



UGR Universidad
del Gran Rosario

TESINA

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

**Título: Atención biopsicosocial en pacientes con dolor
musculoesquelético: perspectivas de los/as
kinesiólogos/as sobre las barreras de su aplicabilidad**

Autora:

Paolucci, Joaquina

Nro. De Legajo:

IUGR-6958

Director/a:

Prof. Lic. Gabriel Converso

Sede: Rosario

Fecha de Presentación:

22/03/2023

Firma de autora:

Índice

I. Introducción.....	5
II. Objetivos.....	6
III. Marco teórico.....	6
III.a Modelo biomédico.....	6
III.b Modelo biopsicosocial.....	7
III.c Definición de dolor.....	7
III.d Dolor musculoesquelético.....	8
IV. Justificación.....	9
V. Primer capítulo: revisión bibliográfica.....	9
V.a. Métodos.....	10
V.a.1 Selección de artículos.....	11
V.b. Resultados.....	12
V.c. Análisis.....	13
V.c.1 Definición del modelo biopsicosocial.....	13
V.c.2 Limitación del modelo biopsicosocial.....	14
VI. Segundo capítulo: entrevistas a profesionales.....	15
VI.a. Métodos.....	15
VI.b. Resultados y análisis.....	16
VI.b.1 Dimensión características de las sesiones.....	16
VI.b.2 Dimensión percepciones sobre el enfoque biopsicosocial.....	18
VI.b.3 Dimensión autocuidado.....	20
VI.b.4 Dimensión intervención social.....	21
VI.b.5 Dimensión experiencias y limitaciones del enfoque biopsicosocial.....	22
VII. Discusión.....	24
VIII. Conclusión.....	26
IX. Limitaciones y fortalezas.....	27
X. Referencias bibliográficas.....	28
Anexos.....	34

Resumen

INTRODUCCIÓN: Los trastornos musculoesqueléticos (ME) representan una de las principales causas de discapacidad y morbilidad a nivel mundial. Afectan a poblaciones de todas las edades, y representan el factor que más contribuye a la necesidad de servicios de rehabilitación. El enfoque de tratamiento del dolor ME a menudo falla, y muchos de los tratamientos que se utilizan terminan generando efectos nocivos y problemas a largo plazo en los pacientes. Las guías de práctica clínica recomiendan orientar la atención de estos pacientes a una atención de alta calidad, que incluye, entre otras consideraciones, tener en cuenta los factores biopsicosociales para el manejo de las distintas condiciones ME.

El modelo biopsicosocial (BPS) incluye los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del individuo, que tenderían a superponerse. A pesar de lo extendido de su concepto, la integración del modelo BPS en la práctica clínica tiene profundas limitaciones. Los y las profesionales de la Kinesiología están atravesados por esta problemática, reconocen la importancia de adoptar un modelo BPS en la práctica, pero es posible que no se sientan preparados para abordar ciertos factores, como los psicosociales, que influyen en el dolor del paciente. En este contexto, se han publicado trabajos que discuten cómo el modelo BPS en la kinesiología musculoesquelética es difícil de aplicar. Por lo tanto, la pregunta de investigación de este trabajo es ¿cuáles son las limitaciones que se encuentran para la adopción del modelo BPS en la atención kinésica de pacientes con dolor musculoesquelético?

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es analizar, mediante una revisión bibliográfica y un trabajo de campo cualitativo, las limitaciones para la aplicación del enfoque biopsicosocial en la atención de pacientes con dolor musculoesquelético y las percepciones que tienen los/as kinesiólogos/as que trabajan en distintos ámbitos kinésicos sobre ello.

MÉTODOS: Este trabajo de investigación consta de dos momentos. Un primer momento, corresponde a una revisión bibliográfica que tiene como fin detectar saberes sobre el enfoque BPS y, un segundo momento, a un trabajo de campo cualitativo con entrevistas abiertas como recolección de datos. Se realizó una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: PubMed, Biblioteca Virtual en Salud (BVS), Redalyc y la Biblioteca Electrónica de Ciencia y Tecnología del MinCyT. Se seleccionaron un total de 13 artículos para su análisis. Luego, se contactó a los/as kinesiólogos/as que trabajan como tutores/as de las Prácticas Hospitalarias II y III en la Universidad del Gran Rosario invitándolos a participar del estudio. Un total de 9 personas fueron entrevistadas.

CONCLUSIÓN: Las limitaciones que relata la literatura analizada sobre el modelo BPS se aprecian en este trabajo. El modelo BPS en el ámbito de los trastornos musculoesqueléticos no se aplicaría con su verdadera filosofía, y los/as profesionales tienden a caer en los discursos biomédicos cuando tratan a estos pacientes. Si bien los/as kinesiólogos/as reconocen la importancia de este modelo para la práctica, los abordajes se siguen guiando, mayoritariamente, por variables biológicas y hay poca integración entre las distintas variables que pueden estar condicionando un dolor de un paciente.

PALABRAS CLAVES/KEYWORDS: Musculoskeletal Pain/Dolor musculoesquelético; Low Back Pain/Dolor de la Región Lumbar; Neck Pain/Dolor de Cuello; Shoulder Pain/Dolor de Hombro; Back Pain/Dolor de espalda; Osteoarthritis, Hip/Osteoarthritis de la Cadera; Osteoarthritis, Knee/Osteoarthritis de la Rodilla; Models, Biopsychosocial/Modelos Biopsicosociales; Patient-Centered Care/Atención Dirigida al Paciente; Physical Therapy Modalities/Modalidades de Fisioterapia.

I. Introducción

Los trastornos musculoesqueléticos (ME) representan una de las principales causas de discapacidad y morbilidad a nivel mundial.¹ Generan una alta carga económica para los países, tanto por los costos directos del tratamiento del dolor, como por los costos indirectos de la pérdida de productividad y ausentismo laboral.^{1,2} Afectan a poblaciones de todas las edades, y representan el factor que más contribuye a la necesidad de servicios de rehabilitación.^{1,3} El dolor ME impacta sustancialmente en la calidad de vida, afectando el bienestar físico y psicológico de las personas que lo padecen.⁴ La incidencia de dolor persistente en las afecciones ME es alta, y los trastornos asociados como las alteraciones en el estado del ánimo y del sueño son frecuentes en esta población.^{5,6,7}

El enfoque de tratamiento del dolor ME a menudo falla, y muchos de los tratamientos que se utilizan terminan generando efectos nocivos y problemas a largo plazo en los pacientes.^{6,8}

Las guías de práctica clínica recomiendan orientar la atención de estos pacientes a una atención de alta calidad, que incluye, entre otras consideraciones, tener en cuenta los factores biopsicosociales para el manejo de las distintas condiciones ME.⁹

El modelo biopsicosocial (BPS) incluye los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del individuo, que tenderían a superponerse. Este modelo influyó en la práctica clínica, la investigación, educación y política, y se alinea con el reconocimiento del valor de las opiniones del paciente para brindar una atención efectiva. Sin embargo, el modelo ha enfrentado críticas como falta de claridad teórica, y a pesar de lo extendido de su concepto, la integración del modelo BPS en la práctica clínica tiene profundas limitaciones.^{10,11}

El modelo BPS nació como respuesta a un paradigma reduccionista, pero la aplicación del mismo en la práctica sería limitada y contraria a su verdadera filosofía. Detectar sus limitaciones contribuye a generar cambios orientados a un manejo más equitativo. El dolor ME tiene actualmente una magnitud enorme que se prevé que vaya en aumento¹, y es importante como rehabilitador de ellos, adoptar prácticas éticas e integrales de tratamiento.

Los y las profesionales de la Kinesiología están atravesados por esta problemática, reconocen la importancia de adoptar un modelo BPS en la práctica, pero es posible que no se sientan preparados para abordar ciertos factores, como los psicosociales, que influyen en el dolor del paciente.^{12,13}

El interés por profundizar en el conocimiento sobre la aplicación de este enfoque de abordaje y las dificultades para su implementación sigue creciendo. En este contexto, se han publicado trabajos que discuten cómo el modelo BPS en la kinesiología musculoesquelética es difícil de aplicar.^{14,15} Este tema también está en la agenda de eventos internacionales de la disciplina. Por ejemplo, en el próximo congreso de la World

Confederation for Physical Therapy que se hará en Junio del 2023 en Dubai, EA, se presentará un simposio dedicado a esta temática en el que participarán referentes del área.¹⁶ Por lo tanto, la pregunta de investigación de este trabajo es ¿cuáles son las limitaciones que se encuentran para la adopción del modelo BPS en la atención kinésica de pacientes con dolor musculoesquelético?

II. Objetivos

El objetivo general de este trabajo es analizar, mediante una revisión bibliográfica y un trabajo de campo cualitativo, las limitaciones para la aplicación del enfoque biopsicosocial en la atención de pacientes con dolor musculoesquelético y las percepciones que tienen los/as kinesiólogos/as que trabajan en distintos ámbitos kinésicos sobre ello.

Los objetivos específicos son:

- Analizar qué concluye la evidencia científica actual sobre el enfoque BPS en pacientes con dolor ME.
- Indagar acerca de las limitaciones del enfoque BPS en la práctica kinésica desde la perspectiva de los y las profesionales.
- Analizar si es necesario un nuevo enfoque de atención para el dolor ME.

III. Marco teórico

III. a Modelo biomédico

El modelo biomédico fue el modelo dominante durante el siglo XX. La enfermedad se constituía por desviaciones de la norma de variables biológicas y somáticas mensurables. El modelo biomédico considera que la enfermedad es una entidad independiente del comportamiento social, psicológico y/o conductual, y las alteraciones de los mismos, se van a explicar sobre la base de procesos somáticos (bioquímicos y/o neurofisiológicos) desordenados. La ausencia de enfermedad es la primera condición que define la salud; por lo tanto, la enfermedad no es identificable en ausencia de alteraciones clínicamente observables. La salud y la enfermedad se ven como resultados dicotómicos en los que un individuo está sano o enfermo. La mente y el cuerpo son procesos que no tienen asociación. Así, se genera un reduccionismo, la visión filosófica de que los fenómenos se derivan de un único principio, una separación de lo mental de lo somático.^{17,18}

III. b Modelo biopsicosocial

Engel expone la necesidad de un nuevo modelo en la salud, genera una serie de críticas sobre el modelo biomédico y la necesidad de ampliar la forma de ver la enfermedad incluyendo lo psicosocial del paciente, sin perder las contribuciones del modelo biomédico. Relata que para comprender los determinantes de la enfermedad y generar un tratamiento y una atención de la salud, el modelo médico tendría que tener en cuenta al paciente y el contexto social en el que vive. Así, introduce el modelo biopsicosocial, que tiene en cuenta tanto al paciente como a su enfermedad.¹⁷ Describe: *“La tarea del médico es dar cuenta de la disforia y la disfunción que llevan a las personas a buscar ayuda médica, adoptar el papel de enfermo y aceptar el estado de paciente. Debe ponderar las contribuciones relativas de los factores sociales y psicológicos así como biológicos implicados en la disforia y disfunción del paciente así como en su decisión de aceptar o no la condición de paciente y con ello la responsabilidad de cooperar en el cuidado de su propia salud.”* (Engel, 1977) Desde su introducción, el modelo BPS ha ganado relevancia en la investigación y en la educación médica. Ha sido uno de los principales fundamentos de reformas curriculares en la formación profesional y gracias al concepto, se han incluido temáticas psicosociales en los planes de estudio.¹⁹

III. c Definición de dolor

En 1978, se elaboró por el Subcomité de Taxonomía de la IASP (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor) una definición de dolor descrita como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión real o potencial o descrita en los términos de dicha lesión”.²⁰ Esta definición ha sido aceptada por la OMS y por otras organizaciones científicas y sanitarias como un referente de alto valor. Contribuyo a médicos, investigadores y personas con dolor en todo el mundo, a tener una comprensión común del término.^{20,21} Sin embargo, las críticas a esta definición surgieron, y hacia el 2018, se decide comenzar a discutir una nueva definición que refleje los avances en la comprensión de dolor.²¹ Las críticas se argumentan desde la no identificación del dolor en poblaciones pediátricas y en ancianos, y la falta de apreciación de la interacción entre la mente y el cuerpo. También, en los últimos años se identificó que el dolor crónico podría ser una enfermedad y no solo un síntoma, y debía contemplarse en la definición.^{20,21}

La nueva versión de la definición de dolor fue discutida por un grupo de trabajo de expertos, contando con la exposición pública, abierta a comentarios y opiniones. Finalmente, en 2020 se acepta la nueva versión que describe: “el dolor es una experiencia sensorial y emocional

desagradable asociada o similar a la asociada con el daño tisular real o potencial.” e incluye una serie de notas aclaratorias, detalladas a continuación:

“El dolor es siempre una experiencia personal que está influenciada en diversos grados por factores biológicos, psicológicos y sociales; el dolor y la nocicepción son fenómenos diferentes. El dolor no puede inferirse únicamente de la actividad en las neuronas sensoriales; a través de sus experiencias de vida, los individuos aprenden el concepto de dolor; se debe respetar el informe de una persona sobre una experiencia como dolor; aunque el dolor generalmente cumple un papel adaptativo, puede tener efectos adversos sobre la función y el bienestar social y psicológico; la descripción verbal es solo uno de varios comportamientos para expresar dolor; la incapacidad para comunicarse no niega la posibilidad de que un animal humano o no humano experimente dolor.”²¹

III. d Dolor musculoesquelético

Los trastornos musculoesqueléticos (ME) afectan al sistema locomotor y comprenden más de 150 trastornos. Suelen cursar con dolor, que puede volverse persistente y causar limitación de la funcionalidad del individuo. Aproximadamente 1710 millones de personas sufren trastornos ME, siendo la condición más frecuente el dolor lumbar, con una prevalencia de 568 millones de personas.¹ Los trastornos ME son los que más contribuyen a los años vividos con discapacidad, causan efectos negativos en la calidad de vida, afectando el funcionamiento social y mental del individuo.^{1,4} El dolor persistente ME es muy frecuente, con implicaciones en el estado del ánimo, alteraciones del sueño y experiencia de dolor del individuo.^{5,7}

El miedo al movimiento, llamado kinesiofobia, aparece en un gran porcentaje de pacientes con dolor ME. El miedo causa la creencia de fragilidad y susceptibilidad de las lesiones. El grado de kinesiofobia está asociado al tipo de dolor y a la percepción del dolor, y suele correlacionarse con el grado de kinesiofobia que presentan los médicos que atienden a estos pacientes. Esto impacta en la disciplina de la kinesiología, que representa un enfoque importante en el tratamiento del dolor ME.²²

La mayoría de los trastornos de dolor ME persistente no traumático no tienen un diagnóstico anatomopatológico que explique adecuadamente la experiencia del dolor y la discapacidad del individuo. Los cambios estructurales observados en las imágenes se atribuyen como diagnóstico de la afección, sin tener en cuenta que también son frecuentes de aparecer en las poblaciones sin dolor. Esta información puede resultar en que el paciente crea que su cuerpo está dañado, frágil y necesitado de protección, resultando en evitación de movimientos/actividades y buscando intervenciones para corregir los déficits estructurales.⁸

Los enfoques de tratamiento para el dolor ME a menudo fallan, y pueden generar los problemas antes mencionados, y con ello, la persistencia del dolor. Entre otros, el uso excesivo de imágenes, el abuso de opioides, el manejo quirúrgico como primera instancia, la falta de educación, la clasificación errónea del dolor.⁶

Para generar una atención de alta calidad en pacientes con dolor ME, se recomienda las siguientes cuestiones: centrar la atención en el paciente, con una comunicación eficaz y toma de decisiones compartida; se debe evaluar a los pacientes con probabilidad de una patología grave (bandejas rojas); se debe evaluar los factores psicosociales; se desaconseja las imágenes radiográficas a excepción de casos puntuales; se debe realizar un examen físico y registro de la progresión del paciente, proporcionarle al paciente educación sobre su condición y opciones de manejo, generar orientación a la actividad física y/o ejercicio, no ofrecer como primera instancia la cirugía al menos que se indique específicamente, facilitar que el paciente continúe o reanude el trabajo/actividades.⁹

IV. Justificación

Este trabajo tiene como fin detectar qué limitaciones presenta el enfoque BPS en la práctica kinésica. Dada la magnitud del dolor ME descrita anteriormente, se considera una temática interesante para profesionales de la Kinesiología, que tienen un rol central como rehabilitadores de estas condiciones. Se espera que este trabajo aporte datos de interés que ayuden a reconocer si es necesario un nuevo enfoque para lograr una atención integral en los pacientes con dolor ME.

V. Primer capítulo: revisión bibliográfica

Este trabajo de investigación consta de dos momentos. Un primer momento, corresponde a una revisión bibliográfica que tiene como fin detectar saberes sobre el enfoque BPS y, un segundo momento, a un trabajo de campo cualitativo con entrevistas abiertas como recolección de datos. Los métodos, las respuestas y el análisis, se ubican en dos apartados bajo los títulos "Primer capítulo: revisión bibliográfica" y "segundo capítulo: entrevistas a profesionales" para una mayor comprensión y ordenamiento de los mismos.

V.a Métodos

Se realizó una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: PubMed, Biblioteca Virtual en Salud (BVS), Redalyc y la Biblioteca Electrónica de Ciencia y Tecnología del MinCyT.

Las palabras clave que se utilizaron en la estrategia de búsqueda son las siguientes:

#	Concepto	MeSH	DeCS	Términos libres
#1	Dolor musculoesquelético	"Musculoskeletal Pain"[Mesh]	"Dolor musculoesquelético"	
#2	Dolor lumbar	"Low Back Pain"[Mesh]	"Dolor de la Región Lumbar"	
#3	Dolor cervical	"Neck Pain"[Mesh]	"Dolor de Cuello"	
#4	Dolor de hombro	"Shoulder Pain"[Mesh]	"Dolor de Hombro"	
#5	Dolor de espalda	"Back Pain"[Mesh]	"Dolor de Espalda"	
#6	Artrosis de cadera	"Osteoarthritis,Hip"[Mesh]	"Osteoartritis de la Cadera"	
#7	Artrosis de rodilla	"Osteoarthritis,Knee"[Mesh]	"Osteoartritis de la Rodilla"	
#8	Enfoque biopsicosocial	"Models, Biopsychosocial"[Mesh]	"Modelos Biopsicosociales"	"Biopsychosocial"
#9	Atención centrada en el paciente	"Patient-Centered Care"[Mesh]	"Atención Dirigida al Paciente"	
#10	Kinesiología	"Physical Therapy Modalities"[Mesh]	"Modalidades de Fisioterapia"	

Las combinaciones de los términos fueron:

#11	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR 7
#12	#8 OR #9
#13	#11 AND #12 AND #10
#14	#1 AND #8

El concepto "Enfoque biopsicosocial" se incluyó como etiqueta MeSH y término libre. Se incluyeron estudios publicados desde 2013 hasta 2022 inclusive. La combinación #14 fue

utilizada en la base de datos de BVS.

V.a.1 Selección de artículos

Se incluyeron todos los artículos que cumplieron con los siguientes criterios: 1) describen el enfoque BPS como abordaje para el tratamiento del dolor ME; 2) discuten las limitaciones del enfoque BPS. Los criterios de exclusión fueron los siguientes: estudios en donde se realizaba capacitaciones a fisioterapeutas sobre el enfoque BPS y/o protocolos de intervención, estudios que incluían a la osteopatía y/o terapia conductiva conductual/conductual funcional dentro de un enfoque BPS, estudios que incluían la manipulación espinal y/o intervenciones únicamente pasivas/quirúrgicas como abordaje. Se seleccionó un total de 14 artículos. Se eliminó 1 artículo por no encontrarse aún publicado en línea. En la base de datos de Redalyc no se encontraron resultados de interés.

Tabla N°1: Estrategia de búsqueda PubMed

	PubMed	
Combinaciones	Cantidad de artículos	Selección
13# (((((((("Musculoskeletal Pain"[Mesh]) OR "Low Back Pain"[Mesh]) OR "Neck Pain"[Mesh]) OR "Shoulder Pain"[Mesh]) OR "Back Pain"[Mesh]) OR "Osteoarthritis, Hip"[Mesh]) OR "Osteoarthritis, Knee"[Mesh]) AND (((("Models, Biopsychosocial"[Mesh]) OR (Models, Biopsychosocial)) OR ("Patient-Centered Care"[Mesh]))) AND ("Physical Therapy Modalities"[Mesh]) Filtro: últimos 10 años	38	8

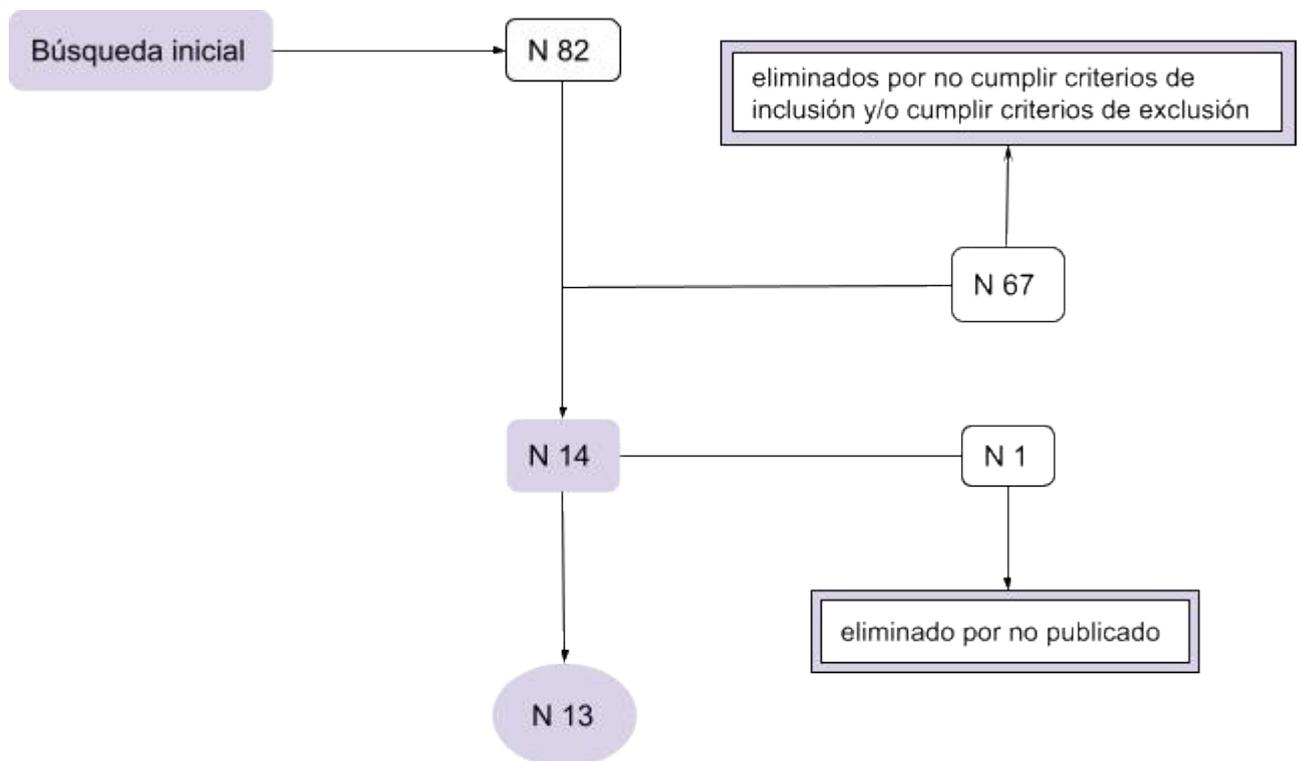
Tabla N°2: Estrategia de búsqueda BVS

	Biblioteca virtual en salud (BVS)	
Combinaciones	Cantidad de artículos	Selección
#14 Musculoskeletal Pain AND Models, Biopsychosocial Filtro: últimos 10 años	43	5

Tabla N°3: Búsqueda en Biblioteca Electrónica de Ciencia y Tecnología del MinCyT

Biblioteca Electrónica de Ciencia y Tecnología del MinCyT		
Plataforma	Título	Selección
SpringerLink	"An enactive approach to pain: beyond the biopsychosocial model"	1

Gráfico N°1: Diagrama de flujo de selección de artículos



V.b Resultados

Se seleccionaron finalmente un total de 13 artículos. 11 de los 13 artículos fueron publicados en los últimos cuatro años (2019- 2023), esto sugiere un interés creciente en la temática del enfoque BPS. Los artículos incluidos basaron su análisis en las siguientes condiciones: dolor musculoesquelético, dolor musculoesquelético crónico, dolor lumbar, dolor lumbar crónico y dolor de espalda previo a una cirugía. Los tipos de artículos

científicos variaron y se incluyeron revisiones sistemáticas cualitativas, estudios cualitativos, estudios observacionales y revisiones narrativas. El objetivo en esta instancia era 1) detectar qué significa en la literatura el enfoque BPS y como se define dentro de un contexto de rehabilitación musculoesquelética, y 2) qué limitaciones presenta, para luego confeccionar las entrevistas y realizarlas de una manera más sólida.

V.c Análisis

V.c.1 Definición del modelo biopsicosocial

El enfoque BPS nace como una respuesta a un paradigma reduccionista. Intenta unir los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que presenta una persona ante un determinado problema de salud.²³ En el contexto de una rehabilitación kinésica musculoesquelética, el enfoque BPS puede ser representado por diversos temas, identificados en los textos como: educación al paciente, terapia con ejercicios, desarrollo del autocuidado/autogestión, atención centrada en el paciente e importancia de la alianza terapéutica.

La educación al paciente es nombrada como una cuestión central de un abordaje BPS. La educación sobre el dolor, nombrada en los textos, hace referencia a explicar al paciente sobre que el dolor no es algo meramente anatomopatológico y que esa linealidad sobre el origen del dolor en un tejido puede no estar presente. Esto se debe tener en cuenta si se quiere entender que el dolor no se representa solo de forma biológica.^{14,15,24} En los pacientes con afecciones ME se debe utilizar un lenguaje simple y claro para disipar los mitos sobre el dolor y los resultados de los estudios complementarios.²⁵

La terapia con ejercicios aparece como una condición fundamental para trabajar en pacientes con dolor. Las guías de práctica clínica recomiendan realizar actividad física en condiciones de dolor lumbar crónico²⁶ ya que reduce el dolor y la discapacidad asociada.^{26,27} Esto se puede aplicar al dolor ME en general²⁵ y se relaciona con un tipo de manejo activo de la condición del paciente. La terapia con ejercicios tiene que ser de forma individualizada para considerarse dentro de un enfoque BPS de tratamiento.^{25,26,27}

La autogestión/autocuidado se define como “la capacidad de manejar los síntomas, el tratamiento, las consecuencias físicas y psicosociales y los cambios en el estilo de vida inherentes a vivir con una enfermedad crónica”. Y su fin es brindarle al paciente habilidades para asumir su condición e involucrarse activamente en ello. Los/as kinesiólogos/as pueden generar intervenciones para el autocuidado, principalmente apoyando al paciente con una

afección ME a que pueda adoptar un estilo de vida activo.²⁸ La terapia con ejercicios es otra cuestión central en el tratamiento del dolor ME, porque está relacionada directamente con el alivio del dolor y la adopción de la autoeficacia.^{25,27} En este punto, sería importante poder investigar las necesidades individuales de los pacientes y orientar la atención hacia ello: el paciente podría tener ideas catastróficas sobre el movimiento, miedo o una mala comprensión biopsicosocial de su dolor^{24,25,27} o tener un manejo y/o dosificación inadecuada de la carga o patrones de movimiento.^{25,26} También se tendría que identificar a aquellos pacientes que no tienen hábitos saludables como actividad física regular, buena alimentación y descanso. Detectar las necesidades individuales según el contexto y objetivos del paciente, y poder trabajar sobre ello, genera estrategias más sólidas y sostenibles de autocuidado.^{25,27} Puede que para los/as kinesiólogos/as esto sea más fácil de aplicar en aquellos pacientes que tienen ciertos conocimientos sobre salud y tienen la capacidad de tomar decisiones racionales sobre su propia salud.²⁹

En los textos, el modelo BPS a menudo se usa indistintamente con “atención centrada en el paciente” y se construye de forma estrecha como una “alianza terapéutica” entre pacientes y kinesiólogos/as.^{14,15} La alianza terapéutica genera mayor participación del paciente y mejor comunicación con los profesionales de la salud.¹⁴ Generar un diálogo con el paciente que sufre una afección ME, y poder detectar creencias sobre el dolor, respuestas emocionales al dolor, cuestiones en su contexto social, factores físicos y de estilo de vida, preocupaciones del paciente, limitaciones funcionales y la capacidad física vinculada a sus objetivos, generaría un abordaje centrado en la persona, y por lo tanto, un abordaje dirigido a lo BPS.²⁵

V.c.2 Limitaciones del modelo biopsicosocial

El modelo BPS es representado con un diagrama de Venn con tres círculos separados pero superpuestos. Tanto la representación visual como el título "bio-psico-social" no integran de alguna forma a los tres dominios, sino que reduce en secciones a la salud de un individuo. Con esta lógica, el dolor aplicado al modelo BPS, se tendería a separar en dos dominios (biológico o psicosocial) o tres (biológico, psicológico o social).^{15,23} Esto causa una fragmentación del dolor del paciente. En el ámbito musculoesquelético el dolor se pensaría por causas pato-anatómicas o por causas psicológicas. Es decir, de una forma lineal o disociable. Cuando no hay evidencia subjetiva de lesión, la conclusión es que el origen está en la mente del paciente, generando un estigma.²³

Las principales críticas al modelo BPS es que no tiene una base teórica sólida y tiende a ser general y poco definido.^{11,23} En las últimas investigaciones, se ha concluido que el modelo

BPS no es aplicado con la verdadera filosofía de su significado y a pesar de los esfuerzos, el modelo biomédico en la práctica sigue siendo el dominante.^{14,15,23,30}

La kinesiología musculoesquelética está atravesando este fracaso en la implementación del modelo BPS.^{14,15,31} Esto se sustenta por las siguientes cuestiones: 1) la toma de decisiones compartida con el paciente no siempre se puede adoptar en la práctica kinésica^{31,32}; 2) los/las kinesiólogos/as consideran que el manejo de los factores psicosociales está fuera del alcance de la práctica kinésica^{12,15,31}; 3) las influencias socioculturales en el dolor no se exploran y no se consideran como los aspectos biomédicos^{14,15}; 4) se sigue prefiriendo adoptar discusiones biomédicas por temor a ofender a las personas por sus síntomas físicos^{12,30,31}; 5) se siguen considerando modelos de patología estructural o ciertas creencias inútiles del dolor a pesar de contemplar el enfoque BPS.^{12,33}

VI. Segundo capítulo: entrevistas a profesionales

VI.a Métodos

Se mandó un email a la dirección de la carrera, con el fin de acceder a la información de contacto de los/as kinesiólogos/as que trabajan como tutores/as de las Prácticas Hospitalarias II y III en la Universidad del Gran Rosario. La invitación a participar del estudio la recibieron un total de 38 personas, de las cuales 14 dieron su confirmación. Se las contactó vía telefónica y se coordinó el encuentro en los distintos días del mes de octubre de 2022. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas abiertas. Se eligió no estructurar las preguntas para escuchar de forma óptima al profesional sobre sus experiencias, y además, en caso de que fuera necesario, recurrir a la repregunta para precisar detalles.³⁴

De las 14 personas que confirmaron la recepción de la invitación a participar se excluyeron 5 por falta de respuesta o por imposibilidad de pautar la misma. Finalmente, un total de 9 personas fueron entrevistadas. La entrevista constaba de 15 preguntas abiertas, donde se invitó a los/as participantes a hablar sobre su práctica y sus percepciones del enfoque BPS. Todas las entrevistas fueron realizadas por la autora de esta tesina y se realizaron de forma presencial o virtual por videoconferencia Meet según lo pautado con el/la profesional. Se consultó antes de comenzar la entrevista si el/la profesional estaba de acuerdo con la grabación de los datos, si accedía, se llevaba a cabo el proceso de consentimiento informado antes de comenzar con la entrevista propiamente dicha.

Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 20 min y fueron grabadas para posteriormente ser transcritas textualmente.

VI.b Resultados y análisis

Se presenta una tabla con la información sobre el área kinésica, lugar de trabajo y años de servicio que presentan los/as kinesiólogos/as entrevistados/as.

Tabla N° 4: Características de los/as entrevistados/as

N	Área Kinésica	Lugar de trabajo	Años de servicio
Entrevistado/a 1	Salud mental	Hospital público	1
Entrevistado/a 2	Neurología Cardiovascular Terapia acuática	Hospital público	20
Entrevistado/a 3	Neurología	Hospital público	3
Entrevistado/a 4	Salud mental	Hospital público	15
Entrevistado/a 5	Internación Traumatología	Hospital público Consultorio privado	9
Entrevistado/a 6	Ortopedia y traumatología	Consultorio privado	14
Entrevistado/a 7	Internación Dermatofuncional	Hospital público Consultorio privado	4
Entrevistado/a 8	Traumatología Psiconeuroacupuntura	Hospital público Consultorio privado	13
Entrevistado/a 9	UTI	Hospital público Sanatorio privado	2

Las respuestas de las personas entrevistadas fueron analizadas pregunta por pregunta, y se agruparon en cinco dimensiones: a) características de las sesiones; b) percepciones sobre el enfoque biopsicosocial; c) autocuidado; d) intervención social; e) experiencias y limitaciones del enfoque biopsicosocial en la práctica.

VI.b.1 Dimensión características de las sesiones

La dimensión sobre las características de las sesiones, se constituye por las siguientes preguntas:

1. ¿En qué consiste su propuesta de tratamiento para el dolor musculoesquelético? ¿Qué evaluaciones iniciales realiza? ¿Prescribe terapia con ejercicios? ¿De qué depende su elección?
2. ¿Cuál considera que es la intervención más importante de su propuesta de tratamiento? (Si es que hay alguna más importante)
3. ¿Cuál es la duración máxima del tratamiento? ¿Cuántas sesiones por semana?

Los/as profesionales consideraron que su propuesta de tratamiento comenzaba una vez se detectaba la causa del dolor. Las terapéuticas aplicadas en el tratamiento de dolor musculoesquelético son las siguientes: terapia manual, estiramientos, movilizaciones activas y pasivas, educación, modificación de patrones posturales, terapia acuática y ejercicio físico.

La mayoría de los participantes no nombró al ejercicio físico como una intervención importante de su propuesta de tratamiento. En una subpregunta, se consultó a los profesionales si prescriben ejercicio terapéutico y la mayoría respondió que sí. Las elecciones varían según: si cursa un estadio agudo o crónico, diagnóstico, preferencias y necesidades del paciente, conductas y comportamientos del paciente. La entrevistada 7 responde que no utiliza ejercicios para abordar el dolor.

La escala análoga visual (EVA) es la escala de evaluación elegida por la mayoría de los participantes. Se agrega la escala de la polineuropatía nombrada por aquellos que trabajan en el ámbito de terapia intensiva.

Los/as kinesiólogos/as consideraron las preferencias y necesidades del paciente como parte importante de las elecciones de las intervenciones. Un tercio de los/as entrevistados/as consideró que no hay intervenciones más importantes que otras, otro tercio consideró que dependía del paciente, y otro respondió que sí hay intervenciones que tienen más significancia, entre ellas se nombraron a la educación, ejercicio, terapia manual, fisioterapia, fisioterapia respiratoria, y fueron elegidas según el ámbito kinésico del entrevistado/a.

La cantidad de sesiones y el tiempo de tratamiento que se realizan en cuadros de dolor musculoesquelético son muy variables, y los/as profesionales remarcan la importancia de adaptarlo según la condición de los pacientes. Se presentan muchas variables para la elección y depende en qué ámbito se desarrolle. En el ámbito neurológico el tiempo se verá influenciado por la fatiga que tiene el paciente. En el área de traumatología, en función del diagnóstico y del tiempo de evolución del cuadro. En ámbitos como la terapia intensiva, los

pacientes están más vigilados y los/as kinesiólogos/as los ven con mucha más frecuencia, que es todos los días y hasta dos veces por día.

VI.b.2 Dimensión percepciones sobre el enfoque BPS en la práctica

La dimensión sobre las percepciones del enfoque BPS en la práctica, incluye las siguientes preguntas:

4. ¿Qué significa para usted realizar una intervención bajo el modelo biopsicosocial? ¿Qué sentido le da a su práctica diaria?
5. ¿Le explica al paciente de dónde proviene el dolor que siente? En caso de que la respuesta sea sí, ¿Cómo lo realiza?
6. ¿Qué le aporta a usted identificar cuestiones psicosociales en relación con el cuadro del paciente? ¿Cómo impactan en su propuesta de intervención, la modifican de alguna forma?
7. ¿Qué significa para usted establecer una alianza terapéutica con el paciente?

Todos los/as entrevistados/as nombraron la importancia de abordar a un paciente desde un enfoque BPS, tener en cuenta a la persona de forma integral y no simplemente su patología. Identificaron que el contexto de la persona va a influir en su estado de salud, que las emociones del paciente forman parte de la terapia y hay que tenerlas en cuenta junto a la subjetividad del paciente.

La respuesta de la Entrevistada 7 resume las respuestas del conjunto, que indicó:

“Siempre estamos hablando de una persona y que hay un montón de variables que están en juego, no solo una lesión propia sino todo lo que lo rodea, lo que siente esa persona, el entorno, un momento de la vida que esté pasando esa persona... Hay muchas variables que van a jugar a favor o en contra de la resolución de esa patología [...] es importante poder abarcarlo desde ese lado, contemplando que no es aplicar o hacer solo una cosa y con eso va a resolver, sino contemplar todo”.

Cuando se consultó a los/as kinesiólogos/as si le explicaban al paciente de donde proviene el dolor que siente, todos/as respondieron que sí. El enfoque de explicación sobre el dolor fue diverso, en el ámbito neurológico se aborda desde la espasticidad, en pacientes internados y en terapia intensiva desde la inmovilización y las lesiones en la piel, principalmente en aquellos que fueron sometidos a una intervención quirúrgica o tuvieron un politraumatismo. En lo musculoesquelético, el entrevistado 8 lo aborda desde explicar el

origen del dolor y la sobrecarga de los tejidos. El entrevistado 6, percibe que en un proceso agudo es más fácil de explicar y se termina haciendo desde lo biomédico, pero cuando el paciente tiene un dolor crónico ya no se puede explicar desde ese lugar, y utiliza la educación en neurociencias del dolor.

Los/as kinesiólogos/as identificaron que la terapia se modifica si se observan cuestiones psicosociales en relación al cuadro del paciente. Las cuestiones psicosociales que influyen y fueron nombradas por los/as entrevistados/as son las somatizaciones, las creencias culturales, el temor, la incomodidad en la terapia, la kinesiofobia, el estilo de vida y entorno, y el estado anímico.

La forma de abordarlas, en caso de que se presenten, fueron diversas, pero todos concluyen que lo fundamental es hablar con el paciente y dar el lugar para poder identificarlas, como por ejemplo, en la anamnesis. El entrevistado 8 opina que hay que delimitar el quehacer de la profesión, por ejemplo, en cuadros de depresión importante, tener en cuenta la derivación a otro profesional.

Por el contrario, en el ámbito de la internación, la entrevistada 5 relata que hacerse cargo de cuestiones que, quizá no son una intervención kinésica habitual, como ver si el paciente tiene ropa adecuada y buscarle en caso que no, es una forma de abordaje BPS.

El involucrarse en la vida del paciente y ver que le gusta hacer o qué hacía para adaptarlo a su nueva condición post-terapia intensiva fue también considerado.

En el caso de la kinesiofobia, se consideró que una vez identificado el miedo al movimiento, se debe tratar de ir exponiendo al paciente gradualmente al movimiento.

Todos/as describieron la importancia de formar una alianza terapéutica con el paciente. La alianza terapéutica se consideró significativa para la adherencia a la terapia y para la participación activa del paciente en su propia condición. Los/as entrevistados/as consideraron que es un compromiso mutuo, en donde el profesional haga todo lo que esté a su alcance para la mejoría del paciente, y que éste, pueda confiar en la terapéutica.

La confianza fue la principal variable descrita relacionada a la alianza terapéutica. Si los pacientes no podían generar un vínculo de confianza con él/la kinesiólogo/a, esto iba a repercutir negativamente en el éxito de la terapia, generando que el paciente evite contar cosas que son relevantes, sentirse incómodo, tener miedo a realizar ejercicios, no tener ganas de realizar la terapéutica.

VI.b.3 Dimensión autocuidado

La dimensión que describe al autocuidado, se constituye por las siguientes preguntas:

8. ¿Cree que los pacientes tienen la capacidad para controlar sus síntomas?
9. ¿Cuál es su opinión acerca del autocuidado? ¿Cree que los pacientes tienen interés en llevarlo a cabo? ¿En qué medida es factible que lo hagan?
10. ¿Utiliza apoyo para el autocuidado durante el tratamiento? Si la respuesta es sí: ¿Cuáles son las intervenciones que realiza?

La mitad de los/as entrevistados/as consideró que los pacientes tienen la capacidad de poder controlar sus síntomas, siempre que se acompañe de la educación para generar una participación activa del paciente en su condición y, en algunos casos, de la interdisciplina con profesionales como psicólogos. Identificaron que existen cuestiones emocionales en los pacientes que repercuten directamente en la capacidad de mejoría de su condición, y que si hay un paciente que no quiere o no piensa que va a mejorar, probablemente el resultado sea limitado.

La respuesta de la Entrevistada 9 resume las consideraciones de la mitad de los/as entrevistados/as:

“[...] cuando el paciente quiere mejorar, quiere salir de ese cuadro que tiene y pone todo, vos ves un crecimiento exponencial. Todo lo contrario cuando lo ves muy deprimido, cuando lo escuchas y dice que se va a morir, se hace mucho más lento todo [...] muchas veces el cuerpo habla lo que las emociones están ocultando...”

La otra mitad, considero que dependía exclusivamente de que paciente tengamos enfrente. La entrevistada 5 considera que los pacientes no podrían controlar el síntoma porque es subjetivo.

Los/as entrevistados/as identificaron al autocuidado como un aspecto fundamental para la rehabilitación. En el ámbito neurológico y de salud mental, el autocuidado iba de la mano con el nivel cognitivo del paciente, como así de la participación de la familia. Se reflexionó como el/la kinesiólogo/a toma un rol importante en educar al paciente para que entienda la importancia del autocuidado. Si los pacientes podían generar hábitos saludables, era más probable que no vuelvan a caer en un contexto de rehabilitación. Algunos entrevistados/as coincidieron que la personalidad del paciente influye a la hora de interesarse en el autocuidado, y que muchos no lo hacen.

Las respuestas de las Entrevistadas 4 y 9 resumen las variables de respuesta del conjunto, e indican:

E 4: “[...] *si no tiene el correcto conocimiento de su patología o de su padecimiento (el paciente) es muy difícil pensar en autocuidado. O sea que es un trabajo del kinesiólogo, poder transmitirle primero que sea consciente de lo que le está pasando*”

E 9: “*creo que intervienen las personalidades de cada uno [...] creo que a cada uno le tiene que hacer un click en la cabeza, vos desde tu lugar intentas dar lo mejor*”

Se consultó a los entrevistados si realizaban alguna intervención para apoyo del autocuidado, las respuestas variaron y las herramientas nombradas fueron: gráficos, folletos, PowerPoint, imágenes o fotos, videos firmados mostrando un ejercicio, recomendaciones para la casa, prescripción de ejercicios para la casa, la utilización de una vía de comunicación como WhatsApp para el apoyo de los videos, utilización de una vía de comunicación para consultas. En el ámbito neurológico, los apoyos iban de la mano de auxiliares para involucrar a la familia del paciente.

VI.b.4 Dimensión intervención social

La dimensión que incluye lo social y su forma de intervención, abarca las siguientes preguntas:

11. ¿Cuánto cree que influye lo “psicosocial” en el dolor del paciente?
12. ¿Realiza alguna intervención bajo el dominio de lo “social”?

Todos los/as entrevistados/as consideraron que el dolor del paciente está influenciado por cuestiones psicosociales. También relatan que esto puede estar más o menos presente en los pacientes y es importante identificarlo. Los disparadores psicosociales identificados fueron el entorno del paciente, emociones, estado anímico, y experiencia de dolor.

La respuesta del entrevistado 6 resume las respuestas del conjunto, que indica:

“hay pacientes que influye más y otros influye menos, por eso es que hay que valorarlo y ver en qué punto su dolor tiene un componente más emocional o más físico, y cuánto le está afectando eso”

El abordaje social del paciente generó dudas en los/as profesionales. La mayoría repreguntó o no entendió en un primer momento a qué se refería.

Los/as entrevistados/as que trabajan en un ámbito público, consideraron como intervención social a, por un lado, involucrar a la familia a la rehabilitación y por el otro, el contacto con trabajadores o asistentes sociales que puedan también abordar al paciente.

El festejo de un cumpleaños o algún día en particular, fue nombrado por el Entrevistado 2 que trabaja en un hospital de atención neurológica. La Entrevistada 4, que se desarrolla en un hospital de salud mental, nombra actividades donde los pacientes puedan sentir la necesidad de contactarse con el otro, como la terapia grupal y la terapia psicomotriz.

El Entrevistado 6 considera, como autocrítica, que el abordaje social es una carencia de su intervención, que es lo que menos hace y que debería valorarlo.

VI.b.5 Dimensión experiencias y limitaciones del enfoque biopsicosocial

La dimensión que relata las experiencias y limitaciones del enfoque biopsicosocial, incluye las siguientes preguntas:

13. ¿Qué experiencias tuvo, sean positivas o negativas, incorporando el enfoque biopsicosocial a la práctica?
14. ¿Qué barreras encuentra en la práctica diaria para integrar el modelo biopsicosocial?
15. ¿Cree que existen facilitadores para su implementación?

Todos/as respondieron que las experiencias con un enfoque biopsicosocial fueron positivas, excepto un/a profesional.

Las variables consideradas como positivas de utilizar este tipo de enfoque fueron la retroalimentación que generaba el paciente, el alta del paciente, la predisposición a la rehabilitación y como profesional tener una mirada más amplia del dolor.

Las variables negativas consideradas por un/a profesional se describieron en términos de afectación personal por las desigualdades en la atención de salud y la falta de respuesta a necesidades de un grupo de personas, principalmente en el ámbito público.

Las barreras que encontraron los/as entrevistados/as se percibieron desde factores del paciente, factores del profesional y factores del Estado y del lugar de trabajo.

Los factores relacionados al paciente fueron lo cognitivo, la falta de colaboración a su propia condición y la idea errónea que el/la kinesiólogo/a hace solo determinadas terapéuticas.

Con respecto al profesional, se describieron cuestiones desde el desconocimiento del enfoque BPS, sea por colegas, o sea por otros profesionales del equipo de salud; cuestiones en la forma de trabajo como el atender a muchos pacientes a la vez y la falta de tiempo, cuestiones económicas relacionadas con este modelo de atención masivo y falta de compromiso por otros colegas o profesionales del equipo de salud. En el ámbito de UTI, se identificó que cuando el paciente se encuentra en un estado agudo, no se puede adoptar un enfoque biopsicosocial.

Los factores relacionados al Estado y a lugar de trabajo fueron principalmente la falta de interés para abordar problemáticas como las económicas, falta de apoyo y de espacios físicos, lugares en donde el/la kinesiólogo/a tiene que realizar determinados protocolos, cuestiones de adopción de políticas públicas en relación a la parte económica.

Las respuestas de los/las entrevistados/as 6 y 7 resumen las variables de respuestas del conjunto, e indican:

E 6: “[...] todavía está instalado esto de que el kinesiólogo tenga que atender a muchos pacientes a la vez, con poco tiempo, eso obviamente es incompatible con este modelo (biopsicosocial), porque no está el tiempo para preguntarle bien que le pasa a la persona. Después el propio modelo clásico que el kinesiólogo tiene que hacer cosas bien puntuales y nada más, esta técnica, este ejercicio, este aparato y listo...Salir del consultorio de lo kinésico puro, las cuestiones de tiempo, espacio, de trabajar para un lugar donde tenes que ver muchos pacientes, esa es una limitante básica que hay que romper...”

E 7: “Una de las barreras sin duda, es lo económico, la falta de apoyo del Estado [...] Otra cosa, que veo mucho hoy en día, es la falta de interés por ciertos profesionales del equipo de trabajo”

El principal facilitador identificado por los/as kinesiólogos/as fue la formación. La formación conceptualizada como el poder adquirir herramientas tanto teóricas como prácticas, y poder informarse sobre el enfoque biopsicosocial, se identificó como necesario que lo adopten tanto colegas como otros profesionales del equipo de salud.

La actitud empática por parte del profesional para dedicarse y estar predispuesto al tratamiento del paciente fue otro facilitador identificado.

Otros facilitadores nombrados fueron más compromiso para la adopción de políticas públicas y la modificación de la forma de trabajo kinésica de algunos lugares como hospitales o clínicas.

VII. Discusión

Todos/as los/as entrevistados/as reconocieron al modelo BPS como necesario para la práctica kinésica y lo consideraron su forma de abordaje. Los/as kinesiólogos/as de los distintos ámbitos kinésicos aprecian que los factores psicosociales pueden estar implicados en el dolor del paciente.

Las terapéuticas aplicadas para el dolor musculoesquelético (ME) que relatan los/as entrevistados/as no coinciden con lo que propone la literatura analizada en este trabajo acerca del enfoque BPS. La misma refiere como pilar del abordaje a la educación y el ejercicio físico. Sin embargo, la mayoría de los/as entrevistados/as, también consideran relevantes otras intervenciones (terapia manual, estiramientos, movilizaciones activas y pasivas, modificación de patrones posturales, terapia acuática). Esto también tiene que ver con el tipo de población que se consultó. Un punto en común de la mayoría de las entrevistas fue la importancia de la educación en el autocuidado del paciente. No se nombró alguna forma puntual de abordaje o intervención psicológica/social para el dolor ME.

La escala EVA fue la mencionada por la mayoría de los/as entrevistados/as para evaluar el dolor. Se identificó que en la anamnesis se podía detectar cuestiones psicosociales pero no se indicó un interés en explorarlos de forma profunda.

El rol del kinesiólogo/a para abordar las cuestiones psicosociales, y si es posible abordarlas, parece no estar claro.

La derivación profesional fue nombrada en una de las entrevistas, y haría referencia a delimitar el quehacer de la profesión. Hay estudios que relatan que los/as kinesiólogos/as consideran que no están preparados para afrontar cuestiones psicosociales de los pacientes y que no es función de ellos/as abordarlas.^{15,31} En otra entrevista, se mencionó que a veces hay que ocuparse de cosas que no son una intervención kinésica "habitual" para abordar al paciente de forma BPS.

Las creencias de que el/la kinesiólogo/a realiza determinadas terapéuticas, o que es su función solo tratar una variable biológica del paciente, son limitantes, y son parte de las ideas biomédicas arraigadas. Estas creencias pueden provenir del paciente, porque tiene expectativas sobre que el/la kinesiólogo/a debe quitarle el dolor con algo, o que necesita recibir un diagnóstico biomédico definitivo que explique sus síntomas¹²; de los médicos, que a su vez pueden reforzar creencias y comportamientos no beneficiosos para los pacientes que tratan³⁵; o de los propios kinesiólogos/as.³⁶

Al respecto de esto, se consideran dos puntos que pueden contribuir a esta cuestión. Uno, es que la problemática de los trastornos musculoesqueléticos pueda ser abordada con enfoques transdisciplinares. La investigación transdisciplinar se caracteriza por el trabajo

conjunto y coordinado de profesionales de diferentes campos del conocimiento, en dónde los límites existentes entre las diversas disciplinas se tornan menos rígidos, con el fin de construir nuevas teorías o conceptos en conjunto.³⁷ El otro, es interpretar al dolor como un proceso cerebro-cuerpo-mundo, que es relacional, no como algo que se puede dividir y encontrar en el cuerpo o el cerebro.²³ Prestarle demasiada atención a los límites, generaría que haya menos tiempo para ver el panorama completo.

Es probable que en la práctica se sigan adoptando discursos biomédicos y que sea lo más sencillo de explicar. En este trabajo, al consultar cómo los/as profesionales explican el dolor a los pacientes, todos/as lo relataron con variables biológicas. Puede que haya temor de ofender a los pacientes por sus síntomas físicos³⁰, porque decirle a un paciente que su dolor no está en el propio tejido que le duele, puede que sea mal interpretado y entendido como si se tratara de que “el dolor está en su cabeza”. Que el dolor esté “en la cabeza” tiene una connotación negativa para el paciente²³ y también para su círculo social, porque será equivalente a decir que el dolor en realidad no existe o es inventado por el paciente.

La postura filosófica de los/as profesionales puede ser un aspecto que influya en las capacidades para implementar enfoque BPS.¹⁵ Sin embargo, es posible que la formación académica de los/as kinesiólogos/as se oriente a un enfoque biomédico, y tanto en la literatura analizada, como en las entrevistas, se nombra como barrera para la adopción del enfoque BPS a la falta de conocimiento de los factores psicosociales desde la formación.^{12,31} También, hay estudios publicados que evalúan el conocimiento sobre el dolor en los estudiantes de kinesiología y concluyen que es posible que se necesite realizar un curso posterior a la formación o reforzar el contenido curricular del dolor, porque los estudiantes no estarían preparados de forma suficiente para tratar a personas con dolor.³⁸ Sería interesante realizar más investigaciones en nuestro país sobre el contenido curricular acerca de la temática del dolor en las carreras de kinesiología.

Otra cuestión relevante, es que las variables sociales que pueden estar involucradas no se contemplan en la práctica. En este trabajo, cuando se consultó sobre intervenciones sociales la mayoría de los/as kinesiólogos/as no tenían muy en claro su respuesta. En algunos ámbitos, principalmente en aquellos donde los pacientes están internados, puede que se contemplen cuestiones como el contacto de la familia, terapias que ayuden a las relaciones sociales o considerar días especiales para el paciente (ej. festejar un cumpleaños). Es posible que también en estos lugares sea donde más se acerque a una integración de los factores BPS, porque los pacientes están todo o casi todo el tiempo y porque hay otros/as profesionales actuando.

Sin embargo, esto no se puede extrapolar al ámbito de los trastornos musculoesqueléticos, que coincide con lo descrito en los textos, donde los aspectos sociales casi no se nombran

en los abordajes BPS. Los aspectos psicológicos sí se identificaron con más claridad, lo cual puede que esté relacionado con cómo en los últimos años el dominio psicológico tomó un punto de abordaje, aunque no aún de una forma integrada.¹⁴

Entender la necesidad de un enfoque que abarque a la persona con dolor de forma integral es necesario, porque genera una atención más justa y realista con la situación de la persona. El modelo BPS no se aplica con la verdadera filosofía de su significado, quizá hay una conciencia por parte de los/as profesionales de los factores psicosociales en el dolor, pero las terapéuticas aplicadas siguen siendo las mismas. Sostener discursos biomédicos es continuar adoptando una manera reduccionista de atención.

Las limitaciones encontradas en la literatura sobre el modelo BPS se aprecian en este trabajo. Es posible que se necesite un nuevo enfoque para tratar a los pacientes con dolor ME, con una perspectiva más integral y flexible, que pueda ser enseñado y aprendido de forma sólida, que no separe en secciones el síntoma. En publicaciones recientes se han propuesto alternativas que tienen como fin complementar la teoría del modelo BPS, como el enfoque enactivo, que considera el dolor como un proceso donde se da sentido a través de un cuerpo vivido inseparable del mundo que moldeamos y que nos moldea²³; marcos de atención holística, que aborda la comunicación y a la alianza terapéutica como enfoque humanista del cuidado terapéutico¹⁵; enfoques que consideran la multiplicidad, que relatan cómo hay múltiples cuerpos en la práctica³⁹; los cuales se espera que se sigan estudiando y desarrollando en el futuro.

Sin embargo, tal como mencionaron las personas entrevistadas y como se puede encontrar en los textos¹², es posible que se necesite también un compromiso del Estado y políticas de salud para generar cambios verdaderos. La forma de financiar los sistemas sanitarios podría influir en la forma en que trabajan los profesionales de la salud.¹² La actividad asistencial realizada de forma masiva, (muchos pacientes a la vez, con poco tiempo, con protocolos rígidos) es algo incompatible con cualquier modelo que quiera abordar a la persona de forma integral. Y esto debe ser un compromiso de cambio tanto desde el ámbito público como del privado.

VIII. Conclusión

Las limitaciones que relata la literatura analizada sobre el modelo BPS se aprecian en este trabajo. El modelo BPS en el ámbito de los trastornos musculoesqueléticos no se aplicaría con su verdadera filosofía, y los/as profesionales tienden a caer en los discursos biomédicos cuando tratan a estos pacientes. Si bien los/as kinesiólogos/as reconocen la importancia de

este modelo para la práctica, los abordajes se siguen guiando, mayoritariamente, por variables biológicas y hay poca integración entre las distintas variables que pueden estar condicionando un dolor de un paciente. Es posible que se necesite un nuevo enfoque de tratamiento para el dolor ME más integral y flexible, como así también que haya más apoyo del Estado y políticas de salud para lograr cambios verdaderos en la atención de los pacientes.

IX. Limitaciones y fortalezas

Algunos/as kinesiólogos/as entrevistados/as trabajaban en otros ámbitos y no eran especialistas en trastornos musculoesqueléticos, lo que puede acarrear ciertas limitaciones en algunas respuestas. Sin embargo, se pudo observar que en otros ámbitos quizá sí sea posible abordar un tratamiento BPS, principalmente en aquellos lugares donde los pacientes cursan procesos de rehabilitación de largo plazo y hay varios/as profesionales en una misma institución. Es necesario realizar otros estudios para comprobar esto, como así para estudiar qué otras variables considerar en la evaluación del dolor en estos pacientes, además de las biológicas.

Las entrevistas se realizaron a kinesiólogos/as formados en una misma institución universitaria y que se desempeñan en la ciudad de Rosario, lo cual puede presentar una tendencia en las respuestas. Sería interesante replicar este estudio con profesionales de otras instituciones, como también de lugares del país con otras realidades.

X. Referencias bibliográficas

(1) OMS. Trastornos musculoesqueléticos. [Internet] Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 8 Feb 2021. Disponible en:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>

(2) Sebbag E, Renaud F, Sagez F, Sibilia J, Devilliers H, Arnaud L. The world-wide burden of musculoskeletal diseases: a systematic analysis of the World Health Organization Burden of Diseases Database. *Ann Rheum Dis.* 2019;78 (6): 844-848

Disponible en: <https://ard.bmj.com/content/78/6/844>

(3) Cieza A, Causey K, Kamenov K, et al. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet (London, England).* 2021;396 (10267):2006-2017. Disponible en:

<https://europepmc.org/article/pmc/pmc7811204>

(4) Roux CH, Guillemin F, Boini S, Longuetaud F, Arnault N, Hercberg S, Briançon S. Impact of musculoskeletal disorders on quality of life: an inception cohort study. *Ann Rheum Dis.* 2005;64(4):606-11. Disponible:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15576417>

(5) Hawker GA. The assessment of musculoskeletal pain. *Clin Exp Rheumatol.* 2017;35 Suppl 107(5):8-12. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28967361/>

(6) El-Tallawy S, Nalamasu R, Salem G, LeQuang JA, Pergolizzi J, Christo P. Management of Musculoskeletal Pain: An Update with Emphasis on Chronic Musculoskeletal Pain. *Pain Ther.* 2021; 10(1): 181–209. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8119532/>

(7) Cimmino MA, Ferrone C, Cutolo M. Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2011;25(2):173-83. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22094194/>

(8) Lewis J, O'Sullivan P. Is it time to reframe how we care for people with non-traumatic musculoskeletal pain?. Br J Sports Med. 2018; 52 (24): 1543-1544. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29941618/>

(9) Lin I, Wiles L, Waller R, Goucke R, Nagree Y, Gibberd M, Straker L, Maher CG, O'Sullivan PPB. What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. Br J Sports Med. 2020 Jan;54(2):79-86. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30826805/>

(10) Gwendolen J. Biopsychosocial model of disease: 40 years on. Which way is the pendulum swinging?. Br J Sports Med. 2017; 51 (16): 1187-1188. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28062465/>

(11) Bolton D, Gillett G. The Biopsychosocial Model of Health and Disease: New Philosophical and Scientific Developments [Internet]. Cham (CH): Palgrave Pivot; 2019. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31886965/>

(12) Ng W, Slater H, Starcevich C, Wright A, Mitchell T, Beales D. Barriers and enablers influencing healthcare professionals' adoption of a biopsychosocial approach to musculoskeletal pain: a systematic review and qualitative evidence synthesis. Pain. 2021 Aug 1;162(8):2154-2185. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33534357/>

(13) Cowell I, O'Sullivan P, O'Sullivan K, Poyton R, McGregor A, Murtagh G. Perceptions of physiotherapists towards the management of non-specific chronic low back pain from a biopsychosocial perspective: A qualitative study. Musculoskelet Sci Pract. 2018;38:113-119. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30423526/>

(14) Mescouto K, Olson RE, Hodges PW, Setchell J. A critical review of the biopsychosocial model of low back pain care: time for a new approach? Disabil Rehabil. 2022 Jun;44(13):3270-3284. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33284644/>

- (15) Daluiso-King G, Hebron C. Is the biopsychosocial model in musculoskeletal physiotherapy adequate? An evolutionary concept analysis. *Physiother Theory Pract*. 2022 Mar;38(3):373-389. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32546079/>
- (16) World Physiotherapy Congress 2023. THINKING AND ACTING BEYOND THE BIOPSYCHOSOCIAL MODEL IN PHYSIOTHERAPY. Disponible en: https://wp2023.world.physio/?_ga=2.209695761.2018752152.1675166869-360621808.1675166850#/programme/session/da7ad0c0-3ed1-4500-1346-010000000021
- (17) Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977 Apr 8;196(4286):129-36. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/847460/>
- (18) Keating P, Cambrosio A. Does biomedicine entail the successful reduction of pathology to biology? *Perspect Biol Med*. 2004 Summer;47(3):357-71. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15247502/>
- (19) Adler RH. Engel's biopsychosocial model is still relevant today. *J Psychosom Res*. 2009 Dec;67(6):607-11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19913665/>
- (20) Pérez Fuentes J. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. *Rev. Soc. Esp*. 2020 Ago;27(4). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462020000400003#:~:text=La%20definici%C3%B3n%20de%20la%20IASP.los%20diferentes%20tipos%20de%20dolor.
- (21) Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, Keefe FJ, Mogil JS, Ringkamp M, Sluka KA, Song XJ, Stevens B, Sullivan MD, Tutelman PR, Ushida T, Vader K. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020 Sep 1;161(9):1976-1982. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32694387/>
- (22) Perrot S, Trouvin AP, Rondeau V, Chartier I, Arnaud R, Milon JY, Pouchain D. Kinesiophobia and physical therapy-related pain in musculoskeletal pain: A national

multicenter cohort study on patients and their general physicians. *Joint Bone Spine*. 2018 Jan;85(1):101-107. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28062380/>

(23) Stilwell, P., Harman, K. An enactive approach to pain: beyond the biopsychosocial model. *Phenom Cogn Sci* 18, 637–665 (2019). Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11097-019-09624-7>

(24) Lindbäck Y, Enthoven P, Öberg B. Patients' experiences of how symptoms are explained and influences on back-related health after pre-surgery physiotherapy: A qualitative study. *Musculoskelet Sci Pract*. 2019 Apr;40:34-39. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30665046/>

(25) Caneiro JP, Roos EM, Barton CJ, O'Sullivan K, Kent P, Lin I, Choong P, Crossley KM, Hartvigsen J, Smith AJ, O'Sullivan P. It is time to move beyond 'body region silos' to manage musculoskeletal pain: five actions to change clinical practice. *Br J Sports Med*. 2020 Apr;54(8):438-439. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31604698/>

(26) Norris CM. Back rehabilitation - The 3R's approach. *J Bodyw Mov Ther*. 2020 Jan;24(1):289-299. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31987559/>

(27) Shinohara Y, Wakaizumi K, Ishikawa A, Ito M, Hoshino R, Tanaka C, Takaoka S, Kawakami M, Tsuji O, Fujisawa D, Fujiwara T, Tsuji T, Morisaki H, Kosugi S. Improvement in Disability Mediates the Effect of Self-Efficacy on Pain Relief in Chronic Low Back Pain Patients with Exercise Therapy. *Pain Res Manag*. 2022 Aug 29;2022:4203138. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9444439/>

(28) Hutting N, Johnston V, Staal JB, Heerkens YF. Promoting the Use of Self-management Strategies for People With Persistent Musculoskeletal Disorders: The Role of Physical Therapists. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2019 Apr;49(4):212-215. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30931733/>

(29) Ahlsen B, Engebretsen E, Nicholls D, Mengshoel AM. The singular patient in patient-centred care: physiotherapists' accounts of treatment of patients with chronic

muscle pain. Med Humanit. 2020 Sep;46(3):226-233. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30918108/>

(30) Gonzalez AI, Kortlever JTP, Brown LE, Ring D, Queralt M. Can Crafted Communication Strategies Allow Musculoskeletal Specialists to Address Health Within the Biopsychosocial Paradigm? Clin Orthop Relat Res. 2021 Jun 1;479(6):1217-1223. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8133223/>

(31) Van Dijk H, Köke AJA, Elbers S, Mollema J, Smeets RJEM, Wittink H. Physiotherapists Using the Biopsychosocial Model for Chronic Pain: Barriers and Facilitators-A Scoping Review. Int J Environ Res Public Health. 2023 Jan 16;20(2):1634. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36674387/>

(32) Stenner R, Swinkels A, Mitchell T, Palmer S. Exercise prescription for patients with non-specific chronic low back pain: a qualitative exploration of decision making in physiotherapy practice. Physiotherapy. 2016 Dec;102(4):332-338. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26117567/>

(33) Stern BZ, Yoo J, Couto C, Hou S. Hand therapists' perspectives and practices related to musculoskeletal pain: A biopsychosocial lens. Musculoskelet Sci Pract. 2021 Apr;52:102345. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33639527/>

(34) Vasilachis de Gialdino, I. Estrategias de investigación cualitativa [Internet]. Barcelona: Gedisa; 2006 [consultado 2021]. Disponible en: <http://investigacionsocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/103/2013/03/Estrategias-de-la-investigacion-cualitativa-1.pdf>

(35) Caneiro JP, Bunzli S, O'Sullivan P. Beliefs about the body and pain: the critical role in musculoskeletal pain management. Braz J Phys Ther. 2021; 25(1): 17–29. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7817871/>

(36) Gardner T, Refshauge K, Smith L, McAuley J, Hübscher M, Goodall S. Physiotherapists' beliefs and attitudes influence clinical practice in chronic low back pain: a systematic review of quantitative and qualitative studies. J Physiother. 2017 Jul;63(3):132-143. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28655562/>

(37) Carceller-Maicas N, Transdisciplinariedad y salud: compartir conocimientos para enriquecer el saber. Educación, comunicación y salud. perspectivas desde las ciencias humanas y sociales. Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2017, p. 245–262. Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/318505681_Transdisciplinariedad_y_salud_compartir_conocimientos_para_enriquecer_el_saber

(38) Wassinger CA. Pain knowledge, attitudes and beliefs of doctor of physical therapy students: changes across the curriculum and the role of an elective pain science course. J Man Manip Ther. 2021 Oct;29(5):288-296. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8491733/>

(39) Setchell J, Nicholls DA, Gibson BE. Objecting: Multiplicity and the practice of physiotherapy. Health (London). 2018 Mar;22(2):165-184. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28111989/>

Anexos

Entrevistas:

Se adjuntan las transcripciones textuales de las entrevistas realizadas.

Entrevistado/a 1:

- 1) Depende que es lo que acarrea el dolor musculoesquelético, de dónde proviene.
- 2) Abordar el dolor, sea cuál sea la causa, averiguar la causa pero primero abordar el dolor.
- 3) Depende si aplica frío/calor o una sesión de ejercicios, 20 min aproximado.
- 4) Que se ve más basado en la persona, no en la patología. Sino que ve al individuo como algo integral, alguien.
- 5) Si. Una de las principales premisas es educar al paciente, más en mi ámbito que es la salud mental.
- 6) Considero que tiene que ver, en el tema de las somatizaciones del dolor musculoesquelético. Las cervicalgias y lumbalgias, tienen mucho que ver con el miedo, la inseguridad, la ansiedad. Somatiza mucho así. Si veo que el paciente está muy ansioso intento aplicar algún tipo de técnica específica para tratarlo, cómo técnica de relajación muscular progresiva y otras varias. O también hablar con el paciente con que se sienta cómodo, algo que le sirva, no es que le haces caricia o palmaditas, pero armarlo en conjunto.
- 7) Todo. Un montón, al menos en el área que trabajo es esencial. En general es esencial porque sino no hay adherencia al tratamiento.
- 8) La verdad que no, no sé en realidad. Si te digo te miento, depende mucho de la persona en sí.
- 9) Lo primero que se me ocurre es no, pero por el tipo de paciente con los que trabajo. Igual hay algunos pacientes que tienen interés, te piden ejercicio, actividades, cuidados. Depende mucho de la persona.
- 10) Depende, hay pacientes ancianos neurológicos que tienen que estar acompañados para las tareas. Trato de dejarles tareas sencillas, por ejemplo en pacientes con Parkinson y postoperatorio de cirugía de cadera que son ambulatorios que marche con bastón, o acompañado. Y así dependiendo del diagnóstico.
- 11) Si, total. Porque pone en la realidad que tiene la persona.

- 12) Si. Teniendo en cuenta la familia principalmente, el entorno y la reinserción social más que nada en los pacientes psiquiátricos se tiene mucho en cuenta, en mi equipo hay una trabajadora social. Es fuertísimo porque hay muchas realidades diferentes.
- 13) Principalmente y en el ámbito que trabajo yo, lo cognitivo, que ellos puedan comprender lo que está sucediendo o lo que les sucede o lo que pasa en el contexto que los contiene, si están contenidos o no. Muchas veces las instituciones no llegan a contener a los pacientes o abordarlos con las herramientas que necesitan. A veces el trabajo interdisciplinario es una herramienta hermosa que te lleva a tener un montón de evoluciones re copadas con tu paciente, y a veces es una piedra en el zapato porque te querés comunicar con el psiquiatra o psicólogo o trabajadora social y vueltas, vueltas y vueltas. O los profesionales que tienen que hacer su trabajo no van nunca, al menos en la institución que estoy.
- 14) Informarnos o formarnos sobre este abordaje. He escuchado a colegas decir "tengo un tec o un acv" y he tenido que corregirles y decirles "es un paciente que tuvo un tec, o un acv". O de estigmatizar a algunos pacientes No tiene mucho sentido. El hecho de que se informe más y lo aprendamos desde las cátedras mucho más me parece importante y que podría colaborar.

Entrevistado/a 2:

- 1) Primero ver el origen de ese dolor musculoesquelético, cuál es la causa y en función de esa causa los abordajes van de la mano de la analgesia, por los medios fisioterapéuticos que tenemos, de las terapias manuales, alguna técnica de relajación, en el caso del medio acuático que pueda permitir reducir el dolor y abordar la movilidad y una vez que el dolor se redujo apuntar a otros objetivos. Pero siempre tener una idea del origen de ese dolor y en función de eso, planificar.
- 2) No sé si hay una más importante, la verdad no lo he pensado. Creo que utilizar diferentes herramientas podría ser el criterio. Si el paciente que yo puedo en el ámbito hospitalario derivarlo al medio acuático para trabajar alguna cuestión del dolor buenísimo, uso ese medio para hacerlo. Si no tengo las posibilidades o el paciente no está en condiciones porque tiene alguna situación esfinteriana o falta de control o escaras, o alguna vía por la que no se puede meter al agua, trabajo el dolor desde otros espacios que tengo, con la fisioterapia, con alguna electroanalgesia y en lo manual, con todo lo que sea inducción miofascial, neurodinamia. Buscar que el dolor vaya cambiando mientras la estructura va cambiando también. Pero no como una sola intervención, sino de acuerdo a las realidades de cada paciente.

- 3) 50 min a 1 hora de trabajo con los pacientes neurológicos específicamente en el hospital donde yo estoy abocado al tratamiento, internados y pacientes externos. Y en pileta también 50 min a 1 hora. Pero también va en criterio y en función de ese paciente que puedan tener una aceptación por el tratamiento, en cuanto a qué el dolor no sea demasiado incapacitante o que estén muy fatigados o que su tolerancia al ejercicio sea menor al tiempo estipulado institucionalmente.
- 4) Un sentido muy amplio. Considero que somos sujetos y seres que nuestra biología va muy de la mano de las emociones y muy de la mano del contexto que nos rodea, llámese sociedad, ambiente. Entonces si no podemos integrar esas cuestiones a nuestro tratamiento se complica mucho, entiendo que la o el paciente viven en un medio socio familiar, habitacional, laboral que condiciona todo lo que hagamos y condiciona también su estado de salud.
- 5) Si. Creo que es importante explicarle todo lo que se le pueda explicar al paciente, de acuerdo a las posibilidades y a la comprensión del paciente en términos que sean accesibles y entendibles. Si porque está bueno que lo conozcan. Siempre también evaluaría el estado emocional de esa persona porque a veces en la manera que se le digan las cosas, considero, una opinión personal, que puede influir positivamente o negativamente. Entonces también analizaría muy bien cómo decírselo.
- 6) Una pregunta muy interesante para esta época, en lo personal yo estoy trabajando en un grupo de antropología y rehabilitación, que estamos viendo el tema de la medicina, los abordajes e intervenciones de medicina tradicional. Y en medicina hablo de la amplitud del equipo de salud, con lo cual saber de las creencias y de alguna otra forma de aceptación de un tratamiento que los pacientes tienen, fundamentalmente por lo intercultural me parece que es un área para tener en cuenta y trabajar para conocer más del contexto del paciente. Debería cambiar la intervención, cómo estamos en una etapa de formación y apertura para lo intercultural la idea es que cuando uno puede detectar eso, al menos en nuestro caso, contactarse con gente que pueda acercarnos mejor a esos conocimientos y de algún modo, no digo reemplazar sanadores o curadores según las creencias de diferentes culturas pero si de algún modo saber que esas cosas pueden ser las que le sirva por ejemplo para una indicación domiciliaria o algún tipo de trabajo que queremos que ese paciente haga por fuera del ámbito hospitalario y tratar de hacer ver qué hay otras miradas en cuanto a la rehabilitación, que el trabajo va a estar en forma bilateral, con las dos miradas la tradicional y la académica.
- 7) Creo que significa... es el gran negocio de la rehabilitación, que el otro entienda que el sujeto que atendamos entienda, confíe, se sienta seguro/a del saber y de la

acción que tengamos sobre esta persona, me parece que es fundamental que aparezca una diada una relación dónde hay confianza, honestidad y compromiso por ambas partes.

- 8) Hay todo un mundo en relación a eso, creo que hay situaciones psicósomáticas o somatosensoriales o somato emocionales que algunas personas, no sé si lo pueden controlar, pero si son grandes disparadores de los males que tienen. Si podemos ayudarlos, yo soy convencido de la interdisciplina, interdisciplinariamente con psicología, psiquiatría, kinesiología, interactuando para que esos males de algún modo se solucionen creo que sí se podría, de ahí a que el paciente quiera modificarlo y lo modifique es otra cosa distinta.
- 9) En nuestro caso el autocuidado va de la mano del nivel cognitivo que el paciente tenga. Del que la familia también tenga para acompañar. En este caso el autocuidado es también un cuidado asistido por el familiar y acompañantes que tiene. Pero sí, el autocuidado es uno de los factores que genera el cambio.
- 10) Con respecto a auxilios en relación a colaboración familiar, asistencia o acompañamiento familiar o de otros profesionales, sí. Hablo principalmente del área neurológica que estoy abocado, es necesario el trabajo en equipo, pero un equipo en dónde también paciente y familia estén metidos, si. La asistencia y acompañamiento para que ese autocuidado esté bien activado.
- 11) Los tres, físico, psíquico y social van muy de la mano, para poner un porcentaje 33% cada uno. Pero también va a tener que ver con la situación en la cual, cada dominio puede disparar el problema o no, pero ninguno está en compartimentos aislados, sino en íntima relación. Puede ser, habría que analizarlo que haya más predisposición de uno o del otro, pero que hay una íntima relación no me cabe duda.
- 12) Tratamos. En el hospital que yo trabajo hay un departamento de trabajo social. Muchas veces lo social implica darle lugar al trabajo con otros pacientes, que la familia esté incorporada en algunas cuestiones o festejo de un cumpleaños, algún día especial o particular. El trabajo entre varios pacientes por ejemplo una huerta ecológica que tenemos en construcción aquí en el hospital. La socialización a través de esos medios. A lo mejor no hacemos grandes movidas sociales internas, pero este hospital tiene esa mirada. Son pequeñas en el número de gente que participa, pero si tiene esa mirada del rescate social de ese paciente, se festeja un cumpleaños o cantarle. No están solos ni solas.
- 13) Yo soy un crítico crónico. Creo que uno de los principales problemas es el sistema, el sistema visto desde una propuesta más comprometida del estado, del estado y de la parte privada, no solamente la responsabilidad a lo público. Yo creo que en

nuestra ciudad, hay una excelente mirada de la problemática de la salud social y lo digo como habitante de más de 30 años de esta ciudad. La salud está muy bien abordada, pero creo que hoy por hoy con todas las problemáticas que hay, especialmente las económicas, hace falta más compromiso de distintos lugares. Sobre todo en áreas como la discapacidad, la neurorehabilitación, rehabilitación en general, más compromiso del estado nacional, provincial, municipal, comunal, con diferentes ejecuciones. No soy un gestor del estado, no sé cuál es el camino pero creo que se tiene que modificar porque son otros tiempos.

- 14) Lo actitudinal es una cuestión facilitadora. Hay ciertos organizadores que son, cómo por ejemplo la escala CIF que organizan y clasifican, de qué manera aparece esta mirada biopsicosocial. Y después todo lo que sea intervención en equipo hacen a la facilitación, el gran facilitador es la actitud, la actitud empática, de ver al otro como alguien que puede ser mejorado y también la actitud como parte de un equipo de trabajo. No conozco muchos facilitadores desde el punto de vista estructural, pero sí en la actitud para que sea más accesible. Trabajar, equivocarse y corregir y estar de la mano de la gente, predispuesto. Dedicarnos a pleno a ciertas cosas y no tener muchas tareas repartidas dónde no le podés poner la energía a estas cuestiones que estamos charlando.

Entrevistado/a 3:

- 1) En general, el dolor musculoesquelético en los casos del ámbito neurológico, en muchos casos están asociados al desarrollo de la espasticidad. En ese caso nosotros al trabajar con el dolor musculoesquelético lo que hacemos es generar maniobras de estiramiento, como para ir generando que se reduzca esa espasticidad y a su vez que baja, generando que la disposición de los sarcómeros y las distintas estructuras del músculo se vayan disponiendo de otra manera. En otros casos, como consecuencia de algún patrón postural que genera dolor, trabajo en ese patrón postural. Primero buscando trabajar sobre ejercicios de estiramiento, flexibilidad o terapias manuales, y luego, una vez que finalizamos eso, trabajar sobre el fortalecimiento para evitar que vuelva a parecer. En cuanto a evaluaciones, en general solemos utilizar la VAS, en otros casos, que el paciente seleccione, digamos, nosotros tenemos una estructura de un cuerpo humano en dibujo y le pedimos que seleccione los puntos dolorosos y seleccione con cuánta intensidad le duele, cuál es la intensidad del trazado del dibujo, pero en general la realidad es que usamos la escala visual análoga, previo y post tratamiento para ver si modifica.

Prescribimos terapia con ejercicio, en general consideramos que el trabajo de 1 hora o 2 horas por semana en la sesión, no es suficiente como para que la persona pueda tener cambios significativos, y esperamos que pueda trabajar en la casa. En general las prescripciones dependen, en muchos casos si hay dolor o no, si es un estadio agudo o no, y de la disponibilidad de la persona. Por ej, tenemos casos en los cuales la persona ante un ejercicio específico genera mucho cansancio, en esos casos y a parte de las terapias que realiza con nosotros, va a otro efector como un centro de día, en esos casos preferimos que las terapias sean el lugar de hacer ejercicios y el centro de día también, pero que después en la casa tenga su terapia o su momento de relajación, de bajar a tierra, de hacer sus actividades y demás. En otros casos en donde la terapia es el único ámbito en donde se desenvuelve, ahí si buscamos que pueda tener la mayor cantidad de estímulos semanales, hasta incluso a veces dos veces por día, como para que pueda ir desarrollando todas las funciones que pueda mejorar.

- 2) Yo considero que no es que hay una más importante que la otra, me parece que depende de cada caso en particular, sobre todo, no sé en los otros ámbitos, dentro del ámbito neurológico tratamos siempre de hacer una evaluación bastante personalizada de cada caso para no protocolizar tratamientos, sino poder trabajar a partir de lo que la persona necesita y de lo que consideramos que es mejor para la persona, en ese caso no considero que haya algo mejor que otra cosa, sino que depende de cada caso en particular.
- 3) En general son 3 sesiones semanales, 45 min a 1 hora, dependiendo.
- 4) En ese sentido nosotros somos muy partidarios de que el sujeto en un contexto, con su situación en particular, con cada día en particular y demás, es muy importante tenerlo en cuenta, es importante no solo enfocarse en lo biopsicosocial sino en todo el entorno que lo rodea. Es decir, si tiene familiares que están a cargo de él, si por ejemplo, esa persona tiene un mayor desarrollo de sus actitudes con determinada persona. En ese sentido nos basamos un poco en el concepto de clínica ampliada. En ese concepto de clínica ampliada nosotros consideramos fundamental a la persona en un contexto y a parte de ese contexto, todo lo que pueda influir dentro de la terapia. Es decir, cómo le hablo a la persona, con qué tono de voz, influye con quién viene acompañado y si incluyo a esa persona o no, también hay un montón de cosas que tiene que ver como por ejemplo, hasta incluso cómo va vestido el Kinesiólogo, como se presenta ante la persona, cuánta seguridad es con la que habla o no. Digamos tratar de incluir a todos los factores que contextualizan la sesión y todos los factores que contextualizan a la persona en su entorno. Tratar de

considerar todo como para que los posibles sesgos que encontramos fuera de la sesión o en la sesión, tratar de evitarlo lo más posible.

- 5) En ese caso tratamos de un poco bajar a tierra, quizá no tanto acerca de la neurofisiología, o sea cuales son las vías que desencadenan el dolor y demás, sino pensar en bueno, ante que actividades puede tener dolor, porque se produce el dolor, a lo mejor pensar no se si es un dolor producto de una espasticidad, decirle mira dentro del músculo nosotros tenemos distintas estructuras, dentro de esas estructuras tenemos sarcómeros, que son estructuras que cuando el músculo se contrae se aproximan, y cuando el músculo se relaja se distraen o se relajan. En ese sentido cuando uno tiene lo que se conoce como espasticidad, que es algo que se presenta en casos de afección neurológica esto está en permanente contracción, entonces lo que buscamos es generar ese estiramiento para que no esté en esa contractura, es como una contractura permanente, algo similar. En ese sentido, eso genera dolor, entonces hay que evitar posturas que nos lleven a ese acortamiento, hay que evitar incluso hasta fortalecer esa musculatura que está en esa posición porque esta tónica, tratar de explicar por ese lado. En cuanto a las vías del dolor, no tanto, pero si todo lo que contextualiza el dolor.
- 6) Coincido con que los aspectos psicosociales de la persona son fundamentales, impacta con una relevancia muy grande para nosotros, sabiendo que en muchos casos, en el ámbito de la discapacidad, los aspectos biopsicosociales o psicosociales se ven potenciados por el temor, por el no sentirse cómodo con cómo lo ve el resto a la persona, eso tiende a generar cierta retracción en la persona, y quizás eso desencadenara en algunas cuestiones posturales que generen dolor, así que en ese sentido consideramos que los aspectos psicosociales son fundamentales y modifican toda la terapia. Nosotros no podemos pensar en aflojar un dolor sin pensar en tratar de modificar esas causas que generan ese dolor, y dentro de esas causas podemos incluir cuestiones psicosociales que nos parecen fundamentales abordar para poder mejorar ese dolor.
- 7) Me parece fundamental, me parece muy importante que si el paciente no se siente cómodo en la terapia, no se siente a gusto, no siente que sea un espacio en donde se puede relajar, hasta incluso explayar o hablar, o contarnos qué le sucede, yo creo que si no está todo eso, el paciente va a tender a esa retracción que hablábamos, va a tender a inhibirse, a evitar contar cosas que a lo mejor son relevantes, hasta incluso, no sentirse cómodo con el espacio terapéutico, y ese espacio terapéutico es el que termina un poco, donde se termina trabajando sobre todos estos factores que incluye la persona dentro de su patología o del dolor lo que tenga la persona.

Considero que la adherencia al tratamiento es fundamental, y que esa adherencia viene acompañada de el sentirse cómodo, a gusto, bien dentro de la terapia.

- 8) Considero que sí. Suelo pensar mucho en que la persona tiene que tener un rol activo dentro de su salud, y considero que hacer partícipe a la persona dentro de su propio proceso de salud -enfermedad, es algo que si no está, limita mucho la terapia. Creo que tiene que estar ese rol activo de la persona, y hacer a esa persona protagonista de su propio proceso de salud enfermedad. Considero que es muy importante que la persona sepa que es lo que tiene, sepa como poder trabajarlo y tenga el rol de tomar decisiones acerca de cómo trabajar sobre eso.
- 9) Considero que tiene que ser protagonista de este proceso. Pero no implica que la persona no tenga un lugar de consulta, derivación, un lugar de tratamiento. Un lugar donde a lo mejor una persona que es profesional de la salud, no pueda generar un tratamiento sobre esa persona. Cuando hablo de protagonismo, quizá me refiero a que en ese rol activo de la persona pueda tomar decisiones acerca de qué manera a lo mejor, que parámetros tiene que tener en cuenta el profesional para poder atenderlo, entender esto de, que hay culturas distintas y dentro de esas, cada persona tiene su propia forma de entender la salud, y en eso me parece importante el respeto hacia esa forma. Considero que la persona tiene que respetar su cultura, siempre en común acuerdo con el terapeuta, no tiene que ser una cosa en la cuál uno dirija por sobre el otro sino que a lo mejor, entre ambos se genere ese relación paciente terapeuta, donde haya un mutuo acuerdo acerca de bueno... cuales son los procesos que vamos a poder realizar en vos para poder trabajar sobre esta situación en particular. Creo fundamental el respeto a las distintas culturas, entender que no todos somos iguales, que no venimos del mismo lugar, que no tuvimos las mismas experiencias. En respuesta a lo que es el autocuidado, considero que me parece importante, fundamental el protagonismo del paciente, pero en ese protagonismo no aislar que el paciente lo sabe todo y lo puede resolver todo, sino que el paciente tenga el rol de decir yo decido ir con esta persona para que pueda trabajar conmigo, tratando de respetar estos parámetros, esta situación mía, y ahí entra nuestro rol como terapeutas en decir... viene alguien que tiene una experiencia o cultura distinta, yo no lo se todo, yo no soy la eminencia, no estamos en una situación de disparidad, sino que somos pares y en ese ser pares, respeto su postura y trabajo desde los conocimientos que fui adquiriendo, respetando la situación del paciente.
- 10) Solemos trabajar mucho con la familia. Creo que la persona en su contexto, se incluye mucho estos aspectos familiares, familiar directo o una persona que esté a cargo del cuidado de la persona. Puede ser a lo mejor un amigo, un vecino,

cualquier persona que puede intervenir o influir en su situación de salud, tratamos de incluirlo en ese proceso para que pueda con un razonamiento en conjunto influir positivamente en la salud de la persona. En ese sentido, intentamos incluir mucho a los familiares, amigos, vecinos, persona que esté a cargo, por que si hay una situación que no puede resolver por sí sola, tenga el apoyo de alguien que pueda asistir, que pueda facilitar ese proceso de salud. Es importante que haya un entorno que acompañe.

- 11) Mucho. No se en porcentaje, pero creo que es muy importante lo psicosocial o el entorno que lo rodea en cuanto a su dolor. Creo que hay un entorno o una situación particular que hace que la persona tenga un dolor, y que si mejora ese dolor pero no se modifica ese entorno, el dolor vuelve a aparecer, puede que ese entorno potencie ese dolor. Creo que si no se modifica ese entorno, no va hacer suficiente el tratamiento, creo que es parte del tratamiento, y es totalmente importante dentro del dolor de la persona.
- 12) Muchas veces los chicos atienden de a dos a los pacientes, y algo que siempre les trato de decir que, por ejemplo, si uno está atendiendo el otro salga y hable con el familiar, cosa de ver como estuvo la semana, cómo fue su situación, como estuvo, que actividades pudo hacer porque hay muchas veces que a lo mejor el paciente prefiere no contar o no está en sus capacidades poder contar que le paso, quizá por falta de recuerdo, por falta de alguna alteración del lenguaje y en eso unimos mucho a la familia, tratamos de trabajar muy en conjunto, también incluso haciendo participe a ese familiar del proceso de atención. tratamos siempre de incluir a la familia.
- 13) En general, hemos visto resultados bastante positivos en cuanto al dolor, digamos considerando esto de trabajar en discapacidad, el trabajo en discapacidad en cuanto a lo biopsicosocial se potencia mucho más. La persona en muchos casos es muy dependiente de su entorno, y en ese trabajar con el entorno para mejorar la situación de la persona, se vuelve como muy relevante que tanto influye ese entorno. En cuanto al diálogo de las personas que hemos trabajado en muchas de las situaciones siempre nos han referido que bueno, sin comparar, que cuando han trabajado en otros lugares no han tenido en cuenta tanto esto de lo familiar, y cuando lo hemos trabajado por ahí notaron cierta diferencia en eso. En ese sentido creo que ahí un poco el foco estuvo en cuánto influyó ese familiar o contexto, lo psicosocial en la situación de salud de la persona. por eso creo que cuando lo hemos abordado ha sido positivo.

- 14) Viste que cambió la definición de discapacidad hace poco... y dentro de esa nueva definición de discapacidad, hablaba de que una persona con discapacidad se enfrenta con barreras o es una persona que tiene barreras para poder integrarse dentro de la sociedad y demás, yo creo que las barreras las pone la sociedad. No que las pone la persona que tiene una discapacidad, ahí trato de sacar un poco el foco de culpabilidad en la persona con discapacidad y lo pongo en lo social, en lo cotidiano. Yo creo que las barreras primero están en el desconocimiento, en el no saber que una persona con discapacidad tiene una vida cotidiana como cualquier otro, necesita lo mismo que cualquier persona, creo que la principal barrera es esa, el desconocimiento, el hecho de no saber cómo enfrentar como abordar cómo manejarse con una persona con discapacidad.
- 15) Considero que facilitadores de este modelo biopsicosocial en muchos casos dependen de las políticas públicas, dentro de esas, podemos incluir el trabajo que generan los distintos efectores, los centros de salud en el trabajo en la comunidad , dentro de ese trabajo, creo que la promoción de la salud, entendiendo promoción como el hacer protagonista a la comunidad de su proceso de salud enfermedad, brindar conocimientos que sirva como fundamento para las acciones que realizan las personas, me parece un facilitador muy importante. Volviendo a lo mismo, considerando que una barrera es la falta de conocimiento, el brindar ese conocimiento es un gran facilitador para que se pueda incluir a la persona dentro de la sociedad. Creo que es el más importante, el primero que hay que modificar para que se pueda llegar a tener más inclusión en la sociedad.

Entrevistado/a 4:

- 1) Primero ver qué está padeciendo el paciente, obviamente siempre va acompañado de los estudios complementarios que tenga y demás, y escucharlo. A partir de ahí si veo alguna lesión visible musculoesquelética se trata, pero hay veces que se trata y no mejora.
- Escala para el dolor, la famosa VAS, del 1 al 10 cómo lo sentís, antes y después de las sesiones. Prescribo siempre ejercicios, y la elección depende de los gustos del paciente, a veces, yo sé que algunos le voy a dar y no los va hacer, no le gusta o no lo disfruta, entonces trato de vincularlo con las preferencias del paciente. Por ejemplo en el centro donde trabajo hay un profesor de historia que solamente hace

ejercicios si se lo vinculas con algo de eso, así que como que voy mediando según lo que dice el paciente.

- 2) Son todas importantes, no hay una más importante, creo que todo lo que manifieste el paciente se tiene en cuenta.
- 3) Duración máxima 1 hora, 3 veces por semana.
- 4) Tener en cuenta a la persona. Y el sentido que le da creo que es un sentido más humano. Salir de ese planteo, de esa medicina hegemónica y abrir un poco la mirada.
- 5) Le explico en caso de que haya alguna lesión objetiva que yo pueda visualizarlo en una radiografía, ecografía. Me parece fundamental que el paciente entienda eso. Cómo le explico al alumno le explico al paciente.
- 6) A mí me aporta mayor porcentaje del éxito de la terapia, y lo que me aporta también es la adherencia, que el paciente siga viniendo. Me pasa en el centro donde trabajo que si no tengo este enfoque (biopsicosocial) los pacientes no generan vínculo con el profesional y no terminan o no finalizan la cantidad de sesiones.
- 7) Hacer un mutuo acuerdo, lo que él necesita, lo que le hace bien y yo también proponerle la terapéutica según las necesidades, esa unión en común creo que es la alianza.
- 8) Si en un alto porcentaje.
- 9) Si el autocuidado obviamente deben llevarlo a cabo, pero pasa que si el paciente, generalmente yo que trabajo en el área de salud mental, si no tiene el correcto conocimiento de su patología, de su padecimiento es muy difícil pensar en autocuidado. O sea que es un trabajo del kinesiólogo, poder transmitirle primero que sea consciente de lo que le está pasando para después empezar estas técnicas de autocuidado.
- 10) Sí el apoyo lo tomamos con gráficos, lo tomamos a veces con, por ejemplo, hacemos flechas y con actividades que tenga que hacer y vaya tachando, utilizar elementos para apoyar y afianzar.
- 11) Mucho.
- 12) Si realizo, hacemos terapia grupal, terapia psicomotriz, en dónde nos enfocamos en esto en los objetivos psicosociales. A parte de lo físico obviamente.
Por ejemplo, en adicciones que los pacientes le cuesta mucho generar vínculos con las personas hacemos una actividad en dónde puedan necesitar o contactar al otro, es una actividad por ejemplo hay una en que hay sábana donde pasa un paciente y la tiene que dar vuelta sin tocar el piso y una vez que lo logra, llama a un compañero y así se van sumando. Entonces de esta manera, la necesidad del otro el

contactarse con el otro lo vamos trabajando como uno de los objetivos en la terapia con adicciones.

- 13) Positivas, y nos ayudaron mucho con el tema del alta del paciente, nosotros, ahora yo te estoy hablando más que nada porque trabajo en un centro de salud mental en dónde hay internados y el día de mañana ese paciente que está ahí, tiene que cruzar la calle, tiene que manejarse, tiene que relacionarse con el otro. Así que generalmente en las reinternaciones, escuchamos lo que había pasado y veíamos dónde hacer enfoque. Por ejemplo fue una casa asistida y no sé vinculó con nadie, se quedaba en su pieza entonces esa retroalimentación para nosotros poder trabajarlo.
- 14) No sé cómo llamarla, pero por ahí el desconocimiento de los demás profesionales en el trabajo que hacemos nosotros como Kinesiólogos, que creo que es una responsabilidad nuestra, por eso creo que fue uno de los impulsos para crear la asociación. Otra de las barreras a veces son cuestiones arquitectónicas, en el lugar donde yo trabajo no me dan un espacio como para poder realizar las actividades. Son varias las barreras, pero creo que ninguna nos tira abajo. Siempre hay algo para hacer.
- 15) Para mí el principal facilitador es la formación, más que nada en el estudio de pregrado que están haciendo ustedes. Abrir un poco las cabezas desde la formación, en la práctica también, en las prácticas preprofesionales.

Entrevistado/a 5:

- 1) En la parte de internación, porque es en la parte que más me desempeño, el enfoque de tratamiento es más que nada a masoterapia y elongaciones tanto activas como pasivas, y después lo que hemos hecho también es un poco de fisioterapia en caso de que hayamos contado con un aparato de fisioterapia.
Lo que hacemos mucho es la escala para la polineuropatía, porque por lo general recibimos pacientes con polineuropatías desde terapia, y a partir de ahí evaluamos escala de ASIA si el paciente es lesionado neurológico o secuelar neurológico, y de ahí planteamos el tratamiento. Si prescribimos ejercicios sobre todo porque cómo ahora estamos yendo a sala además de Intermedia, ahí prescribimos ejercicios en el día además de que vayamos nosotros, pero pocos y simples. La elección depende del gusto y lo que necesite el paciente, de lo que le esté cómodo para hacer y si realmente tiene ganas de hacer.

- 2) En realidad en esto de que el paciente se sienta cómodo de hacer el ejercicio que le guste, que le llamé la atención, que le convoqué, no algo que no le incentiva no le gusta siente que no sirve para nada. Muchas veces los ejercicios están enfocados en actividades de la vida diaria que va a tratar de llevar en la internación misma como por ejemplo ir al baño, si va al baño, bueno, que se bipedeste, que se sedeste. Pero si, siempre tenemos muy en cuenta lo que le gusta y tenemos muy en cuenta cuando no tiene ganas de hacer ejercicio, respetamos eso.
- 3) Las sesiones son la cantidad de veces que vamos al hospital, que son 4. Y no tenemos un tiempo límite predeterminado, no puede pasar más de 40 minutos.
- 4) Lo que hacemos con el modelo biopsicosocial que es el de la OMS, tratamos de meter lo subjetivo del paciente, es decir, si nosotros podemos interpretar nuestra propia subjetividad vamos a poder reconocer al paciente no como un paciente mismo sino como una persona que es un sujeto de atención. Cuando hablamos de sujeto, vamos a tener en cuenta todo su sentir, sus sentimientos, si durmió o no durmió, si vio o no vio a la familia. Nosotros a eso lo tomamos como contexto de la rehabilitación.
- 5) Si, siempre explicamos, no solamente de dónde proviene su dolor, sino nos presentamos y lo que vamos hacer, le contamos, ahí negociamos un poco lo que vengo respondiendo en las preguntas anteriores. Siempre y cuando el diagnóstico pueda ser contado, por orden del equipo médico. Nos ha pasado que por ahí el diagnóstico es muy agresivo o muy terminal, nosotros no podemos decirle lo que le pasa pero sí podemos decir esto te duele porque estás mucho en cama, porque no te moves, porque te necesitas sentar y eso.
- 6) Todo el tiempo la modificamos, porque como tomamos como contexto, o sea cuando vos hablas de biopsicosocial no sólo lo biológico cómo modelo médico hegemónico, sino que estamos tomando toda la subjetividad, que esa subjetividad también es un contexto, es decir, había una paciente actualmente está internada en el hospital hace 6 meses y medio, no tenía ropa, entonces el compromiso también es ir a buscarle ropa a la cooperadora del hospital, llevarsela y eso me parece que entra dentro del contexto biopsicosocial y no solamente generar la terapéutica kinésica, me voy y no me importa si le duele o no le duele, o no diferencio lo que hay que hacer con lo que no hay que hacer.
- 7) Es un contrato, cómo el psicólogo hace el contrato con el paciente. Un contrato, no en términos mercantiles, sino en el saber negociar y que la escucha del otro sea parte del tratamiento, esto que venimos diciendo. "Yo este ejercicio no lo quiero hacer porque me da miedo" y le da miedo, no importa si realmente le da miedo o no,

nosotros no vamos a ir a evaluar si está mintiendo o no, nosotros vamos a tomar su sensación de miedo como parte de la terapia, entonces no lo vamos hacer hoy, lo vamos a intentar mañana.

- 8) No, no lo creo. No creo que tengan la habilidad de controlar el síntoma. Porque el síntoma es totalmente subjetivo, si alguno le dice te duele, sí, del 1 al 10 cuánto te duele?, 9. Yo me tengo que quedar con esa escala, no hay una especie de mentalismo acá.
- 9) Si, nosotros lo hacemos un poco más implícito en la rehabilitación. Yo creo que sí, en lo único que no estoy a favor es lo de controlar el síntoma. Sí uno puede controlar el tratamiento, yo creo que el Kinesiólogo no es el que rehabilita al paciente, sino que el paciente se rehabilita cuando el Kinesiólogo le da la postura de ser activo y no pasivo, y nosotros empezamos a ser como meros guías, si él no se quiere rehabilitar o no quiere llevar a cabo el tratamiento, no lo va hacer.
- 10) Yo la idea que tengo es que si le dejas prescripto ejercicio y el paciente lo termina haciendo ahí hay un autocuidado, porque hay un interés por querer estar mejor, querer ser parte de su tratamiento. Hay mucha gente que no, no lo hace, que la Kinesiología no le interesa cuando está en internación, y bueno no hay mucho autocuidado ahí. De hecho el autocuidado viene de una teoría de una enfermera, esto del cuidado del paciente a consigo mismo, pero sí, a veces se cumple y a veces no, según la voluntad del paciente.
- 11) Todo. Es lo que venía diciendo antes, si le duele le duele, y no va a predisponer, que se yo. Kinesiología no es solo movilizar secreciones, o aspiraciones, también es si ese paciente no se puede comunicar mediante lo verbal, porque tiene una afasia en el área de Broca o Wernicke, hay que tratar de ver cómo cognitivamente se estimulan esas áreas y nosotros lo podemos hacer a eso, y es psicológico. Obviamente no tenemos competencia para trabajar con lo inconsciente o subconsciente, nosotros trabajamos con lo consciente. Pero digo, en este afán de lo cognitivo que es parte de lo psicológico, podemos trabajar un poco, o al menos para que se logre la rehabilitación de ese día.
- 12) No. Sí trabajamos con la familia o con el cuidador, porque lo que pasa en el hospital hay mucha gente que no están acompañados por su familiares y Trabajo Social le otorga una persona y trabajamos con esa persona. El que está con la familia, esto lo traigo un poco de mi experiencia en el HECA, lo que se llama trabajo de familia activa... Es decir que la familia también se comprometa y se involucre en la rehabilitación de su familiar.

- 13) Generalmente fueron positivas, me parece que cuando uno le da lugar a lo que siente el paciente, a cómo durmió, si sus hijos fueron o no fueron, si sus nietos lo llamaron, cambia totalmente la predisposición a la rehabilitación, pero sustancialmente. Están más animados, más contentos, lo cuentan. No he tenido contrapuntos con los familiares o con cuidadores, quizá no en el ámbito hospitalario, quizá si en el ámbito domiciliario, en esto de que por ahí la familia presiona al Kinesiólogo cuando no ve resultados en un determinado tiempo.
- 14) En realidad lo que encuentro es que no todos los Kinesiólogos tienen el enfoque biopsicosocial porque no lo hemos visto en teoría en la facultad. Y acá es una apreciación totalmente mía y me hago cargo, que yo al haber estudiado las didácticas, mucho de lo didáctico es psicológico y después la psicológica, eso me hace poder ampliar un poco más el espectro de rehabilitación, pero me parece que sea una carrera biológica, no tiene que ser menos importante ni psicología ni antropológica ni filosofía, porque estamos trabajando con personas, entonces estás trabajando con un sujeto y a ese sujeto le pasa algo, no es una carne de cañón a la que uno va hace la terapéutica y se va... básicamente porque no somos cirujanos.
- 15) Si, los teóricos esos son los facilitadores. El teórico y el ir haciendo red con otras personas que toman el modelo biopsicosocial, no tengo experiencia en internación privada pero si en el HECA cómo parte de la cátedra de semio quirúrgica y esto lo intente replicar en el Centenario, si lo tomamos como parte de la terapéutica. Tuve facilitadores porque tuve docentes que me facilitaron o me hicieron conocer el modelo biopsicosocial. Pero previo a eso, sabía que la OMS dice que es un equilibrio biopsicosocial, y para terminar, creo que eso no se logra nunca, nunca hay un equilibrio entre las tres artistas, siempre hay algo que, en nosotros mismos, no en pacientes internados o a los que va uno al domicilio, me parece que en la vida diaria nosotros no tenemos un enfoque de equilibrio biopsicosocial. No social en este país donde, particularmente en Rosario que hay mucha inseguridad, eso repercute en lo psicológico a qué uno tenga mucho miedo, y eso también se traduce mucho a la rehabilitación y hay que tenerlo como contexto.

Entrevistado/a 6:

- 1) Los abordajes los enfocamos desde la práctica basada en la evidencia. La práctica basada en la evidencia tiene tres aspectos que tienen que estar, que incluyen la evidencia científica actual disponible y de alta calidad metodológica, a la expertis del profesional y a los valores y principios del paciente. En base a esos tres puntos

planteamos el tratamiento. Generalmente desde el punto de vista de lo musculoesquelético la mayoría de las recomendaciones son la educación o el asesoramiento del paciente, el ejercicio físico como las dos primeras líneas, y en algunos casos por mi expertis y demás, lo que es la terapia manual. Esas tres grandes cosas, educación, ejercicio y terapia manual. Después obviamente por las preferencias del paciente o no, por el periodo del paciente y tipo de patología y demás se ve se le informa al paciente y se toma una decisión compartida, y centrada en el paciente.

Primero la anamnesis y por lo menos las evaluaciones clínicas, ortopédicas y de test. Y luego un enfoque utilizando escalas auto validadas de lo que tiene que ver con lo psicosocial. Escalas para evaluar el dolor, la funcionalidad y aspectos psicosociales del paciente, eso dentro de la anamnesis viendo lo que el paciente dice y el cuadro clínico uno opta por cual de estas herramientas va a utilizar o test clínicos va a usar.

Utilizo ejercicios, la elección depende del paciente, de la clínica, del diagnóstico, de la etapa en que esté y también de otros aspectos, hoy en día tenemos como tres subgrupos de ejercicios terapéuticos. Uno de ellos más actual con el modelo biopsicosocial, que tiene que ver con las conductas y comportamiento del paciente, si tiene miedo a hacer algún movimiento el ejercicio tal vez en ese caso esté más en línea con una exposición gradual, si el paciente tiene una patología que afecta más la fuerza o la resistencia y no tiene ningún componente psicosocial en relación al movimiento, se hace un plan de tratamiento más dirigido a la fuerza. Dependiendo del paciente y de lo que uno quiera trabajar, incluso se pueden combinar. O ejercicios de estabilización o segmentarios, si hay inhibición de alguna musculatura específica o está en una etapa de postqx o tiene miedo al movimiento, a lo mejor se pueden combinar esos dos modelos. Empezar con ejercicios de estabilización y lo va exponiendo gradualmente al movimiento, si es un paciente deportista que ya está saliendo trabajar potencia y otras cualidades físicas.

- 2) Las tres que nombramos antes. En vista de cómo va el modelo biopsicosocial te diría que la que no puede faltar es la educación y el ejercicio. La terapia manual hoy en día es la menos importante de las tres que te nombre. La educación y asesoramiento está siempre, y el ejercicio también lo terminamos utilizando. Creo que tienen que estar las tres conjugadas. La terapia manual por esta cuestión del tacto y de lo que significa el contacto físico, también por una cuestión cultural y social que el paciente está acostumbrado a que lo toquen, va al Kinesiólogo y dice que no lo tocan es medio raro, o si se acuesta y le meten un aparato. Pero

intentamos que sea una rehabilitación más activa, y de alguna manera educar al paciente para que la pueda llevar a cabo y que entienda lo que está haciendo y demás. Y también esa educación en el último tiempo ha cambiado un poco, ya no es una educación biomédica de explicar al paciente el tipo de lesión o de la anatomía, sino un poco más cómo puede impactar en su funcionalidad en su dolor otros aspectos un poco más amplio y no solo la lesión en el tejido.

- 3) Va a depender mucho del diagnóstico. Por ejemplo un cruzado ya están más estipulados los tiempos un poco más o un poco menos son meses, y un desgarró un par de semanas. Y por otro lado tenés pacientes con dolor musculoesquelético crónico que ahí necesitas más un equipo interdisciplinario y muchas veces lleva hasta años. Siempre uno intentando que no sea una relación de dependencia con el profesional, pero hay cuadros que son complejos y necesitan que la persona de alguna manera siga siempre en tratamiento, no necesariamente que venga al consultorio un montón de sesiones pero al ser crónicas y ser fluctuantes los síntomas. Puede ser una rehabilitación que dura semanas, meses o años dependiendo la condición. Cantidad de sesiones generalmente no más de dos sesiones por semana, que también es una cuestión social instalada, que incluso los médicos mandan a los pacientes a hacer sesiones todos los días y la mayoría de las veces no es necesario. 1 o 2 veces por semana como mucho y la idea es que sea cada vez menos presencial y que el paciente venga para consulta o avance en alguna etapa o para alguna duda o supervisión.
- 4) Primero no quedarnos en lo que históricamente nos hemos formado que es evaluar un tejido, un hueso, un ligamento y proponer protocolos estandarizados, sino pensar que tenemos enfrente una persona y que lo que la pueda estar afectando que la trae a la consulta, incluso muchas veces, no tiene que ver con el tejido. Entonces desde ese punto de vista uno ya toma escalas o incluso hace preguntas que ampliarían el marco de abordaje que no tiene que ver solo con te duele cuando te agachas o cuando levantas peso, incluso explicar desde la educación no lo que tiene en el tejido sino abordar al paciente desde todos los aspectos psicosociales, centrada en el paciente en la rehabilitación.
- 5) Si, eso ha cambiado mucho y más cuando hablábamos de lo musculoesquelético crónico. Si bien en un postqtx o lesión aguda es más fácil explicar y siempre volvemos a caer en el modelo biomédico. En pacientes con dolores crónicos esa linealidad que muchas veces nos simplifica o que generalmente se le da al paciente que le duele porque tiene un proceso inflamatorio o algo agudo, ya no cierra ese discurso. Y lo que se está utilizando mucho es, tiene diferentes denominaciones,

pero como intervención educativa lo que se denomina educación en neurociencias del dolor o educación del dolor. Y ahí tiene un abordaje que tiene que ver más con lo biopsicosocial. Si la utilizo y lo hago desde ahí.

- 6) Si creo que hay una cuestión de cuando hablamos de esto psicosocial que está en auge. Es primero delimitar el quehacer del Kinesiólogo, el alcance que tiene el Kinesiólogo. A veces hay pacientes que vienen con dolor crónico y cuadros de depresión importante u otros cuadros específicos que requieren un tratamiento por otro profesional. Por lo menos poder identificarlo y de ahí muchas veces hacer una interconsulta con otro colega.

Después lo que le puede servir al Kinesiólogo es cuando hablamos de cuestiones comportamentales que tienen que ver con los cambios de conducta del paciente por información erróneas, por miedo, entonces creo que ahí poder identificarlas y en base a eso abordarlas. Siempre lo que hace el Kinesiólogo es el movimiento no?... Entonces cómo entraría ahí, si yo quiero que una persona se mueva y haga ejercicios y tiene miedo porque el médico le dijo o un familiar, otro colega que agacharse le va hacer mal, tendré que primero saber eso y no indicar un ejercicio por indicar, "hace sentadilla y levanta tal peso" si el paciente cree que eso le va hacer mal y no lo hable previamente o no lo va a hacer o lo va hacer en forma inadecuada o va a estar hipervigilante a ver qué le pasa, y eso puede condicionar su experiencia. Es fundamental reconocer eso para después abordarlo desde la educación e ir exponiendo gradualmente a ese paciente, mostrándole que no es algo tan agresivo que lo puede hacer y en base a eso ir progresando.

- 7) Sabemos que el ejercicio en estas condiciones de dolor crónico es fundamental pero una de las deficiencias que tenemos es la adherencia al ejercicio. Una. Hay muchas causas por el cual los pacientes no adhieren, una probablemente pueda ser una falta de alianza terapéutica con el terapeuta o Kinesiólogo en este caso. Tratar de generar por medio de la empatía, buena comunicación, comunicación asertiva y etc, va ayudar a esa mejora en la alianza terapéutica y eso va a impactar en los resultados clínicos porque el paciente va a confiar en lo que le estamos diciendo, va a querer hacer los ejercicios, va a entender la importancia que tiene hacer el ejercicio. En vez de decir hace 3 de 10 o hace en tu casa y no le explicamos nada, el paciente no sabe, tiene miedo. Creo que es fundamental, va a impactar en los resultados y va impactar en la relación con el paciente y en qué adhiera al tratamiento.
- 8) Si deberían pero va a depender de todo lo que venimos hablando, por eso que es importante, porque desde el modelo biomédico tradicional o lo que se le dice al paciente o lo que el paciente cree, es que el que le tiene que solucionar los

problemas es el terapeuta. Tiene un problema, va al terapeuta lo diagnostica lo trata y lo tiene que resolver la otra persona, y hace que el paciente sea un actor pasivo de tu rehabilitación y el otro, el médico o Kinesiólogo el que lo va a curar. Para que el paciente entienda que él puede controlar sus síntomas y que es parte fundamental del tratamiento, nosotros lo tenemos que educar, explicarle por qué. Pero si mayormente lo puede controlar.

9) Es fundamental el autocuidado pero de vuelta volvemos a qué el paciente a veces no sabe o no cree en la importancia que tiene o que él puede manejar, si nosotros hacemos un abordaje biopsicosocial, explicamos al paciente cuál es la importancia, cómo lo tiene que hacer, le damos pautas claras, ponemos objetivos, re-evaluamos y demás, eso ayuda. Si nosotros no hacemos ese proceso y no hacemos adecuadamente ese proceso el paciente no lo va a poder manejar. Pero creo que todavía está ahí ese cambio de paradigma en el cual tanto el médico como el kinesiólogo tienen que entender un poco eso. Si el médico le dice que tiene que hacer tanta cantidad de sesiones y el paciente tiene que hacer lo que el médico le dice, y el kinesiólogo hace lo que el médico dice y los ejercicios son solo en el consultorio y con el kinesiólogo, estamos complicados. La educación al paciente es fundamental pero también educarnos a nosotros los profesionales para entender este cambio y llevarlo adelante con el paciente. Porque sino el paciente sigue creyendo y lógicamente porque es lo que le dicen, que el diagnóstico es tal y el médico le dice al kinesiólogo lo que tiene que hacer y la tarea del kinesiólogo es recuperarlo y listo. En Argentina, nosotros no somos profesionales de primer contacto, entonces el paciente ya viene derivado con una información de un profesional de la salud, que incluso socialmente y culturalmente tiene como un estatus más alto que el nuestro. Tratar de educar o de cambiar eso al paciente, cuando antes ya tiene una información que a veces valora más que la nuestra es difícil y hay que tener cuidado ahí. Si no queremos que el profesional no se ofenda o que el paciente no los crea y deje. Está buena la cuestión de la interdisciplina para ir limando algunos conceptos para que el mensaje sea más unificador. El tema que todavía ese pasaje de paradigma en algunos profesionales está muy arraigado el modelo biomédico tradicional, ortopédico o mecanicista.

10) Primero se lo educa para que sepa la importancia de hacer ejercicio en la casa, y lo que yo utilizo a veces es mandarle información de educación, utilizando powerpoint o clases, algo dirigido a lo que el paciente entendemos que le interesa o no entiende. Antes la educación en neurociencias se daba como con tópicos o temas puntuales que a veces la persona no entendía y eso no generaba adherencia. Pero

una vez que se hace ese tipo de intervenciones y se dan los ejercicios y se supervisa, después se pasan esos mismos ejercicios por Whatsapp, para que los tenga de apoyo y obviamente tener una vía de comunicación que sea abierta para lo que necesiten, creo que eso ayuda.

- 11) El dolor es multidimensional, no se puede disociar. En la misma definición se habla que es una experiencia subjetiva emocional y sensorial desagradable... a partir de ahí influye, depende de cada paciente, hay pacientes que influye más y otros influye menos, y por eso es que hay que valorarlo y ver en qué punto su dolor tiene un componente, más emocional o más físico, y cuanto le está afectando eso, para evaluarlo y hacer una intervención desde el punto de vista kinésico nos ayuda al movimiento y demás, y si realmente necesita otro profesional poder hacer esa derivación.
- 12) La verdad es que probablemente esa sea la carencia más grande mía, y del modelo biopsicosocial. Han salido algunos trabajos hace poco, hablando sobre que lo social es un poco lo olvidado. Antes se enfocaba a lo físico y ahora a lo psíquico, y lo social tal vez es lo menos explorado. Meterse en esa dinámica de familia, laboral, a veces nos metemos en el trabajo pero por cuestiones ergonómicas, o por cuestiones de carga. Pero cómo impacta en su familia, en su trabajo, desde el punto de vista social de las relaciones, poco. Y desde el punto de vista personal diría que es lo que uno menos hace y debería valorar.
- 13) Positivas, lo cual no necesariamente se refleja en resultados clínicos.. de porque ahora hacemos este abordaje todos los pacientes andan bien, no. Pero si creo que, ha ayudado como profesionales a entender cuestiones que van más allá de lo físico en el dolor, porque hay cuestiones de dolor crónico que no se explican netamente por lo físico, entonces eso genera angustia al paciente, angustia al profesional. Me han pasado los primeros años de esa angustia, esa cuestión de decir.. “che, pero estoy haciendo algo mal yo”, o el diagnóstico, o siempre estar pensando alrededor del tejido. Cuestiones que angustian porque uno no termina de comprender. Y el modelo biopsicosocial nos ayuda a entender esas cuestiones desde otro punto de vista, he incluso abordar, hablar de esta cuestión de la incertidumbre. Entender un poco desde ahí, hablar de esta manera con el paciente... porque sino el paciente también espera que el médico o kinesiólogo tenga todas las respuestas, que a veces no las tenemos, y a veces depende de cómo uno lo transmite puede ser algo negativo para el paciente, entonces nos respaldamos en estos diagnósticos que a veces no dicen nada, en estas etiquetas que no dicen nada. Pero bueno, a veces hasta al paciente lo tranquiliza, pero muchas veces somos conscientes al menos

hoy, de que ese diagnóstico o etiqueta no nos dice nada de lo que le está pasando al paciente.

- 14) Va desde lo micro a lo macro. Desde la forma de trabajo del kinesiólogo, que todavía está instalado esto de que el kinesiólogo tenga que atender a muchos pacientes a la vez, con poco tiempo. Y eso obviamente es incompatible con este modelo, porque no está el tiempo para preguntarle bien que le pasa a la persona. Después el propio modelo clásico, esto que hablamos, que el kinesiólogo tiene que hacer cosas bien puntuales y nada más... esta técnica, este ejercicio, este aparato y listo... eso hay que modificarlo. La dificultad en el cambio de paradigma, para que el paciente no venga con un diagnóstico de un médico que diga que eso es lo que hay que hacer. Salir del consultorio de lo kinésico puro, las cuestiones de tiempo, espacio, de trabajar para un lugar donde tenes que ver muchos pacientes, esa es una limitante básica que hay que romper, que depende en algunos casos del Kinesiólogo, en otros del lugar donde trabajamos, y del modelo que te decía antes. Si los médicos o los sanatorios, siguen trabajando de esa manera, el kinesiólogo lamentablemente ahí, si quiere hacer un trabajo adecuado desde el punto de vista disciplinar, tiene que dejar de trabajar ahí, y eso a veces eso no se puede porque necesitamos trabajar. Y una cuestión económica, porque a veces rinde mucho más trabajar con muchas personas a la vez que trabajar con una, no es lo mismo lo que uno puede cobrar en una atención personalizada, contra atender a un montón de personas a la vez. Son decisiones personales que hay que tomar para salir de eso, y a veces hay lugares, sobre todo cuando uno arranca, que le cuesta hacer lo que quisiera hacer. También hay cuestiones políticas y gubernamentales a nivel macro, que se están alentando para lo que es autocuidado y que el paciente sea un poco más independiente, incluso también se ve reflejado en la prescripción de la medicación, de estudios de imagen innecesarios, todo eso genera costo elevado y también hay una realidad y es que estos cambios, más allá de que desde la evidencia se pueda demostrar que son efectivos, siempre hay alguna cuestión económica dando vuelta que hace que los sistemas de salud, la prepaga gaste más, y una forma de minimizar eso es minimizar lo que es la atención de bajo valor. Hay algunos modelos, medios capitalistas, que intentan hacer una atención basada en valor y premian al terapeuta por resultados y no por atención. Mientras menos sesiones uno haga, más efectivo sea y demás, y los resultados sean positivos, eso lo valora la prepaga, el lugar donde trabajamos y el paciente. Si un kinesiólogo muestra en el tiempo que es efectivo, consume menos recursos económicos, las empresas le pagan más, hay un

incentivo ahí al kinesiólogo para generar esto. Son procesos que llevan tiempo, pero muchas veces lo que mueve eso es lo económico.

- 15) Yo creo que todavía falta mucho trabajo en eso, se habla mucho de la interdisciplina y la evidencia, pero después en el día a día todavía lo estamos haciendo bien, tal vez en algunos aspectos en algunos lugares algunos profesionales están actualizados, lo quieren hablar, lo dan en cursos, y en el día a día se dificulta por las limitaciones que te decía antes. Acá (en Argentina) tardamos mucho más que en otros países. En Brasil, o Estados Unidos ya se está aplicando lo que es la medicina basada en valor, ni hablar las guías clínicas. En Inglaterra para que un médico pida una resonancia tiene que justificarlo muy bien, no puede pedirlo porque sí. Acá no, se pide como si nada. Y ya hay mucha evidencia y estudios que dicen que eso no debería ser así. Así que un poco desconocimiento, un poco por cuestiones económicas y un poco porque todavía nos cuesta llegar a ese punto en el cual se trabaje así en clínicas enteras, en hospitales. En los hospitales en Argentina con la carencia de recursos que tenemos, muchas veces podríamos economizar cuestiones dando una atención de calidad y gastando menos. Al paciente le piden una resonancia y se la hacen a los 6 meses, y no tiene sentido, no se la hicieron cuando la necesitaba y es un recurso que no está disponible. Si uno afina bien a quien hay que pedirlo y a quien no, y explicar a la gente... sino la gente se queja de que no le dan la resonancia por los gastos, y a veces es así, pero muchas veces lo que habría que explicar es que no hace falta hacerle una resonancia ahora. Y eso todavía falta un poco de tiempo, pero todo está dado para que de a poco se vaya dando. Hay estudios que también han encuestado a Kinesiólogos, que le preguntan si conocen la práctica basada en evidencia, si utilizan cuanto utilizan, y son muy pocos. Más de la mitad de los fisioterapeutas hacen tratamientos que no están basados en evidencia, entonces ¿por qué pasa eso? probablemente, tenga que ver con las limitaciones que te decía antes. La información está disponible, uno accede fácil, creo que tiene más que ver con las limitaciones del día a día que con el conocimiento.

Entrevistado/a 7:

- 1) Respecto al dolor musculoesquelético, el enfoque va directamente de la mano con lo que es la terapia manual para disminuir el dolor, y yo uso mucho el tema de fisioterapia. También me interpela mucho porque yo soy docente y trabajo dando clases en el área de fisioterapia. Entonces es como que aplico demasiado cualquier

agente de fisioterapia que me ayude al manejo del dolor. En general no utilizo terapias con ejercicios para el dolor, siempre que evalúo el dolor utilizo escala de VAS.

- 2) En general si el dolor está relacionado, ya sea con la parte muscular, yo creo que lo más importante es la terapia manual para resolver esa cuestión muscular, para que pueda resolver el dolor. En caso de que el dolor sea por algún traumatismo o algo relacionado con ese tipo de inconvenientes, lo direcciono más a los agentes físicos, sobre todo crioterapia, termoterapia y TENS. En caso que sea relacionado a la parte tegumentaria, o sea lo que es dermatofuncional, ahí vuelvo de nuevo a la terapia manual porque ayuda un montón en esa área desde mi punto de vista.
- 3) Es re variable, ahí me puedo enfocar un poco más en el consultorio, no tanto en la internación porque hay muchas más variables que están en juego. En el consultorio trato de hacer entre 45 a 1 hora por paciente, siempre atiendo de a uno... hablando de generalidades, trato de hacer una sesión cada día de por medio en lo posible.
- 4) Yo creo que se responde todo con el sentido que le puedo dar. Creo que toda patología, por más que sea traumática o no, envuelve a todos los factores de una persona. Siempre estamos hablando de una persona y que hay un montón de variables que están en juego, no solo una lesión propia sino todo lo que lo rodea, lo que siente esa persona, el entorno, un momento de la vida que esté pasando esa persona... Hay muchas circunstancias o variables como me gusta decirlo a mi, que van a jugar a favor o en contra de la resolución de esa patología. Entonces me parece a mi que siempre es importante poder abarcarlo desde ese lado, contemplando que no es, aplicar o hacer solo una cosa y con eso va a resolver, sino contemplar todo.
- 5) Si, siempre. Me caracterizo por explicar demasiado las cosas... en general lo que hago es, explicar porque muchas veces además el paciente te pregunta, por que quiere salir quiere informarse, entonces en general ya sea por cualquiera de las causas que fuere, trato de explicarle con palabras sencillas para que pueda entender cómo es ese mecanismo de dolor y cómo podemos ayudarlo a resolverlo, o por lo menos a modularlo.
- 6) Siempre cuando yo atiendo a un paciente lo primero y fundamental antes de la sesión es la anamnesis y la evaluación, dentro de la anamnesis uno puede recolectar bastante datos de lo que es el paciente y todo su entorno y su estilo de vida. Entonces muchas veces en la primera sesión o primeras puede ir notando cuáles son las características que influyen en ese paciente y que pueden ayudar o no al tratamiento. Entonces por ahí muchas veces me pasa que trato de poner el ojo

en esas cosas, sobre todo cuando veo que puede afectar negativamente al paciente, y trato de aconsejar, de darle ejercicios o tareas para la casa, o cuestiones que lo ayuden a ir quitando esas variables que no ayudan al tratamiento.

- 7) Sería como un compromiso mutuo, entre paciente - kinesiólogo, y la sesión o rehabilitación que tenga que hacer el paciente. Y me parece que es fundamental en cualquier rehabilitación, o cualquier patología, porque si no pone el compromiso ni el paciente ni el kinesiólogo en cumplir lo que debemos hacer, probablemente el tratamiento fracasaría. Impacta por un lado de forma positiva para el paciente porque se nota el compromiso, al paciente por lo general le gusta que uno esté detrás, que le pregunte, que esté disponible, eso le da mucha tranquilidad, por otro lado a veces podría ser un poco negativo desde el lado del profesional dónde se compromete tanto, que después, estás todo el tiempo trabajando y no, ocupándote de tu entorno biopsicosocial... eso a veces pasa.
- 8) Creo que te podría responder con otra pregunta... que a veces depende de qué síntoma? Y de qué paciente? Porque muchas veces uno lo puede ver desde el lado que un paciente está tan encerrado en que tengo tal enfermedad, me pasa tal cuestión, tengo dolor y se centra en tener dolor y seguir con ese círculo vicioso. A veces yo creo y considero que la cabeza es fundamental en todo tratamiento, entonces si el paciente no puede salir de ese círculo de pensamiento, va a estar complicado el resultado del tratamiento.
- 9) Me parece que el autocuidado es fundamental, el paciente tiene que saber que es lo que le hace bien y que es lo que le hace mal y tiene que tener hábitos saludables... sino va a ser una constante en caer en distintos tratamientos varias veces en su vida. Entonces el autocuidado y ese autoaprendizaje de cuidado personal es fundamental, en cualquier patología y cualquier circunstancia de vida. Si va a estar condicionado en el tipo de persona que tengamos delante, no? Sí uno está centrado en la parte negativa, no va a tener ese autocuidado y ayudarse a uno mismo, pero para mí es fundamental poder hacer ese clic, eso cambia un montón todo.
- 10) En realidad no uso alguna herramienta de apoyo en sí, en general son todas recomendaciones que le hago al paciente, para su vida diaria. Siempre lo relaciono con eso, toda variable que vea que afecta al paciente de forma negativa, trato de explicarle porque le afecta y darle las herramientas para que lo pueda cambiar, pero realmente no uso ningún apoyo.
- 11) Depende del paciente, cómo decía antes, hay muchos factores a nivel cabeza, a nivel mental, a nivel emocional, que nos van afectar y creo que con el dolor,

muchísimo. Pero también depende de la importancia que le da el paciente a esos factores como para que te condicione o no en cuanto al dolor.

- 12) Muchas veces me pasa con elementos o agentes que tienen que usar los pacientes y no lo tienen. En internación yo trabajo en un hospital, entonces muchas veces pasa que no tienen los recursos, en el consultorio si tienen los recursos pero no los elementos, entonces a veces trato de darle la vuelta para ver de qué forma lo podemos conseguir. Por ejemplo, ¿no tenes una pesa? Llenamos una botella de agua, le buscamos la vuelta por ese lado. Más que nada en esas cuestiones.
- 13) Sería cómo me interpela a mí, mucho de eso lo puedo relacionar en la internación en el hospital... y la mayoría de las veces más negativa que positiva, porque ves que hay un montón de falencias y hay cosas que necesitan los pacientes que no tienen. Y por ahí, uno se las puede ingeniar con algunas cosas, pero con otras no. Por ejemplo, en internación que no haya un fonoaudiólogo, yo no lo puedo resolver y es muy negativo para el paciente y el resto de mi tratamiento también. Sobre todo en la salud pública puedo notar esas falencias de forma negativa. Ahora, distinto pasa, y lo puedo relacionar con el sector privado que trabajo... que es mandar un mensaje y conseguirlo. Y eso a mí cómo persona me afecta, me afecta muchísimo porque digo... todos deberíamos tener por lo menos un mismo nivel de atención o el mismo interés porque haya el mismo nivel de atención para todos, y es algo que veo que no sucede.
- 14) Una de las barreras sin duda, es lo económico, la falta de apoyo del Estado. Que yo avalo muchísimo, hay un montón de cosas que se dan, hay un montón de cosas que son posibles gracias al Estado y a la salud pública, la verdad que tiene un montón de herramientas y cosas que no hubieran sido posible en otro momento, pero tiene sus falencias. Sigue teniendo falencias y esas cosas que faltan y que son indispensables, no es que sean detalles. Otra cosa, que veo mucho hoy en día, es la falta de interés por ciertos profesionales del equipo de trabajo... A veces uno se centra en su propio ombligo y ve que falta algo y dice "bue, falta algo y ya" eso lo veo muchísimo, esa falta de interés por el otro. Eso hace también que no nos movilizemos y podríamos llegar a un objetivo, que es llegar a lo que haga falta. Esas son las dos cosas más relevantes que veo en esa cuestión.
- 15) Si, por ahí no considero que pueda decir muchos facilitadores pero uno fundamental es la formación, y la información. Yo no culpo a la gente pero el no saber, a veces hace que no te intereses por el otro. Entonces por ahí la información, o los cursos de formación o lo que sea que pueda ayudar a la gente a abrir los ojos y decir "mira, se

puede hacer esto" y ayuda a la persona, para mí eso es una herramienta fundamental para toda persona, no solo profesional.

Entrevistado/a 8:

- 1) Primero ver la causa del dolor, que tipo y origen es ese dolor musculoesquelético, si viene de una lesión, una lesión de larga data o reciente, en qué estadio está, si es agudo o subagudo y a partir de ahí uno orienta al tratamiento. Consiste en devolver la mejor función a ese músculo, apuntamos a la función. Siempre acompañado de algo paliativo, uno no tiene como objetivo aliviar el dolor nomás porque ya es alto tácito, pero apuntamos a que tenga la misma función que tenía antes. Si es musculoesquelético, la longitud que tenía ese músculo y la capacidad contráctil. Evaluación para el dolor la escala VAS, para ver qué nivel de dolor hay. Después las limitaciones que hay a partir de ese evento doloroso, rango articular y valoración muscular, para ver la fuerza. La terapia con ejercicios siempre que no esté en un período agudo, que no esté dolorido. A veces veo que se dan muchos ejercicios de arranque, si la causa de eso, sea por ejemplo tendón, o músculo fue por sobrecarga, no lo atacamos con carga, tenemos un periodo que hacemos terapia manuales, algunas cosas pasivas. Pero no sé ataca directamente con ejercicios, depende que esté en una etapa de franca mejoría y ahí se empieza a potenciar.
- 2) Lo más importante es lo que hacemos con nuestras manos, y en segundo plano, las recomendaciones que damos para el hogar. Ya sea cuestiones posturales, estiramientos o cosas que puedan hacer de forma autónoma. Pero para mí lo más importante es la intervención directa que tenemos con nuestras manos, terapias en el momento. Yo trato de adaptarlo a la parte musculotendinosa porque trato musculotendinoso pero son los menos, en acupuntura hay puntos para músculo/tendón y depende mucho del origen si se acompaña de algo emocional, hay muchas cosas que se tienen en cuenta que en el método convencional no se tienen.
- 3) Uno nunca estipula un máximo, de hecho ahora ya están instruidos los médicos para no dar un número de sesiones, sé que en el sistema privado con las obras sociales y todo, te ponen que se autorizan de a diez. En general en el sistema público se da lo que se haga falta, después de la pandemia quedó eso, a veces hacen falta 5,10, 15 sesiones lo que sea. En el caso mío de acupuntura son una sesión semanal máximo. Y en unas 5 o 6 sesiones ya se ve alguna diferencia, a veces menos

incluso. Pero depende del tipo de patología que tenga, si es crónico o no, si tienen dolencias de hace 10 o 20 años que le duelen todo el cuerpo, ya es arrancar un partido 6 a 0 abajo y es muy difícil de remontar. Y tampoco uno quiere quedarse solo con hacer algo paliativo, una curita y que se vaya a la casa porque sino va a volver siempre, y no es la idea que perdure en el tratamiento toda la vida.

- 4) Es importantísimo conocer la historia del paciente y que momento de su vida está. Por lo general se desestima y la parte emocional es importantísimo, tomarlo como un todo, no tratarlo como una patología. No llamarlo como que "ahh ahí viene el desgarró" no, hay que contemplar el todo, los hábitos y el estilo de vida que lleva y escucharlo sobre todo. Muchos van a hacer una descarga y esa descarga produce un alivio general. Si vamos al método científico, esa descarga emocional libera endorfinas y siento placer o alivio... bueno, importantísimo ver al paciente como modelo biopsicosocial. No aislar una patología o dolencia nunca. Después podemos hablar de subjetividad y de cómo nos maneja el poder que tiene frente al paciente, hay un montón de cosas interesantes.
- 5) Siempre porque a veces quiere saber el paciente y además debe saber. Debe saber cuál es el posible origen de lo que está padeciendo, la mayoría lo pregunta incluso... ¿Che y esto por qué? ¿Hice tal cosa? Bueno, eso pasa porque tal tejido se carga entonces el cuerpo responde... siempre, al menos en mi caso siempre he explicado cuáles son las causas o posibles causas, las modificaciones estructurales que van sufriendo los tejidos.
- 6) Modifica todo, radicalmente. El estado anímico del paciente, cómo repercute en el éxito del tratamiento, o en una técnica aplicada, es radical. Siempre digo, más allá de que la técnica sea específica para la técnica que se trate, no importa lo fino en realidad. Si por supuesto, para eso estudiamos, que se haga para ciertas cuestiones, ciertas técnicas que los dedos y las tomas van en ciertos lugares... pero lo más importante no es donde va el dedo sino la seguridad que nosotros le demostramos al paciente y que estamos diciendo que con eso va a mejorar. Está prohibido prometer, pero esa promesa implícita de mejoría que le damos, es lo que más vendemos y lo que más compra el paciente. Y cuando confía que va a mejorar, y si uno convence al paciente de que lo que le hacemos le decimos que va a mejorar, el 90% de un síntoma se resuelve.
- 7) Que el compromiso no sea unidireccional, que no sea de solo el Kinesiólogo al paciente, sino a la inversa, que sea responsable con el tratamiento que se da, por eso depende el abordaje que tenemos con el paciente, nosotros confiamos en que no le va alcanzar lo que nosotros hacemos un ratito o por día o a la semana... Es un

compromiso que tiene que tomar él para mejorar en general, en la condición que esté cursando o la patología, de hacernos caso o seguir las recomendaciones día a día, eso es importante. Que esté involucrado en el tratamiento que se está haciendo y lo haga con ganas, si lo hace sin ganas disminuye la tasa de éxito.

- 8) Algunos sí, algunos tienen capacidades. Depende del tipo de paciente y cómo va a buscar la ayuda, hay muchos que van y se exacerbaban los síntomas cuando están frente de uno, quizá a veces piensan que es mejor como que uno va a hacer otro trabajo porque tienen más dolor, o porque le voy a dar más bola o hacer más hincapié o escucharlo más, y yo escucho a todos por igual. Pero cuando no te conocen, muchas veces exageran el síntoma, y muchos tienen el poder de controlarlo de decir en realidad no es tanto dolor es una molestia, lo dibuja con otras palabras, y ya sabes que no es algo tan inhabilitante.
- 9) Es importantísimo el autocuidado, es lo que es rehabilitación primaria que es prevención. El autocuidado evita llevar a una lesión, por eso depende del paciente que se conozca a sí mismo, que respete sus limitaciones, ya sea por las actividades que desarrolla, acorde a la edad, intensidad y a lo que le gusta. Tiene que hacer lo que le gusta pero es importante que sepa hasta dónde puede llegar, se proteja a él mismo y haciendo prácticas que a veces son odiosas como la elongación. Sí uno le puede inculcar al paciente ese hábito, de antes o después del ejercicio hacerlo, de la forma correcta, con los tiempos que corresponde, es lo ideal. Hay muchos pacientes que agradecen que uno le haya enseñado a hacer tal cosa y te lo responden con el tiempo. Es fundamental el autocuidado, y disminuye la cantidad de consultas kinesicas.
- 10) El apoyo del autocuidado fuera de un tratamiento convencional, del consultorio lo doy con mis pacientes. No en el ámbito público cuando la atención es masiva y es distinto. Pero en el privado sí, todos mis pacientes tienen mi número de teléfono, mi contacto y yo les digo que no duden en llamar o consultar cualquier dolencia nueva o dudas ante realizar un ejercicio como un estiramiento. No tengo problema en mantener ese vínculo constante, no solo dejar la consulta en el consultorio sino estar constantemente apoyándolo.
- 11) Relacionado a lo que te dije antes un 90%, el dolor, hay estudios de dolor que nunca se puede cuantificar de manera correcta, el dolor cambia con la diferencia de edad, de sexo, de religión, de raza, diferencia en la experiencia que tuvo uno con el dolor, muchas personas lo viven de forma distinta. Y no hay que subestimar de alguna forma el dolor del paciente. Yo he conocido colegas que retan al paciente porque le dolía mucho un dedo... "vos qué te quejas del dedito el que se tiene que quejar es el

tipo que no puede caminar" y no, todos los dolores se viven de forma distinta, y aflige mucho a la persona, entonces no podemos minimizar ningún dolor. Si por dentro nosotros sabemos que si le duele una interfalángica no es lo mismo que te hayan cortado una pierna, ya lo sé. Pero el paciente no sabe la diferencia, porque no sé la cortaron, entonces lo vive de acuerdo su estado anímico y la experiencia que tuvo de dolor.

- 12) En un equipo transdisciplinario, es el modelo más moderno de todos, hace tiempo que existe conceptualmente, no se aplica, es muy difícil. Está el interdisciplinario, el multidisciplinario, siempre el que decide es el médico por más que funcione como equipo. Y el transdisciplinario es el que incluye el entorno directo del paciente, cualquiera que tenga que ver con su familia lo involucra, sea familia directa, amigos, eso ayuda a que sea más exitoso el tratamiento y a prevenir. Hoy en día es muy difícil, sobre todo en ámbito público, involucrar a la familia. Hemos tenido pacientes con esclerosis múltiple en estadios avanzados que iban solo a la consulta, por ejemplo, el último caso que tuvimos, el marido no acompañaba a la paciente a la sesión porque la siesta era sagrada. Entonces imagínate qué nivel de mejoría o ánimo puede tener el padeciente, si de alguna manera el entorno familiar le da la espalda. Es importante intervenir en lo social, difícil de cumplir pero importante.
- 13) Positivas, y me di cuenta por la retroalimentación que me da el paciente. No escatimar la información y las recomendaciones. Y es importante ver qué relaciones tiene y el lugar, porque a veces juega en contra que haya involucrado gente del entorno.
- 14) En general los tiempos, en la práctica diaria es eso. Yo con mi especialidad no, en mis sesiones estoy en acupuntura una hora y media, psiconeuroacupuntura dos horas con cada paciente. Y hoy en día yo sé que, por todo esto que se ha hecho con la profesión, una cuestión de trabajo masivo que se hace, que se atienden 10 pacientes a la vez porque no te alcanza a cubrir, porque los arreglos son muy malos. Porque está muy subvalorado el profesional de salud en general, en el país. Es muy difícil, además de estar tratando al paciente, estar haciendo toda la parte instruccional al ámbito de él, es muy difícil porque no dan los tiempos. Y otras barreras se pueden presentar en no todos los casos, que es la colaboración que pueda tener el paciente. Depende del objetivo del paciente, hay muchos que vienen a la consulta porque tienen un certificado para no trabajar u otras cosas, salvo los pacientes que si se quieren curar y hacen todo lo posible, e involucra y compromete realmente.

15) No hay facilitadores. Si uno lo piensa por uno, yo me creo un facilitador para que eso suceda. Pero después externamente a la relación directa que hay entre kinesiólogo y paciente, no hay un facilitador, no hay nada que tenga que ver con el ámbito legal que comprometa al paciente si o si para que se considere todo el entorno donde vive. Podría haber promoción de la salud en otros ámbitos, y se podrían pasar las mismas recomendaciones para involucrar o hacer caso al profesional de la salud, en un montón de lados, se podría para tentar al paciente que se involucre. Pero más que uno mismo, me parece que no hay facilitadores, la verdad tendría que pensarlo más, pero a simple vista no creo.

Entrevistado/a 9:

1) Haciendo enfoque a mi ámbito laboral que es la terapia intensiva, nos vamos a encontrar con muchos pacientes con polineuropatía del paciente crítico, mi enfoque va a disminuir el dolor y ganar rango articular, fuerza muscular, para poder insertar nuevamente en su vida habitual. El corto tiempo que yo lo tengo, en el agudo, y en caso de ser necesario desde una terapia intensiva o desde un efector vaya a un centro de rehabilitación, es tratar de que esté en las mejores condiciones para su próxima rehabilitación, en un centro correspondiente.

Utilizamos escalas desde la escala de Kendall para fuerza muscular, MRC o lo que dan en clínica para evaluar si tenemos polineuropatía del paciente crítico, que es agarrar tanto miembro superiores como inferiores, pedirle cinco movimientos y dentro de esos cinco se evalúa la fuerza muscular y de ahí se determina según el valor si tiene polineuropatía o no. Pero en realidad eso es un dato, porque nosotros vamos a rehabilitar y vamos a tratar de que el paciente llegue lo mejor posible. Si está en ventilación mecánica y está bajo efectos de sedoanalgesia, hacer movilización pasiva para evitar rigidez de las articulaciones y en el caso de que el paciente ya está despierto y colaborador, aunque no pueda completar rangos, hacer movimientos activo asistidos, activos en el caso que lo pueda hacer, sedarlo al borde de la cama, sacarlo de la cama y sentarlo en un sillón. Porque nosotros queremos que el paciente cuando ya está lúcido y la parte hemodinámica lo permite, esté el menor tiempo posible en cama.

2) Es muy acotado lo que nosotros podemos hacer desde lo motor en una unidad de terapia intensiva. Si en Intermedia o en piso. Es todo un escalonamiento que hacemos del paciente, por ejemplo, cómo te decía en la unidad de terapia intensiva podemos hacer movilizaciones pasivas, activo asistidos, sedarlo. En caso de que

el paciente pueda pasar a una Intermedia, ya empezar a bipedestarlo, caminar. A veces el paciente camina conectado a todas las bombas y los medicamentos que tiene, obviamente con el aval del médico. El médico nos da a nosotros el permiso para poder movilizarlo. Y en base a eso, todo lo que el paciente pueda realizar, evaluarlo, evaluarlo todas las semanas. Nosotros también trabajamos mucho con la rehabilitación respiratoria, podemos pedir volúmenes pulmonares, pimax, pemax, para saber si el paciente que estuvo en ventilación mecánica es capaz de respirar x si solo, si tenemos un paciente con cirugía cardiovascular también, los pacientes con cirugía a nivel torácico tuvieron lesión de músculo sobre todo a nivel respiratorio y van a caer mucho los volúmenes pulmonares. Entonces a veces toda la parte motora va a estar bien porque el paciente llegó caminando al sanatorio pero va a tener afectado la parte respiratoria. Así que hacemos incapié en eso para poder ganar esos volúmenes y que el paciente después pueda por sí solo movilizar secreciones y prevenir infecciones respiratorias.

- 3) Cómo unidad de cuidados críticos o como Intermedia, se los ve de lunes a lunes y se los ve en dos turnos mínimo. Es decir por la mañana o por la tarde mínimo, y en el caso de que el paciente requiera más, se hacen las visitas. En la terapia intensiva estamos con el paciente al lado, entonces muchas veces a la mañana lo sentamos al borde de la cama, sentado podemos trabajar la parte respiratoria, lo volvemos a acostar. A la tarde volvemos a sentarlo y lo demás, y si vemos que está bien y la parte hemodinámica está estable y todo, bueno en ese momento probamos bipedestarlo. En la terapia intensiva no se puede caminar porque no pueden estar deambulando para evitar contagios. Pero en una Intermedia sí, que camine, sentarlo y pararlo para simular una sentadilla, ejercicios antitrombóticos cuando el paciente no tiene criterio de sentarse porque está muy hipotenso o demás, se dan ejercicios antitrombóticos, se le explican ejercicios para que haga en cama, sobre todo los respiratorios... nosotros hacemos mucho incapié en lo respiratorio. No te puedo cuantificar las sesiones, pero sí a todos los pacientes se los ve dos veces por día de Lunes a Lunes, cómo mínimo, y después viendo la gravedad que tenga, son más sesiones.
- 4) Es un ámbito muy complejo en el que me desarrollo.. porque ves al paciente en la parte aguda, ves al paciente grave, entonces vos vas viendo toda esa progresión hasta poder de nuevo insertarlo en su vida. Nosotros en el hospital trabajamos con trabajadores sociales, y junto con nosotros y los médicos lo que hacemos es, si es paciente no se puede ir a la casa porque quedó traqueostomizado, gastrectomizado, quedó con mucha debilidad y la familia no se puede hacer cargo de ese paciente,

bueno... ¿Cuál va a ser el mejor lugar para que él vaya? ¿Dónde le van a ofrecer mucho más tratamiento desde lo respiratorio o desde lo motor? ¿Va a quedar internado o puede estar en su casa y movilizarse todos los días? O ir a trabajar, eso se acuerda, se hacen reuniones de kinesiólogos, médicos, familiares, la familia se involucra mucho. En caso de que el paciente esté lúcido se habla con el paciente, lo que buscamos es justamente un lugar de común acuerdo, todas las prácticas que se hacen con el paciente se hablan con la familia o se habla con él, nosotros siempre intentamos explicarle al paciente. Te sentamos al borde de la cama, ¿Por qué te estamos sentando? Porque sentandote te ponemos en contra de la gravedad, empiezan a funcionar todos los organismos como corresponde, la parte respiratoria funciona mejor porque el diafragma baja tiene mejor punto fijo para respirar. Siempre explicándole de una manera que el paciente entienda lo que estoy diciendo. Porque si hablo con un vocabulario técnico, el paciente me va a quedar mirando y decir vos sos la que sabes, hacelo. Muchas veces nos han tocado pacientes que se han rehusado a técnicas o prácticas que nosotros queremos hacer, y ahí lo que hacemos es explicar o mostrar evidencia o videos del porque y ahí terminamos en común acuerdo realizando un tratamiento. Sobre todo lo kinésico, la parte médica si requiere un tratamiento se hace. Y de lo nuestro, que capaz tenemos más contacto con la familia sobre todo en la sala general, que siempre hay un familiar al lado. Tenemos muy en cuenta esto del contexto de decir: bueno vos saliste muy débil y tú habitación la tenés en un primer piso, o sea que si o si tenés que subir escaleras, que hago yo? Y si tengo escaleras en el sanatorio te voy a entrenar y vamos a tratar de trabajar, que aprenda a subir escaleras de nuevo y la necesitas si o si. Por eso siempre se charla con el paciente. En cirugías cardíacas, tenés nietos chiquitos? Bueno mira, ojo con hacerlos upa, te va a convenir sentarte y hacerlo upa sentado y apoyarlo en las piernas. No podés decirle no le hagas una, porque es un abuelo que quiere hacerle upa a sus nietos. Son cosas que uno tiene que entender el contexto y tratar de darle las herramientas que podamos para que lo siga haciendo o lo suplante de otra manera.

- 5) Si, siempre le vamos a explicar. Nosotros tenemos el sanatorio polivalente, tenemos pacientes traumatizados, postoperatorio de cirugía cardíaca, cualquier complicación respiratoria, entonces nosotros tenemos protocolos que lo que hacen es guiarnos a todos en la práctica y tratamiento de los pacientes y por ejemplo, en cirugías cardíacas dónde se le hace una esternotomía y una cirugía a cielo abierto, nosotros tenemos folletos con imágenes que se lo damos a la familia y al paciente y a su vez, se lo explicamos y le mostramos "bueno mirá en el punto número uno te dice que no

se recomienda que hagas esto, fíjate, si vos cuando te despertás te estiras, el movimiento de estirar no se hace y así. El papel que se lleva a su casa y además nosotros reforzamos esa idea con el paciente y con el familiar. La educación del paciente, politraumatizado y cirugía cardíaca sobre todo, son las más importantes. Después hay pacientes que entraron a terapia intensiva y requirieron estar ventilados por neumonía, por ejemplo, entonces ahí explicar todos los ejercicios respiratorios, explicarle el porqué, mostrarle nosotros, después que lo hagan ellos, estar al lado viéndolo cuando lo hacen. Nosotros siempre estamos y le decimos esperenos, por eso te digo que depende la cantidad de sesiones. Hay pacientes que yo le digo "hacé trabajo respiratorio 5 veces al día", entonces yo a ese paciente lo tengo que ver 5 veces al día porque tengo que corroborar que los ejercicios primero los haga y segundo los haga como corresponde.

- 6) Todos los días, todos los pacientes son un desafío nuevo. Justamente por esto que yo te explico de, tengo un paciente que está sumamente débil y me dice "che mi habitación está en el primer piso" o peor, el baño está en el primer piso, o en mi baño tengo bañera y no ducha, cómo hago para levantar la pierna y pasar a la bañera, entonces por eso nosotros tenemos una anamnesis muy exhaustiva de los pacientes y la rehabilitación y tratamiento, en un primer momento cuando el paciente está intubado es prevenir escaras, rigideces, generar que con nuestro tratamiento no estemos lesionado al paciente, porque si me encargo mucho en lo respiratorio y me olvido del cuerpo general... el paciente es uno, entró por una patología pero yo tengo que cuidar el todo del paciente. Entonces una vez que sale de la parte aguda, a sala general, sí hacerle bien una anamnesis y saber que hace. Por ejemplo, el paciente nos dice "mira, todos los días de mi vida me encanta sacar a pasear el perro, es lo único que me gusta del día" bueno, no podemos dejar que te esté tironeando porque tenés una cirugía en el tórax, agarra y engancha la soga a la cintura, llévalo desde la cintura y si tironea lo traes con los dos brazos. Entonces, ir buscando todas las vueltas que podamos, a veces hay cosas que mirá, no lo podés hacer por un mes o dos, hasta que suelde un hueso o que el músculo se recupere, pero nosotros tratamos de darle la mayor cantidad de herramientas porque sino el paciente va y lo hace. Entonces nosotros tenemos que entender que el que tiene el conocimiento, o algo del conocimiento, somos nosotros y tenemos que tratar de adaptar al paciente. Es muy importante, esto que te digo de lo psicológico, de que ama sacar a pasear al perro, que es lo más lindo de su día y es lo único que lo distrae de los quilombos del laburo quizás, entonces tenemos que tratar de hacer que el paciente salga a pasear con el perro.

- 7) Sumamente importante, el paciente deposita en tus manos su cuerpo su vida y su futuro, depende de vos, de un equipo, de enfermeros, médicos, kinesiólogos, pero está dependiendo de ustedes en un primer momento cuando está grave, sedado y dormido, es como que bueno, ustedes se están encargando de mi. Después cuando ya podés interactuar con el paciente, es muy importante la relación servicio médico - paciente. Porque vos tenés que tratar que el paciente esté seguro que vos estás haciendo todo lo mejor que existe, buscaste en la última bibliografía, todo lo que es medicina basada en la evidencia, y que yo estoy haciendo esto por esto, porque te va a ayudar en esto y pasarle esa tranquilidad al paciente que vos te estás rompiendo la cabeza para ver cuál es la mejor técnica o manera de trabajar con él. Nos pasa a todos, si viene un médico que no me habla, que le digo: doctor, ¿cómo estoy? Y me dice eh bien, y que es ese bien? Si tengo un montón de medicamentos, si a cada rato vienen y me pinchan, si sigo estando en una terapia intensiva, que es estar bien?. Entonces si vos venís y le decís mira ese medicamento que te están pasando es para tal cosa, ahora viene la kinesióloga y te va a sentar porque te ayuda con la parte respiratoria, cuando salgas vas a tener fuerza, tu cabeza cambia, estar 24 hs mirando una pared, porque estás solo porque en la terapia intensiva no están los familiares, es horrendo. Porque la cabeza es uno de los enemigos que tenemos todos. Me parece importantísimo la relación que vos estabas, médico psicente para la tranquilidad de él sobre todo. Y segundo porque te da muchas herramientas, a nosotros como kinesiólogos ni hablar, para saber cómo va a ser, nosotros tenemos un equipo donde hay kinesiólogos las 24 hs, entonces el Kinesiólogo de UTI cuando el paciente baja a piso se comunica con el Kinesiólogo de piso y le dice: mirá este paciente lo tuvimos tantos días en terapia, tantos días en ventilación mecánica, complicó con esto esto y esto, requirió de esto, estuvimos haciendo tal cosa, evaluarlo vos. Entonces ahí el Kine cuando va la primera vez hace todas las evaluaciones que considere necesaria y sigue trabajando con el paciente, pero siempre está esa comunicación y vos no lo perdés al paciente, bajas a verlo y le preguntas cómo anduvo, qué hizo.
- 8) La cabeza es muy importante, y la parte emocional influye muchísimo. No es lo mismo tener un paciente que esté solo, que esté solo tres días en una terapia viendo el piso, que no sabe cómo están los hijos... Hay horarios de visitas, pero lo ven una hora al día, media a la mañana y media a la tarde, y no saben si le están mintiendo, si está todo bien o no, eso influye un montón. Por eso, la comunicación con la familia, que la familia venga y le deje una cartita o una foto, la parte emocional influye. Cuando el paciente quiere mejorar, quiere salir de ese cuadro que tiene, y

pone todo, vos ves un crecimiento exponencial. Todo lo contrario cuando lo ves muy deprimido, cuando lo escuchas y dice que se va a morir, se hace mucho más lento todo. En el sanatorio contamos con red de psicólogos, y cuando detectamos cualquiera de estas cosas, nos contactamos con el equipo de psicología para que haga una intervención con el paciente y vea desde su labor cuál es lo mejor. Pero si es muy importante, muchas veces el cuerpo habla lo que las emociones están ocultando.

9) Te vas a encontrar en la vida con los dos tipos de paciente... los que vos le explicaste, le enseñaste, le diste la hojita, me tomo el tiempo de explicarle al paciente y familiares y cuando llega a la casa ya está, no hace más nada. Yo creo que intervienen las personalidades de cada uno, desde nuestro labor lo que nosotros hacemos es educar al paciente y la familia en toda la internación del paciente para que eso no suceda y para que haga las cosas de la mejor manera posible, y evitar que vuelva a hospitalizarse. Interviene mucho la personalidad de cada uno, hay muchos que al pasar por un estadio grave y estar en terapia o hospitalizado, la cabeza como que le hace un click y no quieren volver a vivir eso. Un ejemplo es una persona que fuma, estuviste hospitalizado, hiciste una exacerbación de epoc tuviste que estar en terapia $\frac{1}{2}$ días y salís de ahí y decís yo no quiero tocar un cigarrillo más, no quiero esto de nuevo, o no me quiero morir. La cabeza le hace un click y no lo hacen más, van con acompañamiento de psicólogos, nosotros le explicamos todas las cosas que hacer, los médicos le dan alternativas, eso se trabaja interdisciplinariamente. Pero tenés pacientes que salen y te dicen: yo voy a seguir fumando. Y vos le explicas el porqué y todo y no, van a seguir fumando. Yo creo que a cada uno le tiene que hacer un click en la cabeza, vos desde tu lugar intentas dar lo mejor, explicarle, videos o imágenes, folletos, interconsulta con psicología, lo que sea, pero el que te tiene que habilitar es él, vos no lo podés obligar al paciente. Muchas veces son medios reticentes durante la internación y cuando salen lo piensan mejor, solos te lo dicen. Pero la educación al paciente es primordial, no tiene por qué saber... el paciente fuma y por qué me va a dar cáncer si fumo? Entonces le explicas.

10) Si, folletos, videos que tenemos firmados con ejercicios sobre todo en la parte de rehabilitación cardiovascular. Por ejemplo, si te querés lavar la cabeza, en vez de lavarte con los brazos atrás que genera que vos abras, lávate más cerrado. Si tenés que ponerte una campera y etc, todos esos vídeos los tenemos y se lo damos a los pacientes, están en foto, están los folletos y sino en papel nosotros le dibujamos y le explicamos y lo hacemos. Son todas herramientas que se le dan al paciente.

- 11) Extremadamente mucho, la parte emocional es algo que dejamos muy de lado, que ahora se está estudiando mucho, y como te dije, el cuerpo habla muchas veces. Entonces sabemos que el dolor lo podemos generar a través de neurotransmisores o lo podemos generar a través de pensamientos, emociones negativas, así que para mí influye muchísimo por eso sobre todo de esta relación entre la parte médica y el paciente para bajar esas ansiedades, calmar dudas, para acompañar en un proceso. También nosotros tenemos por ejemplo pacientes que son paliativos, que tienen cáncer en estadio terminales, es todo un acompañamiento de un equipo que están acompañando al paciente y a la familia, siempre se trata de acompañar desde la mayor cantidad de ámbitos posibles para que ese paciente no se sienta solo, explicarle cuál van a ser los pasos siguientes, sobre todo para eso, calmar la cabeza y evitar el uso de fármacos. No sé tapan las emociones con fármacos, hay que charlar, hablarlas, buscar equipo psicológico o con el médico o Kinesiólogo, equipo de salud que el paciente haya entablado una relación y se sienta más tranquilo, buscar y tratar de calmarlo desde ese punto.
- 12) Trabajamos en conjunto con los asistentes sociales, tenemos reuniones y nos preguntan: cómo lo viste, qué puede hacer, que no puede hacer, en la casa tiene esto o la casa es una casa que no puede tener ciertas cosas, entonces ahí si se trabaja ciertas cosas no lo hacemos principalmente nosotros, si lo hace la trabajadora social pero tenemos reuniones interdisciplinarias con todos los que atendemos a ese paciente para asegurar una buena calidad de vida cuando se vaya del efector dónde está.
- 13) La verdad que fueron todas buenas, es difícil aplicarlo cuando está en el agudo en la terapia intensiva pero después si lo podemos seguir viendo al paciente en sala general es increíble como hacen ese cambio de pensamiento, como el acompañarlo, el explicarlo, como cambia el paciente y su predisposición al tratamiento. Para mí la parte emocional es tan importante como la parte biológica, se dejó de lado mucho tiempo y gracias a dios todos los que están empezando a estudiar ahora en la parte de medicina y de kinesio están empezando a involucrar esto de entender la parte emocional y hacerla parte del tratamiento. Se debería dar mucha atención, nosotros en la carrera no tenemos mucho enfoque sobre esto, pero a mí me parece que los nuevos profesionales deberíamos salir por lo menos con una visión un poco más onda de lo que es tratar a un paciente desde lo biopsicosocial y de tratar de involucrar sus emociones, sus creencias en el tratamiento.
- 14) La primera barrera es que yo estoy en el agudo, y a veces el paciente está sedado y dormido. Y después la negativa del paciente, hay muchos pacientes adultos

mayores que vienen con otro pensamiento con otra enseñanza que cuando vos le preguntas cómo te sentís? No podés ahondar y es muy difícil, de nosotros porque no tenemos las herramientas. Claramente un psicólogo o psiquiatra estudió para eso y tiene las herramientas, pero el kine es uno de los que más charla con el paciente, el que más está el que más se queda, el médico capaz viene a dar la medicación y controlar y después va con otro, el Kine está mucho tiempo entonces te da está libertad de poder entablar una relación, en realidad es lo que buscamos no? Porque para saber esto de cómo es tu vida, que haces, a qué te dedicas, tenés nietos o no, no es de chusma sino justamente nos sirve a nosotros como rehabilitadores. Entonces cuesta mucho en pacientes adultos por este cambio de paradigma que se hizo últimamente que es muy difícil de aplicar. Igual no te creas que tanto, yo creo que son más los que están a favor, los que te escuchan, los vos que le explicas porque le haces estás preguntas y le explicas cuando empiezan a hacer este cambio de pensamiento de decir bueno te acordás que yo te dije y fuimos, entonces ahí te empiezan a escuchar y son más abiertos a estas nuevas técnicas que podés aplicar que son igual de efectivas que las que se utilizaban antes, e incluso más.

15) Yo creo que existen, que existen pocos pero que van a existir muchos más. Creo que es una visión que está en auge. Que depende de todos los nuevos profesionales, de vos, de mi, de médicos, de enfermeros, el poder aplicarlo. Creo que faltan muchas herramientas que nos de la facultad, o talleres para que podamos tener herramientas. Está muy en auge, se está hablando mucho, estamos tratando de involucrar mucho al paciente en un conjunto, y no solo "ah viene una neumonía" y te centras solo en el pulmón y lo demás no me interesa. Yo creo que es una esperanza y un deseo que se aplique esto, que tengamos más herramientas porque disminuimos la mortalidad, disminuimos el tiempo que el paciente está ahí, disminuimos todas las complicaciones que puedan tener. Justamente la idea es esa, acompañarlos. La experiencia que sea, cuidados paliativos o en su casa si es para una rehabilitación posterior, que sea lo más corta, lo más amena, que el paciente no lo sufra y nosotros acompañarlo de nuestro lado.

Carta de aval del Director de Tesina:

Rosario, 22 de marzo de 2023.

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

S...../.....D

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Ud. con motivo de informarle en mi calidad de Director de la tesina de graduación titulada "Atención biopsicosocial en pacientes con dolor musculoesquelético: perspectivas de los/as kinesiólogos/as sobre las barreras de su aplicabilidad", cuya autoría corresponde a Paolucci, Joaquina que la misma cumple con los requisitos necesarios para su presentación final.

Sin otro particular, lo saluda atte.



Lic. Gabriel Converso