FUNDACION H.A.BARCELO

FACULTAD DE MEDICINA

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN

EFECTOS DEL TANGODANZA EN PERSONAS CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA Y ENFERMEDAD INTERSTICIAL PULMONAR DIFUSA
UN ESTUDIO DE CAMPO LONGITUDINAL

AUTOR: SOSA, MARIANA

TUTOR/ES DE CONTENIDO: Lic. BRASSESCO, MARIA ESTELA

TUTOR/ES METODOLÓGICO: Lic. RONZIO, OSCAR

FECHA DE LA ENTREGA: 10-2014

CONTACTO DEL AUTOR: marianasosa25@hotmail.com

RESUMEN

La disnea y la disminución de la capacidad de realizar ejercicio son los principales factores que limitan las actividades de la vida diaria en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas. Los síntomas más evidentes que limitan la capacidad de ejercicio en la mayoría de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID), son la disnea y/o fatigabilidad, disfunción de los músculos esqueléticos, ansiedad, falta de motivación, asociadas a una menor capacidad de realizar ejercicio y probablemente afectando la percepción de los síntomas.
La relación entre el estado psicológico, los trastornos del ánimo y el origen de la limitación de la capacidad de ejercicio en pacientes con EPOC es evidente.
El propósito del siguiente estudio de campo longitudinal, ha sido observar los efectos del Tangodanza en personas con disnea ocasionada por EPOC y EPID, con el fin de evaluar la posibilidad de incluirlo en el Programa de Rehabilitación Respiratoria establecido por el Consenso Argentino de Rehabilitación Respiratoria 2008.

Palabras Clave: EPOC, EPID, DISNEA, CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, REHABILITACIÓN RESPIRATORIA, DANZA, TANGO.

ABSTRACT

Dyspnea and decreased exercise capacity are the main factors that limit the daily living activities in patients with chronic respiratory diseases. The most evident symptoms limiting exercise capacity in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and idiopathic pulmonary fibrosis (EPID) are dyspnea and fatigue, skeletal muscle dysfunction, anxiety, lack of motivation and depression were also associated with reduced exercise capacity and probably affecting the perception of symptoms. The relationship between psychological status and mood disorders in patients with COPD and EPID, and exercise tolerance is evident.
The purpose of this longitudinal study, was to observe the effects of tangodanza in persons with dyspnea caused by illnesses as EPOC and EPID, to evaluate the possibility of including it in the rehabilitation program established by the Consenso Argentino de Rehabilitacion Respiratoria 2008.

Keywords: RESPIRATORY REHABILITATION, EPOC, EPID, DYSPNEA, HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE, DANCE, TANGODANCE.

INTRODUCCIÓN

Tanto la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) como la_Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa (EPID), se presentan en la actualidad como importantes causales de morbilidad y mortalidad en el mundo.(1-3)

La primera se caracteriza por una limitación al flujo aéreo progresiva y parcialmente reversible. Con la progresión de la enfermedad, algunos pacientes presentan manifestaciones sistémicas, entre ellas limitación al ejercicio, disfunción muscular periférica, hipertensión pulmonar, desnutrición, exacerbaciones y hospitalizaciones frecuentes. (2)

Las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID), constituyen un grupo de afecciones con manifestaciones clínicas, radiológicas y funcionales respiratorias similares entre sí, en las que las principales alteraciones anatomopatológicas afectan las estructuras alveolointersticiales, así como las pequeñas vías respiratorias y la vasculatura pulmonar. (4, 5)

Se distinguen tres grupos de EPID. El primer grupo es el de las neumonías intersticiales idiopáticas. En el segundo grupo figuran las EPID de causa conocida o asociadas a otras entidades clínicas bien definidas. En él se incluyen las manifestaciones pulmonares de las enfermedades del colágeno, que con frecuencia tienen una histología indistinguible de las neumonías intersticiales idiopáticas. En este grupo también se incluyen las EPID ocasionadas por fármacos, polvos orgánicos (alveolitis alérgicas extrínsecas), polvos inorgánicos (neumoconiosis) y las asociadas a enfermedades hereditarias.(4, 6)

La disnea es el principal síntoma común a ambas patologías y provoca una disminución progresiva de la capacidad funcional, hasta limitar a las personas que padecen EPOC o EPID en las actividades más simples de la vida diaria, conduciéndolas a la pérdida de autonomía y al desarrollo de una importante invalidez, con las consecuentes alteraciones psicosociales y el deterioro de la calidad de vida.(3, 6)

La disnea y/o fatigabilidad, que pueden ser ocasionadas por trastornos de la ventilación alveolar e intercambio gaseoso, disfunción de los músculos esqueléticos y/o falla cardiovascular, provocan la disminución de la capacidad de realizar ejercicio y limitan las actividades de la vida diaria (AVD), en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas. (2, 4, 7)

La ansiedad, falta de motivación y depresión también han sido asociadas a una menor capacidad de realizar ejercicio, si bien la relación entre el estado psicológico y los trastornos del ánimo en pacientes con ambas patologías y la tolerancia al ejercicio es compleja y aún no ha sido completamente dilucidada. (8, 9)

El origen de la limitación de la capacidad de ejercicio en estos pacientes, es multifactorial y los mecanismos patogénicos pueden relacionarse en forma compleja. A modo de ejemplo, el desacondicionamiento físico y la hipoxemia pueden contribuir a aumentar la ventilación alveolar ocasionando limitación del ejercicio de causa ventilatoria.(5, 8)

La inactividad física y la desnutrición se observan como algunas de las más importantes causas de reagudización con hospitalización frecuente (lo que implica mayor utilización de recursos sanitarios) y aun de mortalidad en estas patologías. Esto está incrementado porque la hospitalización implica mayor inactividad, así como estados de depresión, que conllevan una reducción significativa en la movilidad funcional y en el equilibrio, que pueden afectar las AVD. (6) (9)

A estos factores, se suman la situación evolutiva de la enfermedad y el nivel socioeconómico de quienes las padecen. (4, 10)

Se observa que quienes realizan algún tipo de actividad física que incluya prácticas aeróbicas como caminatas y trabajo muscular de miembros superiores e inferiores, se sienten con mayor capacidad y disposición para realizar las AVD y presentan menos visitas a guardias y hospitalizaciones, del mismo modo que estas personas manifiestan mejoras anímicas y menos frecuente sensación de miedo a la muerte por falta de oxígeno. (6) (5, 9)

Los consensos respiratorios ponen énfasis en que un plan de rehabilitación respiratoria (RR) debe ser una actividad integral, multidisciplinaria y continua (en situación estable y ante eventos intercurrentes), dirigida a los pacientes y a sus familias y entorno en Gral., desarrollada por un equipo de especialistas, con el objeto de alcanzar y mantener un nivel de independencia individual y funcionamiento máximo en la comunidad. (4, 7, 11)

Así mismo, las propuestas, en líneas generales de actuación, coinciden en abordar la RR, con planes que incluyan cese del tabaquismo, tratamiento farmacológico, oxigenoterapia, rehabilitación (plan de actividad física y apoyo emocional que brinde estrategias de automanejo), soporte nutricional, cirugía, sueño, actividades recreativas socializantes, viajes, cuidados paliativos.(6, 8, 9, 12)

Con el fin de ofrecer nuevas alternativas, que estimulen a las personas a participar activamente y así sostener la continuidad de los planes de rehabilitación, a través de opciones que puedan reflejar su interés y les permitan involucrarse en el diseño del propio programa, se realizó un estudio de campo longitudinal, evaluando calidad de vida a través del cuestionario de *St. George's Respiratory Questionnaire* (SGRQ), con el fin de observar los efectos del tango danza en pacientes con EPOC y EPID, que se encuentren actualmente cumpliendo con el programa de Rehabilitación Respiratoria (RR) del Hospital María Ferrer según las normativas del Consenso Argentino de Rehabilitación Respiratoria 2008. (4, 13, 14)

El SGRQ tiene la particularidad, entre los cuestionarios respiratorios, de que no es específico para una enfermedad concreta, sino que se desarrolló para el análisis de la calidad de vida de pacientes con limitación crónica al flujo respiratorio, causada por la EPOC o el asma bronquial. Utilizado en numerosos estudios en los últimos años, se trata de un instrumento fiable, válido y sensible.(13-16) (17)

La relación entre la danza y la salud, su influencia positiva en la calidad de vida de las personas, y el valor de su inclusión en planes de rehabilitación, han sido difundidos por diversos autores. En la actualidad, numerosas instituciones relacionadas con la salud, incluyen a la danza como propuesta de actividad física, socializante y recreativa. (12, 18-21)

El tangodanza aporta beneficios fisiológicos, osteomioarticulares y su inclusión en medicina contribuye significativamente en la rehabilitación de personas con patologías cardiacas, neurológicas , autoinmunes y emocionales.(19, 21) (18)

El objetivo del presente estudio, ha sido observar si el tango podría considerarse una herramienta más para mejorar la calidad de vida en personas afectadas por la disnea respiratoria ocasionada por EPOC y EPID y las consecuencias enunciadas anteriormente que esta provoca, por ser una

actividad física expresiva de bajo impacto, que no posee contraindicaciones, produce efectos similares a la caminata aeróbica, fortalecimiento muscular, mejoras en el equilibrio, socialización recreativa, además de ser fácilmente implementable e implicar bajos costos de realización. (16, 18, 19, 21)

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio se llevó a cabo con la participación voluntaria y bajo consentimiento informado, de personas que sufrían episodios frecuentes de disnea, a partir de padecer EPOC y EPID.(13)

La población total con disponibilidad para participar del estudio, estuvo compuesta por 36 personas de 45 a 80 años de edad, que al momento del comienzo del presente estudio contaban con diagnóstico de alguna de las nombradas patologías o de ambas, y que se encontraban asistiendo al Programa de RR desde el mes de marzo del 2014.

Se excluyó del estudio a quienes no formaban parte de la franja etaria requerida, a quienes padecían patologías no asociadas directamente a los trastornos respiratorios crónicos elegidos para la selección, tales como enfermedades cardiológicas no controladas, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca descompensada, hipertensión sistémica, arritmia severa, enfermedad valvular moderada a severa, y/o respiratorias como asma bronquial, enfermedad pulmonar coexistente (fibrosis pulmonar, bronquiectasias, tromboembolismo pulmonar, tuberculosis actual o pasada, fibrosis quística), vasculopatía periférica o claudicación intermitente clínica, patología osteoarticular que dificulte el ejercicio, trastornos psiquiátricos, neoplasia actual conocida, enfermedades neurológicas con actividad limitante, antecedentes de RR en los últimos 6 meses, en lista de trasplante pulmonar o cirugía de reducción volumen pulmonar, cirugía programada en los próximos 2 meses, a quienes ya hubieran bailado tango o se encontraran haciéndolo en el momento que el estudio comenzara y a quienes no contaran con la posibilidad cierta de cumplir los requisitos de asistencia y participación esperados para el correcto desarrollo del trabajo. (4, 11, 12)

Se dividió a los participantes en dos grupos: el grupo “Tango” y el grupo “Control”.

El grupo “Control”, fue compuesto por 16 personas que concurrían al programa de RR, de 4 meses de duración mínima, con una frecuencia de 2 a 3 veces por semana, realizando entrenamiento aeróbico (80% intensidad) en cinta y/o bicicleta durante 30 minutos y entrenamiento de fuerza de músculos respiratorios y periféricos de MMSS e II. (3)

El grupo “Tango”, estuvo compuesto por 15 personas que manifestaron su deseo de aprender a bailar Tango.

La actividad se desarrolló en un espacio cerrado de 16m2, con piso de cerámica, a temperatura 22C (se dispuso de los instrumentos que permitieron mantener de manera constante dicha temperatura), con sillas a disposición de todos los participantes.

Cada evento se realizó un día a la semana, cada 7 días exactos, durante 8 semanas consecutivas.

La duración de cada encuentro completo fue de 60 minutos totales y mantuvieron su condición de incluidos en ensayo, quienes cumplieron con el 90% de asistencia al total de los encuentros y permanecieron durante cada sesión completa.

Los encuentros mantuvieron similitud entre sí, en su desarrollo. Cada sesión conto con una duración total de 60 minutos y se trabajó a partir de piezas de tango de duración mínima de 150 segundos y máxima de 240 segundos, a *tempo moderatto* (85-100 bpm), de orquestas de tango típicas de los años 40, como Di Sarli, Sassone, Pugliese, Fresedo. (20)

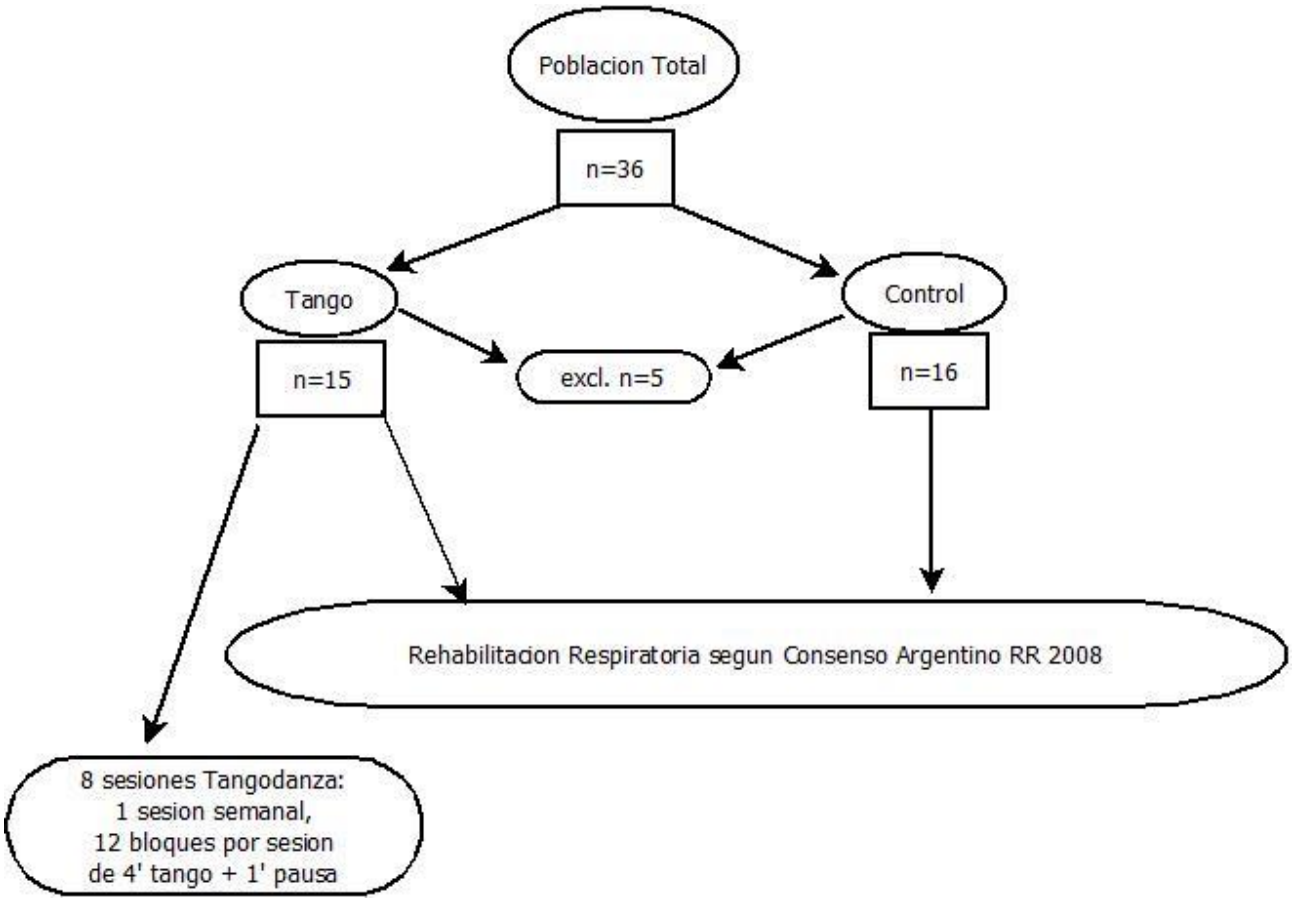
El mismo instructor coordino la actividad durante todas las sesiones del trabajo, proponiendo pautas simples de trabajo, tales como cambios en la formación de las parejas de baile y de roles (conductor de la acción y conducido) dentro de cada dúo. De esta manera, todas las personas interactuaron entre si y participaron del circuito de movimiento con idénticas condiciones.

La actividad en cada encuentro, se desarrolló a partir de caminatas impulsadas por el compás musical (2x4: traslado del peso de un pie a otro en las notas con acentuación fuerte en cada compás), juegos como cambios de dirección en el desplazamiento de los dúos, detenciones, cambios de ritmo dentro de la misma pieza (4x4: traslado del peso en todas las notas).

La vestimenta utilizada, fue la misma para ambos grupos y se compuso de ropa que permitiera realizar movimientos simples como caminar, separar cómodamente las piernas, flexionar las rodillas, elevar los brazos y torsionar el tronco. Se utilizaron zapatillas deportivas o zapatos sin tacos con suelas de goma, y se evitó el uso calzados que pudieran generar inestabilidad.

Todos los participantes del estudio, llevaron a cabo el plan de RR vigente propuesto en el Consenso Argentino de Rehabilitación Respiratoria redactado en el año 2008 por la AMSS, que consiste en educación del paciente y su flia, entrenamiento de músculos periféricos, entrenamiento de músculos respiratorios, entrenamiento aérobico, partiendo de una evaluación inicial, en la que realizaron test de caminata de 6 minutos (T6M), para establecer la necesidad de cada paciente de trabajar con o sin oxígeno suplementario, evaluación incremental en cinta o bicicleta, entrenamiento Continuo Variable (MCV: aplicación de un cambio sistemático entre fases de carga (Intensidad: 80% de la evaluación) y descanso (40% de la evaluación), en los inicios de la rehabilitación, con progresión para incrementar la intensidad, según los tiempos de carga y recuperación, dos o tres veces a la semana, con supervisión. (4)

Se evaluó a cada participante al comenzar la experiencia y una vez finalizada la misma, a través del cuestionario específico para patologías respiratorias crónicas, *Saint George* (SGRQ), auto administrado y completado en su totalidad (tres componentes evaluados con un puntaje de O a 100: Síntomas, Actividad e Impacto (disfunción psico-social) y un puntaje total que combina todos ellos y es el resultado final por cada persona evaluada. (1)



RESULTADOS

Se incluyó a 36 pacientes que cumplían los criterios definidos, de los que finalmente participaron 31 (12 mujeres y 19 hombres), con una edad media 63 ±11 desviación estándar.

Dos personas fueron excluidas al comenzar el trabajo por ser hospitalizadas al sufrir reagudizaciones, una tercera falleció durante el transcurso del estudio trabajo y las 2 restantes desertaron del programa de Rehabilitación, sin explicación.

Los 31 pacientes incluidos , cumplieron con el plan previsto de 8 semanas de duración.

Se distribuyó el total de participantes, según sus intereses, en 2 grupos, 16 en el grupo "Control" y 15 en el grupo "Tango".

Ambos grupos fueron evaluados mediante el cuestionario SGRQ al inicio y una vez finalizado el estudio.

Se observaron cambios de significación en los 2 grupos, transcurrido el periodo mencionado de 8 semanas.

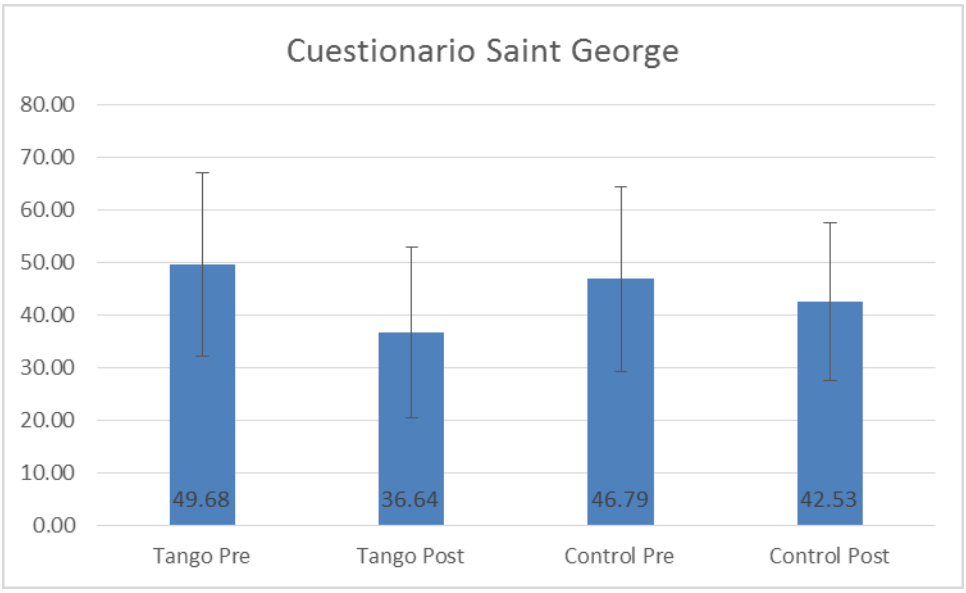
"Tango" arrojo una diferencia de (-13.04) y "Control" (-4.26).

Según el SGRQ, se considera significativa una diferencia a partir de (-4) , para cualquiera de los ítems.

Al mismo tiempo, existieron diferencias de los grupos entre sí: "Tango" (-13) y "Control" (-4).
La participación en uno u otro grupo fue decisión de cada participante. El promedio del Total del grupo "Tango" en relación a "Control", en la evolución inicial resulto más elevado, es decir que este grupo no contaba con un mejor estado de salud inicial que habría podido incidir positivamente en el resultado final.

Promedio total de ambos grupos, pre y post estudio:

N	Tango Pre	Tango Post	Control Pre	Control Post
1	59	42.08	58	45.3
2	70	37	30	29.5
3	36	41	46	40
4	70	43.3	27	33.6
5	57	32.8	17	15
6	21	0	70	61
7	18	12	31	28
8	42	39	52	60.6
9	32.7	20	20	20
10	65	60	54	48
11	53	40	57	50
12	55	39	63	56
13	63	50	70	65
14	35	30	67	50
15	72.9	65	40	32
16	45	35	46.9	46.5
Promedio	49.68	36.64	46.79	42.53
Desv Est	17.43	16.19	17.55	14.97
Máx	72.90	65.00	70.00	65.00
Mín	18.00	0.00	17.00	15.00



DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Según los resultados observados, puede considerarse el Tangodanza un recurso de utilidad para complementar el Plan diseñado en el Consenso de Rehabilitación Respiratoria 2008.

Si bien, no se trató de un estudio aleatorio, ya que los participantes eligieron la actividad a voluntad y que quienes optaron por "Tango" pudieron haberlo hecho porque se sentían mejor para bailar, la evaluación inicial de este grupo mostro condiciones de salud menos favorables para sus participantes.

Además, aun si se considera la limitación de 8 semanas de tiempo empleado para la experiencia, el grupo Tango evidencia una diferencia importante en relación al grupo Control.

Como fuera mencionado en el comienzo del siguiente trabajo, el Tangodanza aporta beneficios a la salud, por lo que es considerado un recurso para la prevención de enfermedades y es complemento terapéutico en patologías neurológicas, Cardiológicas y Psiquiátricas.(9, 10, 19-21)

El Consenso Argentino de Rehabilitación Respiratoria 2008, señala la necesidad de incluir a las personas en el diseño de sus propios planes de rehabilitación, con el fin de involucrarlos en el sostenimiento de los mismos. (4)

Consideramos entonces que, en la búsqueda de planes de prevención y tratamiento que brinden alternativas para acercar la actividad hospitalaria a la cotidianeidad de los pacientes, que los estimulen a valorar lo que es de su agrado como recurso para mejorar su salud, con la intención además de encontrar recursos que faciliten la rehabilitación respiratoria, implementables desde sus costos, accesibles y realizables sin necesidad de infraestructuras, maquinas, etc. y que a su vez generen independencia y fomenten la socialización , el Tangodanza cumple con esos requisitos, como sucede con otras danzas, con la musicoterapia, o aun con otras disciplinas artísticas .

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Read MO. Impact of chronic obstructive pulmonary disease on activities of daily living: Results of the EIME multicenter study. Arch Bronconeumol. 2007;43(02):64-72.
2. Xaubet A, Ancochea J, Blanquer R, Montero C, Morell F, Rodríguez Becerra E, et al. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades pulmonares intersticiales difusas. Archivos de Bronconeumología. 2003;39(12):580-600.
3. Jastrzebski D, Gumola A, Gawlik R, Kozielski J. Dyspnea and quality of life in patients with pulmonary fibrosis after six weeks of respiratory rehabilitation. Journal of physiology and pharmacology. 2006;57:139.
4. Sivori M, Almeida M, Benzo R, Boim C, Brassesco M, Callejas O, et al. Nuevo consenso argentino de rehabilitación respiratoria: Actualización 2008. Medicina (Buenos Aires). 2008;68(4):325-44.
5. Rhodius EE, de Neumonología Htal JdS, As AdB. Rehabilitación respiratoria. Una visión retrospectiva. Revista Argentina de Medicina Respiratoria. 2007(1):26-8.
6. Hernández JÁ. Enfoque terapéutico global de la disfunción muscular en la EPOC. Nutrición Hospitalaria. 2006;21.
7. Bronconeumol A. Consenso para el diagnóstico de las neumonías intersticiales idiopáticas. Arch Bronconeumol. 2010;46(Supl X):2-21.
8. Casaburi R. Limitation to exercise tolerance in chronic obstructive pulmonary disease: look to the muscles of ambulation. American journal of respiratory and critical care medicine. 2003;168(4):409-10.
9. Fritzsche A, Clamor A, von Leupoldt A. Effects of medical and psychological treatment of depression in patients with COPD–a review. Respiratory medicine. 2011;105(10):1422-33.
10. De Lac Iglesia Martínez F, De la Fuente Cid R, Ramos Polledo V, Pellicer Vázquez C, Nicolás Miguel R, Diz-Lois Martínez F. Análisis factorial de la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica estable. Archivos de Bronconeumología. 2001;37(10):410-6.
11. De Lucas M, Güell R, Sobradillo V, Jiménez C, Sangenís M, Montemayor T. Normativa sobre la rehabilitación respiratoria. Arch Bronconeumol. 2000;36:257-74.
12. Resqueti VR, Gorostiza A, Gáldiz JB, De Santa María EL, Clarà PC, Güell Rous R. Beneficios de un programa de rehabilitación respiratoria domiciliaria en pacientes con EPOC grave. Archivos de Bronconeumología. 2007;43(11):599-604.
13. Barrera J. El proyecto de investigación. Comprensión holística de la metodología y la investigación. 2008.
14. Sanjuás Benito C. Medición de la calidad de vida:¿ cuestionarios genéricos o específicos? Archivos de Bronconeumología. 2005;41(3):107-9.
15. García M, Perpiñá Tordera M, Román Sánchez P, Soler Cataluña J. Consistencia interna y validez de la versión española del St. George's Respiratory Questionnaire para su uso en pacientes afectados de bronquiectasias clínicamente estables. Archivos de Bronconeumología. 2005;41(3):110-7.
16. Salgado Lévano AC. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. Liberabit. 2007;13(13):71-8.
17. de la Cuesta Benjumea C. Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud. Nure Investigacion, 25. 2006.
18. Peidro RM, Osses J, Caneva J, Brion G, Angelino A, Kerbage S, et al. Tango: modificaciones cardiorrespiratorias durante el baile. Revista Argentina de Cardiología. 2002;70(5):358-63.

19. Trossero F. Tango terapia. Rosario: Coquena Ediciones. 2006.
20. Zárate P, Díaz V. Aplicaciones de la musicoterapia en la medicina. Revista médica de Chile. 2001;129(2):219-23.
21. GM. HME. Effects of dance on movement control in Parkinson's disease: a comparison of Argentine tango and American ballroom. J Rehabil Med. 2009; 41(6): 475-81.

ANEXOS

FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

1.1 – SEDE del Instituto Universitario de Ciencias de la Salud donde se desarrollará el proyecto
Instituto Universitario de Ciencias de la Salud Fundación HA. Barceló

1.2 – CARRERA DE GRADO O POST-GRADO DONDE ENMARCA EL PROYECTO
Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría

1.3 - Denominación del Proyecto
Efectos del Tangodanza en personas con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa

1.4 - Palabras Claves
EPOC, EPID, DISNEA, REHABILITACIÓN RESPIRATORIA, DANZA, TANGO.

1.5 – Resumen de 200 palabras del Proyecto
El Proyecto se propone, a través de un estudio de campo, longitudinal, observar los efectos del tango danza en personas que padecen EPOC y EPID, que se encuentren participando del Programa de Rehabilitación Respiratoria propuesto por el Hospital María Ferrer, en CABA. Se realizara con pacientes que participen voluntariamente, divididos en 2 grupos, los que solo solo realizan RR. y los que realizan el plan de RR. y que además deseen aprender a bailar tango. Se evaluara mediante cuestionario Saint George de calidad de vida al comenzar y al finalizar la experiencia a todos los participantes.

1.6 - Duración del Proyecto	
Fecha de Inicio:	**04/2014**
Fecha Finalización:	**10/2014**
Duración en meses:	**6 meses**

1.7 - Director o Responsable del Proyecto	
Apellido y Nombres:	Sosa, Mariana
Doc. de Identidad (Tipo-Nro.):	DNI 17.476.135
Fecha de Nacimiento:	25/06/1965
Domicilio (Calle-Nro.-Piso-Depto.):	Sarmiento 3857, 1ero. B
C.P. - Localidad - Provincia:	1197, CABA, Buenos Aires
Teléfono/s (Código-Nro.):	011 15 5735 5785
Correo Electrónico:	Marianasosa25@hotmail.com
Título Profesional:	Estudiante Lic. Kinesiología y Fisiatría
Cargo / Dedicación:	
Facultad	Instituto Universitario de Ciencias de la Salud Fundación H.A. Barceló.
Cargo en CONICET / Categoría:	
Lugar de Trabajo:	Hospital María Ferrer
Dedicación al Proyecto:	**8hs. Semanales durante 8 meses**
Firma Director:	

En el caso de que el Director considere necesaria la inclusión de un Co-Director de Proyecto, deberá completar los datos personales que se solicitan a continuación y fundamentar dicha necesidad en la página siguiente.

1.8 - Co-Director o Co-Responsable del Proyecto	
Apellido y Nombres:	Ronzio, Oscar
Doc. de Identidad (Tipo-Nro.):	25031972
Fecha de Nacimiento:	25/08/1976
Domicilio (Calle-Nro.-Piso-Depto.):	Mendoza 2096 2 B
C.P. - Localidad - Provincia:	CABA
Teléfono/s (Código-Nro.):	+5491144179772
Correo Electrónico:	ronzio@agentesfisicos.com
Título Profesional:	Lic. En Kinesiología y Fisiatría
Cargo / Dedicación:	Prof. Titular; Metodología de la Investigación
Facultad:	Instituto Universitario H. Barceló
Cargo en CONICET / Categoría:	-
Lugar de Trabajo:	Sede French
Dedicación al Proyecto:	3 hs semanales
Firma Co-Director:	

1.9 - Justificación del Director para la inclusión de un Co-Director de Proyecto	
El co-director es el tutor metodológico del TFI.	
Firma Director de Proyecto	
Apellido y Nombres:	Sosa Mariana
Firma Director:	

2. CONTENIDO DEL PROYECTO

2.1 - Objetivo(s) del Proyecto

Describir en forma precisa el/los objetivo/s general/es del Proyecto. Si se trata de objetivos múltiples, presentarlos en forma desagregada. No exceder del espacio asignado Observar los efectos del tango danza en personas que presentan disneas.

Aportar en la búsqueda de actividades alternativas para los programas de rehabilitación respiratoria.
Ofrecer opciones de actividades para rehabilitación respiratoria, que impliquen bajos costos
Encontrar actividades que resulten de fácil y rápida implementación.
Contribuir al desarrollo de propuestas que resulten motivadoras y que estimulen la permanencia de los pacientes en los programas de rehabilitación respiratoria.
Contribuir en la búsqueda de actividades socializadoras y recreativas dentro de los programas de RR.
Incluir en la RR actividades que puedan practicarse en cualquier espacio y situación, aun fuera del ámbito de hospitalario.
Actividades agradables y conocidas que contribuyan a la creación y diseño de planes propios para la RR.

2.2 - Descripción del Proyecto

Referir las características generales del Proyecto teniendo en cuenta: la fundamentación del proyecto (antecedentes y preocupaciones que dieron origen al problema y al objetivo de la investigación), la metodología a emplear, los procedimientos instrumentales, y toda otra cuestión que haga perfectamente comprensible la naturaleza y el sentido de la propuesta. Utilizar las páginas que se consideren necesarias.

La rehabilitación respiratoria con énfasis en la actividad física, es actualmente valorada en sus efectos y resultados como imprescindible en personas con EPOC y EPID.

Quienes padecen estas patologías, cuya característica común es la disnea, suelen sentir desgano, depresión y experimentar sensación de muerte por falta de oxígeno.
El actual Consenso respiratorio, hace hincapié en la necesidad de planes de rehabilitación integral, que involucren al paciente y su entorno cercano y que incluyan planes alimentarios, actividad física y recreativa socializante y cultural.
El propósito del presente trabajo es realizar un aporte en la búsqueda de alternativas para la RR., que además de efectivas, resulten atractivas para quienes forman parte del Programa de Rehabilitación.
Se observara si el tangodanza podría convertirse en una alternativa de propuesta dentro de un plan de RR.

De ser así, su aporte sería importante, ya que es una actividad que al no ser exclusivamente terapéutica, podría colaborar en brindar a los pacientes la sensación de estar realizando una actividad que los aleje de la situación de enfermedad, así como el compartir la danza no solamente con personas que son parte del programa de RR. , sino también con familiares, personal médico, etc., (que podrían participar de la actividad o bailar fuera del ámbito hospitalario) , sumado esto a la facilidad de hacerlo en cualquier situación y al bajo costo que implica.
Para evaluar estas hipótesis, se realizara un estudio de campo longitudinal con personas que padecen EPOC y EPID que se encuentran participando del programa de RR. del Hospital Maria Ferrer desde 4 meses previos a dicho estudio.
Se dividirá a los participantes en 2 grupos que continuaran el plan de RR.
Uno de estos grupos estará compuesto por personas que deseen además asistir a 8 sesiones de tangodanza, de 60 minutos cada una, cada 7 días .
Ambos grupos serán evaluados con el cuestionario de calidad de vida Saint George
Antes y después de las 8 semanas mencionadas, con el fin de observar si se establecen diferencias entre quienes bailaron Tango y quienes no lo hicieron.
Los datos obtenidos, serán volcados al Microsoft Excel, con el que se realizarán tablas, gráficos y se calcularán los porcentajes.

2.3 - Estado del Conocimiento

Describir el estado del conocimiento del tema del Proyecto en nuestro país y en el contexto internacional. Señalar los últimos avances alcanzados en el tema indicando la relación del Proyecto y sus objetivos con dichos avances. Justificar el papel y el aporte del Proyecto en cuanto al desarrollo del tema en la región del nordeste y/o el país. Hacer referencia a la bibliografía relevante sobre el tema. No exceder el espacio asignado

.
Hasta el momento, no se registran experiencias ni estudios en relación al valor de esta disciplina como aporte en rehabilitación respiratoria.
Considerando entonces que se trata de una actividad que ademas de ser recreativa, socializante, es beneficiosa para la salud, no posee contraindicaciones, es de fácil implementacion y no requiere inversión ni gastos en equipamientos, el presente proyecto tiene como finalidad continuar en la investigación de los aportes que el Tangodanza puede brindar en los planes de rehabilitacion de distintas patologias.
La bibliografia en relacion a esta problemática se detalla a continuacion:

Sivori M, Almeida M, Benzo R, Boim C, Brassesco M, Callejas O, et al. Nuevo consenso argentino de rehabilitación respiratoria: Actualización 2008. Medicina (Buenos Aires). 2008;68(4):325-44.
Peidro RM, Osses J, Caneva J, Brion G, Angelino A, Kerbage S, et al. Tango: modificaciones cardiorrespiratorias durante el baile. Revista Argentina de Cardiología. 2002;70(5):358-63.
Trossero F. Tango terapia. Rosario: Coquena Ediciones. 2006.
Zárate P, Díaz V. Aplicaciones de la musicoterapia en la medicina. Revista médica de Chile. 2001;129(2):219-23.
GM. HME. Effects of dance on movement control in Parkinson's disease: a comparison of Argentine tango and American ballroom. J Rehabil Med. 2009; 41(6): 475-81.

2.4 - Trabajos Previos
Indicar la relación del tema y los objetivos del Proyecto con trabajos previos o contemporáneos ejecutados por el grupo de investigación o sus integrantes. No exceder el espacio asignado No existen trabajos previos realizados por el director del presente Proyecto.

2.5 - Fechas de Iniciación y Finalización del Proyecto			
Fecha de Iniciación:	**Abril 2014**	Fecha de Finalización:	**Octubre 2014**

Cronograma tentativo de actividades:

	ACTIVIDADES	2014 MES 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Elección del tema												
2	Elección del tutor												
3	Reunión con el tutor												
4	Desarrollo del proyecto												
5	Cuadro de coherencia interna												
6	Parcial: Presentacion del proyecto (10/06)												
7	Recuperatorio: 1/07												
8	Incrementar marco teórico												
9	Desarrollo consentimiento informado												
10	Presentación documentos C. Ética (1/08)												
11	Veredicto C. Ética												
12	Registro WHO												
13	Registro Plataforma Ensayos Clínicos												
14	Organización toma de datos												
15	Toma de datos												
16	Estadística												
17	Conclusiones												
18	Revisión y corrección												
19	Entrega al tutor metodológico (14/10)												
20	Entrega TFI impreso a la Universidad (11/11)												
21	Defensa												

2.6 - Observaciones sobre la duración del Proyecto
Indicar si es previsible que se registren postergaciones en el inicio o desarrollo del Proyecto. El inicio y desarrollo del proyecto dependerán fundamentalmente de la evaluación por parte del Comité de Ética.

3. IMPACTO DEL PROYECTO

3.1 - Efectos sobre el sistema científico
Indicar sectores del ámbito científico que podrían beneficiarse con los resultados del Proyecto y las disciplinas que utilizarían como insumos los conocimientos obtenidos. No exceder el espacio asignado Se estima que los resultados del presente Proyecto pueden ser un aporte en el sistema de salud para la educación , prevención y rehabilitación respiratoria.

3.2 - Efectos sobre la actividad universitaria
Indique si prevé la incorporación de alumnos en el proyecto y cuáles serán las actividades a desarrollar por estos. Se han incorporado los alumnos de 5to año a la investigación en la carrera de Kinesiología y Fisiatría, mediante el desarrollo del TFI, con el fin de incentivar la investigación desde el grado e incrementar la creación de conocimiento del Instituto Universitario H. Barceló mediante publicaciones en revistas indexadas.

3.3 - Aplicación de los resultados del Proyecto
Indicar si el Proyecto está o no orientado a satisfacer necesidades o solucionar problemas en distintos niveles de la sociedad dentro del orden social, económico, sanitario, educativo, etc.- Describir tales necesidades o problemas, actuales o potenciales, aportando información cuantitativa, si es factible. Indicar los usuarios, como por ejemplo, organismos públicos, instituciones privadas, empresas, etc., a los que podrían transferirse resultados, aplicaciones o conocimientos derivados del Proyecto. No exceder el espacio asignado Los resultados del Proyecto pueden ser una contribución en los órdenes social, económico, sanitario, educativo, por tratarse el tangodanza de una actividad que responde a intereses culturales propios de nuestro país y educativos, por ser de fácil implementación e implicar bajo costo. Los usuarios considerados son todos los ámbitos de salud (para la educación, prevención y rehabilitación), tanto públicos como privados.

5. RECURSOS HUMANOS

5.1 - Personal de Investigación interviniente en el Proyecto		
Mariana Sosa, DNI 17.476.135		

(*) Sólo si no tiene D.N.I., indicar otro tipo de Documento.

5.2 - Personal de Apoyo interviniente en el Proyecto		
Apellido y Nombres ……	Facultad	Título

D.N.I. (*)		
María Estela Brassesco	UBA	Lic. Kinesiología y Fisiatría

(*) Sólo si no tiene D.N.I., indicar otro tipo de Documento.

6. NECESIDADES PRESUPUESTARIAS

6.1 - Gastos de Funcionamiento	
Descripción	**Importe**
Bienes de consumo	-
Servicios no personales y Presentaciones en Congresos del Exterior y Nacionales de los avances así como publicaciones en Revistas con referato	
Bienes de uso	
TOTAL por año	

6.2 - Gastos de Equipamiento	
Descripción	**Importe**

7. CONFORMIDAD DE LA MÁXIMA AUTORIDAD DEL LUGAR DE TRABAJO

Unidad Ejecutora	
Facultad	Instituto Universitario de Ciencias de la Salud Fundación H.A. Barceló
Área / Depto. / Laboratorio:	

Conformidad del Decano, Director o Responsable de la Institución	
Apellido y Nombres:	Castagnaro, Diego
Cargo en la Institución:	Sub Director Carrera de Lic. En Kinesiología y Fisiatría
Toma conocimiento del presente proyecto y presta su conformidad para que el mismo se desarrolle en el ámbito de esta Institución.	
Firma:	

Investigador formado responsable del proyecto, en caso de ausencia del Director
Nombre y apellido: Matesa, Amelia

PROTOCOLO INVESTIGACIÓN CLÍNICA

COMITÉ DE ÉTICA

Datos de Identificación
Sosa, Mariana
Protocolo: ID
“Titulo”
Efectos del Tangodanza en personas con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa
No terapéutico
Autores y Grados
Mariana Sosa, estudiante Lic. Kinesiología y Fisiatría
Investigador Principal
Mariana Sosa
Co-investigador
Colaboradores
María Estela Brassesco
Instituciones Participantes
Hospital María Ferrer Instituto Universitario Fundación H.A. Barceló

Área de Investigación
Metodología de la Investigación Científica
Dónde se llevará a cabo la investigación (ubicación física)
Hospital María Ferrer
Fecha probable de Inicio y terminación del estudio agosto/octubre 2014

¡Error! No se encuentra el origen de la referencia. La deserción de las personas afectadas por EPOC y EPID de los programas de rehabilitación respiratoria demanda estrategias y acciones que garanticen el interés de los pacientes por cumplir con los planes necesarios para su recuperación.
¡Error! No se encuentra el origen de la referencia. No se registran
¡Error! No se encuentra el origen de la referencia. La necesidad de incluir en actividades físicas estimulantes, socializantes, económicamente accesibles , fácilmente implementables, gratificantes, a las personas que padecen disneas.
¡Error! No se encuentra el origen de la referencia. Contribuir en la mejora del programa de Rehabilitación Respiratoria a través de la incorporación de recursos y propuestas motivadores que generen cada vez más independencia de los pacientes en el diseño de su propio plan de rehabilitación.
Diseño del estudio De campo longitudinal

¡Error! No se encuentra el origen de la referencia. Evaluación mediante cuestionario de calidad de vida Saint George a dos grupos de personas que realicen RR desde los últimos 4 meses previos al estudio. Uno de los grupos participara además de 8 sesiones de tangodanza de 60 minutos con frecuencia semanal.
Población: Aquellos voluntarios que reúnan todos los criterios de inclusión y ninguno de los criterios de exclusión serán incorporados al estudio, luego de haberles explicado el propósito del ensayo clínico y de que hayan firmado el consentimiento informado de participación.
I **Criterios de inclusión** personas de 45 a 80 años de edad, que al momento del comienzo del presente estudio cuenten con diagnóstico de alguna de las nombradas patologías o de ambas, y que se encuentren asistiendo al Programa de RR desde el mes de marzo del 2014
Criterios de exclusión quienes no formen parte de la franja etaria requerida, quienes padezcan patologías no asociadas directamente a los trastornos respiratorios crónicos elegidos para la selección, tales como enfermedades cardiológicas no controladas, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca descompensada, hipertensión sistémica, arritmia severa, enfermedad valvular moderada a severa, y/o respiratorias como asma bronquial, enfermedad pulmonar coexistente (fibrosis pulmonar, bronquiectasias, tromboembolismo pulmonar, tuberculosis actual o pasada, fibrosis quística); vasculopatía periférica o claudicación intermitente clínica; patología osteoarticular que dificulte el ejercicio; trastornos psiquiátricos; neoplasia actual conocida; enfermedades neurológicas con actividad limitante; antecedentes de RR en los últimos 6 meses; en lista de trasplante pulmonar o cirugía de reducción volumen pulmonar; cirugía programada en los próximos 2 meses,; quienes hayan bailado tango o se encuentren haciéndolo en el momento que el estudio comience y quienes no cuenten con la posibilidad cierta de cumplir los requisitos de asistencia y participación esperados para el correcto desarrollo del trabajo
Número de pacientes 31

PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA MUESTRA Asistentes al Programa de RR del Hospital María Ferrer que brindan su participación voluntaria para el estudio.
DETERMINACIÓN ESTADÍSTICA DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA 31 personas
Descripción de los procedimientos diagnósticos
Métodos Estadísticos
¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.; Cuando se trate de investigaciones que involucran seres humanos, se deberá explicitar los siguientes aspectos: Los beneficios y los riegos conocidos o inconvenientes para los sujetos envueltos en el estudio. La descripción precisa de la información a ser entregada a los sujetos del estudio y cuando será comunicada oralmente o por escrito. Ejemplos de dicha información incluye: los objetivos y propósitos del estudio, cualquier procedimiento experimental, cualquier riesgo conocido a corto o largo plazo, posibles molestias; beneficios anticipados de los procedimientos aplicados; duración del estudio; métodos alternativos disponibles para tratamiento si el estudio es la prueba de un tratamiento; la suspensión del estudio cuando se encuentren efectos negativos o suficiente evidencia de efectos positivos que no justifiquen continuar con el estudio y, la libertad que tienen los sujetos de retirarse del estudio en cualquier momento que deseen. Indicar cómo será mantenida la confidencialidad de la información de los participantes en el estudio. Listar procedimientos o instrumentos a ser utilizado, independientemente que el mismo sea registrado, no registrado, nuevo o de corriente uso en el país. También se tiene que dar respuesta a otros aspectos éticos tales como: Para estudios donde se obtendrá información personal de los sujetos, indicar cómo la información se mantendrá confidencial. Se debe proveer información acerca del consentimiento libre e informado de los participantes y la estrategia que se utilizará para obtenerlo. Breve reseña de cómo los hallazgos de la investigación serán reportados y

entregados a los sujetos envueltos en el estudio u otros interesados.
Duración del estudio 8 semanas
¡Error! No se encuentra el origen de la referencia. Autogestivo
Fecha probable de Inicio y terminación del estudio agosto/octubre 2014

¡Error! No se encuentra el origen de la referencia. de actividades

Comienzo del proyecto Incorporación de los voluntarios Estudios	Primer año	Primer año		Segundo Año	Segundo Año
Recolección de Datos					
Análisis de Datos		Parciales		Parciales	Finales
Presentación de Resultados		Parciales	Parciales	Parciales	Finales
Publicación de Documentos		Parciales	Parciales	Parciales	Finales

¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.

1. Read MO. Impact of chronic obstructive pulmonary disease on activities of daily living: Results of the EIME multicenter study. Arch Bronconeumol. 2007;43(02):64-72.
2. Xaubet A, Ancochea J, Blanquer R, Montero C, Morell F, Rodríguez Becerra E, et al. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades pulmonares intersticiales difusas. Archivos de Bronconeumología. 2003;39(12):580-600.
3. Sivori M, Almeida M, Benzo R, Boim C, Brassesco M, Callejas O, et al. Nuevo consenso argentino de rehabilitación respiratoria: Actualización 2008. Medicina (Buenos Aires). 2008;68(4):325-44.
4. Hernández JÁ. Enfoque terapéutico global de la disfunción muscular en la EPOC. Nutrición Hospitalaria. 2006;21.
5. Casaburi R. Limitation to exercise tolerance in chronic obstructive pulmonary disease: look to the muscles of ambulation. American journal of respiratory and critical care medicine. 2003;168(4):409-10.
6. Fritzsche A, Clamor A, von Leupoldt A. Effects of medical and psychological treatment of depression in patients with COPD–a review. Respiratory medicine. 2011;105(10):1422-33.
7. Rhodius EE, de Neumonología Htal JdS, As AdB. Rehabilitación respiratoria. Una visión retrospectiva. Revista Argentina de Medicina Respiratoria. 2007(1):26-8.
8. De Lucas M, Güell R, Sobradillo V, Jiménez C, Sangenís M, Montemayor T. Normativa sobre la rehabilitación respiratoria. Arch Bronconeumol. 2000;36:257-74.
9. Resqueti VR, Gorostiza A, Gáldiz JB, De Santa María EL, Clarà PC, Güell Rous R. Beneficios de un programa de rehabilitación respiratoria domiciliaria en pacientes con EPOC grave. Archivos de Bronconeumología. 2007;43(11):599-604.
10. Barrera J. El proyecto de investigación. Comprensión holística de la metodología y la investigación. 2008.
11. Sanjuás Benito C. Medición de la calidad de vida:¿ cuestionarios genéricos o específicos? Archivos de Bronconeumología. 2005;41(3):107-9.
12. García M, Perpiñá Tordera M, Román Sánchez P, Soler Cataluña J. Consistencia interna y validez de la versión española del St. George's Respiratory Questionnaire para su uso en pacientes afectados de bronquiectasias clínicamente estables. Archivos de Bronconeumología. 2005;41(3):110-7.
13. Salgado Lévano AC. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. Liberabit. 2007;13(13):71-8.
14. Peidro RM, Osses J, Caneva J, Brion G, Angelino A, Kerbage S, et al. Tango: modificaciones cardiorrespiratorias durante el baile. Revista Argentina de Cardiología. 2002;70(5):358-63.
15. Trossero F. Tango terapia. Rosario: Coquena Ediciones. 2006.
16. Zárate P, Díaz V. Aplicaciones de la musicoterapia en la medicina. Revista médica de Chile. 2001;129(2):219-23.
17. GM. HME. Effects of dance on movement control in Parkinson's disease: a comparison of Argentine tango and American ballroom. J Rehabil Med. 2009; 41(6): 475-81. 1. Read MO. Impact of chronic obstructive pulmonary disease on activities of daily living: Results of the EIME multicenter study. Arch Bronconeumol. 2007;43(02):64-72.
18. Peidro RM, Osses J, Caneva J, Brion G, Angelino A, Kerbage S, et al. Tango: modificaciones cardiorrespiratorias durante el baile. Revista Argentina de Cardiología. 2002;70(5):358-63.
19. Trossero F. Tango terapia. Rosario: Coquena Ediciones. 2006.
20. Zárate P, Díaz V. Aplicaciones de la musicoterapia en la medicina. Revista médica de Chile. 2001;129(2):219-23.

21. GM. HME. Effects of dance on movement control in Parkinson's disease: a comparison of Argentine tango and American ballroom. J Rehabil Med. 2009; 41(6): 475-81.

CURRICULUM VITAE

Lic.Maria Estela del Huerto Brassesco
Tel: (011)4865-0175 Cel: (011)154948-8770
Email: mbrassesco@fibertel.com.ar

Estado civil: soltera

Nacionalidad: Argentina

Fecha de Nacimiento: 27 de Septiembre de 1962.

Lugar de nacimiento: Paraná E.Rios.

D.N.I: 14831671

C.U.I.T/C.U.I.L:27-14831671-1 (IVA responsable inscripto.)

Matricula Profesional n°:3746. Exp por .M.de Salud y A.Social

N°de Prestador:N° 167530(Superintendencia de Servicios de Salud del Mterio de Salud de la Nación)

EDUCACIÓN

Secundario: Esc. Nacional de Comercio (Victoria E.Rios)
Titulo: Perito mercantil. Egresada Año 1980

Universitario:

Titulo. Kinesióloga.(U.B.A) Egresada AÑO 1986

Post-Grado: Licenciatura en Kinesiología.(U.B.A) 1987
.
Titulo Lic. En Kinesiología y Fisiatría
Post-Grado: Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría (U.BA) 1990 .

Post-Grado: Kinesióloga especializada en áreas criticas:SATI AÑO 2003-2004.Duración 1920 hs con evaluación y requisitos aprobados.

Curso de Postgrado de Rehabilitación Pulmonar (Modalidad Teórico-Practico) .Directora del Curso: Lic Saadia Marcela .Facultad de Postgrado de la Univ. Favaloro .Carga horaria de 90hs practicas y 60 hs teóricas con examen final aprobado.Mayo a Setiembre de 2008.

Curso de Postgrado de Organización y Administración Hospitalaria y de Servicios de Atención de Salud (1° nivel)
Universidad de Quilmes y SLASS
Director: Dr. Reboredo Jorge
31 de Marzo al 16 de Diciembre del 2006
Con evaluación final aprobada
Duración horaria: 550 horas

Programa Superior de Organización, Administración y Gestión de Instituciones de Salud. (2° nivel)
Slass y Univ. De Quilmes .Año 2013-2014 con evaluación final aprobada .Carga horaria 600 hs

EXPERIENCIA PROFESIONAL

- HOSPITAL M.RR "MARIA FERRER": Cargo de planta de 30 hs semanales : especializado en atención de pacientes EPOC ,Fibrosis Pulmonar,FQ,Neuromusculares:Distrofias,Miastenia Gravis,Secuela de Poliomieliti,Miopatias y ELA.Ventilación Mecánica Asistida,VNI,Weaning Destetes dificultosos, monitoreó ventilatorio,Oxigenoterapia,etc. Desde el 04/05/1988 –a la fecha (26 años de experiencia).

- 21 años de Guardia de 24 hs los días viernes en el mismo Hospital hasta Año 2009.
- Integrante del Equipo Multidisciplinario de Rehabilitación Respiratoria del HMRR "Maria Ferrer": Experiencia en distintos Protocolos de RR para Grupos de pacientes EPOC, PRE-POST Cirugía de Reducción de Volúmenes, Transplante, etc.Protocolos multicentricos.Coordinador de .Klogia: Lic Ignacio Capparelli .Desde Año 1993 a la fecha.
- Charlas educativas a pacientes y fliares : temas nutrición y rehabilitación , AVD y calidad de vida , deglución , etc
- Actualmente Coordinadora del área Consultorios Externos : especialidad FQ,BQT,T6M,Deglución ,THB
- Colaborador Docente en rotaciones de Residentes Municipales de Kinesiología y concurrentes de distintas partes del país y extranjeros, en el HMRR Maria Ferrer. Desde el ingreso.AÑO 1988 a la fecha.
- Integrante del Comité de Infecciones del HMRR Maria Ferrer hasta AÑO 2009
- Integrante del Equipo Multidisciplinario(Pediatras, psicólogos y Klogos) del HMRR Maria Ferrer, en las Jornadas de Educación sobre ASMA Infantil ,a la comunidad.(5hs de duración)todos los 2° Viernes de cada mes de Marzo a Diciembre..Presentación de Posters en Congresos de Pediatría. Desde el Año 2001 al 2006
- Charlas en ateneos, congresos, residencias y hospitales para médicos, Kinesiólogos , residentes, etc : Programas de Rehabilitación Respiratoria , Experiencia en un hospital público . Nutrición y rehabilitación , Deglución , Técnicas de Higiene Bronquial

- Atención de pacientes crónicos Neuromusculares y Epoc con Ventilación Mecanica Invasiva y no Invasiva en domicilio:manejo de Vía Aerea,AKR y rehabilitación respiratoria y motora en forma particular o por Reintegro. Prepaga.desde Año 1990 a la fecha.
- Terapias Medicas Domiciliarias.(TMD) :Internacion domiciliaria de pacientes Neuromusculares ,EPOC,etc : Asistencia Mecánica Invasiva y no Invasiva,Monitoreo y Manejo de la V.Aerea,AKR y Rehabilitación..Coordinadora Medica Dra. Ada Toledo. Desde Año 2003 a 2009.

- Atención de pacientes a domicilio x internación domiciliaria de Medical House : pacientes Neuromusculares ,EPOC,etc : Asistencia Mecánica Invasiva y no Invasiva,Monitoreo y Manejo de la V.Aerea,AKR y Rehabilitación..Coordinadora Medica Dra. Ada Toledo. Desde Año 2009 a la fecha.

- FIPAN(WWW.FIPAN.ORG.AR): Atención de pacientes con F.Quistica en Domicilio .Rehabilitacion , AKR y Aerosolterapia ,VNI,etc: colaboración profesional en revistas de la fundacion. Y en video-conferencias sobre Tecnicas de Higiene Bronquial , rehabilitación , etc desde AÑO 2000 a la fecha.

- Domicilios de Respiratorio para Luis Pasteur.Coord: TF Susana de Dominicci desde el AÑO 2000- 2005
- SANATORIO QUINTANA .Reemplazos en UTI,Cardiovascular e Internacion de adultos y pediatricos,Quemados.Desde Año 2000-2002
- A.L.P.I: Soler y Salguero. Kinesiología Respiratoria en pacientes neurológicos cronicos.desde Agosto de 1998 al 2000.
- CLINICA A.FLEMING.Cramer y Zabala.Reemplazos en UTI,UTIP,UCO,INTERNACION.1997-1998.
- INSTITUTO ARGENTINO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO:Especialidad Asistencia Kinesica Respiratoria en U.T.I,Coronaria e Internacion.Periodo 1992 -1997.
- CENTRO MEDICO PRIVADO "IATROS".Av Santa Fe 2534 Peso 3 dto. "B".Cap.Federal.Consultorios Externos de Kinesilogia.Periodo 10/1988 al 1993.
- SANATORIO ANTARTIDA. U.T.I-Internacion y UTCardiovascular.Periodo Mayo-Junio 1992.
- SANATORIO ANCHORENA.Reemplazos.UTI-INTERNACION.Periodo 1992.
- CENTRO MEDICO "ASSID-MED".Capdevila 2851(V.Urquiza) Cap. Federal.Atencion en domicilios de pacientes neurologicos,traumatologicos y cardio-respiratorio.Periodo 1987-1990.
- Concurrencia en el Servicio de Kinesiología del HMMRR "Maria Ferrer".Periodo 1987 al 05/1988.
- Clínica de Rehabilitación "ALCO".Maipú 1786.San Fernando.Consultorio Externos Kinesicos y Gimnasio Cardio respiratorio.Periodo 05/1987 al 06/1988.

TRABAJOS PRESENTADOS

- Estudio RE3 “ “Impacto de la Rehabilitación Respiratoria en la
Reducción de las Exacerbaciones de la EPOC”
Autores
Sección de Rehabilitación Respiratoria
Asociación Argentina de Medicina Respiratoria
Coordinadores Estudio Re3: Dr. Sivori M., Klgo. Capparelli I.
Hospital Maria Ferrer, Buenos Aires: Klgo. Brassesco M., Dr. Maggio P.
Otros hospitales.(12)

- Póster: Estudio RE3 (Reducción de las Exacerbaciones de EPOC por REHABILITACIÓN RESPIRATORIA): Población enrolada .Sección Rehabilitación Respiratoria de AAMR presentado como póster en 2011 a Premio

- Poster: Impacto de la Rehabilitación Respiratoria en la Reducción de las Exacerbaciones de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) Estudio RE 3

  Presentados en 36° Congreso de Medicina Respiratoria Año 2011
- Presentación y poster: Adaptación Técnica a una prueba de Evaluación : M. Saadia, J. Steimberg, I. Capparelli, M. Brassesco, Natal E .HRRMF, CABA

  38° Congreso Argentino de Medicina Respiratoria. Bs. As.
- Comparación entre diferentes métodos para evaluar Test Máximos en un programa de Rehabilitación Respiratoria. Autores Saadia M,Steimberg J, Capparelli I , Brassesco M y Natal E. HRRMF

  38° Congreso Argentino de Medicina Respiratoria. Bs. As .2010
- Test a carga constante .Implementación en RR : informe preliminar
- Autores Saadia M,Steimberg J, Capparelli I , Brassesco M y Natal E. HRRMF . 38° Congreso Argentino de Medicina Respiratoria .2010

Asociada:
Asociación de Profesionales del Hospital Municipal de RR Maria Ferrer.
Asociación Argentina de Medicina Respiratoria: desde Año 1994
Capitulo de Kinesiología y sección Rehabilitación Respiratoria desde sus inicios .
Sociedad Argentina de Terapia Intensiva y Capitulo de Kinesiología desde Año 1996.
Asociación Argentina de Kinesiología desde año 2011
Suscripción de la revista mensual Respiratory Care. en idioma Ingles AARC, desde Año 1999
Carrera de Lic. en kinesiología y Fisiatría Sede Buenos Aires

Buenos Aires, julio 2014

Lic. Diego Castagnaro
Subdirector de la carrera de Lic. en kinesiología y fisiatría

En mi calidad de alumno de la carrera de kinesiología presento ante ustedes el tema del trabajo de investigación final titulado **EFECTOS DEL TANGODANZA EN PERSONAS CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA Y ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA**, proceso que será acompañado por un tutor de contenido la Lic. María Estela Brassesco, 14831671, con número de matrícula 3746, en espera de su aprobación.

Cordialmente.

Nombre y firma

Alumno Mariana Sosa

Tutor de contenido María Estela Brassesco

Carrera de Lic. en kinesiología y Fisiatría
Sede Buenos Aires
Carta aprobación de contenido
Trabajo de investigación final

Buenos Aires, agosto 2014

Lic. Diego Castagnaro
Subdirector de la carrera de Lic. en kinesiología y Fisiatría

Por medio de la presente yo, la Lic. María Estela Brassesco, con DNI…14831671 y número de matrícula nacional 3746, quien me desempeño como tutor de contenido del trabajo de investigación final de la alumna Mariana Sosa, con el tema Efectos del Tango danza en personas con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa, manifiesto mi aprobación del contenido este trabajo, cumpliendo con los objetivos establecidos.

Firma, aclaración y sello
Tutor de contenido trabajo de investigación final

CARRERA DE LIC. EN KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA
SEDE BUENOS AIRES

TÉRMINOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO LIBRE Y ESCLARECIDO

Usted está siendo invitado a participar de una investigación que se realizará en Hospital María Ferrer, a cargo de Mariana Sosa (estudiante de Lic. En Kinesiología en Fundación Barceló) Luego de haber sido esclarecidas todas sus dudas y en caso de aceptar participar deberá firmar al final de éste documento por duplicado. Una de las copias será suya y la otra del investigador responsable. En caso de que usted no acepte participar no será penado de ninguna manera.
La participación en éste estudio es voluntaria, no ofrece riesgo ni costo alguno. La privacidad de sus datos personales y clínicos estará asegurada por las garantías que ofrece la Ley de Hábeas Data Nº 25.326.

En el caso de haber dado su consentimiento para participar del estudio, tiene derecho a abandonarlo en el momento que lo desee previa comunicación al investigador, sin resultar su decisión en ningún perjuicio.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Buenos Aires,…….. de ……..…….. de 201….
Yo, ……..…, de…… años de edad, fecha de nacimiento ……/……/……. y, con DNI nº ……., declaro libre y voluntariamente que se me han aclarado todas las dudas que me han surgido y acepto participar en el estudio
"……..", cuya metodología consiste en:

Observación y evaluación de pacientes del Programa de Rehabilitación Respiratoria del Hospital María Ferrer con asistencia opcional a 1 sesión semanal de tangodanza de una hora de duración durante 8 semanas seguidas, en horario adicional al de la rehabilitación propuesta por el hospital.

Entiendo que del presente estudio derivará un mayor conocimiento sobre la incidencia de dicha patología. Estoy consciente sobre los riesgos y beneficios que podrían acontecer sobre mi bienestar y salud y he sido también informado de que mis datos personales y clínicos serán protegidos e incluidos en una base de datos que estará sometido a las garantías de la Ley de Hábeas Data Nº 25.326. Por lo tanto estoy de acuerdo de que los resultados del presente estudio (sin incluir información personal) sean publicados en libros, revistas, artículos y otras formas de divulgación.
Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO para que se me contacte y así realizar el procedimiento para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.
Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento que yo así lo desee. También que puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos y beneficios de mi participación en éste estudio. En caso de que decidiera retirarme, la atención que como paciente recibo en esta institución no se verá afectada.
Nombre del informado:…… …… Firma:…….……

Dirección:……

Teléfono de contacto……

Nombre del informante:……. Firma…….

CALIDAD DEVIDA ST. GEORGE

Este cuestionario está hecho para ayudarnos a saber más sobre sus problemas respiratorios y cómo le afectan a su vida. Usamos el cuestionario, no tanto para conocer los problemas que los médicos y las enfermeras piensan que usted tiene, sino para saber qué aspectos de su enfermedad son los que le causan más problemas.

Por favor, lea atentamente las instrucciones y pregunte lo que no entienda. No gaste demasiado tiempo para decidir las respuestas.

Conteste cada pregunta **señalando con una cruz el cuadro correspondiente a la pregunta elegida**.

A continuación algunas preguntas para saber cuántos problemas respiratorios ha tenido durante los últimos ____ meses. Por favor **marque una sola respuesta en cada pregunta**.

1. Durante los últimos___ meses, ¿ha tenido tos?

No, nada en absoluto

2. Durante los últimos_____meses, ¿ha desgarrado, expectorado? (sacar flemas o "gargajo")

No, nada en absoluto

3. Durante los últimos____meses, ¿ha tenido ataques de asfixia, o falta de aire?

No, nada en absoluto

4. Durante los últimos____meses, ¿ha tenido hervidera, "pechuguera" o silbidos en el pecho?

No, nada en absoluto

5.Durante los últimos____meses, ¿cuántos ataques tuvo por problemas respiratorios que fueran graves o muy desagradables?

ningún ataque

6. ¿Cuánto le duró el peor de los ataques que tuvo por problemas respiratorios? **(SI NO TUVO ATAQUE SERIO VAYA DIRECTAMENTE A LA PREGUNTA N°7)**

No

7. Durante los últimos____meses, ¿cuántos días buenos (**con pocos problemas respiratorios)** pasaba en una semana habitual?

Todos los días

8. Si tiene "hervidera", "pechuguera" o silbidos en el pecho, ¿son peores en la mañana?

No

9. ¿Cómo diría que está de los pulmones (bronquios)?

No me causa ningún problema

10. Si ha tenido algún trabajo remunerado, por favor escoja una de las siguientes frases:

Mis problemas respiratorios no me afectan (o no me afectaron) en mi trabajo

11. A continuación algunas preguntas sobre las actividades que normalmente le pueden hacer sentir que le falta el aire. Por favor **marque las respuestas que correspondan a cómo está usted últimamente**:

☐ Me falta el aire estando sentado o incluso acostado

☐ Me falta el aire cuando me baño o me visto

☐ Me falta el aire al caminar por dentro de la casa

☐ Me falta el aire al caminar por fuera de la casa, en lo plano

☐ Me falta el aire al subir un tramo de escaleras

☐ Me falta el aire al subir una cuesta

☐ Me falta el aire al hacer deporte o al jugar

12. Algunas preguntas más sobre la tos y la falta de aire. Por favor, **marque todas las respuestas que correspondan a cómo está usted últimamente:**

☐ Tengo dolor cuando toso

☐ Me canso cuando toso

☐ Me falta el aire cuando hablo

☐ Me falta el aire cuando me agacho

☐ La tos o la respiración me molestan cuando duermo

☐ Enseguida me agoto o me canso

13. A continuación algunas preguntas sobre otras consecuencias que sus problemas respiratorios le pueden causar. Por favor, **marque todas las respuestas que corresponden a cómo está usted últimamente**:

☐ La tos o la respiración me dan vergüenza en público

☐ Mis problemas respiratorios son una molestia para mi familia

☐ Me asusto o me alarmo cuando no puedo respirar

☐ Siento que no puedo controlar mis problemas respiratorios ☐

☐ Creo que mis problemas respiratorios no van a mejorar ☐

☐ Por culpa de mis problemas respiratorios me ha convertido en una persona débil o inválida ☐

☐ Hacer ejercicio es peligroso para mí ☐

☐ Cualquier cosa me parece que es un esfuerzo excesivo ☐

14. A continuación algunas preguntas sobre su medicación. **(SI NO ESTA TOMANDO NINGUNA MEDICACION, VAYA DIRECTAMENTE A LA PREGUNTA N° 15)**

☐ Creo que la medicación me sirve poco ☐

☐ Me da vergüenza tomar la medicación en público ☐

☐ La medicación me produce efectos desagradables ☐

☐ La medicación me altera mucho la vida ☐

15. Estas preguntas se refieren a cómo sus problemas respiratorios pueden afectar sus actividades. **Por favor, marque todas las casillas que usted crea que son adecuadas a causa de sus problemas respiratorios:**

☐ Tardo mucho para bañarme o vestirme ☐

☐ Me resulta imposible ducharme o bañarme o tardo mucho rato ☐

☐ Camino más despacio que los demás, o tengo que parar a descansar

☐ Tardo mucho para hacer trabajos como las tareas de casa, o tengo que parar a descansar

☐ Para subir un tramo de escaleras tengo que ir despacio o parar

☐ Si tengo que correr o caminar rápido, tengo que parar o ir más despacio

☐ Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como subir una cuesta, llevar cosas por las escaleras, caminar durante un buen rato, arreglar un poco el jardín, bailar, o jugar a los bolos

☐ Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como llevar cosas pesadas, caminar a unos 7 kilómetros por hora, trotar, nadar, jugar tenis, arreglar el jardín

☐ Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como un trabajo manual muy pesado, correr, ir en bicicleta, nadar rápido o practicar deportes de competición

16. Nos gustaría saber ahora cómo sus problemas respiratorios le afectan normalmente en su vida diaria. Por favor, **marque todas las respuestas que usted crea que son adecuadas a causa de sus problemas respiratorios:**

Puedo hacer deportes o jugar ◉ Si ○ No

Puedo salir a distraerme o divertirme ◉ si ○ no

Puedo salir de casa para ir a hacer compras ◉ si ○ no

Puedo hacer el trabajo de la casa ◉ si ○ no

Puedo alejarme mucho de la cama o de la silla ◉ si ○ no

17. A continuación, ¿Podría marcar la frase (**sólo una**) que usted crea que describe mejor cómo lo afectan sus problemas respiratorios?

◉ No me impiden hacer nada de lo que quisiera hacer

○ Me impiden hacer 1 o 2 cosas de las que quisiera hacer

○ Me impiden hacer la mayoría de cosas que quisiera hacer

○ Me impiden hacer todo lo que quisiera hacer

	Síntomas	Actividad	Impacto	Total
Total	0	0	0	0

Ferrer, M., Alonso, J., Prieto, L., Plaza, V., Monsó, E., Marrades, R., Aguar, M. C., Khalaf, A., & Antó, J. M. (1995). Validity and reliability of the Spanish version of the St. George's Respiratory Questionnaire. Eur Respir J 1996

Normal en Hombres según grupo de edad

	40-49 años	50-59 años
Síntomas	8.83±12.41	10.34±14.35
Actividad	7.76±11.15	12.69±16.59
Impacto	2.82±6.73	4.99±8.9
Total	5.49±7.72	8.41±10.74

Normal en Mujeres según grupo de edad

	40-49 años	50-59 años
Síntomas	7.24±10.85	7.09±8.88
Actividad	10.81±13.99	14.29±17.43
Impacto	2.62±5.63	4.1±7.64
Total	6.09±7.41	7.97±9.35