



TESINA

**presentada para acceder al título de grado de la carrera de
LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA**

Título:

**"LA CONSTRUCCIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS
KINÉSICAS: PERSPECTIVAS Y MODELOS"**

Autora:

Flores, María Guillermina

Directora:

Mg. Anghilante, Virginia

Lugar y Fecha de Presentación:

Rosario, 24/05/2024

Firma de Autora:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'María Guillermina Flores', is positioned below the text 'Firma de Autora:'. The signature is fluid and cursive.

María Guillermina, Flores

AGRADECIMIENTOS

A lo largo de este maravilloso trayecto, me han acompañado muchas personas que quiero. Algunos/as estuvieron desde siempre, mientras que otros/as se sumaron en distintas etapas, pero todas las personas han dejado una linda huella en mí.

En primer lugar, mi agradecimiento se dirige a mi familia, por ser un gran sostén durante todos estos años de estudio. Con su amor incondicional, su paciencia infinita y su constante motivación, han sido los pilares sobre los cuales he construido cada paso de este viaje académico. Sin su apoyo constante, este logro no hubiera sido posible.

También quiero darle las gracias a Fede, quien ha sido mi compañero en este recorrido transitado. A mis amigas, quienes han celebrado cada pequeño avance conmigo y siempre tuvieron la palabra justa para alentarme cuando más la necesitaba.

A mis amigos y amigas de facultad, quienes han transformado cada momento de estudio en una experiencia única e inolvidable. Gracias por tantas horas de estudio, compañía y aprendizaje compartido.

A mis profesores/as y tutores/as, quienes no solo me han enseñado conocimiento, sino que también me han inspirado y guiado con su entusiasmo por la profesión. Gracias por enseñarme el lado más humano de la Kinesiología.

Un sincero agradecimiento a todas y todos los participantes de este trabajo de investigación, cuya colaboración ha sido invaluable. Su disposición desde el principio, así como sus palabras al finalizar, han contribuido significativamente a este logro.

Y finalmente, un agradecimiento especial a mi tutora Vir, quien ha sido mi compañera de viaje en estos últimos meses, guiándome con paciencia y enseñándome con cariño, haciendo que esto sea posible. Gracias por tu dedicación y por compartir conmigo este momento tan importante para mí.

A ustedes, solo puedo expresar palabras de agradecimiento, pues detrás de este logro no solo está quien presenta esta tesis, sino también el amor y el apoyo incondicional de cada uno.

Guillermina

RESUMEN

Introducción: La Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría de la UGR incluye Prácticas Pre Profesionales en Unidades Docentes Asistenciales (UDAs), donde las y los estudiantes bajo supervisión de profesionales docentes - tutores/as adquieren experiencia práctica y aprenden a confeccionar historias clínicas kinésicas. El enfoque biopsicosocial supera el modelo biomédico tradicional.

Objetivo general: Analizar a partir de un trabajo de campo, cuáles son las perspectivas que poseen las y los estudiantes y tutores/as para la elaboración de las historias kinésicas (HK) y su relación con el modelo que adoptan en las Prácticas Pre Profesionales de 3er año de la carrera de LKF.

Metodología: Estudio cualitativo con diseño fenomenológico, realizado en la sede de Rosario. Se describen las perspectivas de las y los estudiantes y tutores/as en las Prácticas Pre Profesionales.

Resultados: Se agruparon en cuatro macro-categorías: Perspectivas, Archivo de vida, Modelos de atención y Continuidad asistencial. Se destaca el papel de las Prácticas Pre Profesionales Supervisadas en la elaboración de la HK y la importancia de las competencias técnicas y éticas desarrolladas, así como la transición hacia el modelo biopsicosocial. Se identifican desafíos en la coordinación asistencial y la organización de registros, necesarios para una atención integral.

Conclusión: La HK es una herramienta para comprender el progreso de las y los usuarios/as. Los profesionales desempeñan un papel importante en la formación y orientación, promoviendo un aprendizaje enriquecedor y la continuidad de la atención sanitaria. La reflexión sobre la integración del modelo biopsicosocial en la práctica profesional es destacada por las y los estudiantes, subrayando la necesidad de un enfoque holístico. Es importante fortalecer la coordinación asistencial y promover un enfoque integral en la formación de las y los kinesiólogos/as.

Palabras claves: DeCs: Historia clínica, paradigma biopsicosocial, registros médicos, perspectivas, modelo de registro. MeSH: Clinic history, biopsychosocial paradigm, medical records, perspective, registration model.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. OBJETIVOS.....	3
II. A - Objetivo general:.....	3
II. B - Objetivos específicos:.....	3
III. MARCO TEÓRICO.....	4
III. A - Explorando perspectivas, saberes y aprendizajes en las Prácticas Pre Profesionales Supervisadas en kinesiología.....	4
III. B - Archivos de vida: La evolución continua de la Historia Clínica en el tejido de la Asistencia Sanitaria.....	5
III. C - Profundizando en el concepto de Continuidad Asistencial: Una mirada a través del Modelo de Reid.....	8
III. D - Hacia una nueva visión de las Ciencias de la Salud: Noción de paradigma y perspectivas en la investigación de la Salud.....	9
III. D. a - El Modelo Biomédico: Una perspectiva reduccionista de la Salud y la Enfermedad.....	10
III. D. b - El Modelo Biopsicosocial: Una mirada integral a la Salud y la Enfermedad.....	11
III. D. c - El camino hacia lo integral: La transformación de la kinesiología en el Contexto Social del Siglo XX.....	12
IV. JUSTIFICACIÓN.....	15
V. METODOLOGÍA.....	16
V. A - Estrategia de búsqueda:.....	16
V. B - Tipo de estudio.....	16
V. C - Población y muestra.....	17
V. D - Recolección de información.....	17
V. E - Elaboración de categorías.....	18
V. F - Organización y análisis de datos.....	20
V. G - Condiciones éticas.....	21
V. H - Comunicación de resultados.....	21
VI. RESULTADOS.....	22
V. A - Resultados de la revisión bibliográfica.....	22
VI. B - Resultados del trabajo de campo.....	25
VI. B. b - Modelos de atención.....	28
VI. B. c - Archivos de vida.....	32
VI. B. d - Continuidad asistencial.....	36
VI. DISCUSIÓN.....	42
VIII. CONCLUSIÓN.....	48
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
X. ANEXOS.....	56
ANEXO X. A - Modelo guión de entrevista para tutores/as docentes.....	56
ANEXO X. B - Modelo de guión para entrevista a los y las estudiantes.....	60
ANEXO X. C - Consentimiento informado.....	63
ANEXO X. D - Carta Aval Directora de Tesina.....	64

I. INTRODUCCIÓN

La carrera Lic. en Kinesiología y Fisiatría (LKF), contiene en su currícula Prácticas Pre Profesionales que se realizan en Unidades Docentes Asistenciales (UDA), estos son lugares donde las y los estudiantes de la UGR, acompañados por profesionales, adquieren experiencia práctica del quehacer profesional. Las Prácticas Pre Profesionales (PPP) constituyen un dispositivo de formación protagónico en la propuesta pedagógica de la institución, promoviendo el compromiso social y contribuyendo a la formación integral del profesional.^[1] En el caso de la Licenciatura de Kinesiología y Fisiatría, la mayor parte de los efectores se encuentran en el sector público de atención.^[2]

Estos espacios son supervisados, bajo la tutela de un/a profesor/a Lic. en Kinesiología que acompaña el proceso del estudiante, quienes tienen la posibilidad de observar distintos ámbitos laborales, tales como centros de salud, hospitales, entre otros, tomando contacto con la realidad del sistema de salud y les permite adquirir experiencia relevante, haciendo que las y los egresados se inserten en el ámbito laboral sin dificultad.^[1] En los centros de salud, se realizan actividades de prevención y tratamiento de patologías de baja complejidad abordados desde un modelo de Atención Primaria participando en intervenciones terapéuticas y evaluativas. Lo cual posibilita la recopilación de información sobre la salud de la persona y la oportunidad de confeccionar una historia clínica kinésica (HCK).^[3]

La historia clínica (HC) es un documento obligatorio y necesario en el desarrollo de las prácticas de atención sanitaria de personas humanas y tiene diversas funciones que la constituyen en una herramienta fundamental para el desarrollo de la práctica asistencial. Actualmente, se procura que ella no sea un mero registro burocrático, sino que constituya una suerte de patobiografía del/la usuario/a, que permita el seguimiento de la evolución de su salud a lo largo del tiempo.^[4] Al igual que en otras disciplinas sanitarias, la historia clínica en Kinesiología ayuda a desarrollar la entrevista, un intercambio de información que sirve como punto de partida en la relación profesional-usuario/a y marca el comienzo del tratamiento kinésico.^[5]

La historia kinésica (HK) se distingue de la ficha médica por seguir un modelo estructurado en tres fases: evaluación inicial, sesiones de trabajo y evaluación final. En la fase de evaluación inicial, conocida como anamnesis, se registra el motivo de consulta, se evalúa al usuario/a, y se determina la necesidad de tratamiento junto con las indicaciones médicas pertinentes. Es un documento que debe ser accesible y

compartido para todos/as las y los profesionales involucrados en la atención del/la usuario/a. Los antecedentes incluyen información sobre precedentes familiares, historial médico y medicación actual. En cada sesión de trabajo se documenta la evolución del/la usuario/a y los procedimientos llevados a cabo y si hubiera un acceso rápido a las sesiones previas y a la evaluación inicial se podría mantener un registro completo y actualizado. Al terminar el tratamiento, se registra una evaluación final o se da de alta al usuario/a según lo determine el profesional a cargo.^[6]

En el proceso de anamnesis, también se considera profundizar desde el aspecto social y no sólo desde lo biológico, como la situación laboral, el entorno de convivencia y el acceso a la atención sanitaria. Este enfoque reconoce que, aunque dos individuos presenten una condición clínica similar si sus contextos sociales son diferentes, podrían impactar significativamente en su salud.^[7] Asimismo, debe valorarse en la atención sanitaria, la relación humana entre kinesiólogo/a y usuario/a, dado que puede influir de manera directa en la evaluación de la persona, abordaje terapéutico, evolución y adherencia al tratamiento. La calidad del trato y forma en que el profesional se comunica, adapta su lenguaje y proporciona información comprensible puede determinar en gran medida la satisfacción del/la usuario/a con la atención recibida.^[8]

La atención sanitaria a las problemáticas de salud se enmarca en modelos conceptuales o paradigmas como el biomédico y el biopsicosocial. El enfoque biomédico tradicional ha dominado históricamente, se caracterizó por el dualismo mente-cuerpo, centrándose principalmente en los aspectos físicos y patológicos de la enfermedad.^[9] En contraste, el enfoque biopsicosocial se refiere al conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna orientada más que al usuario/a ó a la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integridad. Describe la forma óptima de organizar las acciones sanitarias, de modo de satisfacer las demandas de la comunidad, con el objetivo de mejorar la calidad de vida para las personas, las familias y las sociedades, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.^[10]

En relación a esto conceptos desarrollados, el objetivo de este trabajo de tesina es estudiar y analizar el siguiente interrogante: ¿Cuáles son las perspectivas que poseen las y los estudiantes y tutores/as para la elaboración de las HK en las Prácticas Pre Profesionales de 3er año de la carrera de LKF? ¿Cuál es la relación entre las mismas y el modelo de registro que adoptan en la práctica?

II. OBJETIVOS

II. A - Objetivo general:

- Analizar a partir de un trabajo de campo, cuáles son las perspectivas que poseen las y los estudiantes y tutores/as para la elaboración de las HK y su relación con el modelo que adoptan en las Prácticas Pre Profesionales de 3er año de la carrera de LKF.

II. B - Objetivos específicos:

- Indagar acerca del modelo de registro de las HK que se utiliza en las Prácticas Pre Profesionales.
- Conocer qué perspectivas presentan las y los estudiantes y tutores/as sobre la HK y el modelo integral.
- Analizar cuál es el fundamento del uso de HK según la perspectiva de las y los estudiantes y tutores/as en las Prácticas Pre Profesionales.
- Describir la estructura y el contenido que poseen los modelos de registro de HK en las distintas UDAs.
- Analizar la continuidad de la información en las historias clínicas como factor determinante para la eficacia en la atención sanitaria.

III. MARCO TEÓRICO

III. A - Explorando perspectivas, saberes y aprendizajes en las Prácticas Pre Profesionales Supervisadas en kinesiología

En el proceso de formación para la adquisición de habilidades y conocimientos esenciales en el ámbito de la salud, resulta imperativo para el/la estudiante de ciencias de la salud integrar diversas áreas de conocimiento. Esta integración se materializa especialmente, a través de las Prácticas Pre Profesionales Supervisadas (PPPS), un componente fundamental del plan de estudios, que propicia la aplicación activa de los conocimientos teóricos, adquiridos en el aula a situaciones reales de la práctica kinésica. La supervisión estrecha por parte de las y los docentes - tutores/as responsables de la Unidad Docente Asistencial (UDA) se presenta como un elemento esencial para orientar el desarrollo adecuado de estas prácticas.^[1]

En el contexto específico de la Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría ofrecida por la Universidad Gran Rosario (UGR) desde el año 2008, las PPPS se estructuran en tres asignaturas: Práctica Hospitalaria (PH) I, II y III, correspondientes al tercer, cuarto y quinto año de la carrera, respectivamente. Este diseño curricular permite una progresión gradual en los niveles de complejidad de la atención, permitiendo a las y los estudiantes una inmersión paulatina y coherente en los escenarios clínicos.^[2]

Estas asignaturas tienen lugar en el Servicio de salud Pública de la ciudad de Rosario, tomando parte tanto establecimientos Municipales como Provinciales, y van desde Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) como Hospitales de media a alta complejidad. Bajo este esquema, se organiza lógicamente un crecimiento en cuanto a la profundidad y amplitud de atención en las Unidades Docente Asistenciales (UDAs) de las PPHH I, II y III. Conforme a esto, el primer contacto que tiene el/la estudiante en estas UDAs será en la Atención Primaria de la Salud, asistiendo a diferentes CAPS.^[3]

Esta tesina se enmarca específicamente en el ámbito de las Prácticas Hospitalarias (PH) I, correspondientes al tercer año de la carrera. Dichas prácticas se despliegan en efectores de salud, cada uno de los cuales desempeña un papel fundamental en la formación y experiencia clínica de las y los estudiantes. Entre estos efectores se encuentran el Polideportivo 9 de julio, Centro de salud N° 2 Fonavi Súper Cemento, Centro de salud Santa Lucía, Centro de salud N° 17 Cáritas Guadalupe, Centro de salud Alfonsina Storni, Centro de salud N° 13 Fonavi, Centro de salud N° 9 San Francisquito, Centro municipal de distrito Sudoeste Emilia Bertolé, CAPS N° 15

Las Flores, Centro de salud 7 de septiembre, Centro municipal de distrito noroeste Olga y Leticia Cossettini (Centro de salud Dra. Débora Ferrandini), EMAUS, CAPS Luis Pasteur, Polideportivo Garzón, Centro de salud N° 5 Pedro Fiorina.^[11]

La elección de estos efectores no solo es representativa de la diversidad geográfica, sino que también intenta reflejar la variedad de visiones en atención primaria de salud (APS). Este enfoque estratégico proporciona a las y los estudiantes la oportunidad de ampliar sus conocimientos teóricos en un entorno práctico y diversificado, beneficia la experiencia de aprendizaje de las y los estudiantes, permitiéndoles comprender y abordar las necesidades de salud en distintas comunidades.^[12] E incluye, la confección detallada de historias clínicas (HC) de las y los usuarios/as, fortaleciendo aún más la formación práctica, proporcionando una comprensión contextualizada de la atención primaria de salud, con la percepción de las y los profesionales y estudiantes, su mirada y perspectiva de lo que acontece en la práctica kinésica, así como la interacción entre los tratamientos kinésicos y la respuesta del/la usuario/a.^[13]

III. B - Archivos de vida: La evolución continua de la Historia Clínica en el tejido de la Asistencia Sanitaria

La prestación de asistencia sanitaria, tanto a usuarios/as hospitalizados como ambulatorios, genera información médica y administrativa de suma importancia. Este conjunto de datos se registra meticulosamente en diversos documentos, colectivamente conocidos como la historia clínica. Este documento, esencialmente único, integrado y acumulativo para cada usuario/a, requiere de un sistema para asegurar la continuidad en la atención brindada por equipos médicos diversos.^[14]

La función primordial de la historia clínica es asistencial, facilitando la atención continuada por equipos multidisciplinarios. Para cumplir eficazmente con estas funciones, su elaboración debe realizarse con rigurosidad, detallando cada aspecto necesario y suficiente para respaldar el diagnóstico y tratamiento, y presentando una legibilidad adecuada. Además de su función asistencial, tiene implicaciones legales y cumple diversas funciones adicionales, como la evaluación de calidad y la gestión de recursos. Para alcanzar estos propósitos, debe presentar características específicas, tales como un contenido informativo adecuado y una ordenación lógica.^[14]

Aunque la historia clínica se presenta como un documento individual, su elaboración implica la colaboración interdisciplinaria de las y los profesionales implicados, como médicos/as, enfermeros/as, kinesiólogos/as, entre otros/as. La

complejidad de este proceso, a veces llevado a cabo en condiciones desfavorables, puede influir en la calidad y exhaustividad de la información registrada, lo que podría resultar insuficiente. Para garantizar que la historia clínica sea un medio eficaz de comunicación de la información sobre la atención prestada al usuario/a, se requiere un control de calidad constante. Esto asegura que sirva como evidencia de la evolución del/la usuario/a, sus enfermedades y tratamientos, para diversos fines, como legales, financiamiento de la asistencia, gestión de la calidad y actividades administrativas, de investigación y docencia, manteniendo siempre la confidencialidad, esto es sin revelar ningún dato que pueda identificar al usuario/a. La evaluación de la calidad, puede plantearse desde dos enfoques, que pueden ser cualitativo o cuantitativo, que implican planteamientos y resultados distintos.^[15]

La historia clínica ha experimentado una evolución significativa a lo largo de la historia de la medicina, pasando de ser un mero instrumento de trabajo para las y los médicos/as a convertirse en un documento esencial de comunicación entre las y los profesionales de la salud que atienden a un/a mismo/a usuario/a. Desde sus orígenes en la antigua Grecia, influenciada por la medicina hipocrática y galénica, hasta la Edad Media con los primeros registros clínicos, la historia clínica ha reflejado los avances médicos y las transformaciones sociales de cada época. Durante el Renacimiento, el énfasis en la observación clínica, el humanismo médico y los avances en anatomía moderna marcaron una nueva etapa en la historia clínica. En los siglos XVI y XVII, se produjo una evolución hacia registros clínicos más dinámicos y detallados, estableciendo que debe constar de tres partes: inspección, interrogatorio anamnesis y exploración objetiva, mientras que en el lapso del XVIII se destacó el empirismo clínico, la observación y la semiología (doctrina de signos) juegan un papel importante en el campo de la ciencia de la salud.^[16]

En el siglo XIX, el positivismo, el evolucionismo y la intervención científica influyeron en la estructuración de la historia clínica, reflejando un enfoque más científico y detallado, identificando causas reales, temporalmente precedentes o simultáneas, que expliquen los cambios en el organismo. En la etapa del siglo XX, prevaleció la consideración biopatológica, aunque surgieron nuevas perspectivas como la antropopatología, que destacaba la importancia de considerar al usuario/a como un ser integral en su entorno, entendiendo la salud en el ámbito del contexto comunitario. Fue un siglo de gran desarrollo tecnológico, se crea la historia clínica orientada por problemas, una nueva forma de ordenar la información centrándose en el diagnóstico y en todo lo que interfiera en la calidad de vida de acuerdo con la percepción del/la usuario/a, elaborando un seguimiento.^[16]

Con este breve recorrido del origen de la historia clínica a lo largo de los siglos, se puede decir que su evolución responde a la perspectiva de cada contexto histórico-social, aunque es interesante destacar que incluye el registro de varios hechos de la vida de una persona y se ha ido consolidando en una estructura que incluye datos, valoraciones e información.^[16] En la actualidad, es un documento médico-legal integral que registra de manera sistemática toda la información relevante sobre la salud y atención médica de un/a usuario/a. En Argentina, se la define como un registro médico legal y confidencial, regulado por la Ley Nacional de Historia Clínica (N° 26.529) y sus normativas complementarias, que abarca todos los aspectos relevantes de la salud del/la usuario/a.^[17]

Para la OMS la historia clínica es un documento esencial que recoge información detallada sobre la salud de un/a usuario/a, desde su nacimiento hasta su fallecimiento. Esta definición subraya su importancia para garantizar una atención médica segura y de calidad, así como la necesidad de estandarizar su formato y procedimientos para facilitar su uso por parte de las y los profesionales de la salud. Además, con la institucionalización del trabajo multidisciplinar en los establecimientos sanitarios, se convirtió en un canal de comunicación entre las y los profesionales de la salud, dejando constancia documentada de la atención brindada al usuario/a.^[4]

La principal área de enfoque en este trabajo es la historia clínica kinésica, que dentro del ámbito de la Kinesiología, se erige como un pilar fundamental, representando un registro minucioso y sistemático de cada etapa del proceso de evaluación, diagnóstico y tratamiento llevado a cabo por un/a kinesiólogo/a con un/a usuario/a. Documentando no sólo los aspectos físicos y funcionales del individuo, sino que implica un proceso integral que incluye la anamnesis. Este paso fundamental consiste en realizar una entrevista directa al usuario/a, así como a sus familiares o acompañantes cuando sea necesario, con el objetivo de obtener una comprensión exhaustiva de la situación de salud del individuo. Durante esta fase, es importante que el/la kinesiólogo/a adapte su lenguaje y enfoque de manera precisa y comprensible, considerando las características únicas de cada persona, su nivel de comprensión y sus necesidades específicas. La creación de un ambiente propicio para la expresión libre y abierta es esencial para que el/la usuario/a se sienta cómodo compartiendo información relevante sobre su salud, antecedentes médicos, síntomas actuales y cualquier otro aspecto que pueda influir en su tratamiento posibilitando al kinesiólogo/a obtener una comprensión completa del/la usuario/a y sus necesidades, lo que a su vez facilitará la elaboración de un plan de tratamiento diseñado para cada persona, que va

más allá de la mera recopilación de datos clínicos para establecer una relación empática con el/la usuario/a.^[18, 19]

III. C - Profundizando en el concepto de Continuidad Asistencial: Una mirada a través del Modelo de Reid.

La continuidad asistencial (CA) se considera un componente esencial en la prestación de servicios de salud, que asegura una atención coordinada y sin interrupciones a lo largo del tiempo. En este contexto, el Modelo de Reid (2002) emerge como un marco teórico integral que aborda la experiencia del/la usuario/a en relación con la coherencia y articulación de la atención sanitaria, identificando tres tipos principales de continuidad: Continuidad de Gestión, Continuidad de Información y Continuidad de Relación. A continuación, se dará una breve descripción de cada uno.^[20]

La **Continuidad de Gestión** (CG) se refiere a la prestación oportuna y complementaria de servicios de salud dentro de un plan de manejo compartido. Este tipo de continuidad implica la coordinación efectiva entre diversos proveedores de atención sanitaria para garantizar que los servicios no se pierdan, dupliquen o programen de manera deficiente. Es esencial que exista consistencia y flexibilidad en la atención para asegurar la continuidad de gestión. Asimismo, la CG puede extenderse más allá del ámbito tradicional de la atención médica e incluir servicios sociales cuando sea necesario.^[20,21]

Por otro lado, la **Continuidad de Información** (CI) se centra en la disponibilidad y uso de información relevante para la atención actual del/la usuario/a. Esto incluye eventos y circunstancias anteriores, como consultas médicas previas, resultados de laboratorio y recomendaciones de cuidado. La transferencia efectiva de información, ya sea en medios impresos, electrónicos o de forma verbal, es fundamental para garantizar una atención apropiada y coherente. Sin embargo, la mera transferencia de información no es suficiente; esta debe ser utilizada e interpretada por el personal de salud para vincular los diferentes componentes de la atención.^[22]

Finalmente, la **Continuidad de Relación** (CR) implica el mantenimiento de una relación duradera y significativa entre el/la usuario/a y el proveedor de atención médica a lo largo del tiempo. Esta relación sólida es fundamental para garantizar la continuidad de la atención, estableciendo conexiones sobre eventos discontinuos y facilitando la transferencia de información. La CR también conlleva una serie de

beneficios adicionales, como la confianza, el entendimiento mutuo y un sentido de responsabilidad hacia el/la usuario/a. Para que exista continuidad de relación, se requiere tanto de una relación continua como de la consistencia personal por parte del proveedor de atención médica.^[20]

En conclusión, el Modelo de Reid ofrece una perspectiva integral sobre la continuidad asistencial, centrándose en la experiencia del/la usuario/a a lo largo de la prestación de servicios de salud. Los tres tipos principales de continuidad Gestión, Información y Relación, trabajan en conjunto para asegurar una atención coherente y articulada a lo largo del tiempo, contribuyendo así a la mejora de los resultados clínicos y la satisfacción del/la usuario/a. Es fundamental que los sistemas de salud y los profesionales consideren estos aspectos al diseñar y proporcionar servicios de atención médica integrados y centrados en el/la usuario/a.^[23]

III. D - Hacia una nueva visión de las Ciencias de la Salud: Noción de paradigma y perspectivas en la investigación de la Salud.

Thomas Kuhn, en su obra referencial, conceptualiza los paradigmas en las Ciencias de la Salud como *"las realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante un período dado, proporcionan modelos para abordar problemas y sus soluciones dentro de una comunidad científica"* (Kuhn, 1970). En otras palabras, los paradigmas representan un conjunto de perspectivas teórico-científicas que obtienen aceptación en un momento determinado por parte de una comunidad de investigadores. Cuando un paradigma se enfrenta a limitaciones para explicar la totalidad de los fenómenos conocidos, surge la necesidad de adoptar un nuevo enfoque que brinde una mayor especificidad y cohesión dentro de un campo particular de estudio. En este sentido, el éxito de un paradigma no radica únicamente en la resolución de múltiples problemas, sino en su capacidad para abrir nuevas vías de investigación, basadas en ejemplos aún por explorar por completo.^[24]

En el contexto de este proyecto de estudio, se analizan tres paradigmas predominantes en el ámbito de las Ciencias de la Salud, los cuales conforman un conjunto de perspectivas teórico-científicas que enmarcan y guían las prácticas de las y los profesionales del sector sanitario: el paradigma biomédico tradicional, el enfoque biopsicosocial y el enfoque social. Por consiguiente, resulta pertinente presentar las características distintivas de cada uno de estos paradigmas, así como identificar las diferencias comparativas entre ellos.^[25]

III. D. a - El Modelo Biomédico: Una perspectiva reduccionista de la Salud y la Enfermedad

El modelo biomédico, originado en la medicina hipocrática, concebía la enfermedad como un desequilibrio observable en la naturaleza humana. Esta visión era reflejo de la postura adoptada por los filósofos jónicos entre los siglos VIII y VI antes de Cristo, quienes creían en la posibilidad de obtener un conocimiento objetivo del universo, incluyendo tanto los astros como los seres vivos. Siglos más tarde, durante el Renacimiento, esta actitud fue retomada por pensadores, teólogos y artistas. Figuras como Leonardo da Vinci y Nicolás de Cusa expresaron la idea de que la naturaleza tiene una estructura matemática y que para comprenderla es necesario medirla. Descartes, por su parte, dividió al ser humano en dos partes: el cuerpo, considerado como una máquina analizable en términos de sus partes, y la mente, una sustancia pensante. Este dualismo ha planteado a la filosofía occidental un problema aún sin resolver.^[26]

En este enfoque biomédico, el cuerpo humano es visto como una máquina que puede ser descompuesta en sus componentes, y la enfermedad como un mal funcionamiento de los mecanismos biológicos, abordados desde la biología celular y molecular. El papel de los y las médicos/as consiste en intervenir física o químicamente para corregir estos defectos. Sin embargo, al centrarse en aspectos cada vez más reduccionistas del cuerpo, la medicina moderna tiende a perder de vista al usuario/a como un ser humano completo, y al reducir la salud a un simple funcionamiento mecánico, no puede abordar adecuadamente el fenómeno de la curación. Esta falta de enfoque en la curación es quizás la mayor deficiencia del modelo biomédico. Aunque todo/a médico/a reconoce la importancia de la curación, este fenómeno a menudo se considera fuera del ámbito científico, y los conceptos de salud y curación rara vez se discuten en las escuelas de medicina.^[26]

La curación de enfermedades, en particular, implica una compleja interacción entre aspectos físicos, psicológicos, sociales y ambientales de la condición humana. Reintegrar la noción de curación a la teoría y práctica médica requerirá que la medicina trascienda su estrecha concepción de salud y enfermedad. Esto no significa que la medicina deba ser menos científica; al contrario, ampliar su base conceptual puede hacerla más coherente con los avances científicos modernos.^[26] El modelo biomédico define a la enfermedad como el funcionamiento defectuoso de los mecanismos biológicos o químicos, por lo tanto, la intervención médica se realiza, física o químicamente, para corregir dichas disfunciones.^[27] Este enfoque expresa su

actuar en espacios limitados como un consultorio, una clínica, un laboratorio o el hospital, en este contexto se busca identificar la parte biológica que ha sido afectada y restaurarla, no se centra la atención en el entorno del individuo o en sus características.^[28]

III. D. b - El Modelo Biopsicosocial: Una mirada integral a la Salud y la Enfermedad

En 1977, George Engel, médico y psiquiatra estadounidense, desafió vigorosamente los postulados reduccionistas y mecanicistas del modelo médico tradicional, tildándolos de dogmáticos. Este cuestionamiento marcó el inicio del modelo biopsicosocial, una propuesta innovadora que aborda el proceso salud-enfermedad de manera integral. Engel sustentó su modelo en la premisa de que en todos los estadios de este proceso convergen factores biológicos, psicológicos y sociales, abarcando tanto los momentos de salud como los diversos niveles de enfermedad.^[29]

En contraste con el antiguo paradigma que concibe a la persona como una entidad dividida, donde la mente regía una máquina, el cuerpo, el modelo biopsicosocial adopta un enfoque holístico. La persona es entendida como la integración de sistemas y subsistemas constantemente interrelacionados en un proceso dinámico y transaccional. Bajo esta nueva perspectiva, ya no es el cuerpo el que enferma, sino el ser humano en su totalidad, concebido como una unidad biopsicosocial. Este cambio paradigmático representa una evolución trascendental en la comprensión y el abordaje de la salud y enfermedad.^[26]

El modelo biopsicosocial se centra en el ser humano en sí mismo, más allá de la enfermedad que pueda padecer ^[30]. Esta orientación se refleja en su enfoque de intervención, que considera al usuario/a desde una perspectiva multidimensional, integrando componentes psicosociales y abarcando la personalidad del individuo, así como las circunstancias personales y familiares que atraviesa a lo largo de su vida. En este contexto, se reconoce que todos los aspectos sociales inciden directa o indirectamente en el curso de una enfermedad o discapacidad. El tratamiento se concibe con la participación activa de diversos/as profesionales que colaboran en un enfoque multidisciplinario en beneficio de la persona. Sin embargo, es de suma importancia contar con el compromiso del/la usuario/a hacia su proceso de curación. En esta sinergia entre profesionales y usuario/a, se vislumbra una aproximación integral y efectiva para abordar la complejidad de la salud desde una perspectiva biopsicosocial.^[31]

III. D. c - El camino hacia lo integral: La transformación de la kinesiología en el Contexto Social del Siglo XX

En la década de 1980, los y las kinesiólogos/as comenzaron a explorar enfoques más amplios para comprender su disciplina, trascendiendo los límites del ámbito puramente biológico y adentrándose en el terreno social.^[32] Este período marcó un momento decisivo para la Kinesiología, vinculándose con prácticas más reflexivas y científicamente fundamentadas, así como comprometiéndose con el desarrollo social.^[33]

Este cambio de paradigma se refleja en la diversidad de modelos teóricos que han emergido en la literatura internacional para asignar a la práctica kinésica un sólido fundamento científico. Ante la necesidad de establecer bases epistemológicas sólidas para la Kinesiología, surgieron modelos que buscaban delimitar el campo de acción de esta disciplina y presentar su contribución a los sistemas de salud.^[34] Los modelos predominantes en el siglo XX estaban arraigados en una perspectiva biomédica reduccionista, enfocándose en las patologías y disfunciones, así como en el tratamiento específico de lesiones.^[35, 36] Sin embargo, las críticas a esta visión estrecha motivaron el desarrollo de modelos contemporáneos que amplían el espectro de la Kinesiología, poniendo énfasis en la salud, la actividad, la participación, el cuidado centrado en la persona y el trabajo en equipo.^[34]

A continuación, se presentan cuatro modelos teóricos significativos que han contribuido al desarrollo del campo epistémico de la Kinesiología a nivel internacional.^[34] Primero, el modelo de patokinesiología, publicado en 1975, es considerado la primera gran teoría de la Kinesiología. Se centra en el estudio del movimiento humano anormal y establece seis niveles de análisis, desde el nivel celular hasta el nivel familiar.^[37] Aunque valorado por su base científica, recibe críticas por su enfoque exclusivamente biológico.^[34]

Segundo, la teoría del movimiento continuo amplía el enfoque más allá de lo biológico, integrando aspectos físicos, patológicos, sociales y psicológicos. Propone ocho principios del movimiento humano y considera la influencia de factores sociales en el movimiento.^[38] Esta teoría destaca la interdependencia de los diferentes niveles del movimiento y enfatiza la importancia de contemplar las dimensiones individuales, corporales, psicosociales y colectivas.^[34] Tercero, el modelo de medición de la capacidad de movimiento, aunque no pretende ser una teoría exhaustiva de la Kinesiología, ofrece un enfoque para la evaluación multidimensional del movimiento.

Propone seis dimensiones del movimiento, como flexibilidad, fuerza y adaptabilidad, con el objetivo de proporcionar una base empírica para la intervención clínica.^[39]

Por último, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) no es exclusiva de la Kinesiología, pero ha sido ampliamente adoptada como marco teórico para la profesión.^[40] Destacada por su enfoque en la funcionalidad y la integración de factores contextuales en la evaluación y tratamiento de la salud. La CIF promueve una visión ampliada de la discapacidad y la funcionalidad, reconociendo la influencia de factores ambientales y personales.^[34]

El modelo se organiza en tres dominios específicos: nivel de atención, locus de acción y tipos de actividades, delineando así las áreas de incumbencia y acción del/la kinesiólogo/a. El dominio denominado "nivel de atención" abarca cinco esferas principales de intervención: atención primaria de la salud (APS), atención secundaria, atención terciaria, vigilancia de la salud y gestión en salud. Las primeras tres se refieren a la práctica asistencial en sentido estricto, implicando el tratamiento del/la usuario/a y la realización de actividades clínicas, preventivas y de promoción de la salud. Las dos últimas aluden a las nuevas competencias de la profesión en el ámbito de la salud colectiva. Dado que la actuación de la Kinesiología en los niveles secundario y terciario está consolidada y socialmente reconocida, nos enfocaremos en presentar las propuestas de trabajo en APS, en la vigilancia de la salud y en la gestión.^[34]

En este modelo se sugiere que el/la kinesiólogo/a integre, en el ámbito de la atención primaria, actividades clínicas, de prevención de lesiones y discapacidades, así como acciones de promoción de la salud. Es relevante destacar la importancia de la atención clínica e individualizada del/la kinesiólogo/a en las comunidades. Según Tesser, la prestación de cuidados especializados en APS no debe ser subestimada, ya que fortalece el vínculo con los y las usuarios/as y amplía la capacidad de resolución. Por lo tanto, el trabajo de la Kinesiología en APS no debe limitarse únicamente al ámbito colectivo y a las acciones de promoción, ya que esto podría socavar la importancia del núcleo disciplinario específico y privar a la población del acceso a los servicios curativos y de rehabilitación que requieren.^[41] Por consiguiente, el locus de acción del/la kinesiólogo/a en APS comprende las unidades básicas de salud (UBS), los equipos comunitarios, la atención domiciliaria y un nuevo espacio propuesto, que son las clínicas comunitarias de Kinesiología.^[34]

Otra proposición de este modelo es que el/la kinesiólogo/a sea el primer contacto profesional y establezca el acceso directo a la Kinesiología. Esta modalidad

representa un avance en el fortalecimiento de la autonomía profesional y, al mismo tiempo, un beneficio para la población al reducir las barreras organizativas de los servicios de salud. De esta manera, el/la kinesiólogo/a, como primer contacto profesional, actuaría como puerta de entrada al sistema sanitario y al identificar necesidades fuera de su ámbito profesional, coordinará los cuidados requeridos con el equipo de APS.^[34]

La actuación del/la kinesiólogo/a en todos los niveles de atención debe contemplar e integrar actividades individuales, grupales, domiciliarias, sociocomunitarias, administrativas y educativas. Este amplio espectro de actividades ampliará el alcance de sus prácticas más allá de la rehabilitación, la atención curativa, la prevención de discapacidades y la promoción de la salud. En consecuencia, la expansión del espacio de acción de la Kinesiología en los sistemas de salud redundará en un mayor nivel de salud y en la ampliación de la independencia y funcionalidad de la población. Se presentan así nuevos desafíos y responsabilidades para la Kinesiología en lo que respecta a las delimitaciones conceptuales y epistémicas de la profesión. Las transformaciones en el panorama epidemiológico, social, político y de los sistemas de salud imponen la necesidad de fortalecer los fundamentos de la profesión y, al mismo tiempo, avanzar hacia nuevas posibilidades de acción en diversos ámbitos de práctica.^[34]

IV. JUSTIFICACIÓN

Las carreras de la salud, como la Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría, han presentado una constante evolución, adaptándose a distintas realidades y contextos sociales. La historia kinésica generalmente incluye datos personales, motivo de consulta, antecedentes de enfermedades, factores de riesgo, toma de medicamentos y evaluación, así como el examen físico. Sin embargo, es interesante no centrarse solo en la patología, sino considerar a la persona como un todo, esto implica abarcar no solo aspectos biomédicos, sino también biopsicosociales, considerando los factores personales y contextuales que pueden influir en su pronóstico. El modelo biopsicosocial reconoce la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, y es un enfoque fundamental para guiar la comprensión, evaluación y tratamiento en Kinesiología, implica una participación activa del/la usuario/a en el proceso, esto no solo mejora la adherencia al tratamiento, sino que también fomenta una relación terapéutica más cercana y empática.

Conocer las perspectivas de las y los estudiantes y tutores/as sobre la elaboración de las historias kinésicas y su relación con el modelo de salud adoptado en las Prácticas Pre Profesionales de tercer año de la carrera de LKF resulta de interés para saber cómo se evidencia el modelo biopsicosocial en la práctica educativa y profesional. Esto permitirá identificar fortalezas y áreas de mejora en la formación de futuros kinesiólogos/as, asegurando que estén preparados para abordar la salud de manera integral. Además, puede ayudar a ajustar los programas de formación y las prácticas clínicas, promoviendo un enfoque más holístico y centrado en la persona. En última instancia, esto puede ofrecer una mejora en la calidad de la atención y la satisfacción de los y las usuarios/as, fortaleciendo la profesión de la Kinesiología en su capacidad para responder a las complejas necesidades de salud de la población.

V. METODOLOGÍA

Con el propósito de abordar los objetivos planteados, se llevó a cabo un estudio de campo de carácter cualitativo con un diseño fenomenológico.

La estrategia metodológica consistió en dos fases fundamentales. En primer lugar, se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica para comprender la problemática en cuestión. En segundo lugar, se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas a las y los estudiantes y tutores/as docentes. A continuación, se detallaran cada una de estas etapas.

V. A - Estrategia de búsqueda:

El apartado metodológico de revisión bibliográfica de esta investigación se centralizó en la exploración de fuentes de información relevantes para el análisis de la historia clínica y los paradigmas biomédico y biopsicosocial, así como los precedentes en la elaboración de modelos de registros específicos en historias clínicas kinésicas.

Las bases de datos consultadas durante la búsqueda de artículos científicos fueron las siguientes: Pubmed y Biblioteca Virtual en Salud (BVS), con el objetivo de seleccionar estudios científicos publicados en el periodo comprendido entre 2010 y la actualidad.

Se filtró la información a través de la utilización de palabras claves, en español y en inglés. Las mismas fueron combinadas con el conector "AND" y "OR". Dentro de la categoría DeCs encontramos a Historia clínica, paradigma biopsicosocial, registros médicos, perspectivas, modelo de registro. Mientras que el término MeSH engloba Clinic history, Biopsychosocial Paradigm, Medical Records, Perspective, Registration Model. Las combinaciones de palabras fueron las siguientes: "Registros Médicos" AND "Control de Formularios y Registros", "Historia Clínica" AND "Paradigma", "Percepción" AND "Modelo Biopsicosocial"

V. B - Tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio cualitativo con diseño fenomenológico (Sousa Minayo Cecilia 2004)^[42] que permitió explorar dentro del campo de la salud y contribuir a un mayor entendimiento de los problemas prácticos involucrados, allí la realidad de los hechos está influenciada por lo simbólico, esto es, el discurso de las y los profesionales y estudiantes en salud, sus representaciones, visión y perspectiva de lo que acontece en la práctica kinésica, siendo elementos decisivos que quedan

plasmados en la historia kinésica del/la usuario/a, así como la interacción entre los tratamientos kinésicos, correspondiente a la UDA de la UGR perteneciente a la ciudad de Rosario, Santa Fe, Argentina.

V. C - Población y muestra

En relación al tipo de estudio, se consideraron a aquellos/as docentes integrantes de la cátedra y estudiantes que se desempeñen en el ámbito de las Prácticas Hospitalarias (PH) I, correspondientes al tercer año de la carrera. Dichas prácticas se despliegan en efectores de salud, que se encuentran en distintas localizaciones y son: Polideportivo 9 de julio, Centro de salud N° 2 Fonavi Súper Cemento, Centro de salud Santa Lucía, Centro de salud N° 17 Cáritas Guadalupe, Centro de salud Alfonsina Storni, Centro de salud N° 13 Fonavi, Centro de salud N° 9 San Francisquito, Centro municipal de distrito Sudoeste Emilia Bertolé, CAPS N° 15 Las Flores, Centro de salud 7 de septiembre, Centro municipal de distrito noroeste Olga y Leticia Cossettini (Centro de salud Dra. Débora Ferrandini), EMAUS, CAPS Luis Pasteur, Polideportivo Garzón, Centro de salud N° 5 Pedro Fiorina.^[11]

El tamaño de la muestra se determinó por saturación teórica, esto es cuando el tamaño de la muestra no aporta nada nuevo al desarrollo de las categorías de análisis.

Se entrevistó a profesionales, docentes-tutores/as claves del campo de la Kinesiólogía, teniendo en cuenta su experiencia en las Unidades Docentes Asistenciales (UDAs), así como a las y los estudiantes que participaron en diferentes Centros de Salud.

V. D - Recolección de información

Se hizo la recolección de datos a través de entrevistas de tipo cualitativa, se confeccionaron guiones de entrevista semiestructurada, con variación de preguntas relacionadas con las categorías de análisis, principalmente dirigidas a las y los tutores/as como también a las y los estudiantes de las Prácticas Pre Profesionales, las mismas se llevaron a cabo a través de google meet o presencialmente en la Universidad o en las Unidades Docente Asistenciales (UDAs) de la UGR en su sede de Rosario. Se contemplaron las siguientes categorías de análisis: la perspectiva del profesional de la salud, esto es, el saber, el discurso y el posicionamiento conceptual de los/las mismos/as, en relación a los paradigmas biomédico y biopsicosocial y el modelo de registro de la historia kinésica en la atención de los y las usuarios/as, es decir, el contenido, el motivo de consulta, la evaluación del/la usuario/a, el tratamiento y el fundamento del uso de la historia clínica.

La información recabada fue considerada estrictamente anónima y confidencial y fue aplicada para dar respuesta a los objetivos del trabajo. En consecuencia, la información como resultado de la presente investigación fue enunciada en un sentido general y no hay ninguna referencia a cuestiones individuales o personales. Haciendo referencia al contexto en forma general sin atribuirle características propias que permitan descubrir la identidad del Efector.

Las entrevistas fueron realizadas en el período comprendido entre el 10 de abril al 13 de mayo del año 2024 y fueron organizadas a través de google meet o presenciales. Todas las entrevistas se encuentran grabadas en audio y transcritas literalmente para su posterior análisis.

La convocatoria para participar en el estudio fue dirigida a todo el personal que integre el equipo del CAPS, en primera instancia por vía telefónica o por mail al tutor/a docente de las UDAs. Luego se contactó a los que mostraron interés de ser entrevistados y aportar al presente estudio. Se realizaron las entrevistas a quienes mostraron disposición, hasta obtener saturación de la información.

Para la recogida de datos, se diseñaron dos guiones de entrevista semiestructurada que incluyeron las categorías teóricas previstas para explorar el tema de investigación, uno para las y los profesionales/docentes en Kinesiología (Anexo X.A) y otro para las y los estudiantes (Anexo X.B). Se realizó una prueba piloto con 4 estudiantes avanzados/as en la carrera LKF, en base a ella se hicieron ajustes en relación a la cantidad de preguntas.

V. E - Elaboración de categorías

El primer paso en la construcción del sistema de categorías para este estudio implicó un enfoque teórico que se fundamenta en la comprensión de la Unidad Docente Asistencial (UDAs) y los objetivos delineados para esta investigación. A partir de este marco conceptual, se pensó en la transcripción y agrupación de las primeras entrevistas. Este proceso permitió organizar la información en función de temas y objetivos específicos, estableciendo así cuatro macro-categorías fundamentales: "Perspectivas", "Archivos de vida", "Modelos de atención" y "Continuidad asistencial".

Macro-Categoría I: Perspectivas

En esta dimensión, se exploraron las representaciones y visiones de los y las kinesiólogos/as y estudiantes. Las subcategorías que la componen incluyen:

1. Representación o visión de las y los Kinesiólogos/as y las y los estudiantes: En esta subcategoría, se examinaron las percepciones, creencias y valores que los y las profesionales y estudiantes tienen sobre su práctica y su campo de estudio. Se analizaron las ideas preconcebidas, los enfoques teóricos y las orientaciones filosóficas que influyen en su trabajo y en su comprensión del rol de la Kinesiología en la salud.

Macro-Categoría II: Archivos de Vida

Esta macro-categoría se centró en los registros documentales que contienen información relevante sobre la vida y la salud de los y las usuarios/as. Las subcategorías que la conforman son:

1. Historia Clínica: Se consideraron los documentos médicos que registran la información sobre el historial de salud, diagnósticos, tratamientos previos y otros aspectos relevantes de la historia médica de los y las usuarios/as.
2. Historia Kinésica: Esta subcategoría, introduce los registros específicos de la práctica kinésica, que incluyen evaluaciones, diagnósticos, intervenciones y seguimiento de la evolución del/la usuario/a desde una perspectiva kinesiológica.

Macro-Categoría III: Modelos de Atención

Esta dimensión abordó los enfoques conceptuales y metodológicos que guían la práctica de la Kinesiología. Las subcategorías que la integran son:

1. Biomédico: Aquí se analizó el enfoque tradicional centrado en los aspectos biológicos y fisiológicos de la salud y la enfermedad, así como las intervenciones basadas en evidencia científica en el campo de la Kinesiología.
2. Biopsicosocial y Social: En esta subcategoría, se exploraron los modelos de atención que consideran no sólo los aspectos biológicos, sino también los factores psicológicos, sociales y ambientales que influyen en la salud y el bienestar del individuo. Se examinaron las intervenciones holísticas que abordan la complejidad de la experiencia humana.

Macro-Categoría IV: Continuidad Asistencial

Esta última dimensión se enfocó en los aspectos relacionados con la continuidad y coordinación de la atención sanitaria. Sus subcategorías son:

1. Continuidad de Gestión: Aquí se analizaron los procesos administrativos y organizativos que garantizan la continuidad de la atención a lo largo del tiempo y en diferentes entornos de atención sanitaria.
2. Continuidad de Información: Esta subcategoría examinó la comunicación y transferencia de información relevante entre los diferentes profesionales de la salud y las instituciones, asegurando una atención integral y coordinada para el/la usuario/a.
3. Continuidad de Relación: En esta subcategoría, se centró en la construcción y mantenimiento de relaciones terapéuticas sólidas entre las y los profesionales de la salud y los y las usuarios/as, que favorezcan la confianza, la colaboración y la continuidad en la atención.

Estas categorías y subcategorías proporcionan un marco analítico completo para abordar las narrativas kinésicas de las y los profesionales de la salud, permitiendo una comprensión más profunda de sus prácticas, perspectivas y experiencias en el ámbito de la Kinesiología. A continuación se presenta una síntesis gráfica de las categorías:

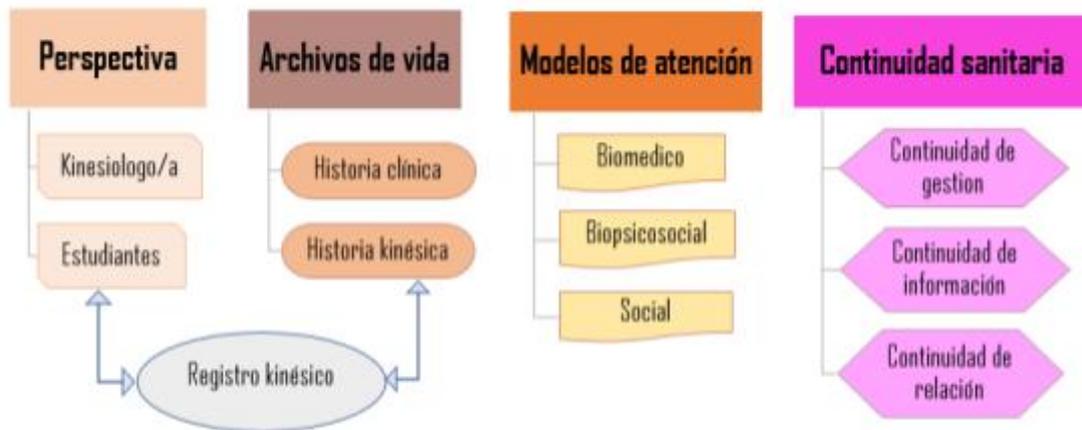


Gráfico 1: Categorías de análisis de estudio

V. F - Organización y análisis de datos

En este apartado se describe cómo fueron organizados y analizados los datos tomando las recomendaciones de De Sousa, et al. (2004)^[42]

a) Organización de los datos: Se realizó una transcripción de las grabaciones y relectura de la información. Se utilizó el Software Atlas Ti para organización de la información.

b) Clasificación de los datos: A través de una lectura e interpretación del contenido.

c) Análisis final: Se establecieron articulaciones entre los datos y los referentes teóricos, respondiendo a las cuestiones de la investigación en base a los objetivos del trabajo. Finalmente se realizó la triangulación de informantes (tutores/as y estudiantes).

V. G - Condiciones éticas

Previo al inicio de las entrevistas con las y los participantes, se solicitó tanto a las y los tutores/as, como a las y los estudiantes, un consentimiento informado para la realización de la misma. Se les informó claramente, que las entrevistas serían grabadas, con el propósito de garantizar una transcripción precisa y completa y que estas grabaciones se utilizarían únicamente, para fines de investigación académica. Se les aseguró a las y los participantes, que todas las respuestas y datos proporcionados durante las entrevistas, serán tratados con confidencialidad, preservando su anonimato. Se obtuvo el consentimiento informado, por escrito u otro medio interactivo tal como; google meet, WhatsApp o Email, de cada participante antes de iniciar las entrevistas. (Anexo X.C)

V. H - Comunicación de resultados

Es importante compartir los resultados del estudio con las y los docentes tutores/as de las Prácticas Pre Profesionales (PPP), permitiéndoles revisar los datos y análisis obtenidos. Este intercambio de información tiene como objetivo principal fomentar la reflexión sobre posibles mejoras en el proceso de elaboración de la historia kinésica. Al proporcionarles acceso a estas conclusiones, se pretende enriquecer tanto las experiencias de aprendizaje de las y los tutores/as y estudiantes como también destacar la importancia de la historia kinésica como un registro integral que abarca más allá del enfoque meramente biológico.

VI. RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados obtenidos a partir de una investigación que se estructuró en dos fases complementarias: una búsqueda bibliográfica exhaustiva y un trabajo de campo que incluyó una prueba piloto seguida de entrevistas.

V. A - Resultados de la revisión bibliográfica

En primer lugar, se realizaron búsquedas exhaustivas en la literatura científica para identificar estudios previos relevantes relacionados con la temática a investigar. Esta búsqueda bibliográfica proporcionó una comprensión sólida del estado actual del conocimiento en este campo y sirvió como base para el desarrollo posterior de la investigación.

En este estudio, Olivares y otros investigadores (2017)^[43], abordaron la evolución de la educación médica a lo largo de diferentes etapas, siendo la más reciente la educación basada en sistemas, que tiene como objetivo alinear las necesidades del/la usuario/a con perspectivas de alta complejidad. En este contexto, se introduce el concepto de aprendizaje centrado en las perspectivas del/la usuario/a, el cual abarca cuatro dimensiones: humana, biomédica, gestión y emprendimiento. El propósito de este trabajo es describir dicho concepto como una estrategia didáctica y explorar su aplicación en las escuelas de medicina de México. Para ello, se llevó a cabo una encuesta a 85 profesores y directivos de escuelas de medicina afiliadas a la Asociación Mexicana de Facultades de Escuelas de Medicina (AMFEM), utilizando un enfoque exploratorio y descriptivo. Los resultados revelan una mayor importancia otorgada a las dimensiones humana y biomédica, mientras que la gestión y el emprendimiento reciben menos atención. Se resalta la relevancia de colocar al usuario/a en el centro del proceso educativo para abordar diversas competencias médicas a partir de un mismo caso clínico, este estudio se vincula con el presente trabajo por la presentación del modelo de aprendizaje centrado en las perspectivas del/la usuario/a, las ventajas de este modelo residen en su carácter multidimensional, que permite la integración de competencias en el futuro profesional de la salud, orientado a profundizar en la transformación del entorno.

María Mercedes Lafaurie y otros autores (2018)^[44], realizaron un estudio en el que presentan una reflexión sobre la humanización en salud, realizada en un taller con participantes de una facultad de odontología en Bogotá. Se utilizó un cuestionario de pregunta abierta autodiligenciado y los aportes fueron sometidos a un análisis

hermenéutico y se identificaron categorías relacionadas con el enfoque biopsicosocial, superando la centralidad en lo biológico, la calidad de la atención concebida como una oportunidad, la garantía de derechos y principios éticos centrados en el/la usuario/a. Se destaca la importancia de considerar al mismo/a como el centro del proceso de atención, atendiendo a sus necesidades y contexto. Esto tiene relevancia para el presente trabajo, ya que muestra la posibilidad de analizar reflexiones de docentes, estudiantes y personal administrativo de una facultad, considerando al usuario/a como eje central. Además, evidencia la tensión entre el modelo biomédico y los enfoques más sociales en la explicación y abordaje de problemas de salud. Asimismo, muestra cómo impactan los nuevos paradigmas que enfatizan los derechos del/la usuario/a y su autonomía en la toma de decisiones sobre su salud y su cuerpo.

El estudio liderado por Yarinsueca y otros (2022)^[45], se enfocó en evaluar un programa de intervención destinado a mejorar la calidad de las historias clínicas elaboradas por internos/as en un hospital de Lima, Perú. Se realizó un estudio pre-post con internos/as de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo durante un año, incluyendo a todos los que aceptaron participar. La metodología de enseñanza implicaba que un interno/a elaborará una historia clínica ante otros internos/as, seguida de una discusión grupal para identificar y corregir errores, así como abordar las dificultades encontradas. Posteriormente, se ofrecía una exposición sobre lo que se consideraba una confección adecuada de las historias clínicas. Este estudio se relaciona con el presente trabajo al considerar la historia clínica como un documento médico-legal esencial y al abordar la elaboración de la misma como una competencia básica para los y las graduados/as que implica la revisión de diferentes modelos de registro de historias clínicas.

La experiencia evaluada, en la que las y los estudiantes realizaron historias clínicas médico-psicológicas al usuario/a sin la presencia de profesores y acompañadas de comentarios personales, fue llevada a cabo por Mejía-Vizcarro y su equipo (2019)^[46]. Utilizando una metodología cualitativa de investigación-acción participativa, compararon los comentarios con material bibliográfico.

La mayoría de las y los estudiantes se sintieron ansiosos al indagar en temas personales como la sexualidad, pero experimentaron empatía hacia la enfermedad y la historia personal de los y las usuarios/as. Esto les permitió comprender mejor la relación médico/a-usuario/a y su impacto en la enfermedad. La experiencia de realizar historias clínicas médico-psicológicas al inicio de la formación clínica deja un aprendizaje con un impacto emocional significativo, permitiendo un contacto directo

con la persona enferma y fortaleciendo la relación médico/a-usuario/a. Estos hallazgos respaldan la importancia de incluir este tipo de prácticas en la formación de estudiantes de medicina. Es útil pensar para el presente trabajo la idea de realizar entrevistas a las y los estudiantes para comprender sus percepciones y expectativas, antes y después de interactuar con los y las usuarios/as, así como identificar áreas de mejora en su formación profesional.

El estudio, liderado por José Ramón Martínez Riera y otros colaboradores (2009)^[47], se centra en la importancia de la continuidad de los cuidados en la atención sanitaria, la cual trasciende la mera respuesta a la demanda de los y las usuarios/as y las expectativas profesionales. Aunque se implementan diversas estrategias organizativas, estas suelen priorizar la satisfacción profesional en lugar de las necesidades reales de los ciudadanos. Es esencial que la coordinación entre niveles, la interrelación profesional y la retroalimentación se conviertan en objetivos prioritarios de los sistemas sanitarios, lo cual requiere cambios organizacionales, profesionales y políticos. Abandonar posturas rígidas y avanzar hacia estructuras coherentes con las necesidades de los ciudadanos. Este enfoque, se relaciona con el presente trabajo, ya que destaca la importancia de establecer circuitos de comunicación interdisciplinar e interprofesional centrados en el/la usuario/a.

En el análisis llevado a cabo por Doval Hernán (2019)^[48], se evidencia que la continuidad de la atención en el cuidado de los y las usuarios/as conlleva a una notable mejora en su satisfacción, fomentando relaciones más efectivas y confiables. Estos hallazgos se traducen en una mayor adherencia al tratamiento y en la reducción de las tasas de hospitalización. Muestra relación con el presente trabajo porque, se ha comprobado que la continuidad de atención preserva la vida en diversos sistemas de salud alrededor del mundo. Es importante que los y las profesionales de la salud desafíen la idea simplista de incrementar la frecuencia de encuentros y reducir el tiempo de consulta para aumentar la rentabilidad de las instituciones médicas. Es necesario reflexionar sobre los objetivos profesionales y priorizar las relaciones interpersonales, incluso en la era tecnológica, para garantizar una atención de calidad.

Bajo la dirección de Josefa Rodríguez (2014)^[49], se analiza en este estudio la evolución significativa de la relación médico/a-usuario/a en las últimas décadas, desplazándose desde un enfoque paternalista hacia uno centrado en la persona. Este cambio se ha caracterizado, por un mayor énfasis en la participación activa y autónoma del/la usuario/a en su atención médica, así como en una interacción más equilibrada entre la persona y el médico/a. Conceptos como "centrado en el/la

usuario/a" y "cuidado centrado en el/la usuario/a" han sido fundamentales en esta transformación, destacando la importancia de comprender al usuario/a como un ser único con sus propias necesidades y valores. Este enfoque ha llevado a la atención de salud a considerar al sujeto como el centro y objeto de una prestación de servicios integrada, que abarca aspectos como el respeto por sus valores y preferencias, la coordinación de cuidados, la comunicación efectiva y la continuidad de la atención. En el contexto de este trabajo, se reconoce la relevancia de una historia clínica que no solo recopile información sobre la salud de la persona, sino que también establezca un contacto verdaderamente centrado en el/la usuario/a.

VI. B - Resultados del trabajo de campo

Se entrevistó a 13 personas, de las cuales 6 son tutoras y tutores, y 7 son estudiantes, 4 mujeres y 3 varones. Esta diversidad de participantes permitió obtener una amplia gama de perspectivas y experiencias, enriqueciendo así los resultados del estudio y proporcionando una visión integral de la situación analizada.

La metodología seleccionada para exponer los hallazgos de este estudio implica utilizar las categorías de análisis y transcribir los comentarios de las y los tutores/as y las y los estudiantes, incluyendo citas directas de sus discursos. La omisión de la identificación de la persona que realiza la cita ayuda a preservar el anonimato y garantizar la confidencialidad requerida en la investigación. Cada sección temática comienza con una breve referencia a las categorías que se abordan en esta sección, seguida de una descripción detallada de los diferentes aspectos discursivos.

En el presente trabajo de tesis, las entrevistas desempeñan un papel significativo al proporcionar una perspectiva enriquecedora sobre las opiniones de las y los docentes tutores/as y de las y los estudiantes. En las HK se documentan detalladamente aspectos del/la usuario/a proporcionando una base informativa para futuras rotaciones de estudiantes.

VI. B. a - Perspectivas

En relación a las perspectivas se descubren algunas ideas iniciales de las y los entrevistados/as en torno a sus representaciones sobre todo en el primer contacto de las y los estudiantes en las UDAS cuando asisten a diferentes CAPS, en ese proceso de formación de habilidades y conocimientos teóricos que se materializan en las Prácticas Pre Profesionales Supervisadas (PPPS), se hace hincapié en el aprendizaje de la elaboración de la HK, en la atención y abordaje kinésico centrado en las personas y en la relación vincular entre profesional y usuario/a.

Las y los futuros profesionales, al poner en práctica por primera vez sus saberes y conocimientos durante sus rotaciones clínicas, experimentan temores inherentes al proceso de aprendizaje práctico. Coincidiendo con esta experiencia, las y los tutores/as expresan la importancia de facilitar un espacio de diálogo y proporcionar una variedad de situaciones clínicas para el desarrollo integral de las habilidades profesionales. En este sentido, se refleja una tendencia generalizada hacia la reflexión crítica sobre su experiencia inicial.

“Sé que estoy en una unidad docente asistencial, donde al estudiante así como no le puedo ofrecer algias todo el tiempo tampoco le puedo ofrecer respiratorio todo el tiempo porque el pibe se está formando, el estudiante se está formando entonces yo necesito diversidad de pacientes”. (Tutor/a 1)

“Las primeras prácticas obviamente miedo el primer contacto con una persona es bastante, no sé si terrorífico pero tenés esa incertidumbre de no saber qué hacer o de no recordar que es una movilización pasiva cuestiones básicas, las entrevistas también fue difícil, no fue fácil hasta que uno le va agarrando la cancha o la practicidad hasta que uno va sistematizando algunas preguntas.

La manera de abordar estas situaciones en los momentos en que tenía pacientes que no sabía qué hacer, primero era tener la confianza con el tutor de serle sincero y decirle mira esta es mi primera vez me podés guiar, esta la confianza entre tutor - estudiante y mucho tiene que ver con llegar a tu casa y tener la voluntad de buscar información, de ver tratamientos comprende mucho eso también particularmente.” (Estudiante 2)

Las y los entrevistados/as están de acuerdo en que dentro de las Unidades Docentes Asistenciales (UDAS), es importante que las y los futuros profesionales de la Kinesiología aprendan a manejar el lenguaje técnico y desarrollen la capacidad de narrar una historia kinésica de manera efectiva. Esto se considera fundamental para su formación. El dominio del lenguaje técnico facilita una comunicación clara y precisa sobre aspectos clínicos y terapéuticos, lo que asegura una documentación comprensible entre profesionales de la salud. Además, la habilidad para redactar una historia kinésica coherente y detallada.

“También te enseñan desde el lado de la experiencia de aprender, de saber hacer una historia kinésica, de abordar a un paciente y demás eso va directamente la experiencia, [...] el vocabulario, cuidar tu manera de hablar,

cuestiones que por ahí a lo mejor uno no te las enseñan en ningún libro y las tenés que aprender en esa práctica hospitalaria que es el manejo con una persona”. (Estudiante 2)

“Que sepan manejar bien el lenguaje técnico para que quede bien expresado lo que se tiene, Por ahí en el tercer año pasa que todavía les falta mucho el lenguaje técnico y entonces no saben cómo describir ciertas situaciones y ante un profesional que ya maneja ese lenguaje técnico como tratar que sea algo fácil de entender pero que se mantenga al nivel de un profesional. Creo que eso es lo que más se me complica a mí en el momento de enseñar a los alumnos a hacer las historias clínicas”. (Tutor/a 6)

En la mayoría de las entrevistas se reflexiona acerca de la atención centrada en la persona, esta mirada pone énfasis en las necesidades individuales de las y los usuarios/as, y pretende orientar la atención desde los deseos y preferencias de las personas, promoviendo un cuidado integral.

“El valor humano quizá en el hecho de ida y vuelta de interpretar que le sirve, si le gusta, si quiere probar otra cosa, hay veces que no está bueno que el paciente se centre, se quede mirándote te escucha y haga todo lo que le decís sin dar su punto de vista, quizá no le es cómodo el movimiento o lo que sea o no le es funcional, a mí no me sirve nada que una paciente que tengo más de 70 años eleve o flexione la cadera a mayor amplitud que pueda, porque no desea ni va a competir porque en ningún momento va a exigir a esa articulación”. (Estudiante 4)

“Que puedan ver al paciente como una persona y no como una patología en general, porque pasa mucho que o pasaba mucho que, hoy viene la lumbalgia, entonces, empezar a ver al paciente como una persona, ahí viene el fulanito que tiene tal cosa y ese tipo de cuestiones y ahí entra también un poco los objetivos de poder verificar el objetivo tanto del kinesiólogo como del paciente, muchas veces no coinciden, entonces poder buscar un punto medio entre los dos y demás”. (Tutor/a 5)

El diálogo entre las y los estudiantes y tutores/as revela una comprensión compartida sobre la importancia de la empatía, el respeto y la ética profesional en la interacción con los y las usuarios/as. Este intercambio de perspectivas enriquece el proceso de aprendizaje y fomenta el desarrollo de habilidades críticas y reflexivas que son esenciales para la práctica profesional en el ámbito de la salud.

En este contexto, la reflexión de las y los entrevistados/as subraya la necesidad de una formación continua y adaptativa, que no solo aborde los conocimientos teóricos y prácticos, sino que también promueva el desarrollo de competencias interpersonales y éticas fundamentales para una atención sanitaria. Este enfoque integral permite contribuir a la formación de profesionales de la salud comprometidos con el bienestar de los y las usuarios/as, a modo de poder fortalecer un impacto positivo de su práctica en la comunidad.

“El respeto y la empatía, me parece son dos factores fundamentales para el éxito en la terapia o para el abordaje en la terapia y luego la preocupación de la parte técnica por el saber. Vamos abordando eso desde la parte más técnica y desde la parte del abordaje de la persona en sí, la mirada integral, la empatía y el respeto.” (Tutor/a 2)

“El respeto entre el paciente y el profesional, el contacto con el paciente también el ser respetuoso el preguntar te voy a sacar la media ¿puedo? ¿no puedo? cómo que ser respetuoso con el paciente”. (Estudiante 6)

“El respeto tanto el paciente como el kinesiólogo, si bien podemos entablar una conversación y podemos tener intercambio de opiniones y hablar de un montón de temas y reírnos y todo siento que siempre tiene que estar el respeto de profesional - paciente. La empatía siempre y tener en cuenta que no todos tenemos la misma realidad”. (Estudiante 1)

VI. B. b - Modelos de atención

Los conceptos (y estados) de enfermedad y salud se pueden entender desde diferentes modelos o enfoques. Hasta hace unos años, el modelo predominante en el campo de la medicina y la psicología, era el modelo biomédico, centrado en la propia enfermedad y en la dicotomía “mente-cuerpo”, este tipo de modelo se menciona como inicial y superador en la práctica kinesiológica desde la perspectiva de las y los entrevistados/as.

“Entonces, vos no estás atendiendo un hueso fracturado, una columna herniada o dos pulmones con mocos, vos estás atendiendo a una persona que tiene una realidad, que tiene una forma de pensar y que está inmerso en una comunidad que hace a un montón de cuestiones”. (Tutor/a 1)

“No me parece el enfoque biomédico de tratar solamente a la lesión y de no ver todo lo otro del paciente, hay que ver en qué trabaja, cómo levanta

las cosas, si vos a un paciente con lumbalgia no le preguntás de qué trabaja y no te enterás que por ahí trabaja levantando cosas pesadas vas a tratar la lumbalgia y después va a venir 20 veces más por lo mismo”. (Estudiante 5)

El modelo social se refleja en las voces de la mayoría de las y los entrevistados/as quienes destacan la importancia de no centrarse únicamente en la rehabilitación, sino también incluir prácticas asistenciales de prevención y promoción de la salud, integrando factores contextuales en el ámbito de la atención primaria.

“ En la promoción y en la prevención no solamente tenemos que ver la parte física, sino también las cuestiones sociales y económicas por las que atraviesan los pacientes y bueno, de esa manera mantenerlos informados de controles de presión arterial, de fomentar la actividad física. Nosotros tenemos un polideportivo ahí a la vuelta, y hay un cronograma de las actividades que hay, a los pacientes con una afección crónica los derivamos muchas veces que vayan a hacer actividad física ahí. También hay una pileta donde con el trabajador social tratamos de hacer una prioridad para que les consigan turnos y certificados con prioridad a los pacientes con dolencia, entonces, no solamente hacer hincapié en el tratamiento, sino en la prevención a través de la actividad física”.(Tutor/a 2)

“Hablamos con los profesores [...] y hoy por hoy está demostrado que el ejercicio terapéutico o físico es como la mejor vía o un mejor camino para tratar o prevenir, considero que es muy importante” (Estudiante 4)

Los relatos de las y los tutores/as se corresponde con el de las y los estudiantes en que los factores ambientales y el contexto territorial influyen significativamente en la recuperación y el tratamiento de los y las usuarios/as. Estos elementos en algunas situaciones actúan como barreras en la promoción de hábitos saludables, dificultando el logro de resultados terapéuticos óptimos en algunos/as usuarios/as. La consideración de estas variables es muy importante para un abordaje integral de la salud, ya que afectan tanto el proceso de recuperación como la efectividad de las intervenciones kinésicas. Con ello, se mencionan algunos determinantes ambientales que inciden en el bienestar de las personas.

“Estoy pensando en el aspecto ambiental, te hace te juega la diferencia entre una viabilización de cura o no, es tan importante, como que se cura o no se cura por el ambiente, por el entorno”. Vive en una casa precaria, abajo del puente de la autopista entonces los camiones en época de cosecha pasan por

encima y el polvillo de los granos caen y afectan al bebé, entonces vos vas a atenderlo un millón de veces por BOR y la solución no está ni en la betametasona, ni en la clapping, no están ahí, el arreglo, está en que yo como agente de salud vaya que ponga todo un nylon que compramos, entonces nosotros impermeabilizamos con nylon para que efecto del entorno no modifique a la criatura”. (Tutor/a 4)

“Todo tiene que ver, ya sea las condiciones de la casa, que no sé, me parece que pueden influir a lo sistémico, ya sea de lo respiratorio, [...] agregar alguna patología respiratoria por la propia humedad de la casa, el ambiente en donde viven”. (Estudiante 2)

“Como también nos pasaba mucho con algo que uno asume y decir, bueno, cuando llegues a tu casa, dúchate con agua caliente y decís, tal vez no tienen ni agua, no tienen un jabón, no tienen los insumos para ponerse hielo en el tobillo por el esguince”. (Tutor/a 3)

Las y los profesionales de kinesiología, coinciden en las entrevistas en fomentar un entorno de participación activa del/la usuario/a, motivando al mismo a asumir responsabilidad sobre su tratamiento. Este enfoque incluye el cumplimiento de las sesiones y la realización de tareas asignadas para el hogar, con el objetivo de observar mejoras en el tratamiento de manera más temprana. Esta estrategia participativa no solo optimiza los resultados terapéuticos, sino que también empodera a la persona, promoviendo un mayor compromiso con su proceso de recuperación y bienestar.

“Nosotros intentamos explicarles que la mayor parte del tratamiento lo ponen ellos, porque si ellos no hacen las cosas que tienen que hacer o no hacen los ejercicios que les damos o no hacen las actividades en la casa, se hace difícil porque, les explicamos que ellos van una vez cada una semana al centro de salud y se hace difícil que en una hora, se pueda llevar bien el tratamiento, entonces intentamos explicar que la mayor parte del tratamiento lo tienen que hacer ellos, no por su cuenta, sino que nosotros les damos las herramientas y ellos son los que tienen que hacerlo”. (Estudiante 7)

“Ese nexa kinesiólogo-paciente, de que el paciente también se haga responsable de su tratamiento, que se haga cargo de su propia salud y para eso darle recomendaciones para la casa, que realice ejercicios”. (Tutor/a 2)

“La voluntad con la que va el paciente a kinesiología, que nosotros necesitamos que vayan, es 50 y 50 las ganas que le ponemos nosotros y las ganas que le pone el paciente, si el paciente no le pone ganas por más esfuerzo que le pongamos nosotros no va a evolucionar y al revés y si vos haces algo para que le sea mucho más fácil y mucho más placentero ir a la sesión el resultado es impresionante”. (Tutor/a 6)

Las y los entrevistados/as concuerdan en que la atención kinésica hacia los y las usuarios/as implica desafíos significativos. En principio, señalan que sería conveniente introducir en la formación académica áreas relacionadas con la psicología y las perspectivas sociales, enfatizando el abordaje integral de las necesidades de las personas, particularmente en lo que respecta a los aspectos psicológicos y emocionales que influyen en su salud y bienestar. La mayoría de las y los docentes tutores/as entrevistados/as reconocen estos desafíos y que durante las prácticas hospitalarias, las y los estudiantes se enfrentan a diversas situaciones que requieren este conocimiento para abordarlas eficazmente, subrayando la necesidad de una educación más holística e integradora en estos ámbitos.

“La forma que a mi se me ocurre más rápida para contestar y más adaptada al APS es que el estudiante, es difícil, que sepa de sociología y psicología, es la única forma que se me ocurre para que esto sea implementado entonces ahí el estudiante lo va a ver distinto y la la forma de relacionarse va a ser distinta yo no sé si le vamos a solucionar, pero si con el conocimiento de psicología y sociología podríamos ayudar como siempre digo a que las curas se viabilicen más rápido, porque es importante que el estudiante entienda que la Kinesiología es el arte de empujar la vida”.(Tutor/a4)

“Es la parte más difícil porque justamente en ese aspecto no sé si tenemos tantas herramientas como para poder brindar más que escuchar, por ahí preguntar, desde lo mínimo que uno sabe de relaciones humanas, pero como no somos psicólogos por ahí no tenemos tantas herramientas como para poder ya sea brindar soluciones o no sé, tener un acompañamiento en la persona”. (Estudiante 2)

La mayoría de las y los entrevistados/as encontraron puntos en común en torno a la necesidad de integrar los enfoques biomédico, biopsicosocial y social, contemplando a las personas de manera holística e implicando un cambio de paradigma. El modelo biopsicosocial es un enfoque participativo de salud que sostiene que los factores biológicos, psicológicos y sociales desempeñan un papel significativo

en la actividad humana en el contexto de una enfermedad o discapacidad. Estos factores se consideran complementarios en el diagnóstico y la atención del/la usuario/a, al explicar, entender y afrontar un estado de salud, enfermedad, discapacidad o trastorno

“Completamente la kinesiología se puede beneficiar al integrar los enfoques biomédico, biopsicosocial y social, enriquecería y enriquecería mucho tanto el tratamiento y también para poder cambiar la cabeza del kinesiólogo en el momento de la atención, del kinesiólogo tanto a nosotros como tutores, como también a los alumnos como futuros kinesiólogos” (Tutor/a 3)

“Esta integración puede beneficiar la atención del paciente básicamente porque cuando uno puede vincular esto o la necesidad de vincular esto, la cabeza del profesional que vincula cambia la emergencia del tratamiento y de la cura, la emergencia me refiero a lo emergente”. (Tutor/a 4)

“Haría la terapia ideal, si estarían estos tres modelos unificados y obviamente equilibrados entre sí, daríamos muy buena atención, siempre y cuando el que esté a cargo de la terapia tenga las ganas de hacerlo pero sería lo ideal de que puedan jugar estas tres posturas y generar un equilibrio para que sea visto desde todos los aspectos, desde todas las aristas”. (Estudiante 3)

VI. B. c - Archivos de vida

En la categoría archivos de vida, se interpreta a las voces de los y las profesionales docentes instructores/as, las y los estudiantes. En mayor tendencia han considerado que la historia kinésica es, en primer lugar, un documento legal, donde quedan plasmados toda las intervenciones y actividades realizadas por el/la profesional sanitario/a relacionadas con su salud. Además, la HK es un registro básico en la práctica de la salud y que sin él es imposible que el/la kinesiólogo/a, tenga una visión completa y global de las y los usuarios/as, en el presente y en el tiempo, necesarios para brindar una mejor atención. Para lo cual, el principal fin es recabar toda la información principal e importante de cada persona.

“La importancia primero por un documento legal esto que nosotros tenemos de nuestras tareas. En un primer momento nosotros tenemos que registrar todo lo que hacemos ante cualquier inconveniente legal. Si eso está escrito tenemos para evidenciar qué es lo que hicimos en la práctica, registrado por nosotros”. (Tutor/a 2)

“Esta historia kinésica es un documento legal, me paso el año pasado que recibimos una paciente con violencia de género en el centro de salud y yo terminé declarando en un juicio a favor de ella obviamente como paciente por todo lo que nosotros evaluamos, lo que hice fue llevar como documento la historia kinésica que los propios chicos realizaron”. (Tutor/a 1)

“Es un documento, te va a dar el panorama a futuro de cómo fue la evolución y tener una guía de las cosas más importantes a tener en cuenta con ese paciente, he tenido centros de salud donde vos veías las historias kinésicas y te quedaba todo super claro”. (Estudiante 3)

Se destaca en las y los entrevistados/as, que la historia kinésica (HK) constituye un recurso fundamental para la recopilación de información exhaustiva derivada de la práctica clínica en relación a un/a usuario/a. En ella se documentan de manera minuciosa todos los antecedentes de salud, los objetivos terapéuticos y las decisiones clínicas adoptadas, lo que la posiciona como un elemento esencial en la atención integral de las personas. Además, de garantizar la privacidad y confidencialidad.

“El diagnóstico médico, la fecha de ingreso del paciente, la fecha de la orden con la que ingresa, que esa orden esté firmada y sellada, que tenga los datos personales, por un lado. Y en nuestros registros, fecha de ingreso, fecha de cirugía, si es que la hubo, fecha de traumatismo, si es que la hubo, inicio de síntomas [...] En la entrevista. ¿Qué más nos puede faltar? Bueno, los objetivos del tratamiento no deben faltar, si pensamos más que nada en adultos, la evolución diaria que es lo que se hizo en cada sesión”. (Tutor/a 2)

“Lo general que hacemos nosotros siempre, diagnóstico principalmente y después nos vamos basando en antecedentes de las personas, si poseen alguna patología de base, alguna operación previa o alguna operación programada o lo que sea en cuanto a su salud, también su historia familiar”. (Estudiante 4)

“Por ejemplo, [...] a veces datos que son confidenciales u otros no, supongamos una persona que tiene una cervical que sufre un episodio de violencia laboral o intrafamiliar, tal vez el paciente no los manifiesta, pero que puede estar registrado en una historia clínica médica y a nosotros nos aporta un dato importante de qué le puede estar pasando emocionalmente a esa persona” (Tutor/a 2)

Se interpreta de los discursos de las y los profesionales y las y los estudiantes entrevistados/as, que los archivos de vida, deberían evidenciar la evolución y actualización del abordaje kinésico y reflejar un seguimiento personalizado y planificado a lo largo del tiempo, cuya finalidad es agrupar la información referente al estado de salud.

“Lo considero también como una historia de ruta, digamos, o podríamos decir, yo más que historia clínica, a veces lo llamo como una evolución, en donde está toda la planificación de este tratamiento que es individualizado, que es de cada uno de los pacientes que tiene toda su evaluación y evolución completa y su planificación, en donde nosotros vamos marcando cuál es en parte lo que nosotros deseamos como kinesiólogos en lo que es el tratamiento y en parte lo que el paciente también desea.” (Tutor/a 3)

“Te va a dar el panorama a futuro de cómo fue la evolución y a su vez para no perder un hilo entre tantos pacientes, tener una guía de las cosas más importantes a tener en cuenta con ese paciente”. (Estudiante 3)

En la mayoría de las entrevistas se menciona la importancia de la colaboración multidisciplinaria en la elaboración del archivo de vida de los y las usuarios/as. Además, se interpreta la pretensión de un trabajo coordinado e interdisciplinario que posibilite el acceso a la HK de todos/as los y las profesionales sanitarios, dependiendo esto del modo de cómo sistematiza la información cada centro de salud y si ese archivo está integrado a otros.

“Aparte de que ese registro, al menos en los centros de salud, muchas veces son compartidos con otros profesionales. Nosotros trabajamos en equipo y muchas veces, por ejemplo, los médicos que nos derivan pacientes dicen, che, yo necesito saber cómo va este paciente que te envié, vos tenés el registro escrito y le podés mostrar una cronología, le podés mostrar una evolución, le podés mostrar tu trabajo. A veces esas historias kinésicas las compartimos mucho con las trabajadoras sociales, en el aspecto que nosotros trabajamos de APS, el trabajo social es muy fuerte y a veces eso te sirven las evaluaciones como aval para que otros profesionales te den una mano en un tratamiento más integro del paciente. Para mí eso son como los dos aspectos, desde lo formativo para el estudiante y desde el trabajo en equipo con otros profesionales”. (Tutor/a 1)

“Si era dentro del centro de salud, se comunicaban entre los mismos profesionales y bueno, por ejemplo, si venía de otro lado, que venía, no sé, un chico que tenía un accidente, que le pusieron algo para fijar en el brazo y no sabíamos qué era, qué sé yo, lo que hicimos, bueno, además de la epicrisis que nos trajo él, si no, hablábamos con alguno de los médicos, o con alguno de los enfermeros, que ellos sí tienen acceso a las historias clínicas y veíamos si podíamos acceder para, osea nos prestaban o nos mostraban ellos, para ver si podíamos sacar algo más de información. Pero si no esa, esa era la metodología de trabajo y no sólo que iba el tutor, nos hacía partícipes a nosotros, que eso estaba bueno, que nos hacían parte, no sólo él, sino los médicos, las enfermeras, la gente de seguridad, todos nos hacían parte del centro de salud y parte del personal, que en otros centros no nos pasó lo mismo”.(Estudiante 3)

La historia kinésica (HK) ofrece innumerables ventajas, siendo la colaboración interdisciplinaria de las y los profesionales implicados fundamental. Sin embargo, el discurso en las entrevistas destaca la complejidad de este proceso de registro exhaustivo, lo cual influye en la calidad de la información del/la usuario/a. Se menciona que las HK a menudo contienen información incompleta, con errores, o poco legible y en algunos centros se reporta el extravío o la destrucción de la documentación.

“Por ejemplo, un paciente en otro centro de salud con un ACV, que lo único que tenía escrito en la historia kinésica era hemiparesia derecha y nada más, y claro, ahí tuve que arrancar de cero y ya hacía más de un año que se venía atendiendo al paciente”. (Estudiante 3)

“Sí, me pasó más que nada que la historia clínica no esté directamente ó que esté solamente los datos de nombre, apellido, DNI, fecha de nacimiento y el diagnóstico. Pero no pusieron que le evaluaron, no pusieron nada, entonces como que fue medio complicado, como que tuve que empezar de cero básicamente [...] suponete era una persona con ACV y ponían que tenía afectado un lado y yo veía a la persona y era del otro lado”. (Estudiante 5)

“Si yo te digo la cantidad de historias clínicas que se pierden dentro de un espacio de dos por dos, donde todo está registrado con números, vos no lo podrías creer. Pero se pierden por año muchas historias clínicas, muchas. Nosotros, por ejemplo, tenemos nuestro registro de historias kinésicas aparte del registro general del centro de salud. Porque me ha pasado, me pasó una vez que las carpetas estaban ahí guardadas y como ningún médico las usaba,

los administrativos intuyeron que era basura y me lo tiraron, [...] Casi me agarra un infarto. Y a partir de ahí como que creamos nuestro registro propio. [...] me llegan historias clínicas que te juro que no las puedo leer, tengo que mandar nota al médico donde me resuma con una letra más clara". (Tutor/a 1)

Además, coinciden que es de utilidad en las UDAs para algunos/as tutores/as confeccionar registros propios orientados a campos de conocimientos específicos (neurología, respiratorio) mediante una planilla confeccionada con anterioridad, llamada ficha Pre-hecha, facilitando el acceso a la información y al aprendizaje por parte de las y los estudiantes de manera organizada y precisa.

"En respi, nosotros tenemos una ficha pre hecha, y la tratamos de actualizar todos los años, la vas llenando, yo vería que nos está faltando para pacientes neurológicos, traumatológicos, ir también a generar como historias kinésicas ya con información previa, porque si no es como que a veces el estudiante se ve desbordado de información y no sabe qué puede ser importante preguntar"(Tutor/a 1)

"Lo que es en la parte respiratoria ellos tenían un modelo de historia que tenía como casilleros para completar para que no te olvides nada de preguntarle". (Estudiante 5)

"Para mí es importante por lo menos en la primera rotación, ya en la última, más o menos tenés idea de qué preguntar, cómo guiarte y cómo seguir, tener un orden porque capaz que en la primera rotación yo arrancaba con algo que tenía que haber preguntado al final". (Estudiante 7)

VI. B. d - Continuidad asistencial

La continuidad en la asistencia debe ser continua a través del tiempo, y requiere además de un intercambio de información, una relación interpersonal y la coordinación de la atención.

La continuidad de información se atribuye al flujo de información, esto es, la disponibilidad, utilización e interpretación de acontecimientos anteriores de una persona. En los CAPS, las y los tutores/as junto a las y los estudiantes conocen las problemáticas de salud de los y las usuarios/as y su contexto, y la HK es utilizada e interpretada, en su mayoría por el personal de salud para vincular los diferentes componentes de la atención. La sola transferencia de la información no es suficiente,

es necesario conocerla e interpretarla y en algunas ocasiones, puede ser una barrera cuando algún archivo se encuentra incompleto.

“Es muy importante para un seguimiento, no solo para la persona que va a atender al paciente en el transcurso de los tres o cuatro meses, sino para las personas que van a venir después, por ejemplo, bueno, yo fui con una tutora al último centro y en el caso de dejar una ficha incompleta o algún detalle no tan marcado que resulte importante, a la gente que ingresa se le va a hacer mucho más difícil seguir”. (Estudiante 4)

“Porque si vos no hablás bien, no vas a realizar a futuro un buen tratamiento, eso tiene que quedar escrito. Por un lado, porque nosotros tenemos un volumen de alumnos que es bastante amplio, bastante variado, y eso hace que el mismo paciente no siempre sea visto por el mismo estudiante, entonces si ese estudiante ya tiene un registro previo, vos no tenés que estar evaluando, obviamente uno evalúa cada sesión, pero las evaluaciones principales, ya si te quedan registradas, uno como docente se acuerda por el hecho de que tiene muchos pacientes también y a veces necesita volver a leer y por otro lado, les sirve a los estudiantes para ver qué va haciendo el otro”. (Tutor/a 1)

“Se hacía esto con el psicólogo, con el doctor, con el generalista, sí, se comentaba mucho y venían los otros profesionales a contarnos cómo estuvo el paciente, no se anotaba en la historia kinésica eso, pero sí se comentaba, venían a hablarnos al consultorio”. (Estudiante 7)

La administración de servicios de salud es la estructura sólida que sostiene el funcionamiento continuo de un centro de salud. La figura del/la administrativo/a quien cumple dentro del proceso de información, la actualización de diferentes registros a fin de dar respuesta al usuario/a de los Servicios de Salud frente a la demanda, aportan con esto los datos necesarios para hacer posible la utilización de los servicios y recursos. De las entrevistas, surge que en los centros de salud se encargan las y los tutores/as de la gestión administrativa.

“Importante para la continuidad, yo tengo un sistema de turnos. Donde arregló todos los turnos por tandas de horario, por cantidad de estudiantes y obviamente siempre preguntando al paciente en la medida de lo posible qué horario le conviene. Porque tenemos horarios muy amplios. Hay algunos en los centros de salud que estoy cinco horas, entonces, si vos ya lo organizás, sabés

la cantidad de chicos que tenés, la cantidad de turnos que vas a dar, el horario en el cual vas a trabajar” (Tutor/a 1)

“Con el tema de dar los turnos, hasta ahora siempre, yo veo que lo dan los tutores, que nunca fueran a sacar turno para kinesiología en lo que es la recepción de los centros de salud o de los hospitales, siempre los dan los tutores”. (Estudiante 5)

En lo que refiere a la continuidad de relación, la conexión vincular entre las y los kinesiólogos/as y las y los usuarios/as, se muestra como una herramienta terapéutica de apoyo para el logro de los objetivos y la satisfacción de las necesidades. Las y los entrevistados concuerdan en la importancia de conocer los valores del/la usuario/a, sus preferencias y contexto social posibilita una relación con expectativas sobre la confianza y la responsabilidad de los y las profesionales.

“Generando confianza, a mí lo que me gusta hacer con los pacientes es felicitarlos constantemente, así sea por cualquier mínimo detalle eso hace que se sientan más seguros, que vean el avance y también ir hablando de a poco, obviamente respetando los límites de relación profesional-paciente y hablando adecuadamente”. (Estudiante 4)

“Construirlo primero desde el respeto y desde lo ameno. Tenés pacientes y pacientes. Yo para mí una vez que el paciente vos le demostrás que puede confiar en vos y adhiere, yo creo que ahí vos al paciente lo podés demandar mucho más. Si vos querés un paciente activo y previamente no construís un vínculo en el cual el paciente te crea y confíe” (Tutor/a 1)

La implementación de programas domiciliarios en kinesiología es esencial para extender la continuidad del tratamiento más allá de las sesiones clínicas, pero enfrenta desafíos significativos en términos de adherencia por parte de los y las usuarios/as. Profesionales de la salud, tanto las y los tutores/as como estudiantes, encuentran obstáculos diversos al intentar asegurar la ejecución efectiva de los ejercicios prescritos en el hogar. Desde la logística y seguridad hasta la necesidad de adaptarse a las preferencias individuales de las personas, se requieren estrategias innovadoras para mejorar la adherencia a estos programas.

“Vos le das la kinesiología, se la dan en tu casa el programa domiciliario, lo tiene que hacer pero tienen muy poca adherencia pero esa sería una estrategia muy efectiva [...] Cuando vos decís que lo hace en la casa, hay que decirle que eso que le estás dando es lo que potencia y que hacerlo a

cuenta gotas o que saltar demasiado no aparece pero hay que explicárselo en el contexto de que este dolor que vos tenés no se va a ir, si vos no entendés la obligación de hacerlo en tu casa". (Tutor/a 4)

"En uno de los casos íbamos con los alumnos a atenderla hasta su domicilio pero porque a la paciente era muy complicada sacarla de la cama y era muy necesario que se atiende pero ya por el tema de lo que está pasando ahora con la seguridad preferí dejar de hacerlo, no sé tengo alumnos a mi cargo y no quiero exponer a eso". (Tutor/a 6)

"Estos ejercicios a algunos se los hemos escrito y ya más o menos los entendían cómo hacerlos, otros que no, otros que como no son de hacer ejercicios, no entendían, entonces ahí sí nos grabamos, se los mostramos para que ellos lo tengan en sus celulares, también le decíamos buscá este tipo de ejercicios en YouTube y te van a aparecer un montón pero sí, de las tres formas nos ha pasado, cuando les dábamos ejercicios para la casa nosotros le preguntamos, ¿lo estuviste haciendo? Te decían que sí y nosotros le preguntamos, a ver, ¿qué estuviste haciendo? Y se quedan ahí sin saber qué hacer pero sí nos tomábamos ese tiempo para preguntarle a ver si le habían molestado, si vio algún cambio". (Estudiante 7)

La coordinación asistencial es la capacidad de los servicios sanitarios para ofertar sincronizadamente un objetivo asistencial común sin que se produzcan desencuentros que perjudiquen a las y los usuarios/as, las y los entrevistados/as coinciden que para ello resulta indispensable pensar estrategias que le permitan sostener la continuidad sanitaria cuando los efectores de salud se encuentran imposibilitados de brindar servicios.

"Nuestro centro de salud ha sido amenazado en más de una oportunidad y vos recibís una amenaza, ¿y qué pasa con el centro de salud? Se cierra. Y no se cierra por un día. Porque tiene que ir la policía, tiene que investigar, nos tiene que caer la seguridad, los compañeros de trabajo no quieren ir. Hoy un desafío, una continuidad. ¿Sabés cómo lo he resuelto yo? Yo, por ejemplo, tengo un teléfono. Tengo un teléfono mío, privado, de mi familia, de lo mío. Y tengo un teléfono laboral, con ese teléfono laboral tengo los teléfonos de prácticamente la mayoría de los pacientes donde nos mantenemos en contacto virtual. Entonces le digo, hoy no vayan, te paso el turno para tal día. Nos volvemos a ver tal otro. ¿Pero por qué? Porque hay pacientes que yo no los quiero perder porque son pacientes que necesitan

verdaderamente de un proceso de rehabilitación. Inicialmente yo generé esto de cómo un contacto más con los teléfonos” (Tutor/a 1)

“Mantener la comunicación con el paciente, si para mí es algo que tiene que ir principalmente de los tutores sería, y nosotros también por ahí tenemos algunos números de los pacientes cuando les sacamos fotos de las historias clínicas, entonces también les avisamos”. (Estudiante 5).

Algunos/as tutores/as como las y los estudiantes afirman que, para garantizar la continuidad y accesibilidad de la información de manera más eficiente, sería beneficioso la idea de implementar un sistema digital o virtual. Este recurso no solo facilitaría el acceso inmediato, si no que también promovería una comunicación más fluida y una gestión organizada de los contenidos para una mejor atención al usuario/a.

“Una de las mejoras que tendría que hacer es, a ver imagino un aspecto más virtual, por así decirlo, en el cual se puedan acceder a las historias clínicas de cualquier paciente de la ciudad de Rosario que yo quiera ver. ¿Por qué? Porque yo, por ejemplo, no voy a poder acceder nunca a la historia previa de ese paciente. Él me dice, soy hemofílico, tomó esta medicación, tengo tantos años de esto, lo estamos rehabilitando y el hombre va muy bien, ha mejorado muchísimo. Pero, por ejemplo, algo para mejorar es esa historia previa, si ese paciente no es de mi centro de salud, chau, no tengo acceso a eso. Pero además, también sé que no tengo computadora en mi consultorio para tener acceso a eso”. (Tutor/a 1)

“Tal vez el día de mañana, si todo esto es sistematizado, que haya una pestaña para que nosotros podamos en fecha y tiempo, de forma sincronizada con lo que va pasando con su tratamiento médico, quede superpuesta la parte de kinesiología, sería ideal, supongamos que el paciente está siendo tratado por un dolor lumbar, que esté en forma cronológica, cuando se hizo la resonancia magnética, qué medicación está tomando, qué se hizo la sesión de kinesiología y todo eso puede abrirse de una misma pestaña, no sé si te doy una idea de lo que me encantaría como desafío, sería ideal. Hoy en día trabajamos todo con papel, nosotros, que no tenemos ni computadora y no tiene ninguna vinculación con la historia clínica del paciente. Ayer hablábamos también en la clase y que espero que prospere con el desarrollo de la app podría ser una buena estrategia para que los pacientes después de las consultas tengan herramientas en la casa para hacer los ejercicios, continuar

con los tratamientos. Después días y horarios, recursos tecnológicos para quedar en la casa”. (Tutor/a 2)

“Sería que el paciente se sienta bien atendido y eso sería que una historia clínica pueda estar conectada entre todos los efectores de salud cosa de que tengamos la información en el momento que la necesitemos y cada actualización que haga el área o las distintas áreas la puedan ver las otras partes del equipo pero bueno, sé que se está haciendo, pero no todos tienen acceso a esa información, entonces también es medio complejo”.(Estudiante 3)

VI. DISCUSIÓN

El análisis de las perspectivas de las y los tutores/as y las y los estudiantes en relación con la elaboración de historias kinésicas es fundamental para comprender cómo se aborda la atención sanitaria desde una perspectiva integral y ética. La historia kinésica al agrupar información relevante sobre el estado de salud del/la usuario/a, tiene como objetivo facilitar la asistencia sanitaria y establecer una relación respetuosa entre profesional y usuario/a, en consonancia con los principios éticos del abordaje terapéutico.

En el ámbito de la Kinesiología, se hace referencia a las historias pre-elaboradas enfocadas en áreas especializadas como neurológica o respiratoria, además de la Historia Kinésica (HK) general. Estas historias tienen como objetivo proporcionar un marco estructurado de preguntas pertinentes tanto para las y los estudiantes en formación como para kinesiólogos/as en ejercicio, permitiéndoles abordar de manera eficaz y sistemática diferentes casos clínicos. Este enfoque coincide con el estudio liderado por Yarinsueca y otros (2022)^[45], que evalúa un programa de intervención diseñado para mejorar la calidad de las historias clínicas. Las y los estudiantes exponen la confección de una adecuada historia clínica seguida de una discusión grupal para identificar y corregir errores, así como para abordar las dificultades encontradas.

En el contexto de la Unidad Docente Asistencial (UDAs), se espera que las y los estudiantes adquieran habilidades para elaborar Historias Kinésicas (HK) utilizando un vocabulario técnico adecuado, así como también poder elaborar su narrativa. Es frecuente que las y los estudiantes hagan mención a las dificultades que encuentran al realizar estas HK, especialmente durante la primera rotación.

Una contribución valiosa y viable para este emergente, podría ser, la organización de talleres o seminarios dirigidos por estudiantes de años avanzados, en los cuales se podrían abordar temáticas relevantes para la práctica profesional permitiendo a las y los estudiantes más jóvenes beneficiarse de la experiencia y conocimiento de sus compañeros/as, ya que presentan dificultad en la confección de las HK y han expresado que se sienten más seguros cuando cuentan con guías estructuradas, tales como fichas pre-elaboradas, lo cual podría facilitar su aprendizaje y desarrollo profesional o bien, si ya se están implementado actividades de esta índole facilitar la posibilidad de incluir este contenido.

Se destaca también la relevancia del acompañamiento pedagógico en la formación de los y las estudiantes de Kinesiología, especialmente a través de las Prácticas Pre Profesionales Supervisadas (PPPS). Estos espacios de formación brindan oportunidades para que las y los estudiantes adquieran experiencia práctica bajo la orientación de tutores/as, lo que contribuye significativamente a su desarrollo profesional.

Otro aspecto interesante es el enfoque centrado en el ser humano, este trabajo encuentra afinidad con el estudio realizado por María Mercedes Lafaurie y otros autores (2018)^[44], quienes reflexionaron sobre la humanización en salud, destacando la importancia de superar la centralidad en lo biológico y considerar la calidad de la atención como una oportunidad para garantizar los derechos y principios éticos centrados en el/la usuario/a. Se enfatiza la necesidad de colocar a los y las usuarios/as en el centro del proceso de atención, reconociendo sus necesidades y contexto específico. Además, se evidencia el impacto de los nuevos paradigmas.

Desde las perspectivas de las y los entrevistados/as, el modelo biopsicosocial se presenta como superador respecto al modelo biomédico. En este enfoque, ya no se trata simplemente de atender a una persona desde su lesión física, sino de considerar también aspectos de la personalidad, así como su inserción en una comunidad y su entorno laboral. Además, desde las voces de las y los entrevistados/as, se ha señalado la importancia de que, desde el ámbito académico, se brinde la oportunidad a las y los estudiantes de familiarizarse en los primeros años de su formación con temáticas relacionadas con los cambios de paradigma en salud, como el biomédico, biopsicosocial y social. Esto podría lograrse mediante la inclusión de estos temas en asignaturas humanísticas como psicología, filosofía y sociología, integrando contenidos específicos sobre la atención de los y las usuarios/as.

Por tanto, la integración de contenidos de psicología en los primeros años, enriquecida con actividades prácticas y colaborativas, que impliquen el conocimiento de los nuevos paradigmas en relación con la atención centrada en los y las usuarios/as, puede contribuir significativamente a una formación más enriquecida y contextualizada, potenciando estos espacios curriculares y posibilitando a las y los estudiantes enfrentar los desafíos profesionales en su campo de estudio.

Con respecto al circuito de comunicación entre las y los profesionales, José Ramon Riera y sus colaboradores (2009)^[47] ponen énfasis en la trascendencia de mantener una continuidad en los cuidados dentro del ámbito de la atención sanitaria y resaltan la importancia de la coordinación entre los diferentes niveles de atención, así

como la interrelación y retroalimentación entre profesionales. Estos aspectos se perfilan como objetivos prioritarios dentro de los sistemas de salud, particularmente con la necesidad de establecer circuitos de comunicación interdisciplinaria e interprofesional centrados en los y las usuarios/as, reconociendo así la importancia de una atención integral y coordinada que tenga en cuenta las necesidades y preferencias de las personas. Este planteo se vincula con la preocupación manifestada por las y los entrevistados/as de sostener una red de comunicación en las Prácticas Pre Profesionales entre los diversos centros de salud, un sistema virtual para organizar la información de los y las usuarios/as que posibilite una comprensión más completa de las personas atendidas y facilite el acceso a la información por parte de las y los profesionales de la salud en la ciudad de Rosario, así como quienes trabajan en diferentes áreas dentro de un mismo centro de salud (interprofesional). La propuesta de este sistema apunta a mejorar la comunicación de la información, lo que, a su vez, promovería una atención más coordinada.

Por otra parte, cabe señalar que, según el contexto en el cual se realiza el estudio, la principal debilidad para desarrollar este sistema en la actualidad es la falta de computadoras en los centros de salud, lo que dificulta la digitalización de la información clínica. Sin embargo, este desafío podría ser superado mediante la creación de una aplicación móvil accesible desde los teléfonos celulares de los y las profesionales o de un móvil que pueda disponerse en el servicio de salud. Una app de este tipo permitiría integrar la historia kinésica con la historia clínica general, sincronizando los datos y facilitando el acceso a información relevante, como por ejemplo, a las resonancias magnéticas, medicaciones y sesiones de kinesiología de los y las usuarios/as, dando la posibilidad de mejorar la comunicación entre los y las profesionales involucrados en la atención de las personas. La digitalización de la HK permitirá la continuidad de información y fomentará la interoperabilidad que implica la posibilidad de acceso a los datos desde una mirada integrada y un trabajo interdisciplinario.

Un sistema digital de estas características permitiría a las y los profesionales consultar los antecedentes médicos de cualquier usuario/a, independientemente del centro de salud al que pertenezcan, asegurando una continuidad del cuidado, reduciendo la dependencia de registros manuales, poniendo al sujeto como centro de una prestación integrada.

En relación con el modelo de aprendizaje centrado en las perspectivas del/la usuario/a de Olivares y otros investigadores (2017)^[43], se enfatiza la importancia de

situar a las personas en el centro del proceso educativo. Este enfoque coincide con la necesidad de una atención centrada en la persona en el ámbito de la Kinesiología, donde el bienestar de los y las usuarios/as es el principal interés. También así lo expresa Josefa Rodríguez (2014)^[49] cuando habla de una evolución significativa en la relación médico/a-usuario/a en las últimas décadas, desplazándose desde un enfoque paternalista hacia uno centrado en la persona, la participación activa y autónoma del/la usuario/a en su atención médica, así como en una interacción más equilibrada entre la persona y el/la médico/a, dando lugar al concepto "centrado en el/la usuario/a".

En los centros de salud, se promueve el establecimiento de una interacción bidireccional entre las y los profesionales del ámbito de la Kinesiología y las y los estudiantes del centro de salud con los y las usuarios/as, con el fin de conocer sus preferencias y puntos de vista. Se busca que la atención se centre en la persona, lo cual implica adoptar una perspectiva que trascienda la mera consideración de la lesión del/la usuario/a. En este sentido, se tiene en cuenta aprendizajes para las y los estudiantes que amplíen la mirada del/la usuario/a como un sujeto integral en la atención, teniendo en cuenta sus objetivos terapéuticos y personales. El objetivo es encontrar un punto medio donde la terapia resulte enriquecedora o entretenida para el/la usuario/a, al tiempo que se cumplen los objetivos establecidos por el/la profesional de kinesiología y los propios de la persona.

La experiencia de Mejía-Vizcarro y su equipo (2019)^[46], utilizando una metodología cualitativa de investigación-acción participativa destacan que la mayoría de los y las estudiantes al indagar en temas personales como la sexualidad, experimentaron empatía hacia la historia personal de los y las usuarios/as, como así también Doval Hernán (2019)^[48] señala que las personas tienen mayor adherencia al tratamiento cuando se fomentan relaciones más efectivas y confiables.

En relación a priorizar relaciones interpersonales, las y los tutores/as como también, las y los estudiantes coinciden en el respeto y la empatía como valores fundamentales del éxito de la terapia, cuidando el lenguaje y la indicación al usuario/a en un clima de respeto y cuidado. En este contexto, se destaca la relevancia de incentivar a los y las usuarios/as a involucrarse activamente en su proceso de rehabilitación, fomentando así su compromiso y responsabilidad en el mismo.

Todas las apreciaciones emergentes, suponen un cambio de paradigma, que deja de lado la hegemonía del enfoque biomédico, el cual tradicionalmente ha enfocado la atención únicamente en los aspectos físicos de la enfermedad, cuya evolución impulsada por una comprensión más completa de la salud y el bienestar

del/la usuario/a, ha dado paso al enfoque biopsicosocial, que aborda no sólo los aspectos biológicos, sino también los psicológicos y sociales. Esta transformación, se manifiesta claramente en el trabajo de campo, como pasos a seguir en el ámbito de la Kinesiólogía, donde se ha adoptado una visión centrada en la persona y en su entorno comunitario, desde una mirada integral.

En relación con ello, el estudio realizado por María Mercedes Lafaurie y otros autores en (2018)^[44] ofrece una reflexión sobre la humanización en salud mediante un análisis hermenéutico. Identificando categorías como la garantía de derechos y principios éticos centrados en las personas. Este estudio resalta la importancia de considerar al usuario/a como el centro del proceso de atención, respondiendo a sus necesidades y contexto específico, desde un enfoque social.

El presente trabajo, no sólo argumenta la trascendencia del paradigma biomédico en la práctica kinesiológica y la consideración de aspectos biopsicosociales de la persona y su entorno, sino también menciona la importancia de abordar cuestiones sociales que posibiliten el derecho del/la usuario/a, eliminando barreras que limitan la calidad de vida de las personas con discapacidad. Esto implicaría una colaboración interdisciplinaria que incluya a profesionales de la salud, políticas públicas y comunidades que fomenten la salud de manera integral.

Se destaca desde la mirada de la Atención Primaria de Salud (APS), la importancia de promover estrategias que aborden tanto la promoción de la salud como la prevención de enfermedades. En este contexto, se hace imprescindible fomentar la participación comunitaria en actividades que estimulen la actividad física. Esto implica coordinar el acceso de la población a instalaciones deportivas cercanas, como clubes polideportivos o piscinas, como parte de un enfoque integral de atención. De esta manera, se busca no solo tratar enfermedades existentes, sino también prevenirlas mediante la adopción de hábitos de vida saludables, como la práctica regular de actividad física. En los centros de salud, los y las kinesiólogos/as tienen un rol fundamental en la prevención y tratamiento de diversas condiciones de salud. La proximidad geográfica al domicilio del/la usuario/a es fundamental para garantizar un acceso oportuno a los CAPS, lo que subraya la importancia del trabajo interdisciplinario y la colaboración entre profesionales.

Como investigadora responsable de este trabajo, la importancia de la historia kinésica y el análisis reflexivo adquiere relevancia, no solo como una herramienta práctica, sino como un medio fundamental para establecer un intercambio significativo con el/la usuario/a. La historia kinésica proporciona una "hoja de vida" de la persona

que confía en las y los estudiantes en prácticas asistenciales. A través de estas experiencias, las y los estudiantes se forman y adquieren conocimientos esenciales hacia la profesionalización. A lo largo de este proceso, se puede observar cómo la historia kinésica se convierte en un vínculo de confianza y comunicación con los y las usuarios/as, lo cual es esencial para una atención de calidad. Y la recopilación detallada, permite anticipar y planificar intervenciones más efectivas.

La formación académica en Kinesiología, complementada con las prácticas asistenciales, desafía constantemente a las y los estudiantes a aplicar los conocimientos teóricos en situaciones reales, promoviendo un aprendizaje significativo y duradero. Estas experiencias prácticas son el cimiento sobre el cual construyen sus habilidades profesionales y personales, fomentando la paciencia y el compromiso hacia el cuidado de las personas, este enfoque integral y personalizado es lo que enriquece y humaniza la salud.

Resulta interesante detenerse en una reflexión que emerge de uno/a de los/las entrevistados/as, "La kinesiología es el arte de empujar la vida". Esta perspectiva no sólo inspira a continuar desarrollándose con empatía y dedicación, sino que también recuerda la significatividad que pueden tener en la vida de las personas en atención y que cada momento es único y representa una oportunidad de aprendizaje.

Una limitación clave de este trabajo de tesis es la dificultad para generalizar los resultados a todos/as las y los profesionales y estudiantes de kinesiología, una característica que es propia de los estudios cualitativos. Además, al centrarse en centros de salud específicos del sistema público asignados por la UGR para la Práctica Pre Profesional, los hallazgos podrían estar sesgados hacia una perspectiva particular que no abarca la diversidad de contextos presentes en centros de salud privados u otros entornos. Esto destaca la necesidad de futuras investigaciones que incluyan una muestra más amplia y diversa de contextos para obtener conclusiones más generalizables y representativas en el campo de la kinesiología.

VIII. CONCLUSIÓN

A partir de los resultados obtenidos con las entrevistas, se puede concluir que la historia kinésica surge como un elemento esencial y fundamental tanto para los y las tutores/as como para las y los estudiantes en el ámbito de la Kinesiología. Más allá de ser un requisito legal, la historia kinésica se establece como un recurso invaluable que permite no solo rastrear la evolución de los y las usuarios/as, sino también comprender profundamente a la persona en atención y mantener un registro exhaustivo de su progreso y condiciones.

Asimismo, se ha destacado la relevancia del modelo biopsicosocial en la atención integral de los y las usuarios/as. Este enfoque reconoce que la persona no es simplemente un sujeto con una lesión o discapacidad, sino que está inmerso en un entorno complejo y multidimensional, influenciado por factores biológicos, psicológicos y sociales. Al adoptar esta perspectiva holística, las y los profesionales de la Kinesiología pueden ofrecer tratamientos más completos y personalizados, que aborden las necesidades del/la usuario/a en su totalidad. Sin embargo, estas cuestiones que van más allá de lo biomédico, son consideradas de notable importancia pero no son registradas, y se presenta en ciertas situaciones, como un archivo de vida incompleto. Documentos vitales o esenciales que por su importancia deben tener un tratamiento especial en el que se garantice la seguridad, integridad y acceso a la información que contienen, resultando en algunas circunstancias postergados y en situaciones extremas descuidados o extraviados.

Se subraya el papel fundamental de los y las tutores/as en las diferentes UDAs, no sólo en términos pedagógicos, sino también en la atención y orientación de los y las estudiantes. Su experiencia y liderazgo son esenciales para proporcionar un ambiente de aprendizaje enriquecedor y apoyar el desarrollo profesional de los y las futuros/as kinesiólogos/as, además de tener una mirada contemplativa hacia los factores ambientales y sociales que inciden en la salud de las personas. Así como también la organización de tareas de tipo administrativa, tales como el otorgamiento de turnos con la idea o deseo de garantizar la continuidad sanitaria.

La historia kinésica es un tema reflexivo entre quienes participaron y a partir de las entrevistas, se destaca la importancia de integrar aspectos del modelo biopsicosocial. Además, algunos/as estudiantes resaltaron la necesidad de reflexionar sobre la importancia de la misma en su Práctica Pre Profesional (PPP). Este hallazgo subraya la relevancia de considerar no sólo los aspectos biomédicos, sino también los aspectos psicológicos y sociales en la elaboración y comprensión de la historia

kinésica y es de notable interés la utilización de una ficha pre hecha, que actúa como guía estructurada que facilita la organización y el orden en el proceso de anamnesis que permite incluir elementos del contexto social. Estas perspectivas proporcionan una visión más holística y completa en la atención de los y las usuarios/as, lo que contribuye a una mirada más integral y centrada en la persona.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [¹] Lic. Kinesiología y Fisiatría [Internet]. UGR. 2019 [citado el 27 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://ugr.edu.ar/carreras/kinesiologia-y-fisiatria/>
- [²] Cagnone, C. Koiffman, I (dir). Evaluación de un Modelo Didáctico Basado en Competencias en las Prácticas PreProfesionales Supervisadas de Kinesiología. Tesis Doctoral. Rosario. Instituto Universitario Italiano de Rosario, 2017. <https://www.aidu-asociacion.org/wp-content/uploads/2020/02/CIDU-Rosario-87.pdf>
- [³] Lic. Kinesiología y Fisiatría. UGR. [citado el 20 de octubre de 2022]. Disponible en: https://ugr.edu.ar/wp-content/uploads/2019/01/Lic_Kinesiologia_UGR-1.pdf
- [⁴] Caramelo, Gustavo. Historia clínica [Internet]. DELS. 2017. [citado el 27 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/historia-clinica>
- [⁵] Historia Clínica en Fisioterapia ¿Qué debe incluir? [Internet]. Igaleno. 2021 [citado el 27 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.igaleno.com/blog/historia-clinica-fisioterapia/>
- [⁶] Philaxmed.com. [citado el 28 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.philaxmed.com/ficha-kinesiologica/>
- [⁷] Gonzalo K, Álvarez A, Nicole K, Romero C, Balocchi KA, Klgo M, et al. Uss.cl. [citado 31 de enero de 2024]. Disponible en: <https://resources.uss.cl/upload/2021/04/89.pdf>
- [⁸] Aguililla Liñan Jose Miguel, Roura Faja Verónica. De fisioterapeuta a paciente, de biomédico a biopsicosocial [Internet]. eFisioterapia. 2012 [citado el 28 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.efisioterapia.net/articulos/fisioterapeuta-paciente-biomedico-biopsicosocial>
- [⁹] De Familia M, Cs E, Cobos FM. Cambio de modelo de atención sanitaria [Internet]. Sanidadpublicaasturias.org. [citado el 28 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://www.sanidadpublicaasturias.org/wp-content/uploads/2016/08/MODELO.pdf>
- [¹⁰] Ibarra Peso JM, Hernández Castro A, Meza Vásquez S. Percepción de la transición del modelo biomédico al modelo biopsicosocial en usuarios internos del CESFAM Pinares, comuna de Chiguayante. Medwave [Internet]. 2012 [citado el 28 de

septiembre de 2022]; Disponible en:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-714133>

[11] Prácticas Hospitalarias I. Acceso el 30 de enero del 2024. Disponible en:
<https://virtual.ugr.edu.ar/course/view.php?id=17>

[12] de la gente” “un Sistema de Salud al Servicio. POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD [Internet]. Gov.co. [citado el 10 de julio de 2024]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

[13] Edu.ar. [citado el 10 de julio de 2024]. Disponible en:
<https://dspaceapi-test.uai.edu.ar/server/api/core/bitstreams/4197c584-af67-4b30-8c23-1fc1c17ed8a1/content>

[14] Castro I, Gámez M. Sefh.Es. [Internet]. Fecha de acceso: 12 de enero de 2024. Disponible en: <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap22.pdf>

[15] Auditoriamedicahoy.com. [Internet]. Fecha de acceso: 12 de enero de 2024. Disponible en:
<http://www.auditoriamedicahoy.com/biblioteca/La%20historia%20cl%C3%ADnica%20como%20instrumento%20de%20calidad%20Tejada%20Velito.pdf>

[16] Villoldo Ortega, Luis. La historia clínica: el tratamiento de sus datos. Tesis Doctoral. Universidad Pública de Navarra. España. Disponible en:
<https://academica-e.unavarra.es/server/api/core/bitstreams/7e1fd33c-8117-4776-9bac-138523396590/content>

[17] INFOLEG [Internet]. Gob.ar. [citado el 10 de julio de 2024]. Disponible en:
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>

[18] Gob.ar. [citado el 10 de julio de 2024]. Disponible en:
<https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/2023-03/Programa%20Kinesiolog%C3%A1Da%20en%20Rehabilitaci%C3%B3n%20Psicof%C3%ADsica%20-%20Residencia%20B%C3%A1sica%20Equipo%20de%20Salud.pdf>

[19] Reyes P, Barría-Pailaquilén M. Imagen social del kinesiólogo en atención primaria de salud: una experiencia chilena. Rev Salud Publica (Bogota) [Internet]. 2019 [citado el 10 de julio de 2024];21(2):236–42. Disponible en:
<https://www.scielosp.org/article/rsap/2019.v21n2/236-242/>

[20] Reid, R., Haggerty, J., McKendry, R. (2002). Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Final Report. Canadian Health Service Research Foundation, Ottawa.

[21] Letelier, MJ., Aller, M., Henao D., Sánchez-Pérez, I; Vargas, I., Coderch de Lassaletta, J., et al. (2010). Diseño y validación de un cuestionario para medir la continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva del usuario: CCAENA. Gaceta Sanitaria, 24(4), 339-346.

[22] Haggerty, J.L., Reid, R.J., Freeman, G.K., Starfield, B.H., Adair, C.E., McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ, 327(7425), 1219–1221. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>

[23] Aghilante, V. La rehabilitación kinésica en Atención Primaria en Salud. Perspectivas de un equipo y de los usuarios en un Centro de Salud en Rosario. Tesis Maestría en Salud Pública. Rosario. Universidad Nacional de Rosario, Centro de estudios Interdisciplinarios, 2020. Disponible en: <https://rehip.unr.edu.ar/items/845924fd-57af-4802-84ac-4a42acf4957a>

[24] Kuhn TS. La estructura de las Revoluciones Científicas. México. Fondo de la Cultura España; 2017.

[25] Gob.es. [citado el 10 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf

[26] Introducción MB. Unidad: 2 “Modelo Biomédico y Modelo Biopsicosocial”. Recopilación Bibliográfica Profesora Responsable: Lic. Fraile Mercedes [Internet]. Edu.ar. [citado 31 de enero de 2024]. Disponible en: <https://ifdcsanluis-slu.infed.edu.ar/sitio/upload/MODELO%20BIOMEDICO%20y%20BIOPSICOSOCIAL.pdf>

[27] Valladares, R. A. (2017). Diferencias y similitudes entre las características de los modelos sanitarios de Atención Integral en Salud Familiar y Biomédico en Chile. [Tesis de maestría, Universidad de Santiago de Chile]. BIREME - Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-947922>

- [28] Carrasco, J. y Yuing, T. (2014). Lo biomédico, lo clínico y lo comunitario: Interfaces en las producciones de subjetividad. *Psicoperspectivas*, 13(2), 98-108. <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol13-Issue2-fulltext-415>
- [29] Engel, G. L. (1997). "The need for a NEW medical model. A challenge for biomedicine". *Science*, 196(4286), 129-136.
- [30] Tobar, M. S. (2021). Terapia ocupacional y modelo biopsicosocial: tensiones desde una comprensión existencial del ser humano ocupacional. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 29, e2059. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoARF2059>
- [31] Campo, L.P., Ortiz, M.I., Diaz S.M. Modelo biomédico y modelo biopsicosocial: Diferencias y similitudes en la salud. Colombia. Facultad de Psicología, Universidad Cooperativa de Colombia. (2022). Disponible en: <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/4b27d805-3bbe-4f37-bf82-5e17a0f0aea9/content>
- [32] Prieto-Rodríguez A. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, desde la Fisioterapia: Revisión conceptual. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2004;52(1):62-74.}
- [33] Gibson BE, Nixon SA, Nicholls DA. Critical reflections on the physiotherapy profession in Canada. *Physiotherapy Canada*. 2010;62(2):98-100. doi: 10.3138/physio.62.2.98.
- [34] Bispo Júnior JP. La fisioterapia en los sistemas de salud: marco teórico y fundamentos para una práctica integral. *Salud Colect [Internet]*. 2021 [citado 2 de febrero de 2024];17:e3709. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652021000103709
- [35] Dean E, Andrade AD, O'Donoghue G, Skinner M, Umereg G, Beenen P, et al. The Second Physical Therapy Summit on Global Health: developing an action plan to promote health in daily practice and reduce the burden of non-communicable diseases. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2014;30(4):261-275. doi: 10.3109/09593985.2013.856977.
- [36] Dean E, Al-Obaidi S, Andrade AD, Gosselink R, Umerah G, Al-Abdelwahab S, et al. The First Physical Therapy Summit on Global Health: implications and recommendations for the 21st century. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2011;27(8):531-547. doi: 10.3109/09593985.2010.544052.

- [37] Hislop HJ. Tenth Mary McMillan lecture: The not-soimpossible dream. *Physical Therapy*. 1975;55(10):1069- 1080. doi: 10.1093/ptj/55.10.1069.
- [38] Cott C, Finch E, Gasner D, Yoshida K, Thomas S, Verrier M. The movement continuum theory of physical therapy. *Physiotherapy Canada*. 1995;47(2):87-96.
- [39] Allen DD. Proposing 6 dimensions within the construct of movement in the Movement Continuum Theory. *Physical Therapy*. 2007;87(7):888-898. doi: 10.2522/ptj.20060182.
- [40] Escorpizo R, Stucki G, Cieza A, Davis K, Stumbo T, Riddle DL. Creating an interface between the International Classification of Functioning, Disability and Health and physical therapist practice. *Physical Therapy*. 2010; 90(7):1053-1063. doi: 10.2522/ptj.20090326.
- [41] Tesser CD. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. *Interface [Internet]*. 2016;21(62):565–78. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0939>
- [42] De Souza María. *La Artesanía de la Investigación Cualitativa*. Lugar Editorial. Bs AS. 2009.
- [43] Olivares Olivares, S. L., Jiménez Martínez, M. de L. Á., López Cabrera, M. V., Díaz Elizondo, J. A., & Valdez-García, J. E. (2017). Aprendizaje centrado en las perspectivas del paciente: el caso de las escuelas de medicina en México. *Educ. med.* (Ed. impr.), 37–43. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/ibc-192806>
- [44] Lafaurie, M., Perdomo, A., Tocora, J., González, M. C., & Barbosa, R. (2018). La humanización en salud: reflexiones de docentes, estudiantes y personal administrativo de una facultad de odontología. *Revista salud bosque*, 8(2), 97–105. <https://doi.org/10.18270/rsb.v8i1.2498>
- [45] Yarinsueca, J., Ronceros, G., Pérez-Acuña, K., & Gutiérrez, E. L. (2022). Programa de intervención para mejorar la calidad de historias clínicas realizadas por internos de medicina de un hospital público de Lima, Perú. *Rev. Fund. Educ. Méd.* (Ed. impr.), 47–48. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/ibc-210564>
- [46] Mejías-Vizcarro, J. A., & Beltrán-Hernández, L. (2019). Utilidad de la historia médico-psicológica en estudiantes que inician ciclos clínicos en la carrera de medicina como instrumento para la comprensión integral del paciente y facilitador de la alianza

terapéutica. Rev. Fund. Educ. Méd. (Ed. impr.), 27–34.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/ibc-181898>

[47] Martínez Riera JR, Sanjuán Quiles Á. ¿Por qué hablamos de continuidad de cuidados cuando realmente queremos decir satisfacción profesional? Adm Sanit [Internet]. 2009 [citado 16 de febrero de 2024];7(4):661-82. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo_-por-que-hablamos-continuidad-cuidados-X1137296609489119

[48] Doval, H. Continuidad en la atención ¿todavía crucial o una nostalgia inutil?. Rev Argent Cardiol 2019;87:167-171. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482019000200167

[49] Rodriguez. J, Dackiewicz. N, Toer. D. La gestión hospitalaria centrada en el paciente. Arch Argent Pediatr [Internet]. 2014;112(1): 55-58. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752014000100010

X. ANEXOS

ANEXO X. A - Modelo guión de entrevista para tutores/as docentes

Perspectiva	Preguntas
	¿Qué valores considera fundamentales en la práctica de la Kinesiología y cómo influyen en su enfoque hacia el tratamiento de los y las usuarios/as?
	¿Qué aspectos del campo de la Kinesiología le resultan más estimulantes o desafiantes? ¿Cómo influyen estos aspectos en su percepción de la profesión y en su desarrollo profesional?
	¿Qué cambios o evoluciones percibes en la Kinesiología en los últimos años? ¿Cómo crees que estos cambios han afectado su práctica o su visión del campo?
	¿Cuál es su opinión sobre la importancia de la colaboración interdisciplinaria en la práctica de la Kinesiología?
	¿Cuáles son los objetivos principales que considera al diseñar y enseñar las unidades de aprendizaje de práctica kinésica? ¿Cuáles cree que son las habilidades y conocimientos fundamentales que los y las estudiantes deben adquirir durante su formación?
Archivos de vida	Preguntas
	¿Por qué es importante mantener registros precisos en la historia clínica kinésica y qué elementos deben incluirse para garantizar una atención efectiva?

	Desde su experiencia, ¿Cómo aborda situaciones en las que la información en la historia clínica y la historia kinésica puede ser contradictoria o incompleta?
	¿Qué estrategias implementa para facilitar la participación activa del/la usuario/a en la revisión y actualización de su historia clínica e historia kinésica? y ¿En qué cree se halla la importancia de mantener actualizada la información, para que refleje la evolución y el progreso del/la usuario/a a lo largo del tiempo?
	¿Qué desafíos enfrenta al garantizar la coherencia y consistencia en la documentación de los archivos de vida de los y las usuarios/as en el entorno de atención de salud multidisciplinarios?
	¿Qué cree que podría hacerse para mejorar la colaboración entre profesionales de la salud y kinesiólogos/as basada en el intercambio de información de la historia clínica y kinésica de un/a usuario/a?
Modelos	Preguntas
	¿Cómo considera usted la influencia de los aspectos sociales y ambientales en la recuperación y el bienestar de los y las usuarios/as que reciben tratamiento kinesiológico debido a una lesión o situación de discapacidad, y cómo aborda específicamente estos factores en su trabajo?
	¿Cómo puede identificar y abordar de manera efectiva las barreras psicológicas y sociales que pueden afectar la adherencia y los resultados del tratamiento kinesiológico?

	<p>¿Considera que la práctica kinesiológica puede enriquecerse al integrar diversos enfoques conceptuales y metodológicos, como el biomédico, el biopsicosocial y el social? Si es así, ¿Cómo cree que esta integración puede beneficiar la atención y el tratamiento de los y las usuarios/as?</p>
	<p>¿Qué estrategias utiliza para fomentar la participación activa del/la usuario/a en su propio proceso de recuperación y bienestar, considerando aspectos más allá de lo puramente físico?</p>
	<p>¿Qué diferencia encuentra entre un enfoque biomédico y un enfoque biopsicosocial y social en la atención kinesiológica? y ¿Cómo impacta en la planificación de tratamiento kinesiológico?</p>
<p>Continuidad sanitaria</p>	<p>Preguntas</p>
	<p>¿Cuáles considera que son los procedimientos administrativos y organizativos esenciales para asegurar que la atención médica sea constante a lo largo del tiempo y en diferentes contextos? tales como, garantizar un acceso oportuno al servicio, una comunicación fluida, un seguimiento adecuado del progreso del/la usuario/a, etc</p>
	<p>¿Cómo se lleva a cabo la comunicación y transferencia de información entre los y las diversos profesionales de la salud y las instituciones en su entorno laboral? ¿Qué sistemas utilizan para compartir la información entre equipos?</p>
	<p>¿Cuáles considera que son los principales obstáculos en la comunicación de información entre profesionales de distintas disciplinas y cómo podría abordarlos?</p>

	<p>¿Cómo construye y mantiene relaciones terapéuticas sólidas con los y las usuarios/as para promover la confianza y la colaboración en la atención sanitaria? ¿y qué importancia le atribuye a dicha relación en la eficacia de tratamiento?</p>
	<p>¿Qué desafíos ha enfrentado al intentar mantener la continuidad de la relación terapéutica en entornos de atención sanitaria complejos y cambiantes?</p>

ANEXO X. B - Modelo de gui3n para entrevista a los y las estudiantes

Perspectivas	Preguntas
	¿Qu3 piensas sobre la Kinesiolog3a y tu rol como estudiante o futuro profesional en este campo?
	¿Cu3les son los valores importantes para ti cuando practicas Kinesiolog3a y c3mo afectan la manera en que tratas a los y las usuarios/as?
	¿Cu3l es tu opini3n sobre la importancia de la colaboraci3n interdisciplinaria en la pr3ctica de la Kinesiolog3a?
	¿Cu3les son los desaf3os que enfrentas como estudiante de Kinesiolog3a en la pr3ctica cl3nica o academia, y c3mo los abordas?
	¿De qu3 manera consideras que tus experiencias personales y acad3micas afectan tus creencias y valores en tu carrera de Kinesiolog3a? ¿C3mo aplicas los conocimientos te3ricos que adquieres en tu pr3ctica diaria como estudiante?
Archivos de vida	Preguntas
	¿Qu3 importancia tiene para ti mantener registros precisos y detallados en la historia cl3nica kin3sica de los y las usuarios/as en tu futura pr3ctica profesional como kines3logo/a?
	¿Qu3 informaci3n crees que deber3a incluirse en una historia kin3sica para garantizar una atenci3n kinesiol3gica efectiva y adaptada a cada usuario/a?

	¿Cómo afrontas situaciones en las que la información en la historia clínica y la historia kinésica puede ser contradictoria o incompleta?
	¿Cómo involucrar a los y las usuarios/as en la actualización de sus registros y por qué es importante mantener la información actualizada para seguir su progreso a lo largo del tiempo?
	¿Qué se puede hacer para mejorar la colaboración entre diferentes profesionales de la salud y kinesiólogos/as mediante el intercambio de información de los registros del/la usuario/a?
Modelos	Preguntas
	¿Cuál es tu opinión sobre el impacto de los aspectos sociales y ambientales en la recuperación y el bienestar de las personas que reciben tratamiento kinesiológico por lesiones o discapacidades? Además, ¿cómo abordan específicamente estos factores en tu trabajo?
	¿Cómo identificas y superas las posibles barreras psicológicas y sociales que pueden afectar la adherencia y los resultados del tratamiento kinesiológico en tu práctica profesional?
	¿Crees que la práctica kinesiológica puede beneficiarse al integrar diversos enfoques conceptuales y metodológicos, como el biomédico, el biopsicosocial y el social? Si es así, ¿Cómo crees que esta integración puede mejorar la atención y el tratamiento de los y las usuarios/as?
	¿Qué estrategias empleas para motivar a los y las usuarios/as a participar activamente en su proceso de recuperación y bienestar, teniendo en cuenta aspectos más allá de lo físico?

	<p>¿Qué acciones consideras efectivas para incorporar el enfoque biopsicosocial y social en la educación y capacitación de futuros profesionales en Kinesiología? ¿Cómo impacta en la planificación de tratamiento kinésico?</p>
<p>Continuidad Sanitaria</p>	<p>Preguntas</p>
	<p>¿Cuáles procedimientos administrativos y organizativos consideras fundamentales para mantener la atención médica constante a lo largo del tiempo y en diferentes contextos, como garantizar el acceso oportuno, una comunicación fluida y un seguimiento adecuado del progreso del/la usuario/a?</p>
	<p>¿Cómo se comunica y transfiere la información entre los y las diferentes profesionales de la salud y las instituciones en su práctica diaria?</p>
	<p>¿Cuáles son los principales desafíos en la comunicación de información entre profesionales de distintas disciplinas y cómo podrían abordarse?</p>
	<p>¿Cómo planeas construir y mantener relaciones terapéuticas sólidas con los y las usuarios/as para fomentar la confianza y la colaboración en la atención sanitaria?</p>
	<p>¿Qué dificultades crees que enfrentarás al tratar de mantener una buena relación terapéutica en ambientes de atención médica que son complejos y están en constante cambio?</p>

ANEXO X. C - Consentimiento informado

Consentimiento Informado de Participación en Proyecto de Investigación Dirigido a: las y los estudiantes y tutores/as de la Universidad del Gran Rosario, sede Rosario.

Por medio de la presente, se solicita su autorización para participar en estudios vinculados al proyecto de investigación titulado "La configuración de las historias clínicas kinésicas: perspectiva y modelos", presentado por María Guillermina Flores y dirigido por la Mg. Virginia Anghilante, docente de la Universidad del Gran Rosario. El propósito fundamental de dicho proyecto radica en analizar, mediante una investigación de campo, las perspectivas que tanto las y los estudiantes como tutores/as docentes mantienen respecto a la confección de las Historias Kinésicas (HK) y su interrelación con el modelo adoptado en las prácticas pre profesionales de tercer año de la carrera de Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría (LKF).

Dada la relevancia de su participación en este estudio, se solicita su consentimiento informado. Al colaborar con esta investigación, se espera su disposición para responder a los interrogantes planteados, los cuales serán abordados a través de entrevistas grabadas para su posterior transcripción. Todos los datos recolectados serán tratados con rigurosa confidencialidad, garantizando su anonimato y uso exclusivo para los fines de la investigación. La investigadora responsable del proyecto resguardará los datos recabados, adoptando las medidas necesarias para asegurar su adecuado uso y confidencialidad.

Además, es importante señalar que su colaboración no generará ningún tipo de remuneración o beneficio económico. En caso de presentar dudas sobre el proyecto o su participación en el mismo, puede consultar en cualquier momento durante su desarrollo. Asimismo, tiene el derecho de retirarse de la participación en cualquier momento, sin que esto acarree consecuencias adversas.

Es imperativo que considere que su participación en este estudio es completamente voluntaria y libre de coacción, teniendo el derecho de negarse a participar o interrumpir su colaboración en cualquier momento, sin sufrir repercusiones adversas. Desde ya, se agradece profundamente su disposición a participar en esta investigación.

.....
Firma del entrevistado/a y aclaración


.....
María Guillermina Flores

ANEXO X. D - Carta Aval Directora de Tesina

[Rosario, Santa Fe, 24 de mayo del 2024]

Sr. Director de la
Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría
Prof: **Carlos Cagnone**

S_____ / _____ D

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Ud. con motivo de informarle en mi calidad de Directora de la tesina de graduación titulada "LA CONSTRUCCIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS KINÉSICAS: PERSPECTIVAS Y MODELOS", cuya autoría corresponde a **Flores, María Guillermina** que la misma cumple con los requisitos necesarios para su presentación final.

Sin otro particular, lo saluda atte.



Firma:.....

Aclaración: **Mg. Virginia Anghilante**