



REVISTA ARGENTINA DE REHABILITACIÓN

REVISTA CIENTÍFICA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | VOLUMEN 3

03

VOL. 3 N°1 | JULIO 2008

VENTA Y ALQUILER

- * Sillas de ruedas: Standard, de paseo, pediátricas, deportivas (Tenis, Basket, Maraton), ultralivianas (Aluminio y Titanium), motorizadas, scooters.
- * Almohadones y colchones antiescaras
- * Equipamiento para el dormitorio
Elevador hidráulico para pacientes
- * Seguridad en el baño: Asiento sanitario portátil, Elevador de inodoro con o sin apoyabrazos, Banco de transferencia, Banqueta con o sin respaldo para ducha, Barras de seguridad, Silla para baño con ruedas.
- * Bastones, muletas y andadores
- * Productos de rehabilitación y A.V.D.
- * Incontinencia y cuidado de escaras

Consulte por otros productos

Representantes exclusivos de:



TOP END®



Kinesio Tex®



Juncal 2287 Capital Federal | C1125ABC | Tel/Fax 4826-7236

Ecuador 1381 Capital Federal | C1425EUE | Tel/Fax 4821-8573 / 4821-4343

info@rehavita.com.ar | www.rehavita.com.ar



REVISTA ARGENTINA DE REHABILITACIÓN

REVISTA CIENTÍFICA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | VOLUMEN 3 N°1 | JULIO 2008

Revista Científica de la Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación
Año 3 Volumen 3 N°1 - Julio 2008

Presidente de SAMFYR	Dra. Myrtha Vitale
Directora de la Revista	Dra. Mónica Agotegaray
Comité Editorial	Dr. Luis Li Mau Dr. Alberto Rodríguez Vélez Dra. Carolina Schiappacasse Dra. Roxana Secundini
Consultor	Prof. Dr. José Benito Cibeira
Comité Científico	Dra. Graciela Giglio de Guerrini Dr. Daniel Guichón Dra. Irma Regueiro Dr. Fernando Sotelano Dr. Eduardo Ramírez Calonge

SAMFYR 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 - samfyr@fibertel.com.ar
www.samfyr.org

03

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 semestral, 1000 ejemplares 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 relacionadas con la rehabilitación. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida en ningún medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopiado, graba-

ciones u otros sistemas de información sin autorización por escrito del Editor.

Se entrega 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 2° piso (1428) Buenos Aires, Argentina.

Tel./Fax: 54 11 4782-6088 e-mail samfyr@fibertel.com.ar web site www.samfyr.org.ar

Suscripción anual: \$100 individual. \$150 institucional. Números individuales \$60.

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 - samfyr@fibertel.com.ar

web site: www.samfyr.org

HORARIO: lunes, miércoles y jueves de 15,30 a 19:00 hs. 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.



REVISTA ARGENTINA DE REHABILITACIÓN

REVISTA CIENTÍFICA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | VOLUMEN 3 N°1 | JULIO 2008

Índice

1 Carta presidente entrante

Myrtha Vitale

REVISIÓN

3 Informe del Comité de Estudio sobre espasticidad 2° parte

Coordinación general Rafe Guillermo

Integrantes del Panel Agotegaray Mónica - Aldao M. del Rosario - Canelo Susana - Gándara Néstor - García Silvia - Gatti Sabrina - Iaconianni Silvina - Ilari Rita - Muñoz Adrián - Muzio Diana - Roggero Adriana - Ruiz Catalina - Spedaletti Marcela - Schlimovich Sandra - Yañez Alberto - Zeppa Guillermo

Recursos diagnósticos e intervenciones terapéuticas en espasticidad

1. Medicina Física y Rehabilitación
2. Cirugía ortopédica
3. Conclusiones

TRABAJO ORIGINAL

12 Estudio cualitativo sobre calidad de vida de mujeres médicas con discapacidades motoras

Ricardo Viotti

TRABAJO ORIGINAL

26 Patologías más frecuentes tratadas en consultorios externos de Fisiatría

Angélica T. Pascual, María E. Sgobba, Ana M. Barciela, Omar A. Cabrera

TRABAJO ORIGINAL

32 Síndrome de Brown Sèquard. A propósito de un caso

María Carrasco Quiroz, José Nicanor Posse, María Carolina Stewart Usher

36 Despedida al Doctor Jaime Citrinovitz

37 Despedida al Doctor José del Sel

39 Congresos, Jornadas y Cursos

40 Criterios generales para la aceptación de manuscritos

03



Comisión Directiva 2008-2009

Presidente	Dra. Myrtha Vitale
Vicepresidente	Dra. Mónica Agotegaray
Secretaria	Dra. Carolina Schiappacasse
Prosecretaria	Dra. Graciela Mouce Pico
Tesorero	Dr. Norberto Gagliardi
Protesorero	Dra. Diana Muzio
Secretario de Actas	Dra. Patricia Mayol
Directora de Publicaciones	Dra. Cristina Insúa
Vocales Titulares	Dra. Silvina Ajolfi
	Dra. Noemí Burgos
	Dra. Carolina Ayllon
Vocales Suplentes	Dra. Silvia Yamahachi
	Dr. Daniel Magliaro

Carta presidente entrante

Dra. Myrtha Vitale



Toda nueva gestión debe tener en cuenta lo actuado por las gestiones anteriores para proseguir el camino sumando actividades, modificando si fuera necesario, y sobre todo generando proyectos posibles que conduzcan a nuestra Sociedad al continuo crecimiento.

Dos años de trabajo puede considerarse un tiempo limitado cuando se programan actividades cuyos logros no son inmediatos, pero lo importante es concebir proyectos sustentables a corto y a mediano plazo con el consenso de todos los miembros, que fortalezcan a nuestra especialidad y puedan continuarse y mejorarse en las gestiones venideras.

Proponemos cuatro pilares a desarrollar en este período:

Difundir nuestra especialidad con los profesionales de la salud especialmente con las autoridades gubernamentales.

Es bien conocido que nuestra especialidad es ejercida por muchos profesionales de otras especialidades médicas, sin la formación académica y práctica que requiere la misma para brindar un servicio oportuno, eficiente, eficaz y de la más alta calidad.

Consideramos de carácter prioritario que los Hospitales Públicos del país cuenten con Servicios de Rehabilitación a cargo de Médicos Fisiatras y que puedan integrarse en la Atención Primaria de la Salud, abarcando así todas las etapas de la atención médica. Asimismo los Centros de Rehabilitación con equipos conformados por las disciplinas básicas deben estar dirigidos por especialistas para poder dar una real atención integral.

Continuar con la capacitación profesional

Es el pilar fundamental que debemos tener en cuenta y comprometernos con ella para que la rehabilitación siga los avances de la ciencia en todos sus aspectos específicos y en temas de Gestión y Organización de Servicios de Rehabilitación. Para ello planteamos los siguiente objetivos:

1. Iniciar los contactos con la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA) para incluir la enseñanza de nuestra especialidad en el pregrado.
2. Continuar con los cursos de capacitación local y en las diferentes zonas del interior del país que así lo soliciten.
3. Evaluar la posibilidad de becas breves de concurrencia a Servicios de Rehabilitación de Capital Federal para profesionales del interior del país.
4. Estimular a todos los especialistas a realizar la certificación y recertificación de la especialidad, documento fehaciente del compromiso con la capacitación.
5. Continuar con la publicación de nuestra Revista de alcance nacional e internacional y con la Página Web, medio directo y actualizado de contacto.

6. Seguir con el auspicio de los dos Capítulos existentes: Capítulo Argentino de Rehabilitación Pediátrica (CARPE) y el Capítulo Argentino de Médicos Fisiatras en Formación (CAMEFF) ya que con sus actividades específicas abren un espectro importante para la capacitación y difusión de los mismos.

Convocar a las Sociedades Provinciales de Medicina Física y Rehabilitación existentes a trabajar conjuntamente con Samfyr y estimular la creación de nuevas Sociedades.

La comunicación es la herramienta fundamental para el crecimiento y desarrollo de nuestra Sociedad. Se nutre de sus propios proyectos y sobre todo con la relación entre sus pares y con el trabajo en conjunto. La creación de nuevas Sociedades en zonas donde hay especialistas estimula la práctica científica, difunde las actividades y les permite la comunicación e intercambio con otras sociedades científicas.

El ser miembro de la Asociación Médica Latinoamericana de Rehabilitación (AMLAR) y a la International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM) nos permite formar parte del mundo científico y participar de sus actividades.

Convocar a las ONG afines para trabajar en la sensibilización y difusión de nuestra especialidad en la comunidad.

El trabajo del tercer sector idóneo en temas de rehabilitación, muchas veces anónimo, requiere de capacitación en los temas específicos para comprender mejor la tarea solidaria que realizan. El asesoramiento y nuestro apoyo mejorarían su llegada a la comunidad.

El éxito de una gestión se apoya en un Equipo consolidado que tenga:

1. Visión compartida
2. Compromiso con la tarea.
3. Consenso en las decisiones.
4. Reconocimiento de los errores.
5. Replanteo del camino correcto.

Lou Holtz uno de los coach más exitosos del football americano decía:

"La habilidad es lo que somos capaces de hacer.

La motivación es lo que determina lo que hacemos.

La actitud es lo que determina cuán bien lo hacemos".

De ello depende que avancemos en el sendero proyectado.



Myrtha Vitale

Informe del Comité de Estudio sobre espasticidad 2º Parte

Coordinación general

Rafe Guillermo¹

Integrantes del Panel

Agotegaray Mónica² - Aldao M del Rosario³ - Canelo Susana⁴ - Gándara Néstor⁵ - García Silvia¹¹ - Gatti Sabrina¹
Iaconianni Silvina⁶ - Ilari Rita³ - Muñoz Adrián⁷ - Muzio Diana² - Roggero Adriana⁸ - Ruiz Catalina¹ - Spedaletti Marcela¹ -
Schlimovich Sandra⁹ - Yañez Alberto¹⁰ - Zeppa Guillermo⁷

Institución convocante

Sociedad de Medicina Física de Rehabilitación del Litoral (SOMFREL)

Sociedades Científicas participantes

Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación (SAMFYR)

Asociación Argentina de Neurocirugía

Sociedad Argentina de Neurología Infantil

Sociedad Neurológica Argentina

Asociación de Ortopedia y Traumatología de Rosario

Sociedad de Neurología y Neurocirugía de Tucumán

Sociedad de Neurología de Córdoba

Sociedad de Neurocirugía de Córdoba

Sociedad de Auditoría Médica de Rosario

Colegio de Kinesiólogos de Entre Ríos

Colegios de Kinesiólogos, Fisioterapeutas y Terapistas Físicos de Santa Fe (2ª Circunscripción)

Recursos diagnósticos e intervenciones terapéuticas en espasticidad

1. Medicina Física y Rehabilitación

Cuando se aplican los criterios de la medicina basada en la evidencia, a los recursos actualmente disponibles en el manejo de la espasticidad, la Rehabilitación como conjunto de disciplinas, en general, y cada uno de sus recursos, en particular, es una de las áreas que resulta menos investigada. No obstante parece haber un “*consenso de hecho*” en que luego de evaluado adecuadamente el paciente, el primer recurso que se administrará es, justamente, rehabilitación motora en cualquiera de sus formas.

En tal sentido la Rehabilitación aparece con un recurso para modular la plasticidad del sistema nervioso y no solo reducir el tono sino, cuando sea posible, aumentar el control motor. A diferencia de los otros recursos que hemos descripto, no se trata de una intervención neuro-lítica sino más bien neuroplástica, es decir remodeladora de la actividad nerviosa y promotora del buen funcionamiento motor voluntario. Esto es particularmente válido en la atención de niños con alteraciones del tono.

Es posible entonces afirmar que, si se respeta el orden de la intervención anteponiendo una adecuada evaluación (tanto inicial como periódica), podemos considerar legítimos a aquellos métodos o recursos de Rehabilitación que produzcan mejoría detectable o mantengan las mejoras obtenidas en el largo plazo. Visto de esta forma no serán, por ejemplo, las mediciones básicas sobre intensidad del tono las más demostrativas, sino aquellas que evalúen hechos más globales y perdurables tales como la adquisición de capacidad funcional y/o de calidad de vida.

De hecho medidas aisladas (Ej.: crioterapia) pueden disminuir transitoriamente la hipertonía sin modificar la funcionalidad en contraposición a intervenciones funcionales como la administración de Terapia Ocupacional que sin grandes variaciones del tono permiten una mayor independencia funcional.

Como ya se expresó en el capítulo 2 de este informe, siempre que sea posible se recomienda el abordaje por un equipo interdisciplinario.¹⁻³ Asimismo cuando se utiliza un conjunto de recursos, estos deben integrarse en

un programa con objetivos determinados⁴, y no como mera suma de múltiples recursos.

Medios Físicos

El uso de medios físicos en el tratamiento del SE no ha sido acordado a través del tiempo en cuanto al tipo y oportunidad de los mismos.

Frío

Es difundido, desde hace décadas, el uso del frío como agente para la reducción del tono local. Aplicado sobre el músculo o región a tratar durante 15 a 30 minutos, reduce la conducción sensitiva desde los husos neuromusculares lo que reduce el tono por un período de media a dos horas. Es utilizado con buenos resultados para obtener una reducción transitoria del tono local generalmente como aprestamiento para otras actividades terapéuticas. En pacientes con esclerosis múltiple tiene una particular efectividad, sobre todo en estaciones cálidas.⁵⁻⁸

Calor

La aplicación de calor en el SE parece producir mayores efectos cuando se aplica en forma generalizada o en amplias superficies. El simple control térmico del local donde se aloja o atiende el paciente puede reducir el tono. Ocurre de la misma forma con las estaciones climáticas cálidas. Resulta, así, también útil la inmersión en agua tibia logrando la mayor relajación cuando se alcanzan temperaturas del agua entre 38,5° y 40°. La aplicación local parece estar más indicada en la espasticidad localizada. En todos los casos de aplicación previa a la terapia, al igual que el frío, tiene un efecto transitorio destinado a mejorar la intervención o actividad a la que precede.^{9,10}

Electroterapia

El efecto de la electroestimulación sobre la espasticidad ha sido estudiado desde hace décadas.¹¹⁻¹³ Específicamente la estimulación eléctrica funcional o FES (por sus siglas en inglés) es la más estudiada y apli-

cada, inicialmente para activar músculos pléjicos con nervio intacto observándose, adicionalmente, que disminuye el tono en la mayoría de los pacientes que la reciben¹⁴. Hay diversas hipótesis del mecanismo de acción tales como restauración de la inhibición presináptica desde las aferencias segmentarias¹⁵, con disminución postestimulación de la excitabilidad de las motoneuronas¹⁶, o el reestablecimiento del equilibrio entre neuronas excitatorias e inhibitorias en un conjunto desequilibrado previamente por pérdida de la inhibición^{17,18} que el FES reestablece parcialmente. La indicación principal es en espasticidad leve a moderada.¹⁴ Sus efectos parecen ser mayores en las lesiones piramidales cerebrales que en las medulares. Asimismo en las lesiones medulares se muestra más útil en las lesiones incompletas.¹⁹ Los efectos mencionados pueden observarse aún cuando la intención inicial de administrar FES este dirigido a obtener fuerza o acciones musculares específicas. Es probable que esto se deba a lo hipotetizado en relación a que como mecanismo de largo plazo es capaz de inducir mecanismos de neuroplasticidad.

Cuidados posturales

El cuidado postural es el más básico de los abordajes para todos los pacientes que respondan con cambios inadecuados del tono a las modificaciones de la postura. Dichos cuidados pueden ser generales (posicionamiento en el lecho o en silla de ruedas) o locales (ortesis). Los patrones anormales tienden a realimentarse y sostenerse en el tiempo por ende el cuidado de la postura implica que se buscarán posiciones del cuerpo en el espacio y relaciones segmentarias capaces de no desencadenar o, aún mejor, inhibir dichas tendencias. El cuidado de la postura está dirigido también a evitar la progresión de la hipertonía dinámica a la deformidad.

En una postura dada el mayor apoyo de superficie corporal requiere menor aumento del tono para mantener la postura y/o ejecutar una praxia. Esto puede utilizarse mediante la indicación de ayudas técnica como bipedestadores, tablas de prono o supino. Estos, además de asistir la falta de fuerza, ayudan a evitar las descargas motoras excesivas durante la bipedestación y permiten interactuar mejor con el medioambiente.

Similar principio rige el uso de sillas de ruedas^{20,21} donde el apoyo y el posicionamiento adecuados evitan que, ajustes involuntarios del tono, desequilibren la postura y realimentan la hipertonía.

No obstante lo dicho, no debe olvidarse que, el principio "mayor apoyo menor tono" debe entrar en equilibrio con el hecho de que a mayor asistencia externa menor fuerza propia. Debe permitirse al paciente que accione su musculatura para mantener la posición ya que, el excesivo sostén, podría determinar que se torne pasivo y

definitivamente dependiente de la ayuda para sostener una postura adecuada.

Movilización pasiva y estiramiento

Entendemos por movilización pasiva a la aplicación externa de movimiento donde no interviene la fuerza del sujeto. El estiramiento puede formar parte de la movilización pasiva, puede ser logrado con colaboración del paciente o puede ser realizado exclusivamente por este. En todos los casos el objetivo es mantener el rango de movilidad articular, prevenir las contracturas, e indirectamente entrenar la fuerza²². El objetivo fisiológico es disminuir la sensibilidad de los receptores al estiramiento, lo que elevaría el umbral al que se inicia la descarga. Es recomendable implementarlo como una rutina una o dos veces al día, de cumplimiento estricto.²²

Ortesis

Limitados a comentar su uso en espasticidad podemos decir que las ortesis ofrecen diferentes mecanismos de control del tono. Pueden ser utilizadas para mantener y aumentar el rango de movimiento logrado con intervenciones fisioterápicas; y corregirlas paulatinamente a medida que aquel aumenta. Pueden contribuir a la disminución del tono durante la bipedestación y la marcha, mediante una adecuada alineación y descarga de peso de los segmentos distales de los miembros inferiores.

En tal sentido muchas veces es posible observar una influencia marcada sobre la postura general que produce una ortesis de miembros inferiores. Pueden, también, ser utilizadas para mantener un rango articular logrado mediante yesos seriados (ver más adelante) o bien prevenir lesiones cutáneas como en la palma de la mano espástica empuñada.

Su inadecuada adaptación o la introducción de estímulos nociceptivos desde la ortesis son factores agravantes de la espasticidad por lo que deben ser adecuadamente adaptadas y controladas. Los accesorios de las ortesis tales como bandas para traccionar, articulaciones o acolchados deben ser prescriptos con el aparato ya que son parte del diseño integral del mismo, en función de lo que se espera de este. Deben evitarse las correcciones posteriores a su confección.²²

Yesos seriados

La colocación de yesos en serie en los miembros superiores o inferiores es un recurso utilizado frecuentemente y de alcance masivo. Con este método se intenta la relajación por estiramiento gradual con el consecuente incremento del rango de movimiento y la prevención de contracturas. Puede ser útil en el tratamiento de contracturas leves ya establecidas. Se recomienda la colocación del yeso luego de maniobras de estiramiento su-

ves, dejando la articulación del segmento a tratar con cinco grados menos que el máximo ángulo logrado manualmente y reemplazándolo periódicamente. Algunos autores recomiendan su reemplazo cada 3 a 7 días no obstante se deberá evaluar la accesibilidad del paciente al tratamiento para establecer la periodicidad siendo recomendable que no se excedan los 10 días. La duración del efecto dependerá de cada caso, no obstante, se recomienda su uso en el contexto del tratamiento de rehabilitación a fin de mantener e integrar a la función la mejoría obtenida. La serie puede ir seguida de un yeso de uso continuo removible o bien de una ortesis para mantener el rango de movimiento. Los yesos deben ser adecuadamente acolchados a fin de evitar las lesiones cutáneas por excesiva presión que pueden complicar su uso y aumentar la espasticidad.²²⁻²⁷

Terapia Física y Ocupacional

Las terapias kinésicas específicas o conceptos tales como las de Neurodesarrollo (Bobath), Facilitación Neuromuscular Propioceptiva (Kabat) o de Regulación Corporal y Orofacial (Castillo Morales) tienen como objetivo común educar o reeducar el control y el desempeño motor, siendo la espasticidad una entre muchas dificultades que intentan resolver, aún en un mismo paciente. El plan de trabajo, es decir la secuencia de administración de recursos, debe ser propia de cada caso y de cada relación terapéutica. O sea que la técnica o método a utilizar dependerá de la formación del terapeuta y del caso individual que aborda. Asimismo, si se trata de un equipo de trabajo, la administración de recursos dependerá de cómo la distribuyan los profesionales en cada caso.

Otro elemento central, común a estas terapias, es reeducar con objetivos funcionales en el desarrollo o restablecimiento del control del movimiento. Como ejemplo podemos citar a la terapia denominada CIMT (por sus siglas en Inglés: *constraint induced movement therapy*) o terapia de restricción, de aparición relativamente reciente, que limitando el uso del miembro superior sano, en hemipléjicos, muestra como aumenta el uso del miembro afectado. Esto sugiere que cualquier logro funcional voluntario reduce el monto de hipertonía o permite superarla, por lo que dichas destrezas deben ser intentadas. Asimismo algunos autores muestran como las terapias orientadas a objetivos funcionales no superan en efectividad motora a otras, pero sí permiten mejor desempeño funcional.

No hemos hallado estudios significativos que determinen recomendar el uso de una terapia o método respecto de otros.²⁶⁻²⁸⁻²⁹

REFERENCIAS

- 1- Barnes Michael. Spasticity: A rehabilitation challenge in the elderly. *Gerontology*, 2001, 47(6):285-299.
- 2- Dumas Helene et al. Expert consensus on physical therapist intervention after botulin toxin A injection for children with cerebral palsy. *Pediatric Physical Therapy*, 2001, 13(3):122-132
- 3- Ong HT et al. Comprehensive management of spasticity in cerebral palsy: Role of physical therapy and other adjunctive treatments. *Singapore Paediatr J* 2001;43(4):133-136
- 4- Eyssette M. Dans quels délais se fait la reprise de la marche et faut-il poursuivre la rééducation au-delà du 13^e mois? *Ann Réadaptation Méd Phys* 1997; 40:131-37.
- 5- Hartviksen K, Ice therapy in spasticity, *Acta Neurol Scand*, 1962;38:79-84
- 6- Basford Jeffrey R., Physical agents en Rehabilitation Medicine, principles and practice, Capítulo 18, De Lisa Joel, 2^a Edición, JB Lippincot Company, Filadelfia.
- 7- Knutsson E, Mattsson E, Effect of local cooling on monosynaptic reflexes in man. *Scand J Rehabil Med* 1969; 1:126-32.
- 8- Miglietta O. Action of cold on spasticity. *Am J Phys Med*, 1973;52:198-205.
- 9- Barnes, MP. Local treatment of spasticity. IN: Ward CD ed. *Clinical neurology rehabilitation of motor disorders*. London: Bailliere Tindal,1993: 55-71.
- 10- Rémy-Néris O e cols. *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Kinésithérapie Médecine physique e réadaptation*. 1997;26:11-10.
- 11- Levine MG, Knott M, Kabat H. Relaxation of spasticity by electrical stimulation of antagonist muscles. *Arch Phys Med Rehabil* 1952;668-73.
- 12- Vodovnik L, Bowman BR, Winchester P. Effect of electrical stimulation on spasticity in hemiparetic patients. *Int Rehabil Med* 1984;6:153-6.
- 13- Stefanovska A, Vodovnik L, Gros N, Rebersek S, Acimovic-Janezic R. FES and spasticity. *IEEE Trans Biomed Eng* 1989;36:738-45.
- 14- Spaich E. G., Tabernig C. B. Estimulación eléctrica y espasticidad: una revisión. *Rehabilitación (Madr)* 2002; 36(3):162-166.
- 15- Larsson LE. Functional electrical stimulation. *Scand J Rehabil Med Suppl* 1994;30:63-72.
- 16- Dewald JP, Given JD, Rymer WZ. Long-lasting reductions of spasticity induced by skin electrical stimulation. *IEEE Trans Rehabil Eng* 1996;4:231-42.
- 17- André J M, Brugerolle B, Beis J M, Chellig L. La stimulation électrique neuromotrice dans le traitement de la spasticité. *Ann Réadaptation Méd Phys*. 1993; 36:329-336.
- 18- Rebersek S, Vodovnik L, Stefanovska A, Bajd T, Gregoric M, Gros N. Modification of spasticity with electrical stimulation. *Progress Report on Electronics in Medicine and Biology* 1986;159-66.
- 19- Bajd T. Effects of stimulation parameter on modification of spinal spasticity. *Med Biol Eng Comput*, 1987; 25: 439-42.
- 20- Britell, Catherine. Prescripción de la silla de ruedas en Krusen; *Medicina Física y Rehabilitación*. Pag 568-584- 4^a Ed.

Panamericana.

- 21- Currie D, Hardwick K, Marburger R, Britell C, Wheelchair prescription and adaptative seating en *Rehabilitation Medicine Principles and Practice* Second Ed. Pag: 563-585.
- 22- Akbayrak T, Armutlu K, Gunel MK, Nurlu G. Assessment of the short-term effect of antispastic positioning on spasticity. *Pediatr Int.* 2005 Aug;47(4):440-5.
- 23- van der Lee JH, Wagenaar RC, Lankhorst GJ, Vogelaar TW, Devillé WL, Bouter LM. Forced use of the upper extremity in chronic stroke patients: results from a single-blind randomized clinical trial. *Stroke* 1999;30:2369-2375.
- 24- Pollock, A; Baer, G; Pomeroy, V; Langhorne, P *Physiotherapy treatment approaches for the recovery of postural control and lower limb function following stroke.* *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 10, 2006.
- 25- Bressel E, McNair PJ. The effect of prolonged static and cyclic stretching on ankle joint stiffness, torque relaxation, and gait in people with stroke. *Phys Ther.* 2002;82:880-887.
- 26- Ketelaar M, Vermeer A, Hart H, et al. Effects of a functional therapy program on motor abilities of children with cerebral palsy. *Phys Ther.* 2001;81:1534 -1545.
- 27- Mortenson PA, Eng JJ. The use of casts in the management of joint mobility and hypertonia following brain injury in adults: a systematic review. *Phys Ther.* 2003; 83:648-658.
- 28- Pollock, A; Baer, G; Pomeroy, V; Langhorne, P; *Physiotherapy treatment approaches for the recovery of postural control and lower limb function following stroke [Review]* *The Cochrane Library, Copyright 2005, The Cochrane Collaboration Volume (3), 2005.*
- 29- Watanabe T: The Role of therapy in spasticity management. *Am J Phys Med Rehabil* 2004;83(suppl):S45-S49.

Recursos diagnósticos e intervenciones terapéuticas en espasticidad

2. Cirugía ortopédica

La cirugía ortopédica fue uno de los primeros recursos utilizados cuando se enfrentó la problemática del SE y particularmente las complicaciones tardías ya desde el siglo XIX. Sus objetivos no son diferentes de los de las otras intervenciones mencionadas en capítulos previos, a los que se suma la posibilidad de revertir, al menos parcialmente, los efectos estructurales de la espasticidad sobre el aparato locomotor. Asimismo puede hacer permanentes las correcciones de tono y alineación buscadas, y mejorar la situación del aparato locomotor cuando resultan insuficientes las intervenciones menos complejas o el tratamiento se ha implementado tardíamente.

Al momento de la intervención debe siempre estar claramente estabilizado en su evolución el cuadro espástico, es decir que debe haber transcurrido un tiempo suficiente para que la hipertonia, así como los fenómenos negativos del síndrome de motoneurona superior y su distribución sean lo más constantes posible.

La cirugía ortopédica, dentro de lo posible, debe ser funcional ya que se trata de una intervención efectuada sobre el aparato locomotor pensando en la organización del sistema nervioso central.

No debe ser pensado como el último recurso ante la falla o falta de otras intervenciones sino introducida a un programa como parte del conjunto de recursos disponibles. Así puede ser parte del plan de tratamiento de un paciente en el que preveamos que no se lograrán correcciones definitivas con recursos clínicos o que requerirá resolverle en forma definitiva ciertas alteraciones para seguir mejorando con el tratamiento general. Puede ocurrir también que, por su consulta tardía con deformidades instaladas, haya pacientes que requieren iniciar sus tratamientos con intervenciones quirúrgicas ya que de otra manera será difícil brindarle oportunidades funcionales o hacerlos accesibles a sus cuidadores.

Siendo un elemento más del tratamiento integral, la cirugía ortopédica, requiere de acciones previas y posteriores que deben estar aseguradas para permitir los mejores resultados. No se espera de la cirugía el control total de la espasticidad o de sus consecuencias, sino la

atenuación de ambas; por lo antedicho es necesario disponer de un adecuado manejo posoperatorio.

En tal sentido, como acción previa, se debe informar al paciente y/o sus familiares sobre la intervención a realizar y obtener su consentimiento. Cuando fuese posible se requerirá apoyo psicológico como psicoprofilaxis quirúrgica o en el contexto de una terapia previa que se esté realizando. Este recurso mejora la comunicación entre el equipo tratante, los pacientes y los familiares, reduciendo la conflictividad derivada de la angustia ante la cirugía y las dificultades de comunicación.

Las intervenciones ortopédicas sobre músculos y tendones que pueden ser alargados y transferidos son las más frecuentemente solicitadas. Las intervenciones sobre articulaciones o huesos para aumentar rangos de movilidad y corregir los ejes óseos o de un miembro suelen requerir que se les asocien modificaciones músculo-tendinosas. Los miembros inferiores y el raquis son las regiones operadas con más frecuencia y menos frecuentemente los miembros superiores.

Estas cirugías son indicadas más en niños que en adultos, lo que hace que estén más reglados los procedimientos en miembros inferiores en los niños con SE vinculado a parálisis cerebral.

Más allá de evitar o corregir deformidades permiten, asimismo, un desarrollo muscular y óseo más armónico, a la vez que mejoran la calidad de la bipedestación y/o la marcha o sencillamente la habilitan. Este principio vale tanto para miembros inferiores como para el raquis, ayudando a controlar la postura tanto estática como dinámica.

Respecto a los niños con parálisis cerebral y dado que se trata de sujetos en pleno desarrollo se han sugerido¹ dos rangos de edades para programar las intervenciones basados en la teoría de Thom.² El primero entre los 4 y 8 años, momento del colapso del sistema muscular y tejidos blandos, y el segundo del sistema osteoarticular entre los 8 a 14 años. En el primero priman las intervenciones sobre tejidos blandos, debido a que es en ese rango de

edad donde ocurre mayormente el pasaje de espasticidad dinámica a contractura y por ende estructuración del patrón en el tejido conectivo intramuscular, perimuscular y tendinoso. Aquí las intervenciones son tenotomías, tenoplastias y transferencias, que tienen un carácter de preservación de la alineación osteoarticular.³⁻¹⁰ El segundo entre los 8 y 14 años donde se producen fenómenos osteoarticulares que pueden establecerse como definitivos. De persistir dichas deformidades, permitirían el colapso funcional de los músculos por desventaja biomecánica resultante con establecimiento definitivo de alteraciones en la morfología osteoarticular, por lo que se requieren intervenciones sobre dichas estructuras.¹¹⁻¹³

En el postoperatorio la reparación y la “memoria” tisular tiende a reproducir los acortamientos y las deformidades preexistentes por lo cual se trabajará activamente en mantener una adecuada remodelación para que persistan y se potencien los resultados iniciales. Asimismo la musculatura de los sectores intervenidos mostrará una debilidad secundaria a su alargamiento, al tiempo de inmovilización posoperatoria y a la realineación por lo que se deberá combinar la preservación de longitudes y posturas con el control de los patrones anormales que emergerán nuevamente con el fortalecimiento.

Por lo expresado más arriba y como se ha mencionado antes en otros capítulos deben estar asegurados los recursos posoperatorios inmediatos y mediatos tales como enfermería domiciliaria u hospitalaria, ortesis, turnos de control postquirúrgico, rehabilitación, traslados, comunicación entre el equipo quirúrgico y el equipo de rehabilitación derivante, a fin de que se capitalice el esfuerzo costoso y complejo realizado por el paciente, su familia y los profesionales, para acceder a la cirugía.

REFERENCIAS.

- 1- Portinaro N. MD, Chirurgia funzionale: Il timing della disfunzione motoria nella paralisi cerebrale infantile e la chirurgia mini invasiva multilevel. Conferencia en el II curso teorico pratico di EMG dinamica, Cuneo, 3 Dicembre 2005.
- 2- Thom René. Modèles mathématique de la morphogenèse. Union générale d'Édition, París, 1974.
- 3- Miller F. et al. Soft-tissue release for spastic hip subluxation in C.P. J Pediatr Orthop 1997; 17:571-84.
- 4- Aiona MD et al. Treatment of spastic diplegia in patients with C.P. J Pediatr Orthop B. 2004 May; 13 (2): S13-38. Review.
- 5- Smith JT et al. Combined adductor transfer, ileopsoas release and proximal hamstring release in C.P. J Pediatr Orthop 1989; 9:1-5.
- 6- Sussman MD et al. Treatment of spastic diplegic in patients with C.P. J Pediatr Orthop B. 2004 May; 13 (2): S13-38. Review part I.
- 7- Sussman M.R. et al. Outcome of medial versus combined medial and lateral hamstrings lengthening surgery in CP. J of Ped Orthop 22:169-171;2002.
- 8- Perry J, Distal rectus femoris transfer. Dev Med Child Neurol 1987 Apr;29(2):153-8.
- 9- Ounuppu S. et al. Rectus femoris surgery in children with C.P: Part II A comparison between the effect of transfer and release of the distal rectus femoris on knee motion J Pediatr Orthop 1993 May-Jun;13(3):331-5.
- 10- Chung CY et al, Rectus femoris transfer-gracilis versus sartorius. Gait Posture 1997;6:137-46.
- 11- Owers K.L. et al: Bilateral hip surgery in severe C.P.a preliminary review. JBJS Br, 2001;83-B: 1161-67.
- 12- Murray-Weir M. et al: Proximal femoral varus rotation osteotomy in C.P.: a prospective gait study. J Pediatr orthop 2003; 23: 321-329.
- 13- Mazur JM et al. Remodeling of the proximal femur after varus osteotomy in children with C.P. Dev Med Child Neurol. 2004 Jun;46(6):412-5.

REVISIÓN

Recursos diagnósticos e intervenciones terapéuticas en espasticidad

3. Conclusiones

El tratamiento del Síndrome Espástico (SE) surge como necesidad creciente a partir del mayor número de personas que lo padecen. Su manejo debe planificarse en base a los datos que se obtengan de su evaluación detallada. El curso del tratamiento, cuando esté indicado, será determinado por la evolución de la enfermedad causal, por la evolución del SE y por los datos obtenidos en la evaluación periódica.

La necesidad del tratamiento está en función de la interferencia que produzca en el desempeño de quien lo padece o en las dificultades para su asistencia adecuada. Su enfoque debe estar en función de la accesibilidad que tenga cada persona a los diferentes recursos, lo que en el caso de un país tan vasto y diverso como Argentina lo hace regionalmente variable.

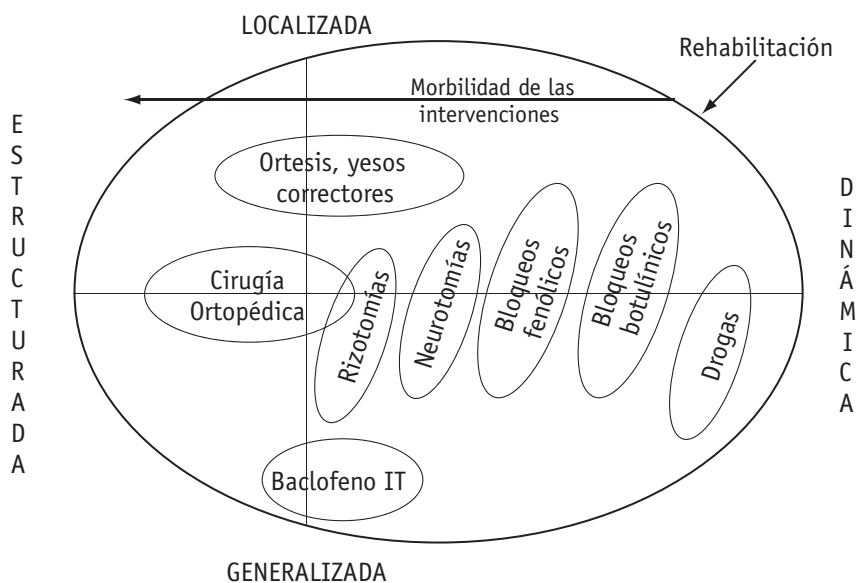
En este informe se ha discutido como deben administrarse los recursos terapéuticos, si se los dispusiera a todos en situación ideal, aunque hay quienes proponen seguir determinado orden de acción mediante un ordenamiento clínico algorítmico¹. La secuencia de las intervenciones o los algoritmos propuestos no han probado

aún su eficacia. No obstante la preocupación por el tema y la aparición de nuevos recursos ha determinado que se traten de elaborar consensos o guías para la práctica sobre todo en el uso de bloqueos neurolíticos.²⁻⁵

Para nosotros está claro que si bien hay recursos comunes y básicos en las diferentes formas o causas del SE (Vg.: Rehabilitación) no todos los recursos son para todas las formas de SE, es decir que existen límites bastante claros para algunas intervenciones.

El cuadro 1 muestra una distribución posible de los recursos en función de la distribución de la hipertonía (local o general) y el grado de evolución o compromiso que ha causado (dinámica o estructural) del SE. Es así que en dicho cuadro se generan cuatro campos: espasticidad localizada dinámica, generalizada dinámica, estructurada localizada y estructurada generalizada. El mencionado orden también indica una orientación respecto a la severidad en el sentido de que es más leve un compromiso localizado y dinámico que otro generalizado y estructurado.

Cuadro 1. Recursos terapéuticos y formas de espasticidad



Lo que se ha tratado de sintetizar en el cuadro 1 son las siguientes consideraciones:

- La morbilidad y mortalidad de los métodos aumenta en función de la severidad de la espasticidad, la morbilidad de un tratamiento local como un bloqueo botulínico es menor que la de una intervención quirúrgica. De esto también se infiere claramente que la pérdida de oportunidades terapéuticas, con intervenciones tempranas más simples producirá más costos y riesgo de complicaciones al intentar resolver tardíamente el problema.
- La rehabilitación aparece como recurso global, útil y necesario en todos los tipos de espasticidad tanto en formas dinámicas como en el manejo pre y postoperatorio de las formas estructuradas. A diferencia de los otros recursos y por ser una intervención neuroplástica, presenta un alcance global.
- Casi indisolublemente asociados a la rehabilitación se encuentran los aparatos enyesados y las ortesis, útiles tanto en las formas localizadas como las generalizadas. Los yesos pueden utilizarse para tratar formas recientemente estructuradas. Asimismo las ortesis pueden adaptarse para ser útiles en formas estructuradas, que por diferentes razones no serán intervenidas quirúrgicamente.
- Hay recursos que tienen lugar sólo en las formas dinámicas del SE cuya utilidad desaparece cuando el patrón anormal resulta estructurado por los cambios reológicos. Ejemplo de esto es la escasa utilidad de los bloqueos neurofíticos y las intervenciones como las neurotomías o la rizotomía selectiva cuando dichos cambios ya han ocurrido.
- Las drogas son un recurso más útil en la forma generalizada dinámica del SE que en las otras tres. En formas focales, si bien pueden intentarse, es preferible resolverlo con medidas locales.
- Los bloqueos neurofíticos, si bien están más indicados en las formas focales del SE, pueden tener lugar en las formas generalizadas para tratar fenómenos localmente intensos o resistentes a la terapia general.
- Las neurotomías y las rizotomías son recursos de efectos útiles y en su mayoría, definitivos por lo que su aplicación requiere una profunda evaluación previa. Las neurotomías están destinadas mayormente a problemas focales y las rizotomías han mostrado utilidad tanto en alteraciones focales como generalizadas, en particular que afecten los miembros inferiores en niños con parálisis cerebral.
- El baclofeno intratecal es un recurso que ha demostrado utilidad en las formas generalizadas de hipertonía cuando se busca reducir los efectos secundarios de las drogas orales fundamentalmente en las formas dinámicas aunque con cierto rol en las formas localmente estructuradas pero que mantienen un estado dinámico generalizado.

- La cirugía ortopédica se ha desplazado como recurso cada vez más hacia las formas estructuradas que a su vez aparecen con menor frecuencia a medida que mejoran los otros recursos terapéuticos y se interviene tempranamente con otras medidas. Es la intervención de mayor morbilidad.

Poco hemos mencionado sobre la intervención simultánea con diferentes métodos o recursos con el objetivo de potenciar los resultados. La mayor parte de las publicaciones que hacen referencia a intervenciones simultáneas son estudios descriptivos o con reducidas casuísticas. No obstante es un modo de intervención que debe ser tenido en cuenta y evaluado en el futuro dado la intervenciones simultáneas con varios recursos son, de hecho, la forma más común de intervención y es probable que sea la forma de obtener mejores resultados.⁶

Por último este trabajo no pretende cerrar las consideraciones sobre el tema sino solo dar un ordenamiento inicial para su análisis y desarrollo. Los que hemos intervenido en su elaboración instamos a continuar investigando las mejores formas de abordaje de este fenómeno ya que se nos requerirá asistencia del SE en las diferentes especialidades médicas y profesiones de la salud en todas las regiones de nuestro país.

La Sociedad de Medicina Física y Rehabilitación del Litoral agradece la participación aportada por los diferentes profesionales e instituciones ante esta convocatoria.

REFERENCIAS

- 1- A J Thompson, L Jarrett, L Lockley, J Marsden, Clinical management of spasticity. Editorial, *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005;76:463-465.
- 2- Lianza, Sergio. Consenso Nacional sobre Espasticidade. Diretrizes para diagnósticos e tratamentos. Sociedade Brasileira do Medicina Fisica e Reabilitación, São Paulo 2001.
- 3- Expert consensus on physical therapist intervention after botulin toxin A injection for children with cerebral palsy. Helene M. Dumas et al. *Pediatric Physical Therapy*, 2001, 13(3): 122-132 49-
- 4- Recommendations for the use of botulinum toxin type A in the management of cerebral palsy. H. Kerr Graham et al. *Gait and Posture*, 2000 11(1):67-79.
- 5- Use of the botulin toxin type A in management of adult spasticity, A European Consensus Statement, Ward Anthony et al. *J Rehabil Med* 2003 Mar 35(2) 98-99. European consensus statement on the use of botulinum toxin type A in the management of adult spasticity. Ward Anthony B. et al. *Acta neurol Belg.*2003;103(1):39.
- 6- Arruda Botelho, Luiz Antonio y col. A neurólise química simultanea com fenol e toxina botulínica do tipo A para o tratamento da espasticidade em 67 pacientes. *Medicina de reabilitacao* nº: 59,20-24, mai-2002.

Estudio cualitativo sobre calidad de vida de mujeres médicas (y otras profesiones conexas) con discapacidades motoras

Dr. Ricardo Viotti*

Resumen

La discapacidad es el resultado de la interacción entre personas con diferentes niveles de funcionamiento y un entorno que no considera estas diferencias. En otras palabras, personas con limitaciones físicas, son a menudo discapacitadas no por una condición de diagnóstico sino porque se les restringe el acceso a la educación, los mercados laborales y los servicios públicos.

Se investigaron algunos de estos factores, en un grupo de mujeres con discapacidades motoras en situaciones que se relacionan estrechamente con su calidad de vida. Estas mujeres discapacitadas que accedieron a la educación y al empleo desde su condición de profesionales de la salud tienen algunas singularidades que las definen por haber superado esas desventajas. El presente estudio trata de indagar sobre el cómo consiguieron lograr el desarrollo individual y profesional en el campo de la salud mujeres discapacitadas, que son parte de colectivos históricamente soslayados

¿Fue el género una dificultad, lo fue la discapacidad? ¿O fueron elementos que independientes o en conjunto facilitaron el proceso? En una investigación cualitativa, de tipo descriptivo exploratorio se indagaron a mujeres portadoras de discapacidades físicas con título de médico/a (u otra profesión de la salud), que se encontraran desempeñando sus funciones (o lo hayan hecho) en hospitales públicos.

De alguna manera este grupo, relativamente homogéneo, nos señala un camino, una estrategia de vida y de conducta que evite que la minusvalía continúe siendo una epidemia.

Ni el género ni la discapacidad fueron para estas mujeres impedimentos relevantes. Todas desarrollaron mecanismos de personalidad tales, resilientes diríamos, que aquellos "estigmas" tradicionales, pasaron a planos casi imperceptibles en las circunstancias de acceder al trabajo, integrarse en una familia y lograr el crecimiento personal.

En algunos casos esa accesibilidad a su desarrollo fue facilitada por la discapacidad, gracias al esfuerzo y la lucha de los que, en los últimos 20 años, promovieron, favorecieron, instalaron y legislaron sobre el tema, conformando un nuevo valor social, el respeto al diferente.

El trabajo no sólo determinó las variables en juego, sino que estas variables, parecen instaurarse como estrategias a promover en el campo de la salud pública, ya que permitieron aclarar en cuales aspectos de la discapacidad se debe actuar en forma fuerte: la educación (léase todas las variantes posibles incluyendo la transmisión de los valores familiares) y la existencia de redes solidarias con conductas sociales positivas.

Palabras clave: mujer, discapacidad, profesionales de la salud.

Summary

The disability is the result of the interaction between people with different body functional levels in an environment that does not consider these differences. In other words, people with physical limitations, are often disabled not by a condition of diagnosis but because they have restricted access to education, labor markets and public services.

We investigated some of these factors, in a group of women with motor disabilities in situations that are closely related to their quality of life. These disabled women that accessed to education and employment from its status as health professionals have some peculiarities that define them for having overcome such disadvantages. The work is based on inquire about how they achieved their individual and professional development on the health field, being disabled women, who are part of historically neglected groups

Was it a gender problem, or their disability? Or were the items that independently or jointly facilitated the process?

On a qualitative research, with a descriptive and exploratory style inquiries were carried out to women with physical disabilities and a medical doctor title (or another health profession), who were working as such (or already have done so) in public hospitals.

Somehow this group, relatively homogeneous, shows us a way, a strategy of life and a conduct to avoid disability to continue to be an epidemic.

Neither gender nor disability for these women were significant impediments. All developed personality characteristics such as Resiliency, we would say, that those "stigma" traditional, rose to nearly imperceptible levels in the circumstances of access to work, integrated into a family and achieve personal growth. In some cases, such accessibility to the development was provided by disability, through the efforts and the struggle of that in the past 20 years, promoted, facilitated, installed and legislated on the subject, forming a new social value, respect for the different

The work not only identified the variables at play, but these variables seem to put as strategies to promote the public health field, as clarified in which issues of disability should act in a strong: education (read: all possible variants including the transmission of family values) and the existence of networks of solidarity with positive social behaviors.

Keywords: women, disability, health professionals.

Correspondencia: raviotti@intramed.net

Recibido 6-5-08

Aceptado 30-5-08

Introducción (presentación del problema y su justificación)

¿Cuándo un fenómeno humano relacionado con la salud empieza a ser competencia de la Salud Pública?

Cuando su nivel de análisis opera en la población donde ese fenómeno se produce.

Esto es, según Lemus, un factor esencial y permite que desde esta perspectiva poblacional, se aplique como campo del conocimiento y como ámbito para la acción.¹ Con esta visión, las personas con discapacidad constituyen un grupo social históricamente marginado por lo que nos parece pertinente definir sus características principales y sus estrategias de abordaje desde múltiples ámbitos públicos de acción.

Dado que se trata de un fenómeno, como dijimos histórico, pero además socioeconómico y cultural, la relación con el género femenino, también grupo social históricamente discriminado, es directa, constituyendo una doble situación de estigmatización.

La persona con discapacidad no permanece en el estado de paciente, las secuelas físicas o funcionales de su enfermedad o trauma “desaparecen” o se minimizan en el contexto social adecuado.

Por lo dicho, es posible que con la pertinente intervención de “lo público”, esto que parece una utopía, pueda alcanzarse.

En síntesis, no es imposible vivir en una sociedad más justa. Cárdenas² define la salud “como un desequilibrio armónico espontáneo y en torno del cual confluyen diversos factores, y en contraparte, la enfermedad se puede definir como la emergencia y predominancia unilateral de un factor o factores determinados que actúan en detrimento de la complejidad biológica y social, y que inducen una situación cuyas manifestaciones son el dolor, la disfunción multiorgánica y finalmente la muerte”.

Con la multifactorialidad se hace difícil clasificar las

enfermedades y esto implica necesariamente que las estrategias para el mantenimiento de la salud individual y la de las comunidades, deberán incluir enfoques biológicos (prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación), sociales (educación, empleo, tiempo libre) y político económico (acciones sobre la pobreza y el entorno social).

Con esta etiología de factores tan variados, **la discapacidad es una epidemia**. Como tal requiere la acción coordinada del estado y la sociedad en su conjunto a través de las instituciones de salud, las ONG, los colectivos interesados y los medios de difusión, para lograr el objetivo enunciado: la reducción de su impacto social en donde la discriminación ocupa su lugar principal.³

El 7,1 % de la población total de la Argentina que vive en localidades de 5000 o más habitantes padece algún tipo de discapacidad. (2.176.123).

En uno de cada cinco hogares del país reside por lo menos una persona con discapacidad. La prevalencia es superior en las mujeres 7,3% que en los varones 6,8%.

En la tabla I puede observarse que del total de discapacitados del país, el 39,5% corresponden a síndromes motores como promedio de ambos géneros, pero las mujeres son mayoría en el rubro con un 42%.

En el marco de esta concepción amplia y moderna, la ley nacional 22431⁴ establece: “Entiéndase por persona con discapacidad, a los efectos de la presente norma, a toda persona que padezca una alteración funcional permanente, transitoria o prolongada, física, sensorial o mental, que en relación a su medio social y a su edad implique desventajas considerables para su adecuada integración familiar, social o laboral”.

Una visión muy actualizada y con connotaciones globalizadas es la del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento: “La discapacidad es el resultado de la inte-

Tabla I: Total del país (Argentina). Distribución de las discapacidades en hogares. Tipo de discapacidad por sexo. Año 2002-2003

	Tipo de discapacidad %					Total
	Visual	Auditiva	Mental	Motora	Otra	
Varones	19,0	19,4	18,7	36,5	1,8	100
Mujeres	24,4	16,9	12,1	42,0	1,4	100
Total	22,0	18,0	15,1	39,5	1,6	100

Fuente: INDEC. Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2002-2003 - Complementaria Censo 2001 (Modificada)

1- Lemus J. D. Salud Pública. Marco conceptual e instrumentos operativos. C.I.D.E.S. 2001

2- Cárdenas J. J. 2001. Citado en Ética y Salud en el marco de la globalización. Juárez Adauta S <http://www.geocities.com/creo1854/etica.html>

3- Sobre 2173 casos denunciados en Cap. Fed. y el conurbano bonaerense entre marzo de 2004 y marzo de 2005, 70 % de las denuncias corresponden a casos de discriminación que se dan en el sistema de salud y en el ámbito laboral (de este 70% los más afectados son las personas con VIH/SIDA y las personas con discapacidad). Foro de ONGs que Luchan contra la Discriminación. La discapacidad en la Argentina. Fundación PAR. 2005

4- Sistema de protección integral de las personas discapacitadas.

racción entre personas con diferentes niveles de funcionamiento y un entorno que no considera estas diferencias. En otras palabras, personas con limitaciones físicas, sensoriales o mentales son a menudo discapacitadas no por una condición de diagnóstico sino porque se les restringe el acceso a la educación, los mercados laborales y los servicios públicos. Esta exclusión conduce a la pobreza y, como en un círculo vicioso, la pobreza conduce a más discapacidad, porque aumenta la vulnerabilidad de las personas a la desnutrición, la vivienda indigna y las condiciones de trabajo”.⁵

Justificación

Se propone investigar algunos de estos factores, para contribuir al desarrollo de nuevas y más sanas conductas sociales que se relacionan con el campo de la salud pública ya que las condiciones actuales de las mujeres con discapacidad con respecto a la educación y al empleo, son situaciones que se relacionan **estrechamente con su calidad de vida**. Sin embargo mujeres discapacitadas que accedieron a la educación y al empleo desde su condición de profesional de la salud tienen algunas singularidades que las definen y alejan de la aseveración del Banco Mundial por haber superado esas desventajas. *La justificación del presente trabajo se basa en indagar sobre como lo lograron.*

Marco teórico

En la atención de la salud la cuestión del género es, en los últimos años un elemento de considerable importancia por los cambios producidos en las profesiones vinculadas con ella, fundamentalmente en la medicina, pero también en otras profesiones conexas. Por otra parte las discapacidades físicas han adquirido en los últimos cincuenta años una valoración social que también se ha modificado en función, no solo del mejoramiento de las técnicas de rehabilitación y su desarrollo sino, fundamentalmente, en un cambio en la cultura urbana con respecto al reconocimiento del colectivo “discapacitados” acreedor de derechos humanos y laborales -esencialmente, mayor respeto y reconocimiento social-.

Ambos fenómenos coinciden en su aparición, irrumpiendo con diferentes características, pero que aparentemente, no han sido exhaustivamente investigados hasta

la fecha en su asociación en el ámbito del trabajador profesional de salud.

El género se relaciona íntimamente, como uno de sus factores principales, con la distribución del poder social que fundamenta entre otras cosas, que a mayor prestigio corresponde mayor ingreso económico

La “irrupción” de las mujeres ya desde el siglo pasado en el mercado laboral, no logró revertir esta estructura sostenida de mantener las cuotas de poder asignadas por la tradicional dominación masculina, ...”el orden social funciona como una inmensa máquina simbólica que tiende a ratificar la dominación masculina en la que se apoya: es la división sexual del trabajo, distribución muy estricta de las actividades asignadas a cada uno de los dos sexos, de su espacio, su momento, sus instrumentos...”⁶

Sobre este tópico es interesante la división que debe hacerse sobre la cuestión en cuanto que el sexo es una condición genéticamente determinada y el género una social e históricamente construida con valores desiguales.⁷

El incremento a escala fantástica de los conocimientos, superan los límites de las disciplinas y hacen que éstas se reorganicen en nuevas escalas de distribución del poder sobre una división social y científica de las profesiones, previamente construida con el modelo dominante, desigual y predominantemente masculino.⁸

Cuantitativamente se ha operado un cambio resonante en el acceso de las mujeres al los niveles superiores de la educación en nuestro país. Deben remarcarse las diferencias significativas que existen sobre la situación de las mujeres en general, su relación con la discapacidad y sus derechos, en nuestro país y en el resto de Latinoamérica así como en los países subdesarrollados del mundo, a tal punto que “ser mujer es un factor de riesgo para la discapacidad”⁹. Desde 1900 a 1905 solamente se otorgaron 11 títulos universitarios a mujeres, no alcanzando ni el 1% del total, en 1941 las mujeres accedieron al 13,2 de la matrícula universitaria y actualmente más del 50% del total de alumnos universitarios son del sexo femenino.

Comparando específicamente la carrera de Medicina, la cifra alcanza el 59,5% de la matrícula, paramédicas en general, 65,6, odontología 62,1 y Psicología 82,8%.¹⁰

Estos datos son altamente relevantes ya que se ha demos-

5- Banco Mundial. La discapacidad en la Argentina. Fundación Par. 2005.

6- Bourdieu P. La dominación masculina. Ed. Anagrama. Barcelona. 1999.

7- Necchi S. La cuestión de género y su vinculación con el campo de la salud. Medicina y Sociedad. Vol.23- Nº 3 – julio- septiembre 2000

8- Lorente Molina B. Género, Ciencia y Trabajo. Las profesiones feminizadas y las prácticas de cuidado y ayuda social. Scripta Ethnologica 26. 2004

9- Devandas Aguilar C. Mujeres jóvenes y discapacidad. Foro de los derechos humanos de las personas con discapacidad. Panel V Future perspectives on the promotion of gender equality : through the eyes of young women an men. Commission on the Status of Women. Forty-ninth session.. United Nations. New York ,28 February – 11 March 2005

trado que la educación en las mujeres asegura una mayor participación en el empleo en general pero no asegura una participación efectiva en los mejores empleos. Según la encuesta permanente de hogares, el 63 % de los cargos directivos los ocupan los varones y solo el 37 % las mujeres¹¹. Estos datos son similares en otros países con mayor desarrollo y específicamente para las mujeres médicas en España.¹² No obstante, es interesante destacar la situación del sistema hospitalario en la ciudad de Buenos Aires, algunos resultados sugieren que, al menos en determinados sectores como los hospitales de rehabilitación, los cargos de conducción en el área profesional de la salud son ocupados por mujeres entre el 66 y el 75%¹³ mientras que en el total de los hospitales las mujeres profesionales son jefes en casi el 50% (49,7%).¹⁴

Casualmente o no, dada la condición fundamental asignada al género femenino, entre otras, de la educación de los hijos, la dominación masculina de alguna manera contrasta con la transmisión de la ideología de madre a hijo, aportando valores novedosos y femeninos al acervo cultural del varón como primera intervención social, contribuyendo lentamente a la modificación de la sociedad en su conjunto. Como estrategia, a mayor liberalización femenina y ejercicio de sus derechos, mayor pérdida de la dominación masculina por la adquisición de una nueva concepción del mundo cotidiano (equidad de las responsabilidades).

Sin embargo, en la tendencia mundial por la reestructuración productiva y el aumento creciente del trabajo femenino, esta división sexual del trabajo permaneció inmodificada, alcanzándose altos niveles de precarización y vulnerabilidad del trabajo femenino.¹⁵

En el campo particular de la atención de la salud, los datos referidos mas arriba para la educación siguen siendo relevantes e informan que tanto en el nuestro como en numerosos países los estudiantes y egresados de carreras médicas son mujeres en un 50%.¹⁶

Con la misma tendencia, el hecho que aumente el número de mujeres en la profesión médica podría estar indicando que estos cambios no modifican la repartición del poder, ya que los cargos de decisión aun se ocupan mayoritariamente por hombres; y por otro lado no debe confundirse el incremento del número como sinónimo de feminización, aunque sea un componente necesario. Una cosa es el aporte de características femeninas a la práctica de una profesión y otra muy diferente es la adaptación de las mujeres a profesiones habitualmente ejercidas por hombres. Observación que se evidenciaba en los primeros médicos "mujeres" de nuestro país en el siglo pasado, como mecanismo de supervivencia, aceptación social y profesional. Resabio de esa aceptación masculina es que el título y la denominación de muchas médicas es el vocablo masculino "médico".

En apoyo de esta postura, hay autores que postulan el desprestigio de la profesión al feminizarse: "No está claro todavía si la creciente incorporación de mujeres, repercutirá globalmente sobre el estatus de la medicina como profesión. De no superarse la inequidad que cruza la dimensión laboral ocupacional en desmedro de las mujeres, inequidad que es mas o menos intensa según regiones y países, y que se proyecta a los restantes ámbitos de la vida social, puede conjeturarse que, cuando la medicina sea mas femenina que masculina, la profesión rebajará su estatus, su prestigio y su poder".¹⁷

Paradójicamente también se postula un nuevo paradigma en la medicina basado en la humanización de la misma, a través de una mejora en la comunicación y la utilización de tecnologías livianas en las competencias de los profesionales, pero todo en un marco de reconocimiento de la legitimidad simbólica que tienen las expectativas de los pacientes, donde la palabra debe ocupar un lugar mas relevante en la actividad práctica de la atención de la salud, tanto para los pacientes como para los profesionales.¹⁸

Hay autores que postulan que en la práctica asistencial

10- García Frinchaboy, M. Situación educativa de las mujeres. Informe sobre género y derechos humanos ELA Equipo Latinoamericano de Justicia y Género. Ed. Biblos. 2005

11- Faur, E; Gherardi N. El derecho al trabajo y la ocupación de las mujeres. Informe sobre género y derechos humanos. ELA Equipo Latinoamericano de Justicia y Género. Ed. Biblos. 2005

12- Arrizabalaga P., Valls-Llobet C. Mujeres Médicas: de la incorporación a la discriminación. Medicina Clínica 2005; 125:103-107

13- Instituto de Rehabilitación Psico-física (IREP) y Hospital Manuel Rocca. Ministerio de Salud. GCABA

14- Sobre 1530 cargos de conducción, de Jefe de Sección hasta Departamento, 760 son ocupados por mujeres.

15- Cruz de Brito J. Enfoque de género e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho. Cad. Saude Pública, Rio de Janeiro. 16(1):195-204, jan-mar, 2000.

16- op. cit. Necchi S, Pág. 144

17- Llovet J.J. Transformaciones de la profesión médica: un cuadro de situación al final del siglo. Salud, Cambio Social y Política. Perspectivas desde América Latina. Bronfman M., Castro R. Coordinadores: 335-349

18- Deslandes S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Ciência & Saude Coletiva, 9(1): 7-14, 2004.

por género los pacientes tienen un mayor grado de satisfacción cuando son atendidos por mujeres, fundamentalmente en la atención primaria donde se registró una mejor relación con los pacientes, mayor disposición a ofrecer consejos preventivos y donde emplean más tiempo (10%) en comparación con sus colegas varones.¹⁹

Hay, dentro del campo de la salud, profesiones que han sido tradicionalmente ejercitadas por mujeres, como las enfermeras, fonoaudiólogas, psicopedagogas, kinesiólogas, terapistas ocupacionales, psicólogas, etc., que indican de alguna manera la subalternización al médico (tradicionalmente masculino) ya que “serían” funciones adjudicadas a lo femenino relacionadas con el cuidado del otro.²⁰

Es interesante destacar que en el campo de la rehabilitación en particular y en la medicina en general, las tareas de contacto real con los pacientes, el cuerpo a cuerpo, es más frecuente en profesionales mujeres, (en el caso de la enfermería por ejemplo).

Según este marco, todo tiende a suponer que la condición femenina en el campo laboral en general -y también en el de la atención de la salud- se ha incrementado en forma masiva e indubitable y como consecuencia de ello, con probables cambios en el desarrollo y contenidos de esas actividades hacia formas más humanizadas de su ejercicio aun a costa de la modificación de su estatus social. No obstante la situación esencial aparentemente no se ha modificado, aún con las características comentadas de los hospitales de rehabilitación en nuestro medio, en el sentido que ha habido un corrimiento de los hombres hacia los estamentos superiores de la actividad profesional ocupando y ejerciendo los factores de decisión y de poder.

Si esto es así y en este cuadro general ¿Cuál es el papel que ejerce la mujer profesional de la salud, con una discapacidad?

Se debe considerar el componente de la minusvalía, intrínseco en las discapacidades (definido como las dificultades sociales o el comportamiento efectivo dentro de la comunidad, de las personas con necesidades especiales independientemente del origen o el estado de sus secuelas físicas). La presencia de minusvalía implica el verdadero problema a discutir ya que se sostiene que sus

limitaciones son fundamentalmente en el campo laboral y socio afectivo. En adelante cuando se postule la conciencia de la discapacidad en cuanto a dificultades o problemas se utilizará este concepto.²¹

Muchas personas con discapacidad adquieren el hábito de la convivencia y la aceptación con sus secuelas físicas y se integran en su mayoría a la vida cotidiana (no son minusválidos). Dicho hábito se extiende a quienes comparten diariamente sus actividades, a tal punto que dichas secuelas en la práctica y en este ámbito restringido “desaparecen”. El compartir, la aceptación o el rechazo de los valores esenciales, por ser “como es” y no por su defecto parece ser parte de las situaciones generales de cualquier grupo humano urbano, con una educación corriente y una actividad específica para la cual se es idóneo.

Es en este punto, la aceptación, donde se introduce un aspecto teórico del problema de la discapacidad, trascendente al momento de determinar la calidad de vida en el futuro; y que es el concepto de resiliencia, aspecto de la resistencia creativa ante la adversidad que influye fuertemente en los planes de promoción de la salud y por ende en la Salud Pública; pero que independientemente de las aplicaciones estratégicas del concepto, se define en forma individual (debe aclararse que no es un rasgo de la personalidad) en función de algunos atributos frecuentes como la introspección, independencia, capacidad de relacionarse, iniciativa, humor, creatividad, compromiso y la capacidad para desarrollar destrezas²². Modernamente, algunos autores plantean que la resiliencia es un proceso con “variabilidad ontogenética” y por lo tanto si el ambiente, la familia y la comunidad continúan proveyendo los recursos de apoyo el proceso de adaptación no se interrumpe y se transforma en una capacidad permanente.²³

Se señalan factores protectores que manifiestan sus efectos ante la presencia posterior de algún estresor, modificando la respuesta del sujeto en un sentido comparativamente más adaptativo que el esperable. Se ha observado en los resultados de la preparación de niños y sus familias para enfrentar los eventos de una hospitalización, minimizando las tasas de perturbación emocional en el hospital.²⁴

Pero antes de la instauración y el fortalecimiento de

19- Arrizabalaga P., Valls-Llobet C. Op.cit.

20- op .cit. Necchi S

21- Para este tema ver la interesante aplicación de la Clasificación de la OMS sobre enfermedad o daño, discapacidad y minusvalía, realizada por el Dr. Cibeira J.B. en *Bioética y Rehabilitación*

22- Suárez Ojeda E. Perfil del niño resiliente .Seminaro Internacional sobre aplicación del Concepto de Resiliencia en Proyectos Sociales. Ediciones de la UNLa. 2004. pag. 23

23- Infante F. Reflexiones y paradigmas sobre resiliencia Resiliencia, tendencias y perspectivas. Ediciones de la UNLa. 2004

estos mecanismos existe una primera reacción ante la mirada de los otros.

El modo en que las personas dan respuesta a este hecho es variable; pero una de ellas es intentar resolver el problema, por ejemplo a través de la atención médica.

En los casos en que no se alcanza la “normalidad” (la media estadística de lo que uno ve en el resto de las personas), porque el daño no se ha corregido completamente, lo que suele suceder, es una transformación del yo. El que tenía una deformidad o un defecto particular tiene ahora en su historia personal el hecho de haber corregido o aminorado su defecto.

Relacionado con estas circunstancias, aparecen los múltiples riesgos que corren los discapacitados ante la corte de curadores, milagreros y curanderos y eventualmente profesionales que proponen soluciones o rehabilitaciones no basadas en evidencia cierta que apuntan a la victimización de las personas con discapacidad.²⁵ Las reacciones entre los “normales” y los “discapacitados” son diferentes frente a un mismo problema o desafío social. Es así como las personas con discapacidad realizan un mucho mayor esfuerzo de adaptación y todo les es más dificultoso, situación que fundamenta la discriminación positiva en muchas legislaciones.

Se describe desde hace más de 40 años una patología de la interacción basada en una reacción dual y contradictoria de los “normales” frente a los discapacitados físicos: o se acota la conciencia que se tiene de la desventaja del otro o se exagera, explicitándola, produciéndose como consecuencia y en ambos modos, una incomodidad que se expresa en cautela, locuacidad inútil o falsa solemnidad en estas situaciones.

Aun así el resultado de esa interacción corre a favor de la persona con discapacidad dada su experiencia cotidiana,²⁶ logrando la aceptación de las diferencias como conducta de los otros.

Los objetivos de las organizaciones de discapacitados proponen en síntesis, que estos ámbitos se extiendan cada vez más; ya que es un indicador de la ausencia de discriminación, de respeto de los derechos humanos y de crecimiento social.

Objetivos

Como se ve hay elementos concurrentes y contradictorios en el panorama complejo del grupo objeto de análisis que amerita su investigación en aras de responder algunas preguntas claves:

¿Qué sucede en el campo de la salud con las mujeres discapacitadas que se desarrollaron profesionalmente siendo parte de colectivos históricamente soslayados?

¿Cómo lograron ese desarrollo?

¿Fue el género una dificultad, lo fue la discapacidad?

¿O fueron elementos que independientes o en conjunto facilitaron el proceso?

En virtud de estos interrogantes se ha llevado a cabo una investigación cualitativa (el estudio de los problemas desde el modo de mirar de los sujetos en estudio) con los siguientes objetivos:

1: Determinar las variables que condicionaron el desarrollo profesional de las sujetos en estudio.

2: Determinar los mecanismos de adaptación (o resilientes) utilizados.

3: Determinar si existió discriminación por género o por discapacidad.

Dado que se trata del análisis de un fenómeno social, los eventos que se pondrán a la observación son parte de un transcurrir de la existencia humana donde las variables no son predecibles y por lo tanto la aparente hipótesis inicial puede ser transformada en el transcurso de la investigación.

Las instituciones para la atención de la salud y los hospitales en particular, son lugares de reconocimiento y aceptación de lo diferente, quizá la mejor de las construcciones sociales en este aspecto, y ámbitos naturales de ejercicio de las profesiones, lo que los hace particularmente aptos para el desarrollo de esta investigación

Metodología. Material y métodos

Se trata de un trabajo de investigación cualitativa, de tipo descriptivo exploratorio.

Se indagaron a mujeres portadoras de discapacidades físicas con título de médico/a (u otra profesión de la salud), que se encontraran desempeñando sus funciones (o lo hayan hecho) en hospitales públicos.

Se realizaron entrevistas no estructuradas sobre historia de vida profesional en un número que permitió saturar la información relevante,^{27,28,29} para contrastarla con el marco teórico.

Se accedió a datos originales de recolección directa por entrevistas grabadas, considerando los aspectos éticos de la información.

24- Rutter, 1985. Citado en Estado de Arte en Resiliencia. Kotliarenco M. A. Cáceres. I Fontecilla M. O P S O M S Centro de Estudios y Atención del Niño y la Mujer. Julio, 1997. Pág. 13

25- Goffman E. Estigma. La identidad deteriorada. Ed. Amorrortu 1998, pág. 20

26- Goffman E. Op. Cit.

Se realizaron siete entrevistas, cinco profesionales médicas, una psicóloga y una psicopedagoga que padecían secuelas de poliomielitis, amputación de miembro inferior y esclerosis múltiple, quienes mostraron un alto grado de colaboración.

Dichas profesionales son personas completamente integradas a la vida institucional y con larga experiencia en sus actividades y en sus secuelas físicas.

Todas cumplen o cumplieron funciones en hospitales públicos.

Para determinar el tipo de preguntas que se formularían se utilizó un criterio amplio que cubriera dificultades o situaciones de interés acorde con el tema central, en los aspectos de formación, educación y trabajo.

Las entrevistas se realizaron en un ambiente común a todos los profesionales, bajo condiciones ambientales óptimas.

Cada relato desgrabado textualmente (*y con aclaratorias entre paréntesis y en negrita cursiva por parte del autor en los casos en que se perdía el significado; y en las preguntas que se consideraron parte del contexto de las respuestas*), se analizó por separado, identificando las experiencias sobresalientes, las unidades de sentido.

Las variables consideradas según el caso, se agruparon en un cuadro por cada entrevistada las veces que se mencionaban en el relato como una medida de la relevancia que el tema tenía para cada una.

Debe considerarse, sin embargo que, en consonancia con los diversos modos de decir, este dato pudiera ser relativo, no obstante se registran algunos casos donde se enfatiza la importancia de la variable, en el mismo relato.

A la izquierda de las columnas se identificaron los sujetos entrevistados con nombres ficticios: HILDA1, VIC-

TORIA2, MALENA3, DORA4, ANA5, MIRIAM6 y MARIA7

Procesamiento de los datos. Resultados

Ver Tabla 2

Discusión

Surge del análisis de los datos una cierta unidad en las historias de vida entre las discapacidades debidas a secuelas estables de enfermedades sufridas en la infancia. En todos los casos, las personas con discapacidad adquirieron el hábito de la convivencia y la aceptación con sus secuelas físicas; y se integraron en gran parte a la vida cotidiana y completamente a su profesión, (no son minusválidos de acuerdo con las definiciones adoptadas al principio).

Todas presentaron la variable del esfuerzo personal como muy importante siendo ésta un componente esencial de la resiliencia y que parece darse como atributo de la infancia en los niños que logran superarse, por la auto exigencia y la iniciativa junto a otros factores que también se encuentran en nuestras entrevistas como control de las emociones, alta autoestima, sentido del humor, capacidad de comunicarse y condiciones favorables del medio familiar y social, la seguridad del afecto sin condiciones y no relacionada con las conductas, la aceptación de un adulto significativo y fundamentalmente las redes de apoyos informales.³⁰

Seleccionamos las frases relevantes, por variables, con sus respectivos análisis:

a - Esfuerzo personal:

“la cosas hay que hacerlas, buscar la forma pero hay que hacerlas” HILDA1

Tabla 2. Frecuencia de aparición de variables durante la entrevista

	Esfuerzo personal	Ayuda de los otros	Relación con los otros	Situaciones de discriminación	Transporte y accesibilidad	Actitudes frente a los tratamientos
HILDA1	4	1	2	1	1	1
VICTORIA2	2	5	2	1	-	3
MALENA3	4	2	1	8	5	1
DORA4	6	5	2	1	1	1
ANA5	6	7	6	1	2	5
MIRIAM6	6	7	7	1	4	8
MARIA7	5	6	6	2	-	2

27- Mendes Diz A.M. Estrategia de recolección de los datos: la entrevista activa. en Tesis Doctoral: El riesgo de los jóvenes. Una alternativa de vida. 2001. Ed. Corregidor.

28- Taylor S. J. y Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. 1987. Ed. Paidós

29- De Souza Minayo M. C. El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud. 1997 Ed Lugar Editorial

30- Suárez Ojeda E. Perfil del niño resiliente. Seminario Internacional sobre aplicación del Concepto de Resiliencia en Proyectos Sociales. Ediciones de la UNLa. 2004. pag. 26

“...una característica mía de siempre, fue tratar de poder,....no a cuatro manos, a cinco” VICTORIA2

“Y trabajaba,... yo trabajaba de siete a una y media, yo llegaba a casa daba clases y después me iba a la facultad hasta las doce” MALENA3

“... de dejar de ser una nena y empezar a ser y a tener aspiraciones de mujer fue un momento difícil para mí...muy difícil... no en lo que tuviera que ver en lo académico, siempre lo académico fue privilegiado para mí, yo privilegié siempre el estudio, la escuela, cada momento” DORA4

“Yo creo que bajé un poco la omnipotencia”

...como sino tuvieras ningún problema físico.

“Tal cual, tal cual...”

“En mi historia lo mas pesado, lo mas pesado (que) me pasó, no fue la polio...fue el hospitalismo” ANA5

“...yo tenía 8 años...y lo miré a el y dije: ¿cuando me opera?...o sea que la falta de decisión no fue nunca...una característica mía... (risas) MIRIAM6

“...siempre fui muy...con mucha garra de pelear...”

“...y empecé las dos carreras” MARIA7

b- Actitud frente a los tratamientos:

...“muy divertido, yo tengo un hermoso recuerdo... abí empecé la rehabilitación” HILDA1

“...me indicaron, el bastón al principio, yo tenía ganas de revolearlo, después... hasta se llama Lázaro, porque lo quiero mucho, lo bauticé y lo necesito”

...“Convivir con eso (incertidumbre) no es fácil pero se puede”.... “no puedo garantizar nada ni lo pretendo, pero en todo caso me preparo” VICTORIA2

“...porque llegué a la conclusión que la pierna ortopédica tenía que servirme a mí, y no yo servirle a la pierna”

“...yo me siento muy cómoda andando en muletas, muy cómoda, yo hago mucho, todo en muletas, voy al mar, me meto al mar, voy al supermercado, yo hago todo...” DORA4

“Con la ortesis tenía un problema muy serio que había hecho una hiperextensión de rodilla ...mucho dolor mucha compresión con la ortesis....igual me caía, tenía bastante inestabilidad...entonces abí aparecieron todas las cirugías...de artrodesis....la de rodilla la elegí yo, a los treinta y pico de años” (Quiere significar el hecho que con esa sola operación resolvió las dificultades de la marcha por la inestabilidad de la rodilla, pero con el costo funcional de mantenerla en extensión permanente, fijada y para siempre) ANA5

“Cuando era chica las partía. (Las ortesis) Eran las de bie-

rro, creo que todos los meses estábamos en la ortopedia porque les partía los estribos. Porque yo me tiraba de cualquier lado”

“Es parte de mí, (la ortesis en discusión) nunca la odié, no, jamás. Porque me dio la libertad de poder hacer lo que quería. Me facilitó vivir. Porque de otra forma yo hubiese tenido que estar caminando con muletas... Saltando en una pata” MIRIAM6

“me banqué todo eso, no me afectó yo quería salir adelante, quería estar mejor, a mí no me importaba”

“éramos privilegiados, a mí no me importaba”... MARIA7

El análisis de estas dos variables, el esfuerzo personal y la actitud frente a los tratamientos nos ponen en evidencia algunos factores comentados como la autonomía, la autoestima fortalecida y la iniciativa personal para un futuro mejor. La esperanza en un porvenir que modifique las condiciones del presente es un poderoso motivador para minimizar o lateralizar las dificultades actuales. Obsérvese la diferencia entre secuela y cronicidad que se da entre todos los otros casos y VICTORIA2 donde su enfermedad evoluciona y se plantea una actitud resiliente (“Convivir con la incertidumbre”) en el medio de sus dificultades con apoyos similares a los que las restantes tuvieron en su infancia y juventud pero que son ahora parte de sus pasados.

En la ayuda de las otras personas, considerando esta variable junto a las relaciones interpersonales tanto con compañeros, colegas o pacientes, así como la temática de la accesibilidad y el transporte conforman un grupo que denominamos medio ambiental, de redes solidarias y de conductas sociales positivas y que las analizaremos en conjunto ya que si se las enfoca desde la resiliencia permitirá que la calidad de vida se analice desde lo colectivo.

Este proceso de desarrollo ecológico del individuo, por el medio donde vive fundamentalmente su infancia, aportará los factores protectores ante el surgimiento de estresores, por lo que su promoción desde lo circundante es central para su futuro.

Si la resiliencia fue definida como un proceso de superación de la adversidad, no debe carecer de responsabilidad social, por lo que la participación de los padres y de los otros actores sociales (llámese la comunidad), permite un nuevo escenario en el desarrollo de la persona con discapacidad, donde se incrementa su potencial, haciéndolo específico de su cultura y asumiendo que incluye la responsabilidad del estado.

c- Ayuda de los otros:

“...yo tenía un tío médico que lo seguía mucho”...

“.....yo creo que tuve una mamá muy especial” HILDA1

“...hay más demostración de afecto, desde los pacientes hasta el

personal de mantenimiento con el que yo no tenía trato que... y de repente, hay más acercamiento. Había gente que no me tuteaba antes, me muestra una mayor cercanía” VICTORIA2

“El primer año me llevaba mi viejo, ab... Era en un segundo piso, entre todos los de... (compañeros) me subían.

“Mi papá, no me acuerdo si era que me llevaba o me traía, creo que llevaba mi primo y me iba a buscar mi papá, salía como a las doce de la noche”

“...y... salía, salía con mi hermano y los amigos... y si yo iba al Itaipark,... viajábamos en tren, viajábamos en colectivo..., y así me podían cargar, entonces,... uno cerraba la silla y el otro me subía... y para ellos (los padres) era un drama, y para mí era una liberación”

“...sobre todo un profesor que tuvo mucho que ver con mi elección... cosas que a mí me marcaron...bueno y ahí fue cuando decidí seguir Psicología” MALENA3

“... , tenía dos compañeras sobretodo, que me hacían mucha pata...me ayudaban bastante”. “...creyeron conveniente que si, que efectivamente... me otorgaron una beca que era una cantidad de dinero por mes muy pequeña , pero bueno, me alcanzaba aunque sea para manejarme en taxi...”

“...había un médico... amparándose en una ley que tiene la Nación que el 5 por ciento del personal de las instituciones..... Me asesoró...”

“Cuando me compré ese auto, lo compré con ese beneficio que otorgaba el estado, para las personas con problemas de desplazamiento...” DORA4

“Ya sabía leer y escribir con lo que me había enseñado mi padre”

“...pero tuve el apoyo de mi madre sobre todo, que era muy fuerte. Mi padre me dijo que yo estudie algo que sea por el bien de la humanidad”

“yo quiero hacer algo, entonces me conectó con un Kinesiólogo... En tres meses,....salí caminando...”

“Fue dramático esto, en mi historia... con los 22...digamos que me cambió la vida”

“...me apoyé y fui apoyada, familiarmente”

“...en estudiar, el tener una profesión, en.... hacerme respetar...mi madre decía que si nos hubiéramos criado en el campo vos no hubieras podido, es cierto...” ANA5

“Mi madre fue siempre muy motivadora...”

“...y mas de una vez... me agarraba en UPA.... para que yo no arruinara el aparato... y corríamos... y mi papá era el que preparaba las bombitas, y mi papá era el que llevaba la manguera.... Cuando queríamos... robarle las moras al vecino... mi papá era el que subrepticamente... prestaba la escalera y... Era cómplice.”

“...me tocó un grupo espectacular de gente, volví del sanatorio, tenía 16 monos, ...saludándome en la puerta de mi casa, ...era un colegio que integraba. Yo tenía una amiga que era ciega... estaba en la división de al lado... había un chico con una parálisis cerebral a la mañana, era un coreoatetósico de aquellos, que la verdad no se como llegaba al aula. Pero llegaba, el tipo iba al turno mañana, hizo todo el secundario ahí... había integración...”

“Siempre la que tomó decisiones fue mi mamá”

“...yo escuchaba hablar de un tal A..... este tipo algo tiene... ¿no?...yo me fui...me fui con A. Me acuerdo de sus ojos celestes así, grandote.... a través de una mesa de un escritorio.... baja los anteojitos... y me dice:-¿habla inglés Dra.?....yo me achiqué... y digo:... -estudié mucho pero...no... -¿Pero lo lee?... me dice... -si, si... por supuesto... -Ah, bueno... empecemos a hablar... (risas)

MIRIAM6

“mi hermana se quedó... con mis cuatro abuelos, un poco con los abuelos paternos y un poco con los maternos porque a través de prácticamente dos años mis padres no existían...”

“Una amiga, una familia muy amiga en Lanús...”

“la (esposa del gobernador) que se encargaba de darle(s) trabajo a los discapacitados...”

“tuve la suerte de tener... una familia que siempre me apoyó”

MARIA7

d - Relaciones con los otros:

“Son problemas que los puedo tener yo o los puede tener cualquiera, no creo que sean, ...que tengan que ver, ¿no?... con mi discapacidad”

“Los puede tener cualquiera. Cualquiera en esa posición.

“...nunca tuve problemas con los pacientes” HILDA1

“A lo sumo me han dado a entender, no tanto los pacientes sino las madres de, o las esposas de: Usted sabe lo que es esto”.

“...yo me pregunto si mi relación de amistad de muchos años con alguien, se modifica en función de mi enfermedad, se modifica en función de situaciones laborales diferentes de ambas partes, se modifica en función de situaciones jerárquicas diferentes, se modifica en función de relaciones personales diferentes, como puede ser estar en pareja. No tengo respuesta para esto, son hipótesis, pero hay diferencias, seguro. A lo mejor se hubiesen producido de todas maneras con el tiempo, entonces trato de convivir con eso lo mejor que se puede y que nadie pague el pato” VICTORIA2

“...más de una vez me encuentro diciéndole al paciente... que es cierto, cuando está en silla de ruedas, tenemos una experiencia común... que es andar en silla” MALENA3

“...no es porque me falta una pierna nada más, por ahí yo soy una médica... que esta mucho en el hospital... que los pacientes conocen mucho, es decir ellos saben que yo..., que cuentan conmigo, los pacientes del hospital saben que yo soy alguien que estoy ahí” DORA4

“Si... me apoyaba mucho en el estudio... tenía buena relación con los compañeros...”

“... me relacionaba con los demás, como tratando que no se note, yo no necesitaba ninguna comodidad más que los demás, al contrario, hasta que pude empezar a revertir eso, hubo una etapa en que los demás no se daban cuenta porque me conocían... como la que no necesitaba ayuda...” ANA5

“...y ahí descubrí... que en cierta forma lo que el decía tenía razón... -vos que lo viviste del otro lado vas a poder entender... muchas cosas de estos chicos y de estas familias, aunque sean patologías distintas... Digamos... que a lo mejor nosotros no entendemos... Y bueno... cuando estuve del otro lado... como médica, me di cuenta que tenía razón...” MIRIAM6

“yo me integré totalmente a ese grupo”

“¿Hay que ser realmente discapacitada para entender al otro?”

“...y realmente se reían de la discapacidad” (Otros discapacitados)

“Muy satisfecha. Si estoy feliz” MARIA7

e - Transporte y accesibilidad:

“he tenido siempre problemas por que me usan mi lugar” (para estacionar). HILDA1

En el caso de VICTORIA2, donde no aparecen comentarios sobre esta variable debe aclararse que es la única con patología crónica de comienzo en adulto y evolución lenta donde la limitación de la marcha, si bien es evidente, al momento de la entrevista no lo registró relevante.

“...no se pudo solucionar el problema ...de las escaleras ...del transporte...”

“...fui a dar el examen de ingreso ...me acuerdo, caminando... con un esfuerzo sobrehumano y con ayuda, después me acostumbré a la silla, ya era más grande y mucho más piola, los aparatos los usaba... (expresa que en realidad no los usaba) Iba al colegio con aparatos, en micro”.

“Pero ya ahí ya tuve el auto. El primer año me llevaba mi viejo, ab... me subían la escalera, entre todos me subían...” MALENA3

“...yo podría citar como dos momentos, el tema del estacionamiento que tampoco lo conseguí y el tema de la firma que

bueno...” (Se refiere a un problema de dificultad severa para estacionar el auto y firmar los ingresos y egresos del hospital donde pese a sus reclamos reiterados no se lo resolvieron hasta que decidió utilizar muletas en lugar de la prótesis y obtuvo un cambio de actitud) DORA4

“...como obstáculos ...siguen siendo de toda la vida y cada vez me indigno más... son las barreras arquitectónicas...” ANA5

“me subía a un colectivo y viajaba colgada. Yo he viajado colgada en los colectivos” MIRIAM6

En MARIA7, también se registra una ausencia de relevancia para esta variable. No la nombra pero se estima de la misma trascendencia que en MIRIAM6, porque son personas que han utilizado en forma importante los medios de transporte públicos con evidente adaptación.

Es obvio que la dificultad de la accesibilidad y los desplazamientos en medios de transporte se relacionan con el grado de dificultad, no obstante, en general es un tema de crítica aunque se hubiera resuelto en todos los casos, las posibilidades de adquirir vehículos a través de subsidios y beneficios de ley es un recurso buscado, utilizado y reclamado. La solidaridad de la comunidad aparece como otro recurso alternativo frecuente y aceptado como conducta moralmente válida en las figuras de los compañeros, los amigos, los conocidos, los que tienen un problema similar o no. Surge de los relatos una actitud entre el cumplimiento de la norma y la tolerancia que facilite la calidad de vida de la persona con dificultades. En todos los casos menos uno, adquirieron el automóvil con el descuento de ley.

La red social, que incluye el acceso a los tratamientos médicos y de rehabilitación, tanto público como privado y las modificaciones en las conductas de las personas en estudio y de los que con ellos interactúan se dibujan en una trama de situaciones donde aparecen las figuras señeras, modelos a seguir, familiares o no, en la infancia o en la vida adulta pero que habilitaron fuertemente el camino de acceder a una profesión de la salud. En general se observa que los ambientes de permanencia obligados han influido en forma rotunda.

Algunas de las entrevistadas reconocen la situación de discapacidad frente al paciente como una estrategia diferente al resto de los profesionales (MIRIAM6, MALENA3 y MARIA7) y también lo sugiere VICTORIA2. Se observa asimismo un hábito de aceptación con quienes comparten diariamente sus actividades, a tal punto que dichas secuelas en la práctica y en este ámbito restringido, “desaparecen”.

f – Discriminación

No es lo mismo cuando enfrentan situaciones de discriminación que, en rigor de verdad, no han surgido en los relatos como variables relevantes ya que son escasas las experiencias relatadas:

En la entrevista de HILDA1, hay un episodio más bien de consejo que de separación: *“Yo quería hacer ortopedia pero se me hizo ver que no iba a poder, inclusive mi mismo tío médico, fue el que me hizo ver que yo iba a tener dificultades para ortopedia”* HILDA1

Aquí, le marcan las limitaciones para ciertas especialidades médicas, que obviamente no las tienen, como se demuestra en el pormenorizado relato de MIRIAM6 para la misma especialidad: *Eran cuatro médicos, todos varones, y...yo les ayudaba en el quirófano a operar...jamás me hicieron a un costado porque yo fuese una mujer con ansias de ser cirujana...*

Por otra parte relata otro episodio de objetiva segregación: *Esa fue la primera vez que sentí la discriminación.*

...yo iba a entrar como médica de guardia de los domingos...

-Bien...pero hay un inconveniente... (dice la profesional que estaba realizando el preocupacional),- yo la miro...dígame...-usted no puede hacer guardia...(le insiste)- perdón...puedo saber porque

- Usted no puede hacer guardias hospitalarias con una secuela de polio (le remata)

Entonces yo la miro...me quedé petrificada... y le digo...- que lástima Dra. no haberla conocido antes...y entonces me dice:- ¿por qué?...con un tonito de asquerosa la gorda inmundada esa... ¿por qué?...me hubiera evitado tantos años de guardia Dra...Y entonces me dice: -Dra., hacer guardias en Clínicas no es lo mismo que hacer guardias en un hospital... entonces dije: - Sabe una cosa Dra., jamás hice guardia en una clínica..., siempre hice guardia hospitalaria... y le digo más...los ascensores más de una vez no funcionaban y hemos subido gente con camilla adultos desde la planta baja hasta el cuarto piso... Pero bueno, está bien Dra., si usted piensa que yo no estoy en condiciones de hacer la guardia, vea... usted sabrá... Una sensación horrible sentí obviamente.

El otro episodio correspondiente a HILDA1 es mas un exabrupto desconsiderado de bronca por parte de un paciente que un hecho discriminatorio en si: *Si, pero por ahí me agarró lo de mi renguera, me la mandó... (El paciente utilizó el defecto de la Dra. para insultarla)*
Me empezó a insultar en inglés.

En el caso de MALENA3, lo primero que aparece es una norma obsoleta y discriminatoria per se (para la docencia) *Vos ¿querías ser maestra?*

No me daban el título...para mí en ese momento... (Se refiere a las normas en esa época que regulaban el ingreso con relación a los defectos físicos)

..., yo me imaginaba siendo una maestra, quería seguir

magisterio y ahí me empecé a enterar, que se yo... Saavedra 15.... ...con el pie plano y la altura...

... o con el profesorado iba a tener problemas...

Y luego aparecen los prejuicios tradicionales sobre la imagen del cuerpo que se hacen evidentes en eventos de la bandera, etc.

“El promedio daba, pero la sillita...”(como estaba en silla de ruedas no debía ser vista). MALENA3.

En la legislación aparecen las modernas normas que afortunadamente minimizan por ser ilegales, esos episodios dolorosos que se observan en el relato.

Aparece si, un acto de explotación mas de orden laboral que por las características personales: *“Me hacían laburar hasta los domingos” (en un empleo que tenía) MALENA3.*

El comentario sobre que los psicólogos no pueden atender niños en sillas de ruedas o con problemas físicos se enmarca en los mismos criterios de las normas docentes que mas de uno los tiene incorporados como imaginario social sin ninguna razón. Me remito a la nueva legislación que en los últimos 20 años ha modificado, no solo la norma sino ese imaginario social, al menos en los ámbitos profesionales: *“...había psicólogos, pero para atender niños y que en mi caso, no podría...”(en la entrevista de un empleo público al que aspiraba) MALENA3.*

En el caso de DORA4, no hay episodios de discriminación pero aparece la sospecha de diferencias por el género para ingresar al servicio, pero sin relevancia porque parece ser algo del pasado y por otra parte afirma categóricamente:

“No, en realidad no, le digo sinceramente, no. No me ha pasado”. DORA4

También es muy clara la experiencia de ANA5:

“...que te puedo decir...yo me acuerdo...anécdota, yo no diría que rechazos y discriminaciones...yo no tengo registrado, ni por mujer, ni por judía...ni por discapacidad.”

En cambio aparece un claro ejemplo en el relato de MIRIAM6 (ya referido in extenso):

“Hubo un intento de discriminación por mi secuela de polio cuando tuve que hacer el preocupacional para la Municipalidad.. Esa fue la primera vez que sentí la discriminación.

- Usted no puede hacer guardias hospitalarias con una secuela de polio.

Fue la primera vez en mi vida que sentí la discriminación. Real discriminación.

Ya en esos momentos los mecanismos de protección para estas minorías y otras estaban en vigencia y se resolvió rápidamente. Se debería realizar una diferencia entre la ignorancia y la verdadera discriminación, aunque tienen los mismos resultados y en ocasiones una es causa de la

otra.

Esta visión, de la ignorancia de los otros, la hace MARIA7 cuando se refiere a lo ofensivo e hiriente en estigmatizar al otro como un acto de crueldad según se desprende de sus experiencias, pero lo marca como una discriminación cultural en el caso del género muchísimo mas peligrosa y mas difícil de erradicar.

“Yo te digo que recién con nuestros hijos puede llegar a pasar esto pero hay... hay... no se borra fácilmente.” MARIA7.

Las comunidades tienden a ser contenedoras de sus iguales y segregadoras de los diferentes, aun así todas ellas presentan grupos de diversidad con gran inclusión que se fundamenta en las relaciones personales y la superación por el conocimiento mutuo de las diferencias. En las grandes urbes, este fenómeno es notorio para los diferentes colectivos donde se incluyen las personas con necesidades especiales.³¹

Antes de desempeñarse en estas “áreas continentales” y aún en ellas, estas personas, acuñan en su biografía los intentos por resolver el rasgo principal que le confiere el atributo de discapacitada y también el registro de situaciones discriminatorias o de conductas particulares. Esto surge repetidamente en las historias de vida en análisis. Solo en los casos que padecen secuelas se observan rasgos de superación de la disfunción y una integración a lo cotidiano de modo tal que pertenece a la biografía, a lo sucedido. Como si no fuera parte de su presente, de hecho se observa el uso de los verbos en pasado casi completamente.

En cambio, la actitud de enfrentamiento con el problema en el presente, aparece claramente en la entrevista con VICTORIA2, no es “su” tiempo para hacer balance de la deficiencia, ésta está sucediendo; y todos los modos de la resiliencia se encuentran en vigencia: (ver marco teórico)

...“trato de mantener... eh... en buen estado la carrocería interna y externa y para eso sirve todo ¿no? Desde el psicoanálisis, la religión, los amigos, los afectos, todo.”

.....“siga sintiendo, no solo psicopedagoga, no solo discapacitada, sino también mujer, persona, ser humano” VICTORIA2

Los atributos de la resiliencia, se encuentran en estas dos frases de VICTORIA2: Introspección (*desde el psicoanálisis, la religión*), independencia, (*y para eso sirve todo ¿no?*), capacidad de relacionarse (*los amigos, los afectos*), iniciativa, (*trato de mantener*), humor (*en buen estado la carrocería*), creatividad,³² capacidad de comprometerse con valores (*siga sintiendo, no sólo psicopedagoga, no sólo discapacitada,*

sino también mujer, persona, ser humano).

Es notable y surge de la entrevista como afloran todos los mecanismos defensivos que le permiten, mientras pueda, continuar trabajando y relacionarse efectivamente con la vida, llenándola de sentido.

Se pueden describir dos grupos de entrevistas, las profesionales que de alguna manera compitieron con los hombres, las médicas; y aquellas donde la profesión está saturada del género femenino, (psicóloga, psicopedagoga), aunque no pueden separarse características distintivas. No obstante, los pocos episodios relatados de “conflicto” de género que se registraron en las profesiones médicas pudieron transitarse casi sin dificultad debido a esta baja incidencia discriminatoria relacionada con la masiva presencia de la mujer, también en el campo médico específicamente. Como vimos al inicio, no parece casual que en las universidades y puestos de responsabilidad en el trabajo profesional, las mujeres hayan efectivamente modificado un paradigma de cien años de permanencia.

Sea como sea, como se ha dicho, en ningún caso aparece la discriminación como elemento principal, hay sí, collateralidades ya comentadas.

En todas las entrevistadas lograron identificarse aspectos comunes como parte o no de las variables reconocidas:

- Lo esforzado y duro de la infancia
- La preocupación de los padres y familiares
- El dramatismo de sus vidas
- La conformación de aspectos de la resiliencia que les permitieron de alguna manera, no sencilla, superar los obstáculos y superarse en su discapacidad, sin alcanzar la tan temida minusvalía social.
- El contexto de la atención médica permanente
- Un elemento contrastante y aparentemente contradictorio es la buena aceptación de los tratamientos médicos, ya que pese a todo, sigue vigente el recuerdo de una infancia feliz, lo que sugiere en definitiva una aceptación de la discapacidad.

Esta aceptación de la discapacidad contribuye y se complementa con lo sucedido en muchas personas sin discapacidad, que han reconocido los cambios sociales producidos en estos años con respecto a aceptar las diferencias. Esto sucede particularmente en las personas que trabajan con los discapacitados físicos como se postuló al comienzo en el marco teórico y también lo contrario como en el buen ejemplo que se cita un poco más ade-

31- Ley 22 GCABA

32- “Se me va el día, hago cerámica, aunque ahora haga poca últimamente, pero bueno, siempre hay alguna cosa que me gusta hacer en lo artesanal VICTORIA2

lante con MALENA3.

Es ésta también una buena explicación de porqué algunas personas con discapacidad física adquieren vocación de realizar actividades relacionadas con sus secuelas; ya que pueden utilizarse su desventaja para organizar su vida en ámbitos donde es reconocida como una igual, como se observa en algunos de los casos relatados.

- Se destaca la necesidad y aceptación de ayuda por parte de los otros, en principio la propia familia, y las “facilidades” que otorga la discapacidad con relación a la visión solidaria de la gente, de las instituciones y de las leyes. Esto último, la existencia de la ley y de la protección de los derechos es un elemento relevante.

- Otro elemento es el desarrollo de las relaciones con quienes los rodearon en distintos momentos de sus vidas, desde la discapacidad y desde la profesión que ejercen, es en este último aspecto, el desempeño de su profesión, donde se observan algunos elementos descriptos previamente como la evidente humanización del gesto y la actitud del profesional frente a los pacientes así como la resignificación de las palabras cuando se cambia el contexto de la relación, como refiere MIRIAM6: “*había un montón de cosas ... como por ejemplo... el traumatólogo decía: -pero dejate de embromar, si esto no te duele.., y le estaban retorciendo la pata al chico...*” y MARIA7: “*yo trato de ponerme en el lugar de la otra persona y de pensar realmente que es lo que está viviendo cuando yo le digo algo, para no herirlo... eso lo trato de hacer, a diario, soy muy... en ese detalle soy muy pendiente, porque ..., no porque , si obviamente porque me han herido en algún momento pero... trato de que la persona recepcione lo mejor posible lo que yo le estoy diciendo, entonces yo no se si, si todos hacen lo mismo*”

- El acceso a la educación, al trabajo, a la recreación, íntimamente relacionado con las facilidades en el transporte, fueron fundamentales en el contexto de sus vidas.

- Aquellos momentos más duros relacionados con su discapacidad que fueron vividos como discriminatorios, aparecen en MALENA3, en los momentos en que aún no podía reaccionar, por la edad, por la inexperiencia ...” y a mí me tocaba ir... No,... porque con sillitas (*de ruedas*) no se podía... y me sentí mal, pero no lo defendí... no, yo era tan distinta”. Aún no había adquirido, como sostiene F. Davis, (citado por Goffman) esa experiencia a su favor de la relación con los otros.

Aparece también en MIRIAM6: “*Hubo un intento de discriminación por mi secuela de polio cuando tuve que hacer el preocupacional para la Municipalidad... Esa fue la primera vez que sentí la discriminación*”.

Pese a todo, en algunos casos puede permanecer la secuela irremediable independientemente de una existencia rica en contenidos y sentidos, por que va mas allá de lo físico: las experiencias de la soledad institucional, como lo describe ANA5: “*lo más pesado que me pasó, no fue la polio... fue el hospitalismo*”

Antes de concluir, y en la recorrida de las variables repetidas y los aspectos comunes de estas personas, es lícito recalcar el conocimiento que en ellas surge de que la vida tiene un sentido, como un motor que facilita su tránsito.³³

Conclusiones

Al inicio se nos planteó la paradoja de no poder demostrar las variables que explicaran el porqué, estas mujeres en particular, lograron resolver de alguna manera su destino. A medida que se fue desarrollando la experiencia y se analizaron los datos quedó claro que el objetivo se alcanzó sin dudas, las variables se fueron saturando naturalmente.

Sin el afecto de los suyos y la solidaridad social, sin los valores que les inculcaron de esforzarse para quebrar la adversidad, lo que a su vez les permitió soportar los largos y dolorosos tratamientos, asimilar la mirada y el gesto discriminante y sostenerse en los vaivenes de la sociedad argentina de los últimos años, estas mujeres se encontrarían inmersas en la estadística comentada a lo largo del trabajo, siendo parte del impacto social de la discapacidad en nuestra sociedad.

De alguna manera este grupo, relativamente homogéneo, nos señala un camino, una estrategia de vida y de conducta que evite que la minusvalía continúe siendo una epidemia.

Ni el género ni la discapacidad fueron para estas mujeres impedimentos relevantes. Todas desarrollaron mecanismos de personalidad tales, resilientes diríamos, que aquellos “estigmas” tradicionales, como fue revisado al inicio, pasaron a planos casi imperceptibles en las circunstancias de acceder al trabajo, integrarse en una familia y lograr el crecimiento personal.

En algunos casos esa accesibilidad a su desarrollo fue facilitada por la discapacidad, gracias al esfuerzo y la

33- “Quien tiene un por que para vivir puede soportar casi cualquier como”. Nietzsche.

34- Amar al prójimo o amar al semejante, parecen ser los principios éticos básicos en que se fundan estas actitudes sociales, se propone, como otros, reinterpretarlos con un sentido complementario a nuestra tradición judeo cristiana: no sólo amar a tu prójimo sino también a tu distante. Es interesante relacionar las palabras Prójimo = Próximo = Semejante = parecido a mi y distante = alejado = distinto de mi.

La estrategia de la no discriminación no pasa por hacer de los no iguales parte de nosotros, tiene su eje en aceptar a los “distintos” como parte integrante de derechos y obligaciones, en la misma comunidad.

lucha de los que, en los últimos 20 años, promovieron, favorecieron, instalaron y legislaron sobre el tema, conformando un nuevo valor social, el respeto al diferente.³⁴

El trabajo no sólo determinó las variables en juego, sino que estas variables, parecen instaurarse como estrategias a promover en el campo de la salud pública, ya que permitieron aclarar en cuales aspectos de la discapacidad se debe actuar en forma fuerte: **la educación** (léase todas las variantes posibles incluyendo la transmisión de los valores familiares) y **la existencia de redes solidarias con conductas sociales positivas**.

Este último aspecto incluye:

La promoción del respeto y reconocimiento de las personas con discapacidad.

El riguroso cumplimiento de las leyes específicas.

El fortalecimiento de las instituciones de salud fundamentalmente para la prevención, tratamiento y rehabilitación (las figuras del Hospital de Niños y de los Institutos de Rehabilitación son dos actores institucionales de relevancia en las historias de estas mujeres, en distintas etapas de sus vidas).

Finalmente, para pretender una sociedad más justa y equitativa, deberíamos reflexionar sobre los bordes de esa sociedad, sobre la diferencia entre la inclusión y la exclusión. El conjunto discapacitados y mujeres, inicia su vida con desventajas relativas de gran impacto social, en nuestro trabajo recorrimos los mecanismos y los trucos por cómo y dónde, ese impacto pudo minimizarse e incluso soslayarse, contribuyendo de esta manera a esa reflexión fundacional.

REFERENCIAS - MARCO TEÓRICO

- Arrizabalaga P., Valls-Llobet C. Mujeres Médicas: de la incorporación a la discriminación. *Medicina Clínica* 2005; 125:103-107.
- Bourdieu P. La dominación masculina. Ed. Anagrama. Barcelona. 1999.
- Castillo E. y Vasquez M.L.. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Ed. Colombia Médica. 2003; 34: 164-167
- Cibeira J.B. Bioética y Rehabilitación. 1997. Ed. El Ateneo. Pág. 135.
- Cruz de Brito J. Enfoque de género e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho. *Cad. Saude Pública*, Rio de Janeiro. 16(1):195-204, jan-mar, 2000.
- Deslandes S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saude Coletiva*, 9(1): 7-14, 2004.
- De Souza Minayo M. C. El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud. 1997 Ed Lugar Editorial.
- Devandas Aguilar C. Mujeres jóvenes y discapacidad. Foro de los derechos humanos de las personas con discapacidad. Panel V Future perspectives on the promotion of gender equality: through the eyes of young women and men. Commission on the Status of Women. Forty-ninth session. United Nations. New York, 28 February – 11 March 2005.
- Equipo latinoamericano de Justicia y Género. Informe sobre Género y derechos de las mujeres en Argentina. 1ra Edición. Buenos Aires. Biblos. ELA, 2005. Goffman E. Estigma. La identidad deteriorada. 1998. Ed. Amorrortu.
- Kotliarenco M. A. Cáceres. I Fontecilla M. Estado de Arte en Resiliencia. OPS/ OMS Centro de Estudios y Atención del Niño y la Mujer. Julio, 1997. Pág. 13.
- La discapacidad en la Argentina. Un diagnóstico de situación y políticas públicas vigentes al 2005. Fundación PAR. 2005.
- Lorente Molina B. Género, Ciencia y Trabajo. Las profesiones feminizadas y las prácticas de cuidado y ayuda social. *Scripta Ethnologica* 26. 2004.
- Llovet J.J. Transformaciones de la profesión médica: un cuadro de situación al final del siglo. *Salud, Cambio Social y Política. Perspectivas desde América Latina*. Bronfman M., Castro R. Coordinadores: 335-349.
- Mendes Diz A.M. Estrategia de recolección de los datos: la entrevista activa. El riesgo de los jóvenes. Una alternativa de vida. Editorial Corregidor. 2001.
- Necchi S. La cuestión de género y su vinculación con el campo de la salud. *Medicina y Sociedad*. Vol.23- Nº3 – julio-septiembre 2000.
- Resiliencia, tendencias y perspectivas. Ediciones de la UNLa. 2004.
- Seminario Internacional sobre aplicación del Concepto de Resiliencia en Proyectos Sociales. Ediciones de la UNLa. 2004.

Patologías más frecuentes tratadas en consultorios externos de Fisiatría

Angélica T. Pascual¹, María E. Sgobba¹, Ana M. Barciela², Omar A. Cabrera³

Resumen

Introducción: La actualidad laboral presenta posibilidades frecuentemente vinculadas al comercio y la administración. Un elevado número de trabajadores, incluyendo amas de casa y jubilados activos, se enfrentan a rutinas de poca exigencia física y apariencia cómoda pero que producen, con el tiempo, dolencias de distinta gravedad. Para evitarlos desde la prevención y tratarlos adecuadamente es necesario conocer la real magnitud de su incidencia.

Material y método: Fueron evaluados 2801 pacientes desde noviembre de 2006 hasta diciembre de 2007, analizándose las causas de sus dolencias. Sobre 1096 pacientes se registró, además, el sexo, la edad y la actividad laboral o cotidiana.

Resultados: El 64,1% fueron mujeres y 35,9 % hombres, con un promedio general de 47,8 años.

Entre los motivos de consulta se destacaron las cervicalgias (28,7%) y lumbalgias (18,3%), ambas relacionadas con actividades laborales actuales como repositorios, cajeros, vendedores y operadores de PC. Se halló una alta incidencia en amas de casa y empleadas domésticas.

Discusión y conclusiones: Se deben realizar todos los esfuerzos posibles en la prevención de enfermedades cervicales y lumbares relacionadas con posturas y rutinas inadecuadas y/o actitudes desfavorables, otorgándole atención preponderante a la población femenina. Se propone la elaboración de un protocolo de prevención.

Palabras clave: Fisiatría, cervicalgia, lumbalgia, medicina laboral.

Summary

Introduction: Today's laboural reality presents possibilities frequently linked to commerce and administration. A high number of workers, including house wife's and retired person who kept on activity, are dealing with routines with a low physical effort demand, seemingly comfortable, but as the time goes by, they produce postural deformities/changes in different degrees. To avoid them throughout prevention and to treat them in a proper way, it is necessary to know the actual magnitude of their incidence

Materials and method: Since November 2006 up to December 2007 2801 patients were evaluated, analyzing their pain causes. In 1096 cases their age, sex and labor or daily activity were registered.

Results: 64.1% were found to be female and 35.9% were male. The more repeated reasons for consulting were Cervicalgias: (28,7%) y Lumbalgias (18,3%) both related with laboral activities such as cashiers, salesmen and PC operators, housewife and domestic service.

Discussions and conclusions: All efforts must be done on the prevention of cervical and lumbar problems related with a bad posture and inadequate routines and/or desfavorable attitudes, with a special attention on the female poblotion. A protocol for prevention is proposed.

Keywords: cervialgia, lumbalgia, physiatrist, laboral medicine.

Introducción

Todo movimiento comienza con una estabilidad axial, sin la cual no hay equilibrio neuromecánico. La vida moderna presenta nuevas actividades que producen viejos dolores. Nuevas actividades de apariencia cómoda, como el operador de computadora, y otras no tan nuevas ni tan cómodas (como barrer o levantar pesos) pro-

ducen trastornos posturales: la acción de la gravedad sigue rigiendo el equilibrio extrínseco o mecánico postural del ser humano.^{1,2}

De los diferentes motivos de consulta al médico fisiatra en consultorios externos, las cervicalgias y lumbalgias suelen ser las más frecuentes.

La historia laboral del paciente y las actividades de la vida diaria (A.V.D.) son muy importantes. Los esfuerzos mal realizados y las posturas inadecuadas que se repiten en el tiempo son causas de dolores cervicolumbares.

Cuando existe compromiso de varios discos, los cambios

Correspondencia: angelicapascual2002@yahoo.com.ar

Recibido 7-5-08

Aceptado 2-6-08

en su configuración y la disminución de su altura producen alteraciones en los cuerpos vertebrales adyacentes y en la alineación normal de la columna cervical. La altura de la columna cervical se reduce y la curva lordótica normal puede disminuir, rectificarse o incluso invertirse³.

Las posturas que manifiestan hiperlordosis y no favorecen la cifosis lumbar son causantes de un número importante de lumbalgias. Acciones como levantar cargas o hacer la cama con extensión de rodillas, producen lordosis. El embarazo, la obesidad y los tacos altos, entre otros factores, producen una hiperlordosis que genera una sobrecarga sobre la columna posterior (Síndrome de sobrecarga anormal crónica, SAC, Síndrome de movilidad anormal crónica, MAC, y Síndrome de disfunción lumbosacra latente)¹.

El objetivo del presente trabajo fue analizar, en nuestro medio, los motivos más frecuentes de consulta al médico fisiatra en relación con el sexo, la edad y la actividad laboral, a fin de sistematizar en un futuro las medidas necesarias para el tratamiento y prevención de las patologías asociadas.

Material y método

En el presente estudio se incluyeron los datos obtenidos de las fichas de registro de todos los pacientes (2801) que concurren a las consultas de fisiatría de los autores en Capital Federal y la Provincia de Buenos Aires, desde noviembre de 2006 hasta diciembre de 2007. Se excluyeron del trabajo pacientes con lesiones tumorales, parálisis cerebral, síndrome de Down, T.E.C. y secuelas de fracturas.

Se estudiaron los **motivos de consulta** del total de 2801 pacientes. En un subconjunto de 2404 pacientes se discriminaron además el **sexo** y la **edad**. A su vez, en un subconjunto de este último, de 1096 pacientes, se analizó también la **actividad laboral** (Tablas 1 y 2).

Las actividades laborales o cotidianas discriminadas fueron: Tareas domésticas, Jubilados, Operadores de p.c., Vendedores, Cajeros, Estudiantes, Repositores y "Otras actividades". En "Tareas domésticas" se incluyeron los pacientes que manifestaron ser amas de casa o empleadas domésticas.

A todos los pacientes se les enseñaron posturas adecuadas para sus actividades de la vida diaria¹. Cuando se consideró necesario se les indicó, además, sesiones de kinesiología.

Todos los pacientes habían sido derivados por otros médicos especialistas para su tratamiento (reumatólogos, traumatólogos, neurólogos y clínicos), por lo que se mantuvieron los tratamientos farmacológicos que los pacientes estaban realizando.

Se utilizaron los programas estadísticos Excel con XLS-TAT v.7.5.2, StadiS v.1.5, Statgraphics Plus v.5.1 y Statssm. Se aplicaron las pruebas de significación indicadas según el número de casos, la escala y el tipo de medición (chi-cuadrado para bondad de ajuste e independencia)^{4,5}. Se consideró un valor de significación estadística $p < 0,05$. En las pruebas chi-cuadrado con grado de libertad igual a 1 se efectuaron las correcciones de la continuidad de Yates⁴.

Resultados

De 2404 pacientes, 64,1% fueron mujeres y 35,9 % hombres (Gráfico 1), con una edad promedio de 47,8 años, intervalo de confianza 0,95 [47; 48,6] años⁶, con rango etario de 5 meses a 94 años, desvío estándar 20,1, moda 37,3 y mediana 46,1 años (Tabla 2).

Gráfico 1. Pacientes según el sexo

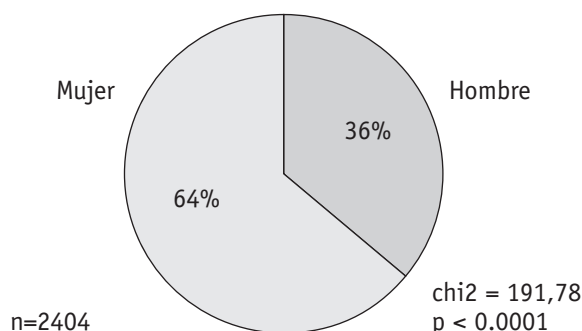
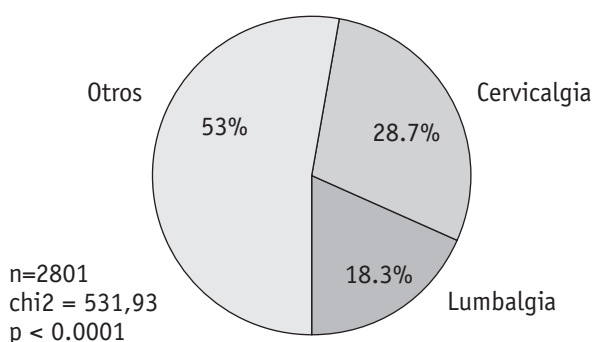


Gráfico 2. Motivos de consulta



Los motivos de consulta más frecuentes fueron cervicalgias y lumbalgias. Del total de 2801 pacientes atendidos (Tabla 1 y Gráfico 2), 28,7% presentaron cervicalgia, 18,3% lumbalgia y el resto, 53%, otras dolencias (periartritis de hombro, tendinitis de miembro superior, síndrome del supraespinoso, epicondilitis, síndrome del túnel carpiano, rizartrosis, gonartrosis, síndrome meniscal, esguinces de rodilla y tobillo, desgarros musculares y fascitis plantar).

En relación a la actividad laboral o cotidiana se obtuvieron los siguientes porcentajes: Tareas domésticas 17,7%, Jubilado 15,8%, Uso de p.c. 11,6%, Vendedor 13,6%, Cajero 2,4%, Estudiante 6,7%, Repositor 5,9% y Otras actividades 26,3% (Tabla 1).

Cervicalgia: De los 2404 pacientes en los que se discriminaron edad, sexo y motivo de consulta, 718 manifestaron padecer dolor cervical. En el gráfico de cervicalgias en relación al sexo (Gráfico 3), se destaca la preponderancia significativa de las mujeres (76%).

En el Gráfico 5 puede observarse que, en relación a las actividades laborales, el número de mujeres que consultó por cervicalgia supera al de hombres en todas las modalidades exceptuando "Repositor". Las amas de casa y empleadas domésticas constituyen el 21,8% del total de pacientes que consultaron por cervicalgia (Tabla 1), aunque, remitiéndonos a las pruebas realizadas, vemos que los operadores de p.c. (mujeres y hombres) presentan mayor probabilidad de consultar por esa dolencia, con significación estadística. En efecto, "Uso de p.c." ($\chi^2=26,58$; $p<0,0001$) y "Tareas domésticas" ($\chi^2=4,68$; $p<0,031$) tienen prevalencia de cervicalgia estadísticamente significativa. Las actividades relacionadas menos frecuentemente con consultas por cervicalgia son "Estudiante" ($\chi^2=5,30$; $p=0,021$) y "Otras actividades" ($\chi^2=10,89$; $p=0,001$). El resto de las modalidades presentan frecuencias no significativas, considerando siempre la suma de mujeres y hombres.

Como puede observarse en la Tabla 2, el rango etario de mayor consulta por cervicalgia es el intervalo [20;49] años, con prevalencia significativa del sexo femenino (73,6%, $\chi^2(\text{bondad de ajuste})=91,07$; $p<0,0001$).

Considerando la suma de mujeres y hombres, las edades de pacientes con mayor probabilidad de consultar por cervicalgia están entre 30 y 39 años ($\chi^2=7,86$; $p=0,005$), siendo las de menor probabilidad las menores de 20 años ($\chi^2=28,51$; $p<0,0001$). Los otros intervalos de edades no muestran asociación significativa con "cervicalgia".

Gráfico 3. Cervicalgia según el sexo

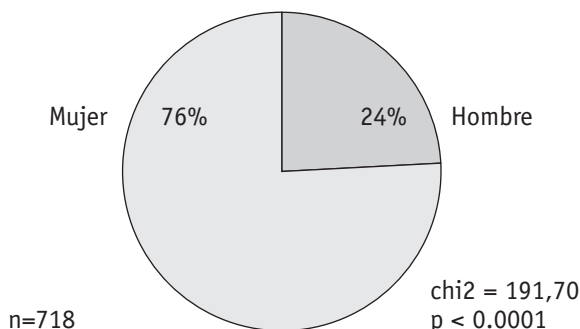
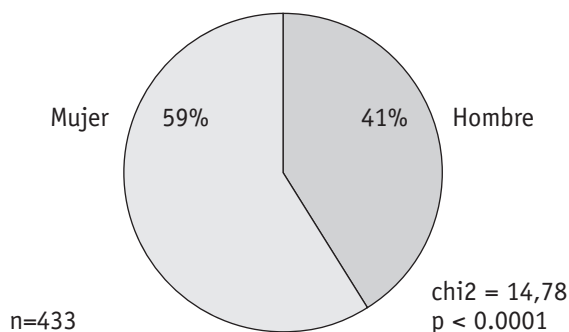


Gráfico 4. Lumbalgia según el sexo



Lumbalgia: De los 2404 pacientes en los que se discriminaron edad, sexo y motivo de consulta, 433 presentaron dolor lumbar. En el gráfico de lumbalgia en relación al sexo (Gráfico 4), se destaca nuevamente la preponderancia femenina (59%).

En forma estadísticamente significativa, la modalidad "Repositor" es la que tiene, sumando hombres y mujeres, mayor prevalencia entre las consultas por lumbalgia ($\chi^2=8,04$; $p=0,005$) y "Estudiante", la menor ($\chi^2=7,74$; $p=0,005$) (Gráfico 6). Las demás modalidades no presentan valores significativos, es decir, no contradicen la hipótesis de independencia actividad-lumbalgia.

En relación a la edad (Tabla 2), poseen mayor probabilidad de consultar por lumbalgia los hombres y mujeres de 30 a 39 años ($\chi^2=4,59$; $p=0,032$) y de 40 a 49 años ($\chi^2=4,62$; $p=0,032$). Sumando ambos intervalos puede observarse una leve pero significativa mayoría femenina (58,5%, $\chi^2(\text{bondad de ajuste})=5,26$; $p=0,022$). Las personas menores de 20 años tienen menor probabilidad de consultar por lumbalgia ($\chi^2=13,19$; $p=0,0003$). Los intervalos etarios no mencionados poseen frecuencias sin significación estadística.

La Tabla 2 y los polígonos de frecuencias absolutas suavizados del Gráfico 7 muestran una tendencia a la consulta por lumbalgia con importante uniformidad desde los 25 a los 75 años, en dos mesetas delimitadas por los 55 años. En cambio, las consultas por cervicalgia tienden a concentrarse entre los 25 y 45 años.

Discusión y conclusiones

Como fortalezas de este trabajo mencionamos la cantidad de pacientes atendidos y que todas las observaciones fueron realizadas por el médico fisiatra. Son puntos de ajuste la falta de una clasificación más robusta de las actividades laborales y el hecho de no haber obtenido todos los datos en todos los casos.

Más allá de las mejoras ergonómicas que se fueron realizando en el uso de p.c. (por ejemplo, ya no se utilizan las mesas con una tarima de elevación para el monitor), continúan viéndose en los consultorios las consecuencias del “mentón elevado” durante tiempos excesivos y en actitud de tensión, posición adquirida, por ejemplo, al utilizar anteojos de lectura apoyados lejos de la cara, cambiando la dirección visual reiteradamente del teclado o el papel al monitor. Dicha postura produce la extensión de la columna y la consecuente inestabilidad, generándose disminución de los espacios vertebrales y dolor. Contrariamente, el mentón en hiperflexión produce estabilización de la columna cervical superior, colocando el sistema vestibular paralelo al suelo¹ (como los boxeadores y los golfistas). La flexión de la cabeza es muy importante porque produce apertura de los forámenes y la consecuente liberación de la columna posterior. La posición cefálica adecuada está asociada al mentón recogido y la flexión leve del cuello.

La silla elevada es causa de lordosis: el asiento menos querido del colectivo, situado sobre la rueda, termina siendo el más conveniente. Un asiento inadecuado puede producir lumbalgias en los operadores de p.c. Las posiciones forzadas de la persona sentada que intenta mantenerse derecho tampoco ayuda, pues aumentan en sedestación las curvas de la columna y pronto se abandonan. La posición relajada es la más conveniente porque la persona descansa sobre los ligamentos en cifosis⁷. Largas horas de actividad con la computadora, sin descansos imprescindibles ni ejercicios de relajación muscular, provocan actitudes que empeoran los efectos de las malas posturas.

Entre los operadores de p.c., es notoria la mayoría femenina. En la modalidad “Uso de p.c.” de la Tabla 1 se ve una relación 50 a 12 en consultas por cervicalgia de mujeres y hombres respectivamente, versus 12 a 9 por lumbalgia y 31 a 13 por otras sintomatologías. Los porcentajes de mujeres son, respectivamente, 80,6%, 57,1% y 70,5%.

El Gráfico 6 muestra a los repositores, mayoritariamente hombres, realizando esfuerzos inadecuados, como el habitual levantamiento de objetos pesados sin flexionar las rodillas. Las mujeres jubiladas duplican a los hombres (también es mayor su expectativa de vida) y las tareas domésticas vuelven a destacarse. Los hombres vendedores son muy frecuentes y, en “Otras actividades”, los mecánicos de autos y operarios.

Los porcentajes de consultas por cervicalgias y lumbalgias presentados en este escrito, coinciden con los registrados en el trabajo prospectivo “Satisfacción de los pacientes

con cervicalgia y lumbalgia en un servicio de rehabilitación”, del Hospital García Orcoyen de Navarra⁸:

- En nuestro trabajo: sobre 1151 pacientes, 62,4% consultaron por cervicalgias y 37,6% por lumbalgias.
- En el trabajo de Navarra: sobre 273 pacientes, 64,5% presentaron cervicalgia y 35,5% lumbalgia.

La prueba Z para dos proporciones^{4,5} ($Z=0,65$; $p=0,519$) confirma la falta de significación de la diferencia entre los valores de ambos trabajos.

Existe además una coincidencia importante en relación a la edad promedio de la suma de los pacientes que presentaron cervicalgias y lumbalgias: 47,9 [46,8; 49] años en este trabajo (Tabla 2) y 48,5 [20; 81] años en el hospital de Navarra. En dicho hospital, la relación de las sintomatologías con las actividades de la vida diaria no alcanzó significación estadística.

En el “Estudio etiopatogénico de la cervicalgia en la población general basado en la exploración física” (Guadalajara, 1999)⁹, se expresa la siguiente conclusión: “Se demuestra una mayor incidencia de cervicalgias en los pacientes nacidos en las décadas 50 y 60”, es decir, personas que tienen actualmente entre 38 y 58 años. Esos valores son muy cercanos a los de nuestra presentación, pues las edades con mayor frecuencia de consulta por cervicalgia están entre los 20 y 49 años, adquiriendo significación estadística de 30 a 39 años. En el trabajo de Guadalajara también existe mayoría femenina de pacientes con cervicalgia, aunque en distinta proporción: 63% en Guadalajara ($n=289$), versus 76% en nuestra experiencia ($n=718$). La diferencia entre dichas proporciones es significativa ($Z=4,17$; $p<0,0001$).

Los motivos más frecuentes de consulta en consultorios externos de Fisiatría son las cervicalgias y lumbalgias. Están relacionados de manera estadísticamente significativa con el sexo (prevalencia femenina), la edad (mayor frecuencia de consulta entre los 30 y 49 años) y la actividad laboral o cotidiana (elevados porcentajes de consulta en operadores de p.c., repositores y tareas domésticas).

Los frecuentes dolores de columna vertebral originados por posiciones y actitudes relacionados con las actividades de la vida diaria, nos induce a incluir como tarea fundamental la prevención.

Recomendamos profundizar y ampliar las tareas de prevención en:

- los lugares de trabajo, empezando por los operadores de p.c., fundamentalmente del sexo femenino.
- los hogares, para amas de casa y empleadas.
- los consultorios de fisiatría, principalmente jubilados y mujeres.

Para los consultorios de fisiatría, proponemos la elaboración de una guía práctica de prevención para pacientes y la creación de un protocolo de prevención que discrimine cervicalgias, lumbalgias y otras patologías, diferenciando la columna cervical superior de la inferior y los distintos tipos de lumbalgia, considerando las variables sexo, edad, profesión o A.V.D. y antecedentes clínicos.

*Hay trabajos nuevos y dolores viejos
Muchos dolores pueden evitarse*

Gráfico 5. CERVICALGIA en función de la actividad

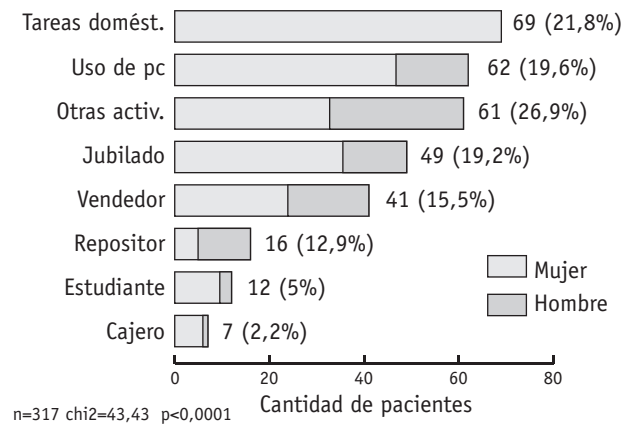


Gráfico 6. LUMBALGIA en función de la actividad

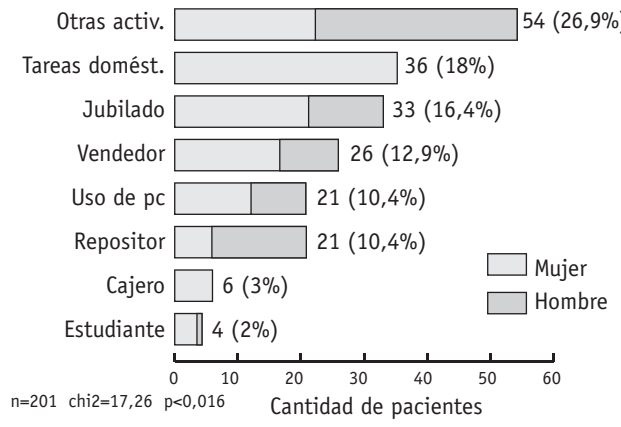
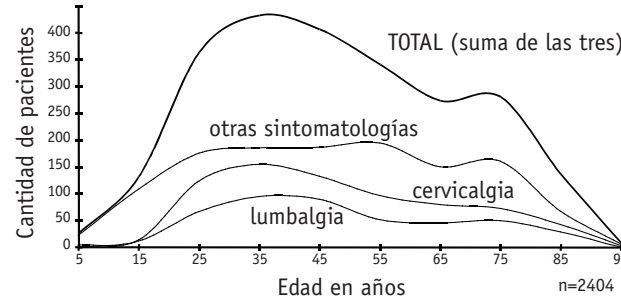


Gráfico 7. Motivo de consulta en función de la edad



BIBLIOGRAFÍA

- 1- Cibeira José B., Espagnol R.O. Dolor lumbar. Buenos Aires, El Ateneo. 1984, p.103-104-170-171-190.
- 2- Cibeira José B., Zancolli Eduardo A., Zancolli Eduardo R. Parálisis cerebral. Clínica y cirugía del aparato locomotor. Buenos Aires. El Ateneo. 1991.
- 3- Rothman Simeone, Richard. La Columna Vertebral. Buenos Aires. Panamericana. 1987, p. 477-484-489.
- 4- García Roberto Mariano. Inferencia Estadística y Diseño de Experimentos. Buenos Aires. Eudeba. 2006.
- 5- Cortada de Cohan Nuria. Diseño Estadístico (Para investigadores de las Ciencias Sociales y la Conducta). Buenos Aires. Eudeba. 1994.
- 6- Foncuberta Juan. Probabilidades y Estadística. Buenos Aires, Conicet, Ministerio de Cultura y Educación de la Nación, 1996, p. 133-144.
- 7- Cibeira José B. Cervicobraquialgias. Buenos Aires. Panamericana. 2001, p. 19-156-157-239 -244.
- 8- González Viejo M.A., Oyarzabal A., Fernández Fernández de Leceta Z., Rorinen J., Arrizabalga N., Ibáñez de Garayo E. Satisfacción de los pacientes con cervicalgia y lumbalgia en un servicio de rehabilitación. Servicio de Rehabilitación. Hospital García Orcoyen. Estella. Navarra. An. Sist. Navar. 2005, Vol. 28, Nº3, septiembre-diciembre.
- 9- A. Kazemi, L. Muñoz-Corsini, J. Martín-Barallat, M. Pérez-Nicolás, M. Henche. Estudio etiopatogénico de la cervicalgia en la población general basado en la exploración física. Centro de Fisioterapia Alíreza Kazami. Guadalajara. Rev. Soc. Esp. Dolor, 7: 2000, 220-224.

Tabla 1. Motivo de la consulta en función de la actividad

Actividad	Cervicalgia			Lumbalgia			Otros			Total	
	Mujer	Hombre	Total	Mujer	Hombre	Total	Mujer	Hombre	Total	Gral.	%
Repositor	5	11	16	6	15	21	7	21	28	65	5,9
Cajero	6	1	7	6	0	6	14	0	14	27	2,4
Vendedor	26	15	41	14	12	26	34	48	82	149	13,6
Uso de p.c.	50	12	62	12	9	21	31	13	44	127	11,6
Tareas domést.	69	0	69	36	0	36	89	0	89	194	17,7
Jubilado	35	14	49	22	11	33	73	18	91	173	15,8
Estudiante	10	2	12	3	1	4	22	35	57	73	6,7
Otras	32	29	61	24	30	54	75	98	173	288	26,3
Total	233	84	317	123	78	201	345	233	578	1096	100
Otros pacientes	312	89	401	136	96	232	395	280	675	1308	
Sin discriminar sexo			86			80			231	397	
Total gral.			804			513			1484	2801	

Chi² = 67,71 p<0,0001

Al umbral de significación Alfa=0,05 se puede rechazar la hipótesis nula de independencia entre las 8 filas correspondientes a las actividades y las 3 columnas "Total" (Cervicalgia Total, Lumbalgia Total y Otros Total). O sea, la dependencia entre los motivos de consulta y las actividades es estadísticamente significativa.

Tabla 2. Motivo de consulta en función de la edad

Edad (años)	Cervicalgia			Lumbalgia			Otros			Total Gral.	%
	Mujer	Hom.	Total	Mujer	Hom.	Total	Mujer	Hom.	Total		
0;9	1	3	4	0	0	0	9	13	22	26	1,1
10;19	11	2	13	3	8	11	57	51	108	132	5,5
20;29	93	30	123	31	35	66	83	92	175	364	15,1
30;39	112	42	154	49	45	94	89	96	185	433	18
40;49	96	36	132	58	31	89	112	74	186	407	16,9
50;59	78	18	96	29	22	51	114	80	194	341	14,2
60;69	59	20	79	35	10	45	103	47	150	274	11,4
70;79	57	15	72	33	16	49	124	36	160	281	11,7
80;89	35	7	42	19	9	28	46	21	67	137	5,7
90;99	3	0	3	0	0	0	3	3	6	9	0,4
Total	545	173	718	257	176	433	740	513	1253	2404	100
%	75,9	24,1	100	59,4	40,6	100	59,1	40,9	100		
Media	48,4	45,6	47,8	51	44,3	48,3	50,8	43	47,6	47,8	
Intervalo de conf.6	[46,8; 50]	[42,9; 48,3]	[46,4; 49,1]	[48,7; 53,3]	[41,5; 47]	[46,5; 50]	[49,3; 52,3]	[41,2; 44,7]	[46,4; 48,8]	[47; 48,6]	
Desv.est	19,1	18,2	19	18,5	18,6	18,8	21,1	20,3	21,1	20,1	
C.V	39,5%	39,9%	39,7%	36,2%	41,9%	39%	41,5%	47,2%	44,3%	42%	
Moda	35,4	36,7	35,8	42,4	34,2	38,5	72,1	31,5	51,5	37,3	
Mediana	45,8	42,6	44,9	47,8	40	45,1	51,8	40,6	47,3	46,1	

Chi² = 91,14 p<0,0001

Al umbral de significación Alfa=0,05 se puede rechazar la hipótesis nula de independencia entre las 10 filas correspondientes a los intervalos etarios y las 3 columnas "Total" (Cervicalgia Total, Lumbalgia Total y Otros Total). O sea, la dependencia entre los motivos de consulta y las edades es estadísticamente significativa.

Síndrome de Brown Sèquard. A propósito de un caso

María Carrasco Quiroz¹, José Nicanor Posse¹, María Carolina Stewart Usher¹.

Lugar: Instituto de Rehabilitación Psicofísica (IREP), Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Se presenta un caso clínico correspondiente a un paciente varón de 21 años de edad con diagnóstico de Síndrome de Brown Sèquard (ASIA) secundario a lesión raquímedular de etiología traumática. Realizó tratamiento integral de rehabilitación en el Instituto de Rehabilitación Psicofísica (IREP) en el año 2008.

Ingresa lúcido, con hemicuerpo derecho pléjico con signos de liberación piramidal, sensibilidad superficial y profunda conservada y disociación de la sensibilidad termoalgésica; incontinencia del esfínter anal y sonda vesical permanente. Sin lesiones en piel por apoyo.

El Síndrome de Brown Sèquard, incluido dentro de la clasificación de ASIA, se presenta en un bajo porcentaje dentro de las lesiones medulares traumáticas, y tiene en general un pronóstico funcional favorable, tal es el caso que en esta ocasión se reporta.

Palabras clave: lesión medular, Síndrome de Brown Sèquard, ASIA

Summary

Presentation of a Clinic case: Male 21 year old patient was diagnosed Brown Sèquard Syndrome (ASIA) after suffering a traumatic SCI. He received integral rehabilitation treatment at Psicophysical Rehabilitation Institute (IREP) in 2008.

He shows normal cognition, plegic right hemibody with pyramidal liberation signs, and preservation of tactile discrimination, vibratory, and position sensation and dissociation of thermoalgesic sensation; anal sphincter incontinence and permanent vesical catheter. No skin pressure injuries.

Brown Sèquard Syndrome, included within ASIA classification, is present in a small percentage in the group of traumatic SCI s, and generally they have a good functional prognosis, as is reported in this case.

Keywords: Spinal Cord Injury, Brown Sèquard Syndrome, ASIA classification.

Introducción

La lesión medular (LM) es, por las secuelas neurológicas irreversibles que deja, un importante problema de salud, sociocultural y familiar para quienes la padecen. La American Spinal Cord Injury Association (ASIA) incluye al Síndrome de Brown Sequard (SBS) dentro de los síndromes especiales de su clasificación de LM. Su prevalencia es rara y son pocos los casos publicados sobre rehabilitación de este síndrome. El concepto de Sd. de Brown Sèquard plus se refiere a formas incompletas de este síndrome (no se describe en la clasificación de ASIA).

El SBS fue descrito en 1849 por Charles Edouard Brown Sèquard y se caracteriza por paresia muscular, pérdida de propiocepción y trastornos vasomotores ipsilaterales y abolición de sensibilidad termoalgésica contralateral.^{1,2}

No existen en el país datos completos sobre el número de LM. En USA la incidencia total de LM es de aproximadamente 11000 casos nuevos por año y en los países europeos la incidencia es de aprox. 18 casos por millón de habitantes de los cuales se estima que el 2-3 % corresponde a SBS.^{3,10}

Afecta principalmente a pacientes de sexo masculino entre los 16 a 30 años aunque en los últimos 5 años se estima que este promedio ha subido hasta los 38 años por la mayor incidencia de casos de LM no traumática.³ Este síndrome es el de mejor pronóstico de los que se enumeran en la clasificación de ASIA y alrededor del 90% de los pacientes logra la deambulacion independiente y recupera el control esfinteriano.²

A continuación se presenta un caso diagnosticado y tratado en el Instituto de Rehabilitación Psicofísica (IREP) en el año 2007.

Caso clínico

Se presenta un caso clínico correspondiente a un paciente de sexo masculino de 21 años de edad sin antecedente

Correspondencia: carostewart@yahoo.com

Recibido 5-5-08

Aceptado 30-5-08

tes patológicos previos referidos, quien sufrió traumatismo raquímedular más traumatismo encéfalo craneano (TEC) con pérdida de conocimiento y fractura luxación de odontoides, secundario a accidente automovilístico.

En etapa aguda presentó numerosas interurrencias clínicas, entre las que se destacan neumonía intrahospitalaria y urosepsis con requerimiento de drogas inotrópicas durante 48 hs para estabilización hemodinámica. Las mismas retrasaron alrededor de 35 días la estabilización quirúrgica de la columna cervical, realizándose a posteriori artrodesis posterior con alambre de titanio, e inmovilización con halo-chaleco durante 60 días.

Ingresa al IREP lúcido, con hemicuerpo derecho pléjico (valoración de 1/5 -Daniels- para los músculos clave de miembro superior e inferior), con aumento de tono Ashworth 2, signos de liberación piramidal y sensibilidad superficial y profunda conservada. Termoalgiesia conservada.

En hemicuerpo izquierdo sólo destacaba como dato positivo la abolición de la sensibilidad termoalgésica. Los músculos clave de los miembros superior e inferior del mismo lado presentaban una ligera disminución de fuerza, con valores de 4/5 en escala de Daniels, que le eran funcionales. Con los datos clínicos precedentes se realiza el diagnóstico de Síndrome de Brown Sèquard.

En la evaluación inicial presentó escaso control de tronco en sedestación e imposibilidad para bipedestación. Sin lesiones en piel e incontinente de ambos esfínteres.

Dependiente en actividades de la vida diaria (AVD), Motor Score (MS): 47/100, Medida de Independencia Funcional (FIM): 53/126, Medida de Independencia Funcional para Lesionados Medulares (SCIM): 15/100 e Índice de evaluación de marcha para lesionados medulares (WISCI II): 2/20.

Permaneció internado para su rehabilitación en el IREP durante 128 días. Realizó actividades diarias en Kinesioterapia y Terapia Ocupacional, electroestimulación funcional (3 sesiones semanales) y aplicación de toxina botulínica para espasticidad localizada de flexores de puño y dedos de mano derecha.

Al alta de internación, logró independencia en AVD y marcha comunitaria con bastón canadiense, logrando subir y bajar rampas y escaleras. Continente en ambos esfínteres.

MS: 90/100, ganancia MS: 43, FIM: 123/126, ganancia FIM: 70, SCIM: 94/100, ganancia SCIM: 79 y WISCI II: 19/20, ganancia WISCI II: 17.

Discusión

El SBS o Sd. de Hemisección medular se caracteriza por afectación concomitante de las vías espinalámicas y de los haces córticoespinales de un mismo lado en el neuroeje, lo que conlleva la alteración ipsilateral a la lesión

de la motilidad voluntaria, la sensibilidad profunda y trastornos neurovegetativos con disociación de la sensibilidad termo – algésica (alteración en el lado contralateral a la lesión con conservación en el lado ipsilateral).^{1,2,3}

La completa hemisección, con los clásicos hallazgos clínicos del SBS puro es difícil de encontrar, siendo más común la presentación de formas incompletas lo que se denomina con el nombre de SBS plus.⁴

En una estadística sobre lesiones por puñaladas del centro de lesionados medulares de Ciudad del Cabo (1963 – 1970) Guttmann, sobre 90 lesiones de tipo SBS sólo una minoría presentaban la clásica hemisección.⁵

Con respecto a la etiología el SBS se asocia más frecuentemente con lesiones traumáticas de la ME como el caso aquí presentado, principalmente con heridas contuso – cortantes, y con tumores extra medulares.⁴ Sin embargo se describen múltiples causas que pueden agruparse en dos grandes grupos:³

- Traumáticas:
 - Heridas contuso cortantes.
 - Heridas por arma de fuego.
 - Accidentes de tránsito.
 - Caídas de altura.
 - Instrumentación quirúrgica.
- No traumáticas:
 - Tumoral (primario o metastásicos)
 - Esclerosis Múltiple
 - Hernias de disco
 - Hematoma epidural
 - Mielitis transversa
 - Diseción de la arteria vertebral
 - Radioterapia
 - TBC
 - Drogas EV

Es de destacar también, como miscelánea, un caso de SBS secundario a manipulación quiropráctica descrito por Lipper y col. en el año 1998.^{6,7}

El mecanismo lesional está relacionado con la afección directa de la ME o, más comúnmente, con el daño producido por el contragolpe de la ME contra el canal vertebral.^{8,9}

La distribución, por nivel lesional, del SBS es 75% torácica, 18 % cervical y 8% lumbar.⁸

Este síndrome es el de mejor pronóstico de los que se enumeran en la clasificación de ASIA y alrededor del 90% de los pacientes logra la marcha independiente y recupera el control esfinteriano.²

J-K Lee y col. de la República de Corea publicaron en 2007 una revisión sobre casos de SBS secundarios a hernias de disco cervical y observaron recuperación completa en 13 de 29 casos, en 12 de ellos permanecieron déficit motor y/o sensitivo mínimos aunque con acepta-

ble recuperación funcional y en sólo un caso no se observaron mejorías neurológicas.⁴

También describieron tres casos de SBS por hernias discales con recuperación completa donde los pacientes reiniciaron marcha, dos de ellos sin asistencia y en un caso con la ayuda de un bastón, en un período entre 1 y 2 meses posteriores a la cirugía.⁴

Por otra parte, la estancia promedio en el hospital, sobre 200 casos de lesión medular por heridas de arma blanca (de las que 90 correspondieron a SBS), publicada por Ailie Key del centro de lesionados medulares de Ciudad del Cabo fue de 4,75 meses promedio.⁵

En el caso presentado, consideramos que el prolongado tiempo de internación que requirió el paciente se ve influenciado por la utilización del halo chaleco durante los primeros 30 días del período de rehabilitación y por el prolongado tiempo de reposo en cama en el hospital de agudos.

A pesar de esto, la recuperación funcional de nuestro paciente fue muy favorable como se confirma a través de la cuantificación en las distintas escalas de valoración utilizadas.

Foto 2. Rx columna cervical post-operatoria.



Foto 1. Resonancia Magnética Pre-operatoria

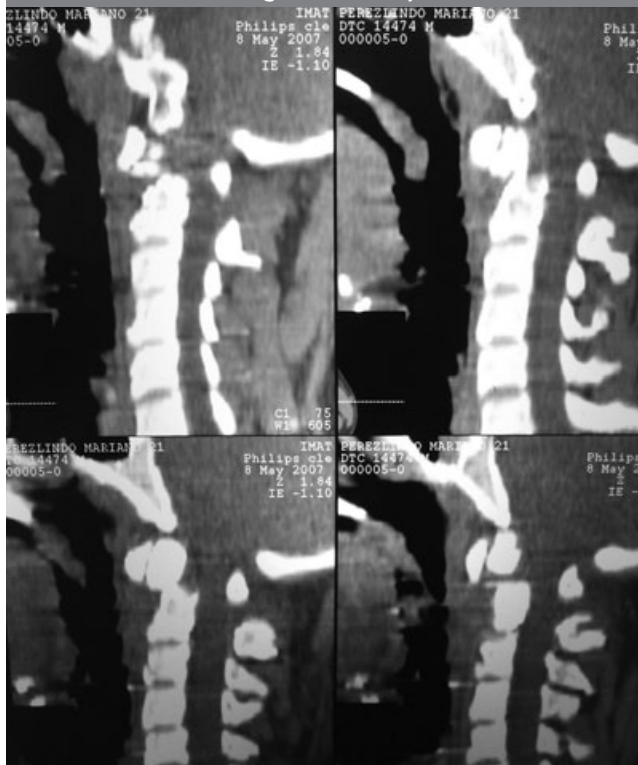


Foto 3. Paciente al alta de internación.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Martínez Moreno M, García Renneses JA, Moraleda Perez S. Rehabilitación del lesionado medular. Rehabilitación Médica. Miranda Mayordomo JL; 2004: 307-318.
- 2- Rabadán AT, Pavón, D, Ramírez G. Traumatismos raquimedulares En: Micheli F, Tratado de Neurología Clínica. Ed. Panamericana, Argentina; 2002: 1338-1339.
- 3- Vandemakker-Albanesse Carol et al. Brown Sequard Syndrome. Publicación on line www.emedicine.com/pmr/topic17.htm. Actualizado hasta 30/07/08.
- 4- J-K. Lee, Y-S. Yim, S-H Kim. Brown Sequard síndrome produced by cervical disc herniation with complete neurologic recovery: report of three cases and review of the literature. Spinal Cord 2007; 45: 744-748.
- 5- Sir Ludwig Guttman. Heridas de la médula espinal por arma blanca. En: "Lesiones medulares. Tratamiento global e investigación". Barcelona. 1986.
- 6- Lipper MH, Goldstein JH, Do HM. Brown-Sequard syndrome of the cervical spinal cord after chiropractic manipulation. Am J Neuroradiol 1998; 19: 1349-1352.
- 7- O-M Cheng. MRI confirmed cervical cord injury caused by spinal manipulation in a chinese patient. Spinal Cord 2002; 40: 196-199.
- 8- MD García-Manzanares, JI Belda-Sanchis, M Giner-Pascual, I Miguel.León, M. Delgado-Calvo, JL Alió-Sanz. Brown Sequard síndrome associated with Horner's syndrome after a penetrating trauma at the cervicomedullary junction. Spinal Cord 2000; 38: 705-707.
- 9- S-J Moon, J-K Lee, T-W Kim, S-H Kim. Idiopathic transverse myelitis presenting as the Brown Sequard Syndrome. Spinal Cord on line 2008.
- 10- Asdrubal Falavigna; Marcelo Mattana; Alisson Roberto Teles; Karina Nunes Persh. Avulsão medular torácica sem anormalidades radiológicas: relato de caso. Cielo - Arq. Neuro-Psiquiatr 2006, 64; .3b.



JAIME CITRINOVITZ. Maestro de la Fisiatría Argentina

Falleció el 20 de julio a los 93 años, qué casualidad, día del amigo. Eso era Jaime, un gran amigo. Nos enseñó cómo, de la nada, se puede llegar a mucho.

En 1951, Jaime era pediatra. Junto con el Dr. J.C. Ventura crearon el Primer Servicio de Rehabilitación del Paralítico Cerebral y un consultorio de neuropsiquiatría infantil en la sala de pediatría del Hospital Rawson. ¿Que bibliografía había en ese momento?, ninguna. Jaime concurrir a los Estados Unidos y realiza un curso de parálisis cerebral con el Dr. Perlstein. Del servicio del Rawson surgieron los primeros trabajos argentinos de investigación en parálisis cerebral. Allí fueron probadas las primeras drogas antiespásticas como el carisoprodo y fue traducido el primer libro que llegó al país sobre método Kabat. Pero lo más importante fue la formación del primer equipo interdisciplinario en rehabilitación, que ellos lo llamaron "Equipo integral e integrado".

Pero no le alcanzó al Dr. Citrinovitz con poner en marcha los programas de tratamiento del paralítico cerebral, había que hacer algo más. Fue convocado por el Hospital Fiorito, de Avellaneda, para crear el Servicio de Rehabilitación.

¿Que encontró allí?, una enfermera y un kinesiólogo por todo recurso humano. Fue el primer servicio de rehabilitación en el país, en un hospital general y con un médico especialista como jefe... Los primeros 4-5 años no recibieron pacientes derivados del mismo hospital. Había que hacer promoción e ir a buscar los casos cama por cama. Con el correr del tiempo el servicio fue creciendo hasta tener el equipo completo. Pero era necesaria una escuela porque eran muchos los niños con problemas de aprendizaje. Había que sensibilizar a las autoridades. En un vehículo, cuyos pasajeros eran niños con parálisis cerebral, se dirigieron a La Plata y entrevistaron a diputados y ministros. Así logró la creación de la Escuela Diferenciada 505 que en un primer momento funcionó en un tranvía, luego en una prefabricada y finalmente en edificio propio. Fue en ese hospital, ya con un equipo altamente competente que Jaime se abocó al estudio de los problemas del lenguaje.

Jaime Citrinovitz no se detuvo nunca en su empuje por la rehabilitación. Reorganizó y asesoró a la Escuela para Paralíticos Cerebrales 527 de La Plata. Fue director del Centro de Rehabilitación de General Sarmiento, Pcia. de Buenos Aires; presidente de la Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación; Presidente del Comité Organizador del III Congreso Iberoamericano para el Estudio Científico de la Deficiencia Mental; coautor de varios libros y autor de más de 50 publicaciones sobre diferentes temas de rehabilitación; fue miembro del Directorio de la Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas Discapacitadas, dependiente de la Secretaría General de la Presidencia de la Nación.

Había dos rasgos de su personalidad que quiero destacar y que me llamaron la atención a través de los años que lo conocí. Detrás de su porte "circunspecto y doctoral" se disimulaba una bonhomía y humildad que invitaba a acercarse. Y una sonrisa casi juguetona en sus labios, propia de los hombres que saben compartir alegrías y sinsabores.

Hoy le decimos adiós, adiós al amigo y maestro.

Fernando Sotelano



A José Manuel del Sel (1914-2007)

El Profesor Emérito José Manuel del Sel fue consagrado como Maestro de la Medicina Argentina y Cirujano Maestro de la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología. Fue jefe de servicio de esa especialidad en el Instituto de Rehabilitación Psicofísica de Buenos Aires, en donde se desempeñó durante 30 años. Cuando hablaba era un pedagogo en medicina y con poemas describía la ciencia. Como el médico griego Damócrito, con versos yámbicos transformaba la enseñanza en literatura. Decía: "saber enseñar es la mejor forma de aprender". José Manuel fue un hombre bueno, maestro con talento, que siguió implacablemente al paciente en el hospital, en el hogar y su trabajo. Con la cirugía aplicada a la rehabilitación fue, con otros profesionales, el creador de la neuroortopedia en la Argentina.

Si yo escribiera esta nota con papel y tinta, el desteñido de las letras, sería la expresión objetiva de mis sentimientos. Se despide su cuerpo, pero están presentes su enjundia y enseñanza, porque su ejemplo, como el Sol, renace cada día.

Dr. José B. Cibeira



La Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación

agradece a todos los profesionales
que colaboraron con la producción
de esta publicación y a los anunciantes
por su continuo apoyo a nuestra labor.

Congresos, Jornadas y Cursos

47th ISCoS Annual Scientific Meeting

29 agosto - 3 septiembre 2008. Durban, Sud Africa.

Informes: www.iscos.org.uk

XXIII Congreso AMLAR

XIII Jornadas del Cono Sur de Medicina Física y Rehabilitación

XI Encuentro de la Sociedad Latinoamericana de Paraplejías

27-30 octubre 2008. Punta del Este, Uruguay.

Informes: www.amlar2008.org.uy

Congreso Nacional de Neurología

19-22 noviembre 2008. Mar del Plata, Argentina

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 publicados 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 "formato 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 indique 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 referencias 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 presentación ordenada de la información. Deben poder expli-

carse por si mismos y complementar no duplicar el texto. Los cuadros no deben contener demasiada información estadística porque 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 dejarse en blanco las casillas correspondientes a datos que no son aplicables; si falta información porque 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.



La Sociedad Argentina de Medicina Física y
Rehabilitación es socia de la International
Society of Physical and Rehabilitation
Medicine ISPRM y de la Asociación
Latinoamericana de Rehabilitación AMLAR

Novedades en www.samfyr.org

Poniendo en acción las palabras de la actual conducción de la SAMFYR, se inicia el proyecto de convocar a las Sociedades Provinciales de Medicina Física y Rehabilitación existentes a trabajar conjuntamente y estimular la creación de nuevas Sociedades.

Por este motivo en el sitio web de la SAMFYR se abre un nuevo espacio donde las distintas sociedades del interior del país pueden exponer sus Autoridades, Actividades y Agenda, al igual que los Capítulos CARPE y CAMEFF. Creemos que esta es una acción, de muchas más que vendrán, tendiendo a federalizar nuestra sociedad.

Como primer paso se convocó a las Sociedades de Córdoba, La Plata, Mar del Plata y Rosario para que comiencen a utilizar esta nueva herramienta.

La comunicación como medio de divulgación de las diferentes actividades científicas favorecerá la integración y el contacto de los profesionales en todo el país.

Myrtha Vitale

Presidente SAMFYR 2008-2009



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

FLEXICAR



Lesión medular T5 completa



Lesión medular T9 completa



- Equipos FES para pedaleo y marcha del lesionado medular.
- Equipos FES para tratamiento de hemiplejías.
- Sillas de ruedas motorizadas, de bipedestación y ultralivianas.



Flexicar Productos Ortopédicos

Islas Malvinas 2618 - (1712) Castelar - Prov. de Buenos Aires - Argentina
Tel (011) 4629-1997; 4661-1982 - flexicar@satlink.com - www.flexicar.com.ar



Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación

Secretaría: Echeverría 955 (1428), Buenos Aires, Argentina | Tel./Fax: + 54 11 4782-6088

e-mail: samfyf@fibertel.com.ar | www.samfyf.org