

TEMA 1: Concepto de Medicina Física y Rehabilitación. Promoción de la autonomía personal, calidad de vida y adaptación del entorno. La CIF de la OMS. El proceso de Rehabilitación: Tareas clínico-médicas y médico-sociales. Diagnóstico médico y valoración del paciente con discapacidad, pronóstico y protocolo de tratamiento médico. Valoración funcional y AVD. Calidad de vida.

1. Introducción a la Medicina Física y Rehabilitación:
2. Concepto de Medicina Física y Rehabilitación:
3. Consecuencias de la enfermedad:
4. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF, 2001.
5. Evaluación de la discapacidad.
6. Proceso de rehabilitación: Etapas

1.- INTRODUCCIÓN A LA MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.

Es una especialidad médica, constituida oficialmente en 1969, aunque la actividad clínica se conoce desde el siglo XIX¹ y sus raíces son múltiples y sus orígenes tan remotos que es prácticamente imposible encontrar su principio real. Entre los orígenes e historia de la Medicina Física destacamos:

- En la antigua China, aparece el que es quizás el primer texto escrito que hace referencia a la terapia por agentes físicos, el **Cong Fou** (2700-1000 a.C.), libro sagrado de los sacerdotes taoístas, que utilizaban posiciones rituales y movimientos para aliviar el dolor y otros síntomas.
- De la antigua medicina hindú, conservamos el **Ayur Veda**, escrito unos 1000 a.C., en él se recomienda el masaje y el ejercicio para tratar el reumatismo crónico. Los vedas elaboraron una teoría respiratoria globalizada y compleja, basada en conceptos fisiológicos y psíquicos sorprendentes para su época, esta terapia se recoge y sistematiza en el conjunto de prácticas que conocemos como yoga.
- Mayas y aztecas utilizaban la termoterapia en forma de baños de sudor, como medida higiénica y terapéutica.
- La hidroterapia alcanza gran auge entre los pueblos primitivos, en los que se considera como un medio eficaz de curación, pero también como un rito iniciativo de purificación.
- En la **antigua Grecia** (entre los siglos VI y V a.C.) se inicia la transformación del saber empírico-mágico en un saber más técnico o fundamentado sobre un conocimiento más científico de la naturaleza. En los textos de Hipócrates encontramos referencias a la utilización terapéutica de diferentes Medios Físicos: masaje, ejercicios, manipulaciones, baños de contraste, posturas correctoras, etc., junto a un profundo conocimiento de las relaciones entre los músculos y los movimientos.
- La **medicina romana** heredó de la griega el pensamiento hipocrático, al que sumó nuevas contribuciones en el uso terapéutico de los agentes físicos. Asclepiades (90 a.C.) fue uno de los primeros grandes médicos que introdujo en Roma las ideas terapéuticas griegas. Creó la Escuela Metódica desde la que impulsó la terapéutica física, estableciendo como agentes terapéuticos más importantes la hidroterapia, el ejercicio y el masaje. Utilizaba movimientos pasivos y activos, inventó el "baño colgante" para aprovechar el efecto cinético del agua en movimiento. En la Roma clásica la hidroterapia goza de gran aceptación, prueba de ello es que llegaron a disponer de gran cantidad de instalaciones de baños públicos o privados que empleaban tanto por el placer de bañarse como para fomentar la salud y tratar la enfermedad.
- En la **Europa medieval**, los conocimientos sanitarios como todas las ramas del saber, quedan casi exclusivamente confinados en los monasterios, en ellos se conservó y cultivó el saber médico durante la Alta Edad Media (siglo V a XI). Esta situación cambia a finales de la Edad Media con la aparición de las Universidades, ya que se empieza a regular los estudios en Medicina.
- Los avances en el campo de la física experimental y aplicada, la gran difusión de la literatura médica gracias a la imprenta y el nacimiento de la Anatomía moderna, durante los siglos XV y XVI, preparan el camino que va a seguir la Medicina Física desde el siglo XVII hasta nuestros días.
- La obra de Tissot "*Gymnastique Médicale et Chirurgicale*", publicada en 1781, es uno de los hitos históricos del ejercicio terapéutico. Tissot construyó un modelo casi perfecto de lo que sería la gimnasia en los próximos siglos. Tres ejemplos clínicos pueden servir para dimensionar el adelanto de sus propuestas: La recomendación de una pauta de movilización precoz en la hemiplejía, la descripción de los efectos adversos del reposo prolongado, la sugerencia de que la actividad artesanal puede curar las enfermedades a través del movimiento.
- Durante el **siglo XX** van a suceder ciertos hechos fundamentales que propiciarán la profesionalización de la Medicina Física y su configuración como especialidad: El **aumento considerable de discapacitados** como consecuencia de la Revolución Industrial, y la idea de que podrían ser recuperados profesionalmente; Las dos Guerras Mundiales produjeron gran cantidad de jóvenes lesionados, planteándose la necesidad de que éstos retornaran lo antes posible al frente; La gran epidemia de poliomielitis que sufrieron Estados Unidos y Europa entre 1942 y 1953.

Es una disciplina relativamente moderna, de reciente incorporación al ámbito universitario.

¿Por qué la estudiamos?:

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), en su artículo 6, 2a) indica: "Corresponde a **los Licenciados en Medicina** la indicación y realización de las actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención de las enfermedades y al diagnóstico, tratamiento, terapéutica y **rehabilitación de los pacientes**, así como al enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención".

2- Concepto de Medicina Física y de Rehabilitación:

La Comisión Nacional de Especialidades, define la Rehabilitación **como la especialidad médica** que estudia el diagnóstico, evaluación y prevención y tratamiento de la **incapacidad**, encaminados a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posibles.

Según la OMS (comité de expertos, 1958)², es el conjunto de medidas médicas, sociales, educativas y profesionales destinados a **restituir al paciente minusválido la máxima capacidad funcional e independencia posible**.

Howard Rusk la definió como “la tercera fase de la medicina”, extendiéndola a toda la población y haciéndola oficial como especialidad en Estados Unidos.

La palabra rehabilitación se utilizó por primera vez en la literatura médica en 1865

Núcleo de actuación profesional el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades incapacitantes o de la capacidad perdida. El objetivo es situar al enfermo en los límites máximo de su capacidad y en la frontera mínima de su discapacidad.

Los elementos diagnósticos que utiliza son clínicos e instrumentales.

Los medios terapéuticos que emplea son farmacológicos, físicos (ej, electroterapia,..) y ortoprotésicos.

La doble denominación hace referencia a los procedimientos terapéuticos físicos (*Medicina física*) como al afrontamiento de la incapacidad (*Rehabilitación*).

Los **objetivos terapéuticos** a alcanzar son la curación de la enfermedad, pero aunque esto no se produzca, se procederá a la prevención de déficit y mantenimiento de las funciones comprometidas, restitución/readquisición de las funciones perdidas, a la reanudación de las actividades previas y a la integración social y laboral.

Todo esto imprime un **carácter multidisciplinar**, es decir que integra a distintas disciplinas o especialidades y por lo tanto a profesionales con **un objetivo común**. Entre estas disciplinas se encuentran los fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, psicólogos, pero también neurólogos, traumatólogos, etc....

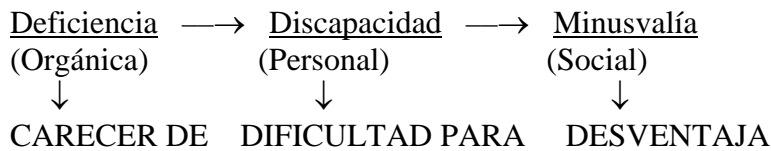
3- CONSECUENCIAS DE LA ENFERMEDAD:

DEFICIENCIA: Dentro de la experiencia de la salud, es la pérdida o anomalía de una estructura o función anatómica, fisiológica o psicológica. Se refiere al organismo del **individuo**.

⇒ Exteriorización del estado patológico

DISCAPACIDAD: Es la restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Es algo que **compromete al individuo como persona**, al no poder realizar tareas que le corresponden como tal.

MINUSVALÍA: Es la situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el desempeño del **papel social** que le correspondería en razón de su edad, sexo, condición,.... La minusvalía compromete la sociabilidad del sujeto, su imagen de cara a los demás, su valoración o prestigio respecto a los que le rodean.



* Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF (2001)³.

4- Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF, 2001:

- Contempla y codifica el funcionamiento y la discapacidad en el ámbito de la salud en sus distintos componentes biopsicosociales.
- Agrupa sistemáticamente los distintos dominios de una persona en un determinado estado de salud.
- Objetivos de la CIF:
 - Base científica para la comprensión y estudio de la salud
 - Establecer un lenguaje común entre los profesionales sanitarios
 - Comparación de datos entre países
 - Codificación de datos para sistemas de información

La CIF tiene dos partes, cada una con 2 componentes. Cada componente, que a su vez consta de varios dominios y categorías que son las unidades de clasificación, puede ser expresado en términos positivos o negativos.

Parte 1º: Funcionamiento y discapacidad.

- A) Funciones y Estructuras Corporales
- B) Actividades y Participación

Parte 2º: Factores contextuales.

- C) Factores Ambientales
- D) Factores Personales

Funciones corporales: Son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluso las psicológicas). Ejemplo: Movilidad de los dedos de la mano.

Estructuras corporales: Son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes. Ejemplo: estructuras osteoarticulares, musculares, tendinosas,...

Deficiencias: Son los problemas en las funciones o estructuras corporales, como una desviación significativa o pérdida. Ejemplo: Amputación traumática de una mano.

Actividad: Es la realización de una tarea o acción por parte de un individuo. Ejemplo: Uso fino de la mano en un pianista.

Participación: Es el acto de involucrarse en una situación vital. Ejemplo: Ser miembro de una orquesta.

Limitaciones en la Actividad: Son dificultades que un individuo puede tener en el desempeño para la realización de actividades. Ejemplo: Incapacidad para desarrollar su profesión de pianista.

Restricciones en la Participación: Son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales. Ejemplo: Repercusiones en su vida familiar por su incapacidad laboral.

Factores ambientales: Constituyen el ambiente físico, social en el que las personas viven y conducen sus vidas. Ejemplo: Actitudes de los profesionales de la salud que han realizado la atención sanitaria.

5- EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD:

Se precisa una valoración de la discapacidad como acción previa para establecer unos objetivos a alcanzar y planificar el programa terapéutico. Pero además se debe señalar un pronóstico (tabla 3).

La discapacidad expresa **posibilidades funcionales** inespecíficas tanto parciales como globales. Vamos a medir la aptitud y no el daño para proporcionar un puesto profesional más adecuado que le permita alcanzar el máximo rendimiento laboral posible, así como una mejor integración social.

Para ello utilizaremos las **escalas de valoración “funcional”** o de actividades de vida diaria.

El problema es que es difícil que todos midamos igual en Rehabilitación.

Las características que debe cumplir una escala son:

- **Validez:** Evaluar lo que realmente quiere medir. No hay ningún método universal para comprobarla. Una medida es válida mediante el acumulo de evidencias.
- **Fiabilidad** o precisión (reliable): Capacidad de obtener el mismo resultado en mediciones repetidas si las condiciones no han variado. Se emplea el test-retest para el mismo sujeto y la medición interobservador.
- **Sensibilidad:** Capaz de reflejar los cambios clínicos
- Deben ser **útiles, sencillas** de utilizar y **rápidas** de pasar al paciente y flexibles y estandarizadas.
- Deben tener relación con la capacidad física del sujeto, es decir con la movilidad, pues son las más objetivas y sustentan las demás funciones.

Una escala COMPLETA, pero no sustituye la anamnesis ni la exploración física.

ESTRUCTURA la información con una finalidad específica y expresa los resultados de modo objetivo y cuantificable.

Criterios de selección de una escala: Se deben decidir los parámetros que se quieren medir.

No existe una única escala que “resuelva” todas las necesidades. Es preferible utilizar escalas ya existentes, ya que esto nos facilita la comparación con otros estudios.

Las escalas de discapacidad:

- Medición de forma **rápida, sencilla y cuantificable** la dependencia en las AVD.
- Refleja lo que el paciente **hace** y no lo que podría hacer.
- No identifican las causas de la discapacidad.
- Áreas:
 - Discapacidad focal: marcha, equilibrio, destreza o capacidad manipulativa.
Ejemplo: Varias escalas como la FAC, CFMHS para la marcha, escala de Tinetti para el equilibrio
 - AVD Básicas: Se refieren a las **habilidades básicas que debe poseer una persona para su cuidado personal**. Es el primer objetivo funcional en RHB. Se valora Alimentación, Vestido, Baño, Aseo personal, Uso WC, Continencia, Transferencias, Deambulación. Destacamos el **Barthel Index** y el **Functional Independence Measure** (FIM o medida de independencia funcional)
 - AVD instrumentales: Evalúan la capacidad de realizar actividades relacionadas con mantener la vida en su entorno. Cocinar, comprar, trabajo doméstico, control de fármacos, empleo, uso del teléfono y transporte público. Son difíciles de evaluar hasta la vuelta a casa. (Lawton-Brody Scale, Nottingham Extended ADL Index , Rivermead ADL Index).
 - Escalas de calidad de vida: Evalúan el bienestar físico, emocional y social desde la perspectiva del paciente (Cuestionario de Salud SF-36).

6- PROCESO DE REHABILITACIÓN: ETAPAS:

El manejo del paciente es un proceso continuo.

1. Historia Clínica y Examen Físico:

- ✓ Dirigidos a identificar las **deficiencias y limitaciones funcionales** consecuencia de una enfermedad o lesión (limitaciones en la actividad y restricciones en la participación) y a decidir la solicitud de exploraciones complementarias.
- ✓ *Anamnesis* o entrevista con paciente o familiares/cuidadores cuando existen problemas de comunicación o cognitivos.
- ✓ *Motivo de consulta*: Intentar transcribir las propias palabras del paciente, expresado en signos o síntomas (dolor, debilidad,...) o en la repercusión funcional (pérdida de función como dificultad para vestirse, andar,...)
- ✓ *Historia actual*: Enumerar los síntomas y sus consecuencias funcionales. Debe incluir la fecha de comienzo, localización y extensión, características e intensidad, factores agravantes y atenuantes, tratamientos previos (farmacológicos y de rehabilitación) con su evolución y resultados. Preguntar por sus habilidades para realizar las actividades cotidianas, conocer el estado funcional anterior y posterior al inicio de la enfermedad para establecer con claridad los objetivos funcionales. Recoger el nivel de independencia en cada actividad y si precisa de ayudas técnicas.
- ✓ *Exploración Física*: Confirma la sospecha diagnóstica obtenida en la entrevista y la capacidad funcional existente. La exploración tradicional completa, por órganos y sistemas es poco útil. Será preciso seleccionar las pruebas y maniobras exploratorias a realizar, estableciendo una secuencia lógica (tabla 1). Se debe elegir entre las diferentes técnicas diagnósticas, aquellas que aportan información útil, según la evidencia científica disponible. En la mayor parte de los casos, es necesaria una evaluación detallada de los sistemas musculoesqueléticos y neurológico, pues suelen ser las principales causas de déficit y limitación funcional.
 - Sistema musculo-esquelético: Se debe realizar una *Inspección* (estática corporal, postura, asimetrías del raquis, nivel de amputación, deformidad articular), *Palpación* (edema, contractura, aumento de temperatura, derrame), *Balance Articular* (detectar limitaciones y comprobar si la movilidad es funcional, aunque no sea completa, utilizar técnicas estandarizadas y sistematizadas: Sistema de medida de 0-180°, inclinómetro), *Estabilidad articular*, *Balance Muscular* (cuantificar la fuerza muscular según la escala de Medical Research Council (MRC):
 - * grado 0= no se detecta contracción activa en la palpación ni en la inspección visual,
 - * grado 1= Contracción visible o palpable sin movimiento articular
 - * grado 2= movilización articular completa eliminando la fuerza de la gravedad
 - * grado 3= movilización articular completa contra la gravedad
 - * grado 4= actividad muscular contra la gravedad y resistencia moderada
 - * grado 5= Fuerza normal).
 - Examen neurológico: Valora las **funciones superiores o corticales** (*nivel de conciencia*: alerta, somnolencia, estupor o coma, *evaluación cognitiva*: orientación temporo-espacial, memoria, atención, capacidad resolver problemas), el **lenguaje** (comprensión, expresión, lectura, escritura, articulación), los **pares craneales**, **control motor** (depende del tono muscular, la fuerza, el equilibrio, la coordinación, los movimientos involuntarios y planteamiento de la actividad motora), la **sensibilidad** (superficial y profunda), los **reflejos** (osteotendinosos y cutáneos. Indican existencia de lesión central o periférica) y la **percepción** (Valora el reconocimiento de los estímulos sensoriales).

- ✓ *Exploraciones complementarias*: Técnicas de imagen, estudios electrodiagnósticos, pruebas de laboratorios.

La Historia Clínica, el Examen Físico y las Pruebas Complementarias no informan de la situación funcional.

2. Evaluación e interpretación de los datos obtenidos anteriormente,
3. Diagnóstico con determinación del **nivel funcional** y la **gravedad de la limitación**,
 - ✓ *Valoración Funcional*: Es el método que se utiliza para medir las habilidades y las limitaciones del paciente en la realización de tareas necesarias para la vida diaria, de ocio, ocupacionales y sociales (tabla 2).
4. Pronóstico y **objetivos funcionales** realistas en relación con las necesidades de la persona,
5. **Intervención**: preventiva o terapéutica,
6. Valoración de los resultados de la intervención mediante diferentes sistemas de medición.

Tabla 1: Categorías de técnicas diagnósticas en Rehabilitación:

<ul style="list-style-type: none">- Valoración estático-postural- Balance articular- Balance muscular- Escalas de valoración funcional- Valoración de la marcha- Electrodiagnóstico- Valoración pulmonar- Valoración cardíaca- Valoración del dolor- Valoración de la espasticidad- Valoración vesicoesfinteriana- Valoración de la respuesta sexual y de la fertilidad- Valoración foniatría- Valoración ortóptica y pleóptica- Valoración del linfedema- Valoración cutánea- Valoración cognitiva- Valoración de la discapacidad y daño corporal- Valoración del entorno: accesibilidad y barreras arquitectónicas
--

Tabla 2: Tipos de Escalas de Valoración Funcional

<p>ESCALAS DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Índice de Barthel (Barthel Index). - Índice de Katz (Index of Independence in Activities of Daily Living). - Evaluación de autocuidado de Kenny (Kenny Self-Care Evaluation). - Medida de independencia funcional (Functional Independence Measure, FIM). - Level of Rehabilitation Scale (LORS). <p>ESCALAS DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA INSTRUMENTALES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escala de Lawton. - Estado funcional de Salud (Functional Health Status). - Philadelphia Geriatric Center Instrumental Activities of Daily Living. <p>ESCALAS DE CALIDAD DE VIDA</p> <p><i>Medidas genéricas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario de Salud SF-36 (MOS 36-item Short-Form Health Survey, SF-36). - Perfil del Impacto de la Enfermedad (Sickness Impact Profile, SIP). - Perfil de Salud de Nottingham (Nottingham Health Profile, NHP). <p><i>Medidas específicas de una enfermedad</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry (CO). - Cuestionario de la enfermedad respiratoria crónica (CRQ). - Escala de medida del impacto de la artritis (Arthritis Impact Measurement Scale, AIMS). <p><i>Medidas específicas de una dimensión</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Inventario de la depresión de Beck (Beck Depression Inventory). - Escala de coma de Glasgow (Glasgow Outcome Scale). - Escala basal/transicional de disnea de Mahler.
--

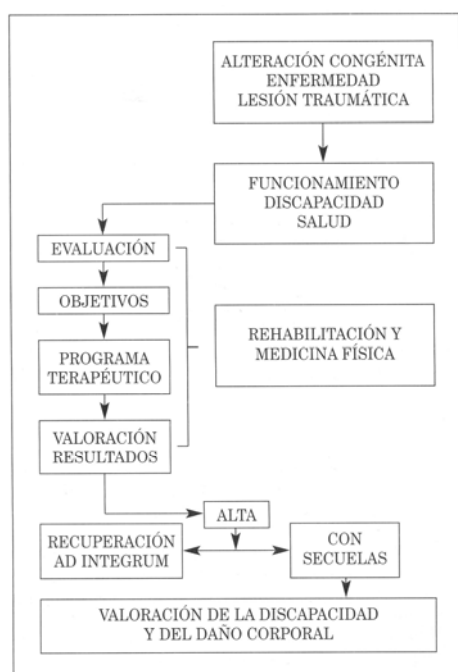
Tabla 3: Índice de Barthel

<p>COMER</p> <p>10 INDEPENDIENTE. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.</p> <p>5 NECESITA AYUDA para cortar la carne o el pan, pero es capaz de comer solo</p> <p>0 DEPENDIENTE. Necesita ser alimentado por otra persona</p> <p>VESTIRSE</p> <p>10 INDEPENDIENTE. Capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda</p> <p>5 NECESITA AYUDA. Realiza sólo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable</p> <p>0 DEPENDIENTE.</p> <p>ARREGLARSE</p> <p>5 INDEPENDIENTE. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.</p> <p>0 DEPENDIENTE. Necesita alguna ayuda</p> <p>DEPOSICIÓN</p> <p>10 CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia.</p> <p>5 ACCIDENTE OCASIONAL. Menos de una vez por semana o necesita ayuda, enemas o supositorios</p> <p>0 INCONTINENTE.</p> <p>MICCIÓN (Valorar la situación en la semana anterior)</p> <p>10 CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí sólo.</p> <p>5 ACCIDENTE OCASIONAL. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas u otros dispositivos.</p> <p>0 INCONTINENTE.</p> <p>IR AL RETRETE</p> <p>10 INDEPENDIENTE. Entra y sale sólo y no necesita ayuda de otra persona</p> <p>5 NECESITA AYUDA. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse sólo.</p> <p>0 DEPENDIENTE. Incapaz de manejarse sin una ayuda mayor.</p> <p>TRASLADO SILLÓN – CAMA (Transferencias)</p> <p>15 INDEPENDIENTE. No precisa ayuda</p> <p>10 MÍNIMA AYUDA. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física</p> <p>5 GRAN AYUDA. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.</p> <p>0 DEPENDIENTE. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.</p> <p>DEAMBULACIÓN</p> <p>15 INDEPENDIENTE. Puede andar 50 metros, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela sólo.</p> <p>10 NECESITA AYUDA. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Precisa utilizar andador.</p> <p>5 INDEPENDIENTE (en silla de ruedas) en 50 metros. No requiere ayuda ni supervisión.</p> <p>0 DEPENDIENTE</p> <p>SUBIR Y BAJAR ESCALERAS</p> <p>10 INDEPENDIENTE. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona</p> <p>5 NECESITA AYUDA</p> <p>0 DEPENDIENTE. Incapaz de salvar escalones.</p> <p><20: dependencia total; 20-40: dependencia grave; 45-55: moderada; 60 o más: leve</p>
--

Tabla 4: Dimensiones de la CIF



Tabla 5: Evaluación de la discapacidad



¹ Miranda Mayordomo Ed. Rehabilitación Médica. Madrid. GRUPO aula Médica, S.L. 2004

² Sanchez Blanco, I, et al. Manual SERMEF de Rehabilitación y Medicina Física. Buenos Aires: Madrid: Medica Panamericana, S.A. 2006.

³ Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Ed.: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaria General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid. 2001.