



Lady Diana Martínez Pabón
Fisioterapeuta Universidad del Rosario
Estudiante de Posgrado en Fisioterapia en Neurorehabilitación
Escuela Colombiana de Rehabilitación. Bogotá. Colombia.
ftdianamartinez@hotmail.com

Viviana Andrea Hernández Ángel
Fisioterapeuta Universidad del Rosario
Estudiante de Posgrado en Fisioterapia en Neurorehabilitación
Escuela Colombiana de Rehabilitación. Bogotá. Colombia.
viviana_87@hotmail.com

Diego Suarez
Discapacidad Intelectual

"Dinastía XVIII
Vinilo sobre acetato

REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA SILLA DE RUEDAS PARA LA PERSONA CON LESION MEDULAR

Social representations of the wheelchair for people with spinal injury

Fecha de recepción: 22 de junio de 2013 - Fecha de aprobación: 3 de septiembre de 2013

RESUMEN

La silla de ruedas según el tiempo de lesión y necesidades de cada persona, es asumida y relacionada con aspectos negativos y positivos. Se adopta bajo un estigma ligado a inutilidad o discapacidad ó como un equipamiento facilitador de la reorganización de las actividades funcionales. Es un elemento que permite el aprovechamiento de las oportunidades sociales, educativas, vocacionales y recreacionales, conduciendo a la persona a la integración social. Por esto, se realiza esta investigación en personas con lesión medular en rehabilitación desde hace un año en una institución privada. Es un estudio cualitativo descriptivo basado en la representación social de la silla de ruedas vinculada con la lesión medular, que se caracteriza por pérdida de funciones motoras incluida la marcha, lo que obliga a la dependencia de otros, de equipos y aditamentos. Se describe además como una de las enfermedades con alto impacto sobre aspectos biopsicosociales. Se obtuvo como resultado seis categorías en las que se describe lo que representaba la silla de ruedas antes de la lesión, la primera impresión de la silla de ruedas, la percepción actual de la silla, la percepción de sí mismo en la silla, la importancia de la silla y la percepción ante los demás. Se concluye que la silla de ruedas se convierte no sólo en el medio de movilización y desplazamiento de la persona sino en la extensión del cuerpo que los lleva a ser independientes, con una vida individual y social “normal”.

PALABRAS CLAVE

Lesión de la Medula Espinal, Silla de Ruedas, Locomoción, Imagen Corporal.

ABSTRACT

Descriptive and qualitative study based on the wheelchair social representation in connection with spinal cord injury; characterized by loss of motor function including gait, forcing the person to be dependent on another, on equipment and supplies. It is also described as a disease with great impact on biological, psychological and social aspects.

The wheelchair according to the time of injury and according to the needs of each person is assumed and associated with negative and positive aspects like a stigma attached to disability or uselessness or like a facilitator equipment of reorganization of functional activities, being an element that allows the use of social, educational, vocational and recreational opportunities, leading the person to social integration. This is the reason why this investigation is done in people with spinal cord injury being rehabilitated in a private institution, over the period of a year, resulting into six categories of the meaning of the wheelchair: the wheelchair before the injury, the first impression of the wheelchair, the current perception of the wheelchair, the perception of himself in the wheelchair, the importance on the wheelchair and the perception to others. The conclusion of the wheelchair impact is that it becomes not only the means of mobilization and movement of the person but in the extension of body that helps them being independent persons with a social and individual “normal” life.

KEY WORDS

Spinal Cord Injuries, Wheelchair, Locomotion, Body Image

La imagen corporal como lo describen Salaberria, Rodríguez, y Cruz (2007) al citar a Raich y Guimon, se define como la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente y la vivencia que tiene de su propio cuerpo. Se compone de tres variables que son (Cash y Pruzinsky, 1990; Thompson, 1990): Aspectos perceptivos referentes a la precisión con la que se percibe peso, tamaño, forma y partes del cuerpo. Los aspectos cognitivos afectivos referentes a actitudes, sentimientos, pensamientos, valoraciones del cuerpo desde el punto de vista emocional incorporando experiencias de placer, satisfacción, impotencia o rabia y aspectos conductuales relacionados con evitación, exhibición, camuflaje asociados a las partes del cuerpo y los sentimientos que de ellas se derivan. La primera fuente de información en una interacción se da por la apariencia física la cual se asume acorde a la subjetividad de lo que es la realidad para cada individuo con la alteración en conceptos como desfiguración, malformación congénita, traumatismos, etc. La representación social de la imagen corporal se ve asociada a los significados que la cultura, las creencias y vivencias de cada sujeto asignan dentro de parámetros de normalidad o anormalidad, belleza o desfiguración y que a su vez determinan de forma fundamental la relación con los demás y la interpretación que se tiene de sí mismo dentro de una sociedad.

Al hablar de representación social se configura un conjunto de significados y sistemas de referencia que permite interpretar lo que le sucede a la persona y dar un sentido a lo inesperado, lo cual ayuda a clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos permitiendo establecer teorías sobre ellos en relación con la realidad concreta de la vida social (Jodelet citado por Buitrago, 2008).

Las representaciones sociales se construyen a partir de la cultura, creencias, experiencias, y conocimientos los cuales se derivan en lo que se conoce como el sentido común que se desarrolla a partir de la educación, la comunicación y la tradición con que crece el ser humano.

Como se menciona por Buitrago (2008) para estudiar esas representaciones sociales se deben tener en cuenta dos elementos: el objeto y el sujeto y en esto implícito el proceso de relación entre ellos. La intimidad entre el sujeto y el objeto representado se expresa también, en la comprensión que el sujeto hará del objeto a partir de sus experiencias personales e interacciones sociales grupales anteriores.

En este estudio los sujetos tienen un diagnóstico de paraplejía como consecuencia de una lesión medular, que actualmente ya no se considera mortal, solo una lesión que ocasiona una discapacidad de diferente compromiso según el nivel y la base del tratamiento médico que es complementado con procesos de rehabilitación, con el objetivo de optimizar la funcionalidad y la autonomía en las actividades básicas cotidianas. Las lesiones medulares se denominan de acuerdo con el último nivel que no tiene compromiso, es decir el que preserva todas las funciones neurológicas: motoras, sensitivas y autonómicas. De acuerdo a esto puede clasificarse según funcionalidad y nivel; según localización anatómica en lesiones cervicales (C1 a C8), lesiones torácicas altas (T1 a T6), lesiones torácicas bajas (T7 a T12), lesiones lumbosacras (L1 a S1) y lesiones del cono medular (sacro coccígeas).

La escala más utilizada a nivel internacional para evaluar la extensión de la lesión medular es la AIS (ASIA Impairment Scale) que sigue los estándares para clasificación neurológica de la Asociación Americana de Lesiones Medulares ASIA (American Spinal Injury Association). Dada la complejidad y la etiología de la lesión medular determinada por el nivel de la lesión se podría evidenciar una relación con variables asociadas a la calidad de vida, encontrando una correlación significativa entre el nivel de la lesión con el grado de autonomía de las personas.

La Lesión Medular cuenta con un gran número de componentes que tienen impacto en la vida de una persona y en su entorno, al tener gran representación en los aspectos físicos, psicológicos y sociales por lo que puede identificarse mayor dificultad de aceptación del nuevo estado; Al existir alteración en la imagen corporal se ven afectados a su vez los aspectos cognitivo, afectivo y perceptivo lo que lleva a sensaciones de malestar y negación que interferirán en la vida cotidiana y desarrollarán trastornos que se manifiestan en una imagen negativa de sí mismo relacionados a la autoestima e insatisfacción en los que variables como la familia, la sociedad, la cultura y la propia personalidad pueden ser influyentes en el refuerzo de esa imagen negativa.

Alteraciones físicas de tipo traumático, en este caso las generadas por la lesión de la medula espinal, también pueden generar cambios importantes en la percepción y el funcionamiento del cuerpo ya que se ven como una amenaza para la integridad del ser; “los seres humanos construyen la realidad a través de la experiencia vivida por el cuerpo”, (Moreno y Amaya 2012)

Al reconocer un nuevo cuerpo sin sensibilidad y movilidad por debajo de la lesión se puede crear una imagen fragmentada en dos y se puede interpretar como una división de su ser; al perder el dominio de esta parte se genera dependencia en las personas y una pérdida de su privacidad e intimidad lo cual lleva al rechazo y al sentimiento de regresión a un estado de niñez (Moreno y Amaya 2012); ésta pérdida del dominio del cuerpo y de la marcha obliga a las personas a ser dependientes de otras personas, de equipos y aditamentos para ejecutar las actividades cotidianas.

Al realizar un proceso de rehabilitación se van adquiriendo diferentes habilidades que ayudan a realizar éstas actividades, los desplazamientos y el manejo rápido y seguro de una silla de ruedas, llegando a relacionarse con ella desde aspectos negativos o positivos como lo citan Pinho, Antonietto, Garanhani y Fujisawa (2010) quienes describen que la silla de ruedas puede presentarse como un estigma relacionado a la dependencia funcional, al prejuicio, a la inutilidad del ser humano, a los déficits mentales y cognitivos o como un equipamiento también facilitador de la reorganización de las actividades funcionales básicas, inclusive las más complejas permitiendo el aprovechamiento de las oportunidades sociales, educacionales, vocacionales y recreacionales.

La silla de ruedas se convierte entonces en parte fundamental del proceso y se convierte en parte o extensión del cuerpo como complemento concreto del segmento corporal con lo cual la persona ya no distingue la división entre cuerpo y silla. El simple hecho de

no estar sentado en ella promueve la sensación de pérdida corporal en contraposición con la sensación de integralidad corporal cuando se está sentado en la silla de ruedas como lo definen (Pinho, Antonietto, Garanhani, y Fujisawa, 2010).

Teniendo en cuenta el arsenal de cambios que se presentan como consecuencia de la lesión de la medula espinal en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, en la inferencia que estos cambios tendrá en el estilo y proyecto de vida de una persona y buscando establecer los referentes así como los nuevos significados que dará a una circunstancia inesperada, a partir de su cultura, creencias y experiencias surge la inquietud de profundizar en la representación social de la silla de ruedas, entendida como medio de locomoción y generador de autonomía personal e independencia, indagando en aspectos como qué significaba y qué significa ahora para ellos la silla, cómo se ven en ella, qué se modificó en su percepción de imagen corporal y cómo se perciben frente a la sociedad, procurando dar un enfoque hacia la inclusión social de la persona con lesión medular, sin dejar de lado los factores externos que se identifican como barreras, promoviendo la participación de la persona en la sociedad. A partir de esto sugerir mejorar la introducción de la silla de ruedas a la persona con lesión medular dentro de la intervención fisioterapéutica teniendo en cuenta la silla desde el inicio del proceso de rehabilitación como elemento facilitador de la realización de las actividades de vida diaria y como la representación actual de lo que solían ser sus piernas, minimizando parte de su sufrimiento frente a todas las alteraciones ocurridas después de la lesión.

METODO

Este es un estudio cualitativo descriptivo en el que se realizó un muestreo intencionado que inicia con voluntarios después de alcanzar el entendimiento de las homogeneidades, de la diversidad y de la intensidad de información necesaria, contando así con la participación final de 4 personas del servicio con las que se tuvo como características de inclusión para los participantes: ser mayor de edad; de ambos géneros; diagnóstico de Lesión Medular establecido por la paraplejía con el segmento lesionado sensitivo y motor a partir de T2; encontrarse en fase crónica de 6 meses en adelante, diagnóstico justificado por el uso prolongado de la silla de ruedas y definido como el medio de locomoción más utilizado; y aceptar participar voluntariamente de este estudio, después de haber firmado el término de consentimiento libre y esclarecido según lo establecido por el Ministerio de Salud Colombiano en la resolución N° 008430/93.

Para la recolección de la información después de la adecuación y complementación de las entrevistas piloto, se utilizó la entrevista semiestructurada la cual fue grabada digitalmente y transcrita en su totalidad, para permitir revivir el momento de las declaraciones con todas sus particularidades.

Para el análisis de la información obtenida se utilizó la técnica de Análisis de Contenido y el escenario para la realización de éste estudio fue un servicio especializado en atención a las personas con compromiso neurológico como consecuencia de la Lesión Medular en la ciudad de Bogotá/Colombia, siendo un servicio privado. El

procedimiento de la investigación se desarrolló en cuatro fases, selección de la muestra, valoración, toma de datos y análisis de datos.

RESULTADOS

La investigación se desarrolló con cuatro participantes, dos personas de género femenino y dos de género masculino, de los cuales dos son casados, con hijos y dos solteros; En cuanto a aspectos laborales, dos de los participantes se desempeñan como trabajadores independientes y dos no cuentan con empleo actual, éstos últimos se caracterizan además por ser de menor edad y tener menos tiempo en el proceso de rehabilitación. El nivel de la lesión fue establecido en dos variantes una variante de lesiones altas encontrando dos de ellos en nivel T3 a T5 y lesiones bajas con los dos restantes en nivel T10-T11, tres de ellos con clasificación sensorial y motora ASIA A. La etiología de la lesión corresponde a tres participantes con lesión medular por Accidente de Tránsito y uno por Herida por Arma de Fuego.

En cuanto a la adquisición de la silla de ruedas solo uno de ellos la adquirió por medios propios, los demás recibieron la dotación a través de su sistema de afiliación en salud.

Al realizar el análisis de las entrevistas se lograron establecer seis categorías, cada una de ellas con dos o tres representaciones principales mencionadas por la mayoría de los participantes, que a su vez dan respuesta a cada uno de los objetivos planteados durante el estudio y que en relación con los componentes biopsicosociales del individuo y se manifiestan de la siguiente manera¹:

La primer categoría que se establece es: Representación de la silla de ruedas antes del evento: Como sinónimo de enfermedad o discapacidad, Indiferencia asociada a la falta de identificación con esa persona o a la invisibilidad de ésta población y como generador de lastima.

La representación de la silla de ruedas antes del evento se asociaba con una condición de enfermedad o discapacidad en aquellas personas que tuviesen alguna aproximación a personas en esta condición o que tuviesen relación con áreas de la salud como es el caso de una de las participantes quien es estudiante de medicina y que en su relato describe:

“umm (...) pues uno asimila más o menos como que la silla de ruedas es igual a enfermo, entonces como que yo pensaba, como que yo veía a la gente y pensaba pues que de pronto estaban enfermos o tenían una discapacidad y pues era su medio de transporte”.

Sin embargo, la silla de ruedas pasaba desapercibida para los demás participantes, quienes permiten ver como la falta de identificación con el otro, el ser independientes y la indiferencia ante los demás hace que un elemento como éste sea invisible y falto de repre-

1 Cabe aclarar que todos los participantes se expresaron dentro de cada una de las categorías pero no todos mencionaron exactamente las representaciones inmersas en ellas.

sentación y así mismo se cree una barrera que no permitía construir un imaginario acerca de esta población al manifestar:

“Pues por lo que uno no estaba en esa situación, nooo, uno como que no miraba la gente, entonces no me percate, nunca me percate de en algún día estar así, entonces no me representaba nada”.

“Yo como que los veía en la silla de ruedas pero los veía y listo, pero ya... no me ponía a pensar en su problema (...) a veces yo pensaba, pobre tipo en silla de ruedas, pero no más, era lo que yo pensaba”.

Al pasar de un estado de “normalidad” en el cual la persona se desenvuelve por sí mismo, asocia la independencia con la posibilidad de caminar y de ir a donde quiera, llega el evento de la Lesión Medular en el que una y quizá la más relevante de las consecuencias, es empezar a usar un equipamiento que antes era ajeno e indiferente y que ahora genera una nueva idea de vida que aquí se describe dentro de la Segunda Categoría: Primera impresión de la silla de ruedas luego del evento: Vista como el medio de desplazamiento a partir de ese instante; sensación de tristeza acompañada de resignación y el interrogante relacionado con el tiempo de permanencia en ella.

En esta categoría emergen muchos sentimientos que a su vez se ven en estrecha relación con el tiempo de afrontamiento que se lleva al momento de la entrevista, siendo claro que para quienes llevan menor tiempo el primer interrogante vinculado al tiempo de permanencia fue, ¿Cuánto tiempo estaré en ella?, ¿Cómo voy a hacer para seguir mi vida normal?. Aparecen sentimientos de tristeza y nostalgia que a su vez se acompañan de resignación al identificar la silla de ruedas como el medio para desplazarse y la imagen de lo que sería una vida desde el momento en que dejan de sentir sus piernas; para quienes llevan mayor tiempo en ella, ese recuerdo de la primer impresión se hace menos fuerte y puede llegar a visualizarse como indiferente, como lo manifiesta este participante:

“Cuando yo vi la silla de ruedas, pues me la llevaron a la clínica, pero realmente no le preste mucha atención si iba a volver a caminar o no, me dio como igual en ese momento (...) en el momento no me genero ni tristeza, ni alegría, me fue igual”.

Luego de ese proceso de reconocimiento del nuevo estado, de aprender a conocer ese cuerpo que se acompaña de otras situaciones como la pérdida del control de esfínteres, la espasticidad, las recurrentes visitas a la clínica por las infecciones urinarias, los dolores neuropáticos, luego de haber transcurrido en el caso de quien lleva menos tiempo, 13 meses de la primera vez que se enfrentó a la silla de ruedas y al adquirir mayores habilidades en relación con el uso de la silla, con el dominio de su propio cuerpo surge la Tercer Categoría: Percepción actual de la silla de ruedas: Identificándose como un medio útil para el desplazamiento y a su vez generador de independencia; asociada a la actitud personal con la que cada individuo asume la situación

“Pues que la necesito, pero igual sin embargo no me gusta estar en ella y no me acostumbro a una (...) Ha sido muy difícil aprender a manejarla y pues es acostumbrarse a algo nuevo, a una condición que pues no estaba acostumbrada. Es muy necesaria pero aun sigo sin acostumbrarme”

“No pues que realmente nosotros sin la silla de ruedas la verdad no somos nada, osea no podemos hacer lo mismo que con la silla de ruedas que es nuestra fuente de verdad de desplazamiento, de podernos estar comunicando con el exterior, poder salir e ir a donde uno quiera prácticamente; es la vida de uno mejor dicho”

Quizá el tiempo que se lleve con la silla, así como la edad de cada individuo y sus experiencias personales podrían explicar mejor esta percepción en extremo diferente entre los dos participantes anteriores, quienes dejan ver conceptos muy distintos de lo que ven hoy de su silla de ruedas, este puede ser un nuevo estudio en el que se pueda indagar acerca las representaciones en diferentes periodos de adaptación a la nueva condición y en relación con el dominio de la silla de ruedas.

Con respecto a la Cuarta categoría: Percepción de sí mismo en la silla: En ésta se denota un Proyecto y estilo de vida transformados a partir de la nueva situación, satisfacción o frustración acorde a los facilitadores o barreras con que cada uno se encuentre.

“No me gusta porque dependo de los demás para que la pasen al carro, que me ayuden a subir y bajar rampas, pasar obstáculos como huecos y eso y pues ha sido como incomodo cuando yo era una persona muy independiente”

“En algunos momentos uno se siente muy bien, en los momentos en los cuales uno puede hacer las cosas uno solo y cuando uno ve algún obstáculo o algo pues ahí uno llega un momento en que se frustra porque no puede hacer las cosas (...).”

Así mismo nuevamente se hace evidente que el tiempo de afrontamiento marca la diferencia en la percepción tanto de la silla como ahora de si mismo frente a la nueva situación,

“Tengo que continuar con mi vida como venia antes, me veo como una persona que con el tiempo la ha aprendido a manejar bien y me considero una persona berraca que a pesar de la situación de discapacidad sigo mi vida normalmente”.

Sin dejar de lado que aun a pesar de la independencia que se adquiere con el tiempo, de las habilidades que se logren y de los obstáculos que se puedan superar, es una condición que ha implicado un cambio de vida, generando aun después de 59 meses de evolución como es el caso de uno de los participantes, sentimientos de tristeza que son asumidos de forma diferente,

“Bueno el estar ahí sentado me genera a veces como un poco de tristeza, pero desde muy rápido tiene uno que comenzar uno a aceptar la nueva situación de, de discapacidad que uno tiene y pues comenzar a asimilarla y en este momento pues yo me veo como una persona emprendedora, que no se ha dejado coger por la nostalgia o por la depre. Lo que de pronto no acepta uno es que fuera de que uno no tiene la capacidad ya de caminar tener todas esas enfermedades que por lo menos en mi caso que tengo yo que la espasticidad, que la infección urinaria, que tengo que cuidarme de una cosa y otra”

entonces eso es lo que uno no se acostumbra pero a veces me da como angustia pero trato inmediatamente me salgo del cuento y me pongo a pensar en otras cosas (...).

De la forma en como cada uno desde sus propias vivencias y también desde las exigencias de su vida y su entorno afronta la situación, se desprende también el entendimiento de las categorías siguientes las cuales dejaron una línea mínima de diferenciación con las categorías de percepción actual de la silla de ruedas en la cual directamente se describió la Quinta categoría: Importancia de la silla de ruedas: vista como el medio que permite desplazamiento e independencia; sujeta al concepto de ser el medio de desplazamiento para todos los participantes, la forma por la cual pueden moverse, que les permite llevar a cabo su vida como lo hacían antes del accidente y que los lleva a donde quieran ir y les permite relacionarse con el exterior.

“son mis piernas, la forma por la cual puedo moverme, si no estuviera en mi silla de ruedas pues me tendría que quedar quieta en una cama”.

Y la relación directa de la Cuarta Categoría con la Sexta y última en el análisis: Percepción de sí mismo ante los demás: En esta categoría fue difícil establecer la diferencia con respecto a lo que perciben los demás de ellos sin desligarlo de lo que ellos perciben de sí mismos; se evidenció el proceso de evolución de la idea asociada al tiempo con discapacidad.

“pienso que mi relación es buena con los amigos y con la familia, pienso que ellos tratan de que cuando están conmigo de verme como que o de tratarme como una persona sin el problema de mi discapacidad (...) yo les he hecho sentir de que yo no soy pobrecito, les he dicho a mis hijos que no me miren como pobrecito, mírenme como yo era antes y no se pongan que porque tengo una silla de ruedas entonces dejo de ser papá de ustedes”.

DISCUSION

Se puede observar que durante el estudio se encontraron diferentes variables como el tiempo de lesión, la edad, la ocupación, que permiten identificar distintas perspectivas frente a los interrogantes propuestos y que a su vez se convierten en los factores más importantes para definir los resultados de la investigación. Se confirma la teoría planteada en investigaciones de otros autores como Pinho, Antonietto, Garanhani y Fujisawa (2010), Cash y Brown (1987), Chau, Hegedus, Praamsma, Smith, Tsukada, Yoshida, Renwick (2008) en las que se afirma que frente a una alteración de la imagen corporal se crea una imagen fragmentada, una división del ser acompañada de insatisfacción con el cuerpo y una percepción distorsionada de la imagen corporal que se ve reflejada en la representación de la imagen de sí mismo antes y después de la lesión evi-

denciando la fragmentación tronco-piernas las cuales son suplidas por la silla en cuanto a funcionalidad se refiere. Durante el estudio se hizo relevante la ocupación de los participantes encontrando respuestas muy concretas frente a lo que se asocia con discapacidad en aquellos que tenían conocimientos específicos relacionados con el tema con una persona con pleno desconocimiento del mismo. La representación de la silla varía según el tiempo de evolución de la lesión, ya que el primer impacto generado es de rechazo, disconfort y sentimientos de lastima hacia ellos mismo y luego de un proceso de rehabilitación y de adaptación a la nueva condición esta percepción va transformándose en el elemento que posibilita los desplazamientos, la interacción con el entorno, con la sociedad y la manera de continuar sus vidas de forma independiente y funcional, siendo así fácilmente verificable como las representaciones sociales describen la relación directa entre el sujeto y el objeto y como esa conexión es relevante en la percepción que se tiene de sí mismo y la que se tiene frente a los demás.

La edad se ve relacionada con la interpretación de la condición al resaltar en este estudio respuestas de menor afrontación y de mayor rechazo en los sujetos más jóvenes frente a una pronta asimilación y mayor independencia en aquellos de edad superior, lo que quizá se pueda asociar con que quienes son de mayor edad han cumplido con ciertas metas, ya tienen hogares establecidos, se han desempeñado laboralmente en sus profesiones mientras que los jóvenes ven truncados algunos de sus sueños o perciben mayores barreras para el cumplimiento de sus objetivos.

Se puede concluir que a partir de las representaciones resultantes de la investigación y teniendo en cuenta que la silla de ruedas termina siendo parte fundamental del individuo siendo ésta no solo el medio para moverse sino el elemento que les permite sentirse seres normales, que se desenvuelven por sí mismos, que siguen una vida como la de cualquier otra persona y que a su vez es lo que les permite relacionarse con el entorno y así tener una vida social, laboral, cultural es importante que los profesionales de la salud y en este caso específico los fisioterapeutas al entender esta representación puedan presentarla tanto a la persona con lesión medular como a sus familias de una manera afectuosa, directa, no como un instrumento de determinado material, con determinadas medidas y con ruedas sino como ese nuevo segmento anexo de su cuerpo que les dará todo para ser independientes. Así mismo es vital que se siga trabajando en la construcción de políticas públicas que sean cada vez más incluyentes y que estén dirigidas a la sensibilización de la población, logrando así que cada día sea menor el impacto de las diferencias sociales, el prejuicio y la discriminación generando así mayores oportunidades de participación, de subsistencia y de vivencia de los derechos humanos que van íntimamente ligados a la dignidad del ser humano.

Referencia:

Las referencias a otras obras son una parte
muy importante en la literatura científica;
ya que estas permiten conocer más sobre los autores y
mantener vivas sus voces dentro del texto.

Buitrago, M. (2008). Qué más nos dijeron estas voces. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 10(2), 112-125.

Cash, T.F. y Brown, T.A. (1987). Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Behavior Modification*, 11, 487-521.

Cash, T.F. y Pruzinsky, T. (1990). *Body images: development, deviance and changes*. Nueva York. Guilford Press.

Chau L, Hegedus L, Praamsma M, Smith K, Tsukada M, Yoshida K, Renwick R. (2008). Women living with a spinal cord injury: perceptions about their chanced bodies. *Qualitative Health Research* 18(2), 209-211.

Moreno, M., & Amaya, M. (2012). Cuerpo y Corporalidad en la Paraplejía: significado de los cambios, *Revista Avances en Enfermería*, 3(1), 82-94.

Pinho, V., Antonietto, M., G, M., & Fujisawa, D. (2010). Representaciones sociales de la silla de ruedas para la persona con lesión de la médula espinal,

Revista Latino-Americana de Enfermagem, 18(4), 1-9.

Rada, G. (2009). Estudios descriptivos: Tipología, *Revista de la Pontificia Universidad Católica de Chile*.

Rueda, M., & Aguado, A. (2003). *Estrategias de Afrontamiento y Proceso de Adaptación a la Lesión Medular*. España: Ministerio de Trabajo y asuntos sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.

Salaberria, K., Rodríguez, S. & Cruz, S. (2007). Percepción de la Imagen Corporal, *Revista Osasunaz*, 8, 171-183.

Thompson, J.K. (1990). *Body image disturbance: assessment and treatment*. Nueva York. Pergamon Press.

GUÍA PARA AUTORES VOL. 12 AÑO 2013

REVISTA COLOMBIANA DE REHABILITACIÓN.

La Revista Colombiana de Rehabilitación es la publicación oficial de la Escuela Colombiana de Rehabilitación. Considerará para su publicación los productos de nuevo conocimiento. La Revista Colombiana de Rehabilitación es la publicación oficial de la Escuela Colombiana de Rehabilitación. Considerará para su publicación los productos de nuevo conocimiento relacionado con tópicos de la Rehabilitación humana en sus dimensiones física, mental, comunicativa, laboral, educativa y social. Se dirige a profesionales en Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología, Psicología, medicina física, fisiatría, profesionales en neurorrehabilitación, especialistas en áreas a fines y público en general interesado en los procesos de rehabilitación.

1. TIPO DE ARTÍCULOS ADMITIDOS

Los siguientes tipos de artículos podrán ser incluidos en su contenido: artículos de investigación científica y tecnológica, artículo de revisión, artículo de reflexión y reportes de caso.

Artículos de investigación científica: son informes de investigaciones originales, que no han sido publicados en otras revistas, contienen las siguientes secciones: introducción, metodología, resultados y discusión.

Artículos teóricos: son documentos en los que el autor hace una exposición teórica, apoyado en la literatura existente para esclarecer determinados conceptos y prácticas, expone conocimientos organizados para depurar o para contribuir una nueva teoría o para avanzar en una ya existente, en cualquier área de la rehabilitación integral.

Artículos de reflexión: Son los que presentan resultados de investigación desde una perspectiva analítica, interpretativa o crítica del autor, sobre un tema específico, recurriendo a fuentes originales.

Artículos de revisión: Son los que analizan, sistematizan e integran los resultados de numerosas investigaciones publicadas sobre un campo de la ciencia o la tecnología, en específico con el objetivo de enterar de su desarrollo. Se caracteriza por presentar un análisis de por lo menos 50 referencias bibliográficas.

En la primera página del documento se debe incluir: título del artículo (en español e inglés, autor(es), vinculación institucional, resumen, palabras clave, abstract, key words y en nota al pie de página la dirección postal y correo electrónico del o los autor(es).

2. PRESENTACIÓN Y ESTRUCTURA DE LOS TRABAJOS

¿Cómo estructurar el artículo?

El contenido de los artículos debe estar organizado de la siguiente forma:

Artículos de investigación: Título, resumen y palabras clave (en inglés y en español) introducción, metodología, resultados, discusión y referencias. Máximo 20 páginas (letra arial 12 espacio 1,5)

Artículos de revisión: Título, resumen y palabras clave (en inglés y en español), introducción, desarrollo del tema, discusión y referencias. Máximo 20 páginas (letra arial 12 espacio 1,5)

Inicialmente se presentará el *título del artículo, que debe ser conciso e informativo, sin abreviaturas, no mayor a quince palabras. Después del título deben incluirse los nombres y apellidos de los autores y a pie de página, con asterisco debe colocarse la profesión y el rango académico más elevado de los autores, con el nombre de la institución a la cual pertenecen y el correo electrónico de los autores.

*Resumen: Se debe presentar un resumen analítico (no más de 250 palabras), el cual de forma concreta, describirá: antecedentes, objetivo, método, resultados y conclusiones principales.

Se incluirán de 3 a 5 palabras clave o key words al final del resumen en Español y del abstract en Inglés respectivamente. Estas palabras se obtendrán del Medical Subject Headings (MeSH) del Medline, disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/meshbrowser.cgi>

*Texto: El texto se divide en los artículos de investigación en las siguientes secciones: introducción, metodología, resultados y discusión.

I. Introducción. Debe ser breve, contener el planteamiento del problema, el propósito del trabajo y presentar de forma resumida los fundamentos lógicos y teóricos para la interpretación de los resultados.

II. Metodología. En este apartado se incluyen: tipo de estudio, participantes, técnicas e instrumentos y procedimiento. Es necesario tener en cuenta las normas y principios éticos para la investigación con seres humanos.

III. Resultados. Éstos deben ser concisos y claros, e incluirán el mínimo necesario de tablas y figuras. Se deben presentar en secuencia lógica en el texto, con los cuadros, estadísticos e ilustraciones. En esta sección se debe describir, no interpretar, y enfatizar sólo las observaciones importantes. No duplique datos en gráficos y cuadros estadísticos.

IV. Discusión. En este apartado se interpretan los resultados presentados en el apartado anterior resaltando los aspectos nuevos e importantes del estudio y se finaliza presentando las conclusiones derivadas de éste. Las conclusiones se vincularán a los objetivos del estudio y se evitarán aquellas que no estén plenamente respaldadas por los datos. Para esta sección se deben enfatizar en las aplicaciones prácticas de los resultados, las posibles limitaciones metodológicas, las razones por las que pueden ser válidos los hallazgos, la relación con trabajos previos, el análisis de similitudes y diferencias entre los resultados propios y los de otros autores, así como las indicaciones y directrices para futuras investigaciones.

Tanto en el resumen como en el texto no se pueden usar abreviaturas, a excepción de las unidades de medida.

Las citas y el listado de referencias seguirán el estilo APA en su 6ta edición. Consulte: <http://www.apastyle.org/index.aspx>

*Tablas: Deben enumerarse consecutivamente con cifras arábigas, por el orden de aparición en el texto. Cada tabla deberá ser mencionada en el texto. Se insertarán y precisarán por una llamada. Cada tabla deberá ser presentada en una hoja aparte en su archivo original (.exe .doc .ppt .psd), con el título y las notas para hacerlas comprensibles. Las explicaciones irán en notas a pie de página, no en los títulos. Si se utiliza información de cualquier fuente, publicada o no, es preciso obtener permiso de la misma y expresarle el agradecimiento.

*Figuras: Todas las figuras deben ir acompañadas de una leyenda o pie en hoja aparte en su archivo original versión 2003 o anterior, incluyendo las explicaciones pertinentes para que el conjunto resulte inteligible. Las figuras deben numerarse con cifras arábigas, por su orden de aparición en el texto, y su emplazamiento será indicado entre paréntesis. Los títulos y explicaciones detalladas se incluirán en las leyendas de las figuras y no en las propias figuras. Si alguna figura está ya publicada, hay que mencionar la fuente original.

publicación o hayan sido presentados simultáneamente a otra revista para su valoración.

En caso de recibir confirmación de aceptación del artículo por parte del comité editorial de la revista, el autor o autores deben enviar la certificación de declaración de autoría y cesión de derechos, según formato anexo a esta guía. El autor o autores deberán guardar copia de todo el material remitido a la Revista.

El editor se reserva el derecho de suprimir las tablas o figuras que considere innecesarias, sin alterar partes fundamentales del texto.

¿Cómo enviar el artículo?

Los manuscritos pueden remitirse por correo electrónico a la dirección revista@ecr.edu.co, enviando en ficheros separados el texto, las imágenes y las tablas. O también podrán ser enviados por correo postal al editor de la Revista a la dirección "Avenida Carrera 15 No. 151-68, Escuela Colombiana de Rehabilitación, Bogotá, Colombia". Deberá enviarse en papel tamaño carta, original, con las tablas y figuras, al igual que una versión electrónica. Cuando el artículo contenga fotos en versión electrónica deben ir en un CD/USB aparte del texto. Es importante resaltar que dicho envío debe venir acompañado de una carta firmada por el autor principal y los demás autores en la que se manifieste la revisión del material y aprobación del envío a la revista, en esta comunicación se deben incluir los datos personales y de contacto de cada uno de los autores.

.....Para tener en cuenta...

Los manuscritos deben ser inéditos, no se admiten los que estén en proceso de publicación o hayan sido presentados simultáneamente a otra revista para su valoración.

En caso de recibir confirmación de aceptación del artículo por parte del comité editorial de la revista, el autor o autores deben enviar la certificación de declaración de autoría y cesión de derechos, según formato. El retiro de un artículo se solicitará por medio de documento impreso al editor y se efectúa luego de la respuesta escrita del editor. El artículo debe estar relacionado con tópicos de la Rehabilitación humana en sus dimensiones física, mental, comunicativa, laboral, educativa y social. Se dirige a profesionales en Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología, Psicología, medicina física, fisiatría, profesionales en neurorrehabilitación, especialistas en áreas a fines y público en general interesado en los procesos de rehabilitación.

CARTAS AL EDITOR

La Revista Colombiana de Rehabilitación reconoce que el conocimiento científico a lo largo de la historia ha sido debatido, complementado y en muchos casos revaluado. Con el ánimo de permitir una construcción de conocimiento con la participación de la comunidad científica que publica y se nutre de la información de la Revista, se abre este espacio de comunicación consistente en cartas al editor.

Es un espacio que permite la validación de los resultados de investigación que se divulgan a través de la revista. Aquí, se pueden confrontar diferentes ideas de pares científicos o generar nuevas ideas a partir de las planteadas en los artículos. Es un espacio de comunicación bidireccional de los investigadores que promueve el desarrollo de la ciencia. Para consolidar esta valiosa herramienta de comunicación, se dan las siguientes instrucciones.

Instrucciones para enviar cartas al editor.

Las cartas al Editor se presentan en forma de comentario sobre uno o varios de los artículos publicados. Se envía al comité editorial de la Revista, al correo revista@ecr.edu.co . Estas cartas pueden ser análisis críticos de la información acompañado de el fundamento teórico o científico que da lugar a la crítica o puede ser, un comentario dando nuevas ideas a los investigadores para avanzar o mejorar la realización de sus proyectos.

Debe tener un título de una extensión máxima de 12 palabras, en el caso de nuevas ideas a partir de artículos publicados. En el caso de los análisis críticos, se debe presentar el siguiente título: “Análisis crítico al artículo titulado ____”

La extensión de la carta debe tener un máxima de 1000 palabras. Se debe agregar mínimo tres referencias y máximo de cinco. En caso que se requieran tablas, figuras, gráficos o imágenes, se debe aportar máximo una de cada una.

Se espera que este espacio de comunicación contribuya a generar y divulgar resultados de investigación de gran validez científica.

