pertenencia). Para ello, el trabajador social hace uso de las herramientas propias de la metodología de intervención de la disciplina.^{15,16}

Algunas de las estrategias de intervención son:

- Entrevista/conversación
- Observación
- Trabajo en red
- Articulación
- Seguimiento
- Trabajo en equipo e interdisciplinario
- Activación de la autoestima
- Promoción de procesos resilientes
- Promoción de la autogestión
- Promoción de acciones de cambio en las transacciones familiares, pautas de comunicación, normas, límites, etc.
- Detección y potenciación de elementos positivos para fortalecer a la familia y activar sus propios recursos no desarrollados para reducir o eliminar las causas del problema y/o resolver conflictos.

La base para estas intervenciones es elaborar un buen diagnóstico social.

El diagnóstico social es el intento de hacer una definición, lo más exacta posible, de la situación y personalidad de un ser humano con alguna necesidad social. Ello es en relación con otros seres humanos de los que de alguna manera depende, o que de alguna manera dependen de él, y en relación también con las instituciones sociales de la comunidad (Mary Richmond, 1917, citado en Travi, 2006).¹⁹

Por otro lado, Gordon Hamilton¹⁹ (1940, citado en Travi, 2006) lo define como el proceso de pensamiento dirigido a la naturaleza del problema y sus causas.

La información se obtiene a través de diferentes recursos técnicos: entrevistas individuales, familiares, grupales, organizacionales, encuestas, juegos, talleres, etc. La articulación es otra instancia propia del Trabajo Social en cualquier campo donde se desarrolle la acti-

vidad. Se entiende por articulación una instancia superadora del mero intercambio de información, es la producción de acciones conjuntas en el marco de una estrategia determinada, es el armado de redes que actúa sobre las ya existentes, activándolas, entramándolas y construyendo nuevas. Se articulan recursos en una dirección común (Bersten et al., 2013, citado en Calvo, 2013).¹⁸

El seguimiento de los casos es también parte del proceso de intervención. Los procesos de cambio no sólo requieren de una intervención específica para lograrlos, sino que además, resultan difíciles de sostener en el tiempo. Por lo tanto, se hace necesario acompañar la consolidación de los cambios logrados (Bersten et al., 2013, citado en Calvo, 2013).¹⁸

El trabajo en equipo y la interdisciplina son fundamentales también para que el resultado de las intervenciones profesionales sea satisfactorio.

“La composición interdisciplinaria de un equipo, no garantiza en sí misma el desarrollo de un trabajo en equipo”.¹⁸

Un equipo es la suma de profesionales que trabajan en forma conjunta, donde cada disciplina aporta su marco teórico, sus herramientas técnicas y la experiencia práctica obtenida, con el fin de ampliar la lectura de los fenómenos, para diseñar así una estrategia de intervención y lograr un abordaje integral de la problemática. Cabe destacar que la intervención conjunta permite superar los aportes particulares de cada disciplina, por eso se requieren profesionales sólidamente formados.

El trabajo en equipo permite incluir distintas perspectivas y aprender a construir una visión compartida.

¿Cuál es el aporte del Trabajo Social en un equipo interdisciplinario?

- “La lectura de fenómenos interaccionales
- El entrenamiento en el estudio e intervención sobre patrones y estilo comunicacional
- La intervención a partir de la distinción de diferentes modelos conversacionales
- El entrenamiento en el armado de redes
- La inclusión del contexto como coorganizador”.¹⁸

El diseño de intervención y la definición de la estrategia de tratamiento es producto del trabajo en equipo que integrará los aportes de las distintas disciplinas.

Otra alternativa muy utilizada es la intervención en red.

Coincidiendo con la Lic. Mónica Chadi (1997),¹⁷ a menudo es posible observar que las personas o familias que tienen un problema y buscan solucionarlo recurren a instituciones en busca de esa solución, y lo que obtienen es una sumatoria de intervenciones, diferentes

o similares, que se fragmentan en lugar de lograr una cohesión. Cada institución interviene desde su lugar y desde su función, en lugar de buscar un trabajo en conjunto o en red.

Para llevar a cabo una intervención en red se necesitan acuerdos básicos, que promuevan un accionar coherente de la red institucional y que integre a las redes sociales naturales, como son las redes primarias y secundarias.

La intervención en red consiste en un mecanismo para instrumentar una organización coherente en la red social, que garantice la salud en sentido general, a través de la transformación en una unidad de apoyo, fortalecimiento y esclarecimiento.¹⁷

Para lograr un efectivo trabajo en red se deben activar los recursos interdependientes de cada sistema integrante de la red ampliada, crear un tejido de relaciones donde se respeten las áreas de intervención de cada especialidad de la red institucional, establecer acuerdos básicos intergrupales e interprofesionales y promover una organización colaborativa. El trabajo en red requiere una mirada más horizontal, donde los liderazgos son rotativos y complementarios, donde importan las múltiples miradas que posibiliten la autonomía y la comunicación flexible y creativa. El Trabajo Social como disciplina aviva mecanismos que crean vías de contacto entre cada uno de los miembros de la red, reeditando así su contexto de operación, al sostener un accionar facilitador de conexiones que estimulan paralelamente grados de independencia.

El Trabajo Social tiene como premisa en sus niveles de intervención, una visión macrosistémica, considerando al hombre en su condición social. Por lo tanto la intervención en red es parte de su accionar.¹⁸

Para finalizar, la socioterapia en general y en el área de rehabilitación en particular, consiste en ayudar a las personas y a sus familias a buscar alternativas de solución de sus problemas, alentar la tolerancia de las diferencias y la aceptación de las limitaciones.

Si partimos de los recursos que la familia tiene, podremos trabajar no sólo buscando recursos institucionales, sino también aprovechando los recursos vinculares que serán los que apunten a lograr algunas transformaciones y modificaciones en la vida cotidiana de sus miembros para que el proceso de rehabilitación sea más efectivo.¹⁸

BIBLIOGRAFÍA

1. Guerrini ME. La intervención con familias desde el Trabajo Social. Revista Margen Nº 56. 2009. Disponible en <http://www.margen.org/suscri/margen56/guerrini.pdf>
2. Guerrini ME. Modelo de intervención socioterapéutica con personas y familias desde la perspectiva del Trabajo Social y el enfoque sistémico relacional. RED Sociales UNLu, 115. 2017.
3. Quintero Velázquez ÁM. Trabajo social y procesos familiares. Lumen Humanitas. Bs. As. 1997.
4. Chadi M. Redes sociales en el Trabajo Social. Espacio Editorial. Bs. As. 2000.
5. Chadi M. Familias y Tratamiento Familiar. Espacio Editorial. Bs. As. 2005
6. Satir V. Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar. Ed. Pax México. México. 2002.
7. Quintero Velázquez AM. El Trabajo Social Familiar y el enfoque sistémico. (2ª. reimpresión). Ed. Lumen Humanitas. Bs. As. 2004.
8. Chadi M. Intervención en red: una respuesta integrada a las dificultades en el trabajo con menores y familias. Citado en Calvo, L. (2013). Trabajo Social familiar. Transdisciplina y supervisión. Ed. Espacio. Bs. As. 2013.
9. Méndez Guzmán MX. Trabajo Social con personas y familias. Modelo clínico de intervención. Espacio Editorial. Bs. As. 2015.
10. Üstün TB, Kostanjsek N. «International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps Revision meeting in Madrid». Classification, Assessment Surveys and Terminology, World Health Organization. Brotes 2001; 2 (1): 59-62. 11. Boletín de la Asociación de Alumnos y Amigos de la Escuela Nacional de Sanidad. [Citado: 3 diciembre de 2001]. Disponible en URL: HYPERLINK "http://www.isciii.es/unidad/Sgpcd/ens/ccens.html" http://www.isciii.es/unidad/Sgpcd/ens/ccens.htm
11. Calvo L. Familia, resiliencia y red social. Espacio Editorial. Bs. As. 2009.
12. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health. [Citado 3 diciembre de 2001]. Disponible en URL: <http://www.who.org/icidad> .
13. Melillo A y col. Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida. Paidós. Tramas Sociales. Bs. As. 2004.
14. Satir V. En contacto íntimo. (edición en castellano). Artes gráficas COFÁS S.A. Madrid. 1998.
15. Calabrese A. Prólogo. En Carballada A. 2007. La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales. (3ª reimpresión). Ed. Paidós. Bs. As. 2007.
16. Carballada A. La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales. (3ª reimpresión). Ed. Paidós. Bs. As. 2007.
17. Chadi M. Integración del Servicio Social y el Enfoque Sistémico Relacional. Espacio Editorial. Bs. As. 1997.
18. Bersten M, Cavilla de Carrara P. El trabajador social en salud mental. Citado en Calvo, L. (2013). Trabajo Social familiar. Transdisciplina y supervisión. Ed. Espacio. Bs. As. 2013.
19. Travi B. La dimensión técnico-instrumental en Trabajo Social. Ed. Espacio. Bs. As. 2006.

HISTORIA

Referencia histórica

Dr. Mario Sember,¹ Dra. Lucía B. Costamagna²

Contra lo que pasa, se impone
pacientemente la rehabilitación.
En lo más recaído hay algo
que siempre pugna por rehabilitarse...
Cortázar¹

La Medicina Física y Rehabilitación es un área de la medicina relativamente nueva como especialidad, pero con una larga historia, que ha cambiado mucho a través de los años pasando por diversas fases hasta su consolidación.

Fue propuesta como especialidad médica en 1936 y admitida como tal en Estados Unidos en 1949. Luego fue reconocida a nivel mundial oficialmente en 1968 en Ginebra, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) anunció la existencia de una nueva disciplina médica,² definiendo en su último Informe Mundial sobre la Discapacidad el término “rehabilitación” como un conjunto de medidas que ayudan a las personas que tienen o probablemente tendrán una discapacidad

a conseguir y mantener el funcionamiento óptimo en interacción con su ambiente. Comprendiendo los dos tipos de intervención que existen: habilitación y rehabilitación.³

Los objetivos terapéuticos que propone van más allá de la curación y se dirigen a la restitución de las funciones perdidas, la reanudación de actividades previas a la enfermedad y la integración laboral y social. Esta perspectiva ha dotado a la especialidad de una fuerte impronta multidisciplinaria que requiere la participación de varios profesionales relacionados con la idea de rehabilitación.⁴

Los elementos diagnósticos que utiliza son clínicos e

instrumentales y siguen la tradición médica clásica. El comienzo de la medicina física debe buscarse desde la prehistoria cuando el hombre primitivo reaccionaba de forma instintiva con actuaciones como el frotamiento energético de una zona dolorida o la aplicación de formas de calor o frío que la naturaleza ponía a su alcance.

En la Grecia antigua se erigieron múltiples templos en lugares cercanos a manantiales donde se enviaba a enfermos difíciles de curar, y en sus alrededores había gimnasio, teatros, baños, jardines y lugares para reposo y tratamiento de los pacientes.

Las medidas terapéuticas estaban basadas en los ejercicios físicos, la hidroterapia y el masaje.

Posteriormente, en los primeros tiempos de la era romana, con la incorporación del pensamiento griego se introduce la dieta, la hidroterapia y el ejercicio físico y se establecen las indicaciones y el modo de acción de esta terapéutica.⁵

También tuvieron gran importancia los baños marítimos. Los romanos utilizaban el sol, el aire y el mar, y aprovechaban el clima para el tratamiento de múltiples procesos; y durante el siglo XVII se establecen las bases de la moderna hidrología médica y se examina el valor higiénico y medicinal y las cualidades terapéuticas de los baños de agua.

Más modernamente, entre las dos guerras, surgió la necesidad de recuperar grandes cantidades de seres humanos, víctimas directas e indirectas de esta cruenta conflagración, con terapéuticas activas y efectivas.

La Dra. M. D. Caló, de larga trayectoria en el estudio hematológico de pacientes con enfermedades discapacitantes, nos hizo llegar el diploma de su abuelo, el Dr. Haim Mistrachi, emitido el 5 de octubre de 1929 por la "Asociación Médica Italiana de Hidrología, Climatología y Terapia Física (título ubicado al inicio) dejando evidencia de la existencia de un colectivo profesional dedicado específicamente al tratamiento de las enfermedades por medios físicos, como el ejercicio, masaje, la electroterapia, la termoterapia, la hidroterapia y las ortesis. Por último, en el siglo XX hubo dos picos definidos de demanda social de atención al discapacitado. El primero promovido por los heridos de ambas guerras mundiales, que impulsaron la especialidad y el segundo y definitivo fue causado por las epidemias de poliomielitis que constituyeron una motivación añadida para que muchos estados creasen redes asistenciales.

En la actualidad la rehabilitación conoce un período de creciente difusión debido a su estructura hospitalaria. No obstante el logro máximo es que la especialidad se desarrolle como servicio en todos los hospitales generales.⁶

BIBLIOGRAFÍA

1. Cortázar J. Me caigo y me levanto. La vuelta al día en ochenta mundos. Edl Siglo XXI Editores. S. A: 1967
2. Loreto Vergara B. Desarrollo de la medicina física y rehabilitación como especialidad médica. Rev Hosp Clín Univ Chile 21: 281 - 8. 2010
3. OMS, Informe mundial sobre la discapacidad 2011. https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/
4. Sánchez Blanco I. "Manual SERMEF de Rehabilitación y Medicina Física". Ed. Médica Panamericana, 2006
5. Ortigoza Medrano E "History of physical medicine" New Article. Número 2, Volumen 1, Enero-Abril 2006
6. Cibeira J. B. Aspectos históricos del Irep. Boletín del departamento de docencia e investigación del Instituto e Rehabilitación Psicofísica (IREP) Vol 10 N° 2, 3 - 19. Octubre 2006



La Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación SAMFYR

es miembro de la International Society of Physical and Rehabilitation Medicine ISPRM,
de la Asociación Latinoamericana de Rehabilitación AMLAR
y de la Asociación Médica Argentina AMA



Hirsch

Sede Belgrano | Sede San Miguel

Involucrados desde
hace más de 70 años
en el crecimiento
y formación continua
de sus profesionales.

Felicitamos
y acompañamos
a SAMFYR
en la promoción
y divulgación de los
trabajos de investigación
en la especialidad.

Belgrano: Vidal 2945/57 - CABA | Tel: +54.11.4545.2828

San Miguel: Gaspar Campos 2975 | San Miguel | Buenos Aires | Tel.: +54.11.4664.0204

www.hirsch.org.ar

TECNOLOGÍA Y VOCACIÓN PARA REHABILITAR



ALPI
VOCACIÓN PARA REHABILITAR

ALPI Asociación Civil se dedica al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación neuromotriz, desde hace más de 75 años. Atiende a niños y adultos cuyas patologías se derivan de accidentes, lesiones o enfermedades a través de sus áreas de Internación, Hospital de Día y Consultorios Externos. Además, trabaja intensamente en la ampliación y modernización de su centro, mediante la incorporación de nuevas tecnologías, servicios y capacitaciones. La entidad también ofrece un Certificado de Accesibilidad a los establecimientos públicos y/o privados que quieran adaptar sus espacios para hacerlos más inclusivos y es sede de la Escuela Metropolitana de Altos Estudios (EMAE), el primer espacio de inclusión educativa terciaria de Latinoamérica.



Soler 3945 CABA ☎(011) 4821-1200 ✉info@alpi.org.ar 📷 ALPI Asociación Civil 🐦 ALPI_AC 📘 ALPI Asociación Civil www.alpi.org.ar

Rehab

EQUIPOS DE REHABILITACION Y MOVIMIENTO

[/rehab.org](https://www.instagram.com/rehab.org) www.rehab.com.ar [/rehab.argentina](https://www.facebook.com/rehab.argentina)



Reh[®]vita

Ortopedia & Rehabilitación

REPRESENTAMOS MARCAS
QUE SON LÍDERES EN EL
MUNDO POR SU CALIDAD,
INNOVACIÓN Y
TECNOLOGÍA.



NOS MUDAMOS!

📍 **Pedro I. Rivera 3405 - (1430) - CABA**

☎ **(011) 5365-8080**

✉ **ventas@rehavita.com.ar**

📘 **rehavita ortopedia & rehabilitación**

El asesoramiento personalizado y el servicio postventa que ofrecemos, las sólidas relaciones que mantenemos con nuestra red de distribuidores y con los profesionales de la salud a lo largo de todo el país, han contribuido a forjar nuestra reputación de empresa confiable y nos han ayudado a posicionarnos como líderes en el mercado.



www.rehavita.com.ar

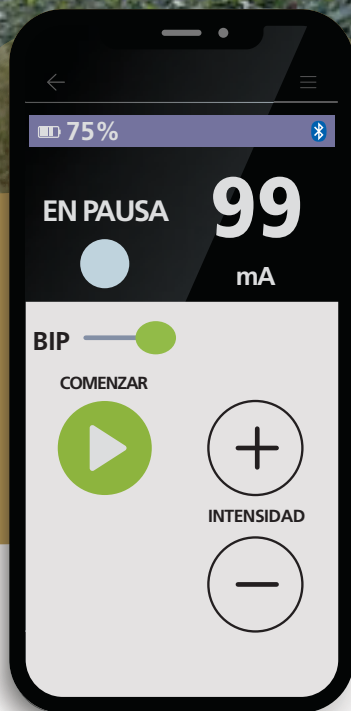


Monroe 4770 - C.A.B.A. (C1431CEF)
Buenos Aires, Argentina

+54 11 4548 7400
0810 555 CIAREC (242732)

ciarec@ciarec.com.ar
www.ciarec.com.ar






FLEXICAR FES ASSIST



RECUPERANDO LA INDEPENDENCIA

El sistema Flexicar FES ASSIST permite recuperar una marcha más natural, asistiendo a aquellos pacientes que presentan caída del pie. Su refinado sistema de detección brinda un accionamiento oportuno y preciso de la dorsiflexión de tobillo.

Características Destacadas

-  Puede comandarse desde el estimulador y/o desde su celular Android
-  Detecta aún con el paciente marchando descalzo (opción detección inclinométrica)
-  Su diseño compacto y discreto permite su uso debajo de la ropa
-  Fácil de colocar y retirar con una sola mano
-  Opción de detección inclinométrica o de carga sobre talón



Productos Ortopédicos

Islas Malvinas 2618 (1712)
Castelar - Pcia de Buenos Aires
Tel. (54-11) 4624-4252 - 4137-7676/77
info@flexicar.com.ar

Criterios generales para la aceptación de manuscritos

Reglamento de Publicaciones

La Revista Argentina de Rehabilitación (RAR) es la publicación oficial de la Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación (SAMFYR) y considerará para su publicación los trabajos que estén relacionados con esta especialidad. El idioma oficial es el castellano y se aceptarán aquellos manuscritos que cumplan este requisito. Las contribuciones a la RAR deberán ser originales y no publicadas en ningún otro medio, excepto bajo la forma de resúmenes de comunicación a Congresos u otras reuniones científicas. Se entiende que el trabajo enviado a la Revista no podrá ser entregado a otra durante el lapso en que el manuscrito esté siendo evaluado por el Comité Editorial de la RAR.

La revista constará de las siguientes secciones:

-Editoriales

Se harán preferentemente por encargo de la Dirección o del Comité Editorial de la Revista. El juicio del trabajo quedará en manos de profesionales de reconocida experiencia y autoridad en el tema seleccionados por el Comité Editorial.

-Revisiones

Deberán documentar y sintetizar el conocimiento actual sobre un determinado tema. Se publicará por expresa solicitud del Comité Editorial de la Revista. Se acompañará además de un resumen en castellano y otro en idioma inglés. Ambos resúmenes no deberán exceder las 250 palabras. En la misma página se harán constar 3-6 palabras claves en castellano y en inglés, según el Index Medicus.

-Artículos originales

Serán considerados trabajos de investigación y otras contribuciones originales sobre etiología, fisiopatología, clínica, epidemiología, diagnóstico y tratamiento. Se acompañará además de un resumen en castellano y otro en idioma inglés. Ambos resúmenes no deberán exceder las 250 palabras. En la misma página se harán constar 3-6 palabras claves en castellano y en inglés, según el Index Medicus.

-Casos clínicos

Será una exposición resumida de uno o más casos clínicos infrecuentes o de interés que supongan un aporte importante. Se acompañará además de un resumen en castellano y otro en idioma inglés. Ambos resúmenes no deberán exceder las 100 palabras. En la misma página se harán constar 3-6 palabras claves en castellano y en inglés, según el Index Medicus.

-Comunicaciones breves

Deberá introducir un concepto novedoso, no deberá exceder las 8 páginas, con hasta 15 referencias, y no más

de 2 tablas o figuras. Se acompañará además de un resumen en castellano y otro en idioma inglés. Ambos resúmenes no deberán exceder las 80 palabras. En la misma página se harán constar 3-6 palabras claves en castellano y en inglés, según el Index Medicus.

-Artículos especiales de los distintos Capítulos o Grupos de Trabajo

Serán para documentar y sintetizar el conocimiento actual sobre un determinado tema, expresando la opinión y sugerencias del Grupo en cuestión. Se acompañará además de un resumen en castellano y otro en idioma inglés. Ambos resúmenes no deberán exceder las 250 palabras. En la misma página se harán constar 3-6 palabras claves en castellano y en inglés, según el Index Medicus.

-Cartas a la Dirección

Tendrán el propósito de efectuar algún comentario sobre los trabajos publicados en la Revista, en cuyo caso serán respondidas por el autor del trabajo comentado. No podrán exceder las 200 palabras, 6 referencias y 1 tabla o figura.

-Crítica de libros

La Revista publicará la crítica de libros sobre rehabilitación o temas afines que lleguen a su poder por iniciativa de la Editoriales o que se soliciten a éstas.

Instrucciones para la presentación de manuscritos propuestos para publicación

La Revista sigue, en general, las pautas trazadas por el documento "Requisitos uniformes para preparar los manuscritos enviados a revistas biomédicas", elaborado por el Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas. Dichas pautas se conocen también como "normas de estilo de Vancouver". En los párrafos que siguen se ofrecen instrucciones prácticas para elaborar el manuscrito, ilustradas con ejemplos representativos. Los autores que no acaten las normas de presentación se exponen al rechazo de sus artículos.

El manuscrito completo no excederá las 10 páginas tamaño carta (216 x 279 mm). Las páginas se numerarán sucesivamente y el original vendrá acompañado de una impresión de buena calidad. Los manuscritos elaborados por computadora o procesador de textos, además del impreso se solicita enviar el disco con la grabación del documento.

Los artículos aceptados se someterán a un procesamiento editorial que puede incluir, en caso necesario, la condensación del texto y la supresión o edición de cuadros, ilustraciones y anexos. La versión editada se remitirá al autor para su aprobación.

Títulos y Autores

El título no debe exceder de 15 palabras. Debe describir el contenido de forma específica, clara, breve y concisa. Hay que evitar las palabras ambiguas, jergas y abreviaturas. Un buen título permite a los lectores identificar el tema fácilmente y, además, ayuda a los centros de documentación a catalogar y clasificar el material con exactitud. Inmediatamente debajo del título se anotarán el nombre y el apellido de cada autor, su cargo oficial y el nombre de la institución donde trabaja. En la Revista no se hace constar los títulos, distinciones académicas, etc., de los autores. Todas las personas que figuren como autores deberán estar calificadas para ello. Cada autor deberá haber tomado parte en el trabajo de manera suficiente como para hacerse responsable públicamente de su contenido. Los miembros que no cumplan con este criterio podrán figurar en apartado de agradecimientos.

Es preciso proporcionar la dirección postal del autor principal o del que vaya a encargarse de responder toda correspondencia relativa al artículo.

Cuerpo del artículo

Los trabajos que exponen investigaciones o estudio por lo general se dividen en los siguientes apartados correspondiente a los llamados "forma to IMRYD": introducción, materiales y métodos, resultados y discusión. Los trabajos de actualización y revisión bibliográfica suelen requerir otros títulos y subtítulos acordes con el contenido.

Resumen

Cada trabajo incluirá un resumen, que indi que claramente: a) los propósitos del estudio, b) lugar y fecha de su realización, c) procedimientos básicos (selección de muestras y métodos de observación y análisis), d) resultados principales (datos específicos y, si procede, su significación estadística) y e) las conclusiones principales. Se debe hacer hincapié en los aspectos nuevos relevantes. No se incluirá ninguna información o conclusión que no aparezca en el texto. Conviene redactarlo en tono impersonal y no incluir abreviaturas, remisiones al texto principal o referencia bibliográficas. El resumen permite a los lectores determinar la relevancia del contenido y decidir si les interesa leer el documento en su totalidad.

Cuadros (o tablas)

Los cuadros son conjuntos ordenados y sistemáticos de valores agrupados en renglones y columnas. Se deben usar para presentar información esencial de tipo repetitivo, en términos de variables, características o atributos en una forma fácilmente comprensible para el lector. Pueden mostrar frecuencias, relaciones, contrastes, variaciones y tendencias mediante la presen-

tación ordenada de la información. Deben poder explicarse por si mismos y complementar no duplicar el texto.

Los cuadros no deben contener demasiada información estadística por que resultan incomprensibles, hacen perder el interés al lector y pueden llegar a confundirlo.

Cada cuadro se debe presentar en hoja aparte al final del artículo y estar identificado con un número correlativo. Tendrá un título breve y claro de manera que el lector pueda determinar sin dificultad qué es lo que se tabuló; indicará, además, lugar, fecha y fuente de información. El encabezamiento de cada columna debe incluir la unidad de medida y ser de la mayor brevedad posible; debe indicarse claramente la base de las medidas relativas (porcentajes, tasas, índices) cuando éstas se utilizan. Sólo deben dejar se en blanco las casillas correspondientes a datos que no son aplicables; si falta información por que no se hicieron observaciones, deberán insertarse puntos suspensivos. No se usarán líneas verticales y sólo habrá tres horizontales: una después del título, otra a continuación de los encabezamientos de columna y la última al final del cuadro, antes de la nota al pie si las hay.

Abreviaturas y Siglas

Se utilizarán lo menos posible. Es preciso definir cada una de ellas la primera vez que aparezca en el texto, escribiendo el término completo al que se refiere seguido de la sigla o abreviatura entre paréntesis, por ejemplo, Programa Ampliado de Inmunización (PAI).

Referencias bibliográficas

Numere las referencias consecutivamente siguiendo el orden en que se mencionan por primera vez en el texto. Las referencias se identificarán mediante números arábigos entre paréntesis. Los autores verificarán las referencias cotejándolas contra los documentos originales. Si es un artículo de revista incluya todos los nombres de los autores si son seis o menos, si son más de seis se agrega "et al." (y col.), luego de los nombres de los autores irá el nombre del artículo, el nombre de la revista, año, volumen y páginas. Si es un libro se incluirá nombres de autores, capítulo, autor del libro, nombre del libro, editor y año.

Ej: Palter MJ, Dobkin E, Morgan A, Prevost S. Intensive care management of severe head injury. *J Head Trauma Rehabil* 1994; 9: 20-31

Referato

Los artículos originales presentados a publicación, antes de su aceptación serán revisados por una comisión de por lo menos tres miembros, pertenecientes al comité científico, al comité editorial u otros especialistas en el tema que trate el artículo.



DALE CAMPEÓN..!

Alentamos al
discapacitado
en su
rehabilitación.



CONSEJO PUBLICITARIO
ARGENTINO




REVIVIR

Fundación
Para La Rehabilitación
Del Discapacitado

www.fundacionrevivir.org.ar

Echeverría 955
C1428DQG Buenos Aires - Argentina
Tel./Fax: (54-11) 4788-8832
e-mail: fundacionrevivir@fibertel.com.ar

Personería Jurídica N° 491
Reg. Nac. de entidades de bien público N° 6702



SAMFYR

SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA
FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Oficinas Echeverría 955 CP1428, CABA, Argentina | +54.11.4782.6088

Dirección Legal AMA | Av. Santa Fé 1171, CP1059, CABA, Argentina | ✉ samfyweb@samfy.org | **WWW.SAMFYR.ORG**