

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA



**Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
Lic. en Kinesiología y Fisiatría**

Director regional: *Dr. Daniel Airasca*

Titulo de la tesis:

*“El rol docente del kinesiólogo en el accionar
terapéutico”*

Autora: *Marilin Etel Marani*

Tutor: *Lic. Sergio De San Martin*

Asesores Metodológicos: *Dr. Andrés Cappelletti
Dr. Daniel Airasca*

Rosario, Santa Fe, Rep. Argentina.

-2008-

Índice

	Pág.
Índice	2
Agradecimientos	3
Resumen	4
Palabras Claves	5
Introducción	6
Problemática	8
Fundamentación	9
Estrategias en la actualidad:	22
Objetivos de la Investigación	24
Objetivo General:	24
Objetivos Específicos:	24
Métodos y Procedimientos	25
Tipo de Estudio:	25
Áreas y sujetos de estudio:	25
Universo y Muestra:	25
Procedimientos y Métodos:	26
Instrumento de recolección de datos:	27
Desarrollo:	28
Conclusión:	33
Anexo 1	36
○ Modelo de entrevista echas a los kinesiólogos:.....	36
○ Modelo de entrevista echas a los pacientes:	36
○ Observaciones a Licenciados en Kinesiología y Fisiatría:	37
Referencias bibliográficas:	38
Bibliografía	39

Agradecimientos

Quisiera agradecer a muchas personas extraordinarias que me acompañaron y brindaron su apoyo durante estos años para poder llegar hasta esta instancia final donde culmino una etapa y comienzo otra en mi vida.

Mi primer agradecimiento lo dedico al Prof. Lic. Sergio De San Martín, quien me brindo sus conocimientos, su profesionalismo y sabiduría para la coordinación y realización de este trabajo.

Quiero agradecer a quien me asesoro metodológicamente, Andrés Cappelletti, por ser ese empuje constante para continuar con la investigación y por enseñarme a ver las cosas desde otro punto de vista.

Expresar mi reconocimiento al Prof. Lic. Daniel Airasca, por su interés permanente en la realización del trabajo, por su escucha constante ante mis inquietudes.

También quiero agradecer al Lic. Diego Bonavera por su apoyo, colaboración, por guiarme y brindarme su confianza desde un primer momento, por fomentar la enseñanza profesional y la humildad.

Agradezco a todos los profesores, especialmente Lic. Prof. Ma. Fernanda Bisio, Lic. Prof. Ana Maria Lerda, Lic. Prof. Mauricio Zamaro, Lic. Prof. Luis Basaldella y todos los que me acompañaron, guiaron y ayudaron durante estos cinco años y en mis momentos difíciles.

Por último quiero agradecer a los principales: a mi papá profundamente por que sigue acompañándome, a mi familia y amistades por que sin ellos no hubiera podido seguir adelante por la incondicionalidad de cada uno.

A todos ellos, un total y sincero agradecimiento.

Resumen

Se entrevistó a cincuenta y tres (53) pacientes que hayan recibido tratamiento kinésico; diez (10) Licenciados en Kinesiología y Fisiatría de la ciudad de Casilda y se realizó la observación en instancia de tratamiento terapéutico de solo cuarenta y dos (42) pacientes en los consultorios de sus respectivos kinesiólogos; los once (11) pacientes restantes fueron entrevistados fuera del ámbito terapéutico con el objetivo de saber si la presencia del kinesiólogo en la entrevista del paciente modificaba la respuesta del mismo.

Se pudo llegar a la determinación que si el kinesiólogo cumple un rol docente durante el accionar del tratamiento terapéutico, esto influye positivamente enriqueciendo los conocimientos del paciente para concienciar y que cada uno desde su lugar colabore con la parte que le corresponda del tratamiento, pero que no todos los kinesiólogos cumplen con esta importante función en su labor como profesionales del arte de curar.

De cuarenta y dos pacientes observados, catorce (33.3%) recibieron la información a través de charlas y consejos dados por los kinesiólogos en el transcurso del tratamiento; dos (4.7%) a través de demostraciones prácticas y dos (4.7%) a través de información para leer. Los veinticuatro pacientes restantes (57.3%), durante la observación, no recibieron educación kinésica.

De lo analizado se puede interpretar que los Licenciados en Kinesiología y Fisiatría no dedican parte de su tratamiento a la educación del paciente con respecto a su patología o lesión.

Palabras Claves

Educación; Salud; Actividad Física; Prevención; Educación para la salud; Atención primaria de salud; Promoción de la Salud; Kinefilaxia; Factores de riesgos; Políticas de salud; Comunicación.

Introducción

La kinesiología se define como “la disciplina de la salud, arte y ciencia ejercida por los kinesiólogos que intervienen en la evaluación, prevención, conservación, tratamiento y recuperación de las capacidades físicas de las personas aplicando la kinesioterapia, kinefilaxia y fisioterapia”ⁱ Según la ley 24.317, *se entiende por **Kinesioterapia**, a la administración de masajes vibraciones, percusión, movilización, manipulación, y técnicas de relajación, tracciones reeducación respiratoria y cardiovascular, evaluaciones funcionales y cualquier tipo de movimiento metodizado, manual o instrumental, que tenga finalidad terapéutica así como la planificación de las formas y modos de aplicar las técnicas descritas.*

Por **Fisioterapia** se deduce *la aplicación de termoterapia, hidroterapia, rayos infrarrojos, ultravioleta, crioterapia, onda corta, ultrasonidos, electroterapia, presoterapia, y cualquier otro agente físico reconocido que tenga finalidad terapéutica y forme parte de un tratamiento de reeducación físico-kinésica.*

Kinefilaxia, etimológicamente significa: Kinesis: movimiento, Filaxis: prevención, y su creador el Dr. Juan Pedro Nájera en el año 1939 la definiera como: “*El cuidado y mejoramiento del ser por medio del movimiento voluntario*”ⁱⁱ Podemos definir a las Actividades Física adaptadas, como: “*Actividades programadas, planificadas, propuestas y evaluadas para ser implementadas a través del movimiento, con el fin de promocionar y prevenir alteraciones anátomo-fisio-psíquicas, adaptadas a los intereses, capacidades y posibilidades de los receptores*”.ⁱⁱⁱ

La presencia de estas materias en los planes de estudio es **fundamental** ya que la actividad a desarrollar por el futuro Licenciado en Kinesiología y Fisioterapia se basa fundamentalmente en tres pilares anteriormente nombrados.

La Kinefilaxia cumple un rol fundamental en la carrera de Licenciado en Kinesiología y Fisioterapia, con el fin de articular sus actividades con otros profesionales de Atención Primaria de la Salud, ya que el principal objetivo del mismo, debe ser la promoción de la salud y la prevención de problemas que alteren con el bienestar físico del individuo.

La **promoción de la salud** está encarada para que los individuos adopten estilos de vida saludable mediante la intervención de la **educación sanitaria** en medios de comunicación masivos, escuelas y centros de atención primaria pretendiendo fomentar la salud de la comunidad.^{iv}

El objetivo de la promoción de la salud es más general e inespecífico que el de prevención y se desarrolla sobre la población sana y enferma. Tradicionalmente la medicina ha tenido casi como único objetivo tratar la enfermedad, y ha dirigido sus esfuerzos hacia el perfeccionamiento de los medios diagnósticos y terapéuticos para el abordaje de las patologías establecidas, prestando poca o nula atención a la promoción y prevención de la salud.^v

El avance tecnológico ha producido un retroceso en el desarrollo de la aptitud física del hombre, ya que el aumento de horas laborales o el tipo de trabajo volvió al hombre cada vez más sedentario y ha perdido cualidades físicas como : fuerza, resistencia , velocidad y agilidad.

La Prevención ligada íntimamente a la Promoción de la Salud, se concreta en acciones dirigidas a problemas específicos y con métodos propios para cada situación especial. El campo de trabajo sobre la comunidad está más delimitado que el de la Promoción, en función del objetivo o enfermedad a prevenir.

La Educación para la Salud es la estrategia principal para conseguir los objetivos de la Prevención de enfermedades, mediante actividades difundidas a través de medios comunitarios.

Problemática

Motivaron esta investigación una serie de preguntas: *¿Cumple el kinesiólogo un rol docente durante el accionar terapéutico?; ¿Dedican los kinesiólogos parte de su tratamiento a la educación del paciente con respecto a su patología?; ¿Cómo influye el rol docente del kinesiólogo en el accionar terapéutico?; ¿Realiza el kinesiólogo un rol docente en la educación para la profilaxis de lesiones?*

Las preguntas surgen a través de la observación de la labor kinésica durante los años de cursado de la profesión y de las prácticas realizadas en diferentes instituciones, publicas y privadas, donde se pretende poder llegar a demostrar la importancia de algo tan simple de hacer y que pocos profesionales realizan y a lo que no se le da tanto valor en el consultorio kinésico como lo es la importancia que merece la educación para la salud a través de la atención primaria; área de incumbencia kinésica.

Este punto se considera importante ya que hay un sistema de medicina asistencial cuando también podría priorizarse la educación para la prevención, dando lugar a un proceso de salud más amplio.

Como integrante del equipo de salud en el marco de la Atención Primaria de la Salud (APS) se busca reducir la aparición de enfermedades específicas mediante intervenciones concretas y puntuales sobre los factores de riesgos o factores causales de la enfermedad y cuyo objetivo es disminuir la incidencia de estas.

Las acciones de promoción de la salud conjuntamente con las de prevención de la enfermedad, tienen por objetivo el fomento y la defensa de la salud y la prevención de las enfermedades mediante actuaciones que inciden sobre las personas.

Fundamentación

La Educación (del latín educere "guiar") puede definirse como:^{vi}

- El proceso bi-direccional mediante el cual se transmiten conocimientos, valores, costumbres y formas de actuar. La educación no sólo se produce a través de la palabra, está presente en todas nuestras acciones, sentimientos y actitudes.
- El proceso de vinculación y concienciación cultural, moral y conductual. Así, a través de la educación las nuevas generaciones asimilan y aprenden los conocimientos, normas de conducta, modos de ser y formas de ver el mundo de generaciones anteriores, creando además otros nuevos.
- Proceso de socialización formal de los individuos de una sociedad.

También se llama educación al resultado de este proceso, que se materializa en la serie de habilidades, conocimientos, actitudes y valores adquiridos, produciendo cambios de carácter social, intelectual, emocional, etc. en la persona que, dependiendo del grado de concienciación, será para toda su vida o por un periodo determinado, pasando a formar parte del recuerdo en el último de los casos.

El objetivo de la educación inicial es:^{vii}

- Incentivar el proceso de estructuración del pensamiento, de la imaginación creadora, las formas de expresión personal y de comunicación verbal y gráfica.
- Favorecer el proceso de maduración de los niños en lo sensorio-motor, la manifestación lúdica y estética, la iniciación deportiva y artística, el crecimiento socio afectivo, y los valores éticos.
- Estimular hábitos de integración social, de convivencia grupal, de solidaridad y cooperación y de conservación del medio ambiente.
- Fortalecer la vinculación entre la institución educativa y la familia.

Prevenir y atender las desigualdades físicas, psíquicas y sociales originadas en diferencias de orden biológico, nutricional, familiar y ambiental mediante programas especiales y acciones articuladas con otras instituciones comunitarias.^{viii}

La educación es la mejor forma de medicina preventiva. El paciente debe recibir educación sobre programas de condicionamiento, biomecánica, utilización de elementos auxiliares, dieta y nutrición, psicología y técnicas de prevención, cuidados a tener en patología que generalmente llevan a complicaciones y procedimientos de tratamientos de lesiones.^{ix} Según James Cyriax^x se debe averiguar cualquier idea equivocada que posea el paciente acerca de la naturaleza de su lesión y alejar los temores injustificados, explicándole la situación real e insistiendo en la manera de evitar la recurrencias.

Dewey^{xi} identifica “educación” con “comunicación”. Comunicación es participar algo en común, significando ello no la acción mecánica o externa de realizar una tarea conjuntamente con otros, sino el percibir el mismo grado de conmoción interna emocional que el otro (con-sentir). Para Dewey esa situación es la única que explica como puede pasar un elemento cultural a otra persona (en síntesis, como se puede educar). La experiencia compartida es la única posibilidad para que un futuro socio adquiera la igual percepción de un contenido sostenido por el grupo social al que se esta incorporado. Además, el tema de la “comunicación” es doblemente importante, si se lo ve desde el Angulo de la naturaleza de las sociedades en las que vivimos hoy: sociedades democráticas. Estas, por su índole de sociedades abiertas, exigen el máximo de comunicación y fluidez interior, y el máximo de comunicación y apertura hacia otros grupos o sociedades. La naturaleza misma de la democracia como relación humana es requerir, abrirse y brindar el máximo de relaciones, la mayor cantidad de puntos de contacto, y el máximo grado de apertura hacia los demás. En una palabra, el mayor grado de comunicabilidad posible. La educación, pues, para una sociedad de nuestro

tiempo, se ve requerida a brindar capacidades para comunicarse y habilidades para aumentar los canales de comunicación, además de ser ella misma esencialmente un proceso de comunicación. Por su parte las técnicas de grupo son técnicas para comunicarse, para organizar mejores relaciones humanas, son instrumentos que permiten convivir. *Son técnicas que permiten aprender a comunicarse y aprender a convivir.*^{xii}

La educación para la salud es un término que se utiliza para designar a las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente con vistas a facilitar cambios de conducta encaminados hacia una meta predeterminada.^{xiii} La educación para la salud ha estado hasta ahora estrechamente ligada a la prevención de la enfermedad, como medio susceptible para modificar los comportamientos identificados como factores de riesgos de determinadas enfermedades. Se trata fundamentalmente de una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar la comprensión y las habilidades personales que promueven la salud.

Sin embargo, la educación para la salud no se preocupa solo de los individuos concretos y de sus conductas saludables y de riesgo. En el ámbito de la promoción de la salud es también necesario poner en práctica diferentes formas de educación para la salud dirigida hacia los grupos y las organizaciones y hacia comunidades enteras. Estas actividades educativas pueden servir para concienciar sobre las causas económicas y ambientales de la salud y de la enfermedad.^{xiv}

Esta evolución de la educación para la salud significa una superación del papel que tradicionalmente se le ha atribuido, limitado fundamentalmente a cambiar las conductas de riesgos de los individuos; y se convierte así en un potente instrumento para el cambio. Para ello es necesario que su contenido incluya información que, por ejemplo, demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de

actuación dirigidas a lograr cambios ambientales, económicos o sociales que favorezcan la salud.

De este modo, la educación para la salud y la promoción de la salud quedan estrechamente entrelazadas. La promoción de la salud depende, en esencia, de la participación activa de una población bien informada en el proceso de cambio. La educación para la salud es una herramienta de vital importancia en este proceso.^{xv}

A medida que se conocen mejor las relaciones que existen entre los comportamientos individuales, las condiciones del entorno y los riesgos para la salud, aumenta también la contribución potencial de la educación para la salud al mejoramiento de la salud pública. El término “educación para la salud” puede considerarse limitado a las intervenciones basadas en la provisión de oportunidades de aprendizaje encaminadas a cambiar los comportamientos que pueden ser dañinos para la salud o incluir el mantenimiento de los comportamientos saludables. Puede abarcar la comunicación personal o a través de los medios de comunicación, y la educación para la salud puede orientarse hacia el individuo o hacia grupos de individuos. Esta definición tan estrecha olvida otras formas de intervención que se dirigen a mejorar el estado de salud mediante, por ejemplo, la provisión de servicios de detección sistemática o profilaxis, el control del medio ambiente, la legislación o el desarrollo de políticas en el seno de las organizaciones. Esta otra gama más amplia de intervenciones suele cubrirse bajo el término de “promoción de la salud”.^{xvi}

En la práctica, sin embargo, estas distinciones tienen menos significado y muchos consideran que los dos enfoques son interdependientes. La “promoción de la salud” exige la participación de una población conocedora del proceso de lograr el camino de las condiciones que determinan la salud. En circunstancias normales, la educación para la salud es una herramienta imprescindible en ese proceso. Por lo tanto, en este trabajo

se analizan intervenciones que consisten en acciones ejecutadas con una base más amplia que las reflejadas en la definición mas estricta de la educación para la salud. El problema de definir la educación para la salud ha influido tanto en los resultados previstos de las intervenciones (es decir, en los parámetros a medir) como en la metodología a emplear (es decir, la forma en que aquellas deben ser ejecutadas).^{xvii}

El termino “promoción de la salud” se utilizo por primera vez en 1945, cuando Henry E. Sigerist, el gran historiador medico, definió las cuatro tareas esenciales de la medicina como: 1) la promoción de la salud, 2) la prevención de la enfermedad, 3) el restablecimiento de los enfermos y 4) la rehabilitación, y afirmo que “la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso” para lo cual pidió el esfuerzo coordinado de los políticos, los sectores laboral e industrial, los educadores y los médicos. Esta petición se repitió, 40 años mas tarde, en la Carta de Ottawa para la promoción de la Salud.^{xviii}

El componente de biología humana incluye todos los hechos relacionados con la salud, tanto física como mental, que se manifiestan en el organismo como consecuencia de la biología fundamental del ser humano y de la constitución orgánica del individuo. Incluye la herencia genética de la persona, los procesos de maduración y envejecimiento, y los diferentes aparatos internos del organismo, como el esquelético, el nervioso, el muscular, el cardiovascular, el endocrino y el digestivo, por ejemplo. Dada la complejidad del cuerpo humano, su biología puede repercutir sobre la salud de maneras múltiples, variadas y graves, además de que puede fallar de mil modos. Este elemento constituye a la mortalidad y a toda una gama de problemas de salud, entre otros, muchas de las enfermedades crónicas (artritis, diabetes, aterosclerosis y cáncer entre otras), los trastornos genéticos, las malformaciones congénitas y el retraso mental.

Los problemas de salud cuyas causas radican en la biología humana producen indecibles desdichas y el costo de su tratamiento es de miles de millones de dólares.^{xix} El medio ambiente incluye todos aquellos factores relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano y sobre los cuales las personas tienen poco o ningún control. Los individuos, por sí solos, no pueden garantizar la inocuidad ni la pureza de los alimentos, cosméticos, dispositivos o abastecimiento de agua, por ejemplo. Tampoco está en sus manos el control de los peligros para la salud que representan la contaminación del aire y del agua ni los ruidos ambientales, ni la prevención de la diseminación de enfermedades transmisibles. Además, individualmente, no se puede garantizar la eliminación adecuada de los desechos y aguas servidas, ni que el medio social y sus rápidos cambios no produzcan efectos nocivos sobre la salud.

En cuanto al componente estilo de vida este representa el conjunto de dediciones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control. Desde el punto de vista de la salud, las malas dediciones y los hábitos personales perjudiciales conllevan riesgos que se originan en el propio individuo. Cuando esos riesgos tienen como consecuencia la enfermedad o la muerte, se puede afirmar que el estilo de vida de la víctima contribuyó a ellas.

La organización de la atención de Salud, consiste en la cantidad, calidad, orden, índole y relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de la atención de salud. Incluye la práctica de la medicina y la enfermería, los hospitales, los hogares de ancianos, los medicamentos, los servicios públicos comunitarios de la atención de la salud, las ambulancias, el tratamiento dental y los otros servicios sanitarios como, por ejemplo, la optometría, la quiropráctica y la podiatría. Este componente del campo de la salud se define generalmente como sistema de atención de salud.^{xx}

Hasta ahora casi todos los esfuerzos de la sociedad encaminados a mejorar la salud, y la mayor parte de los gastos directos en materia de salud, se han concentrado en la organización de la atención sanitaria. Sin embargo, cuando se identifican las causas principales de la enfermedad y muerte actuales en el Canadá^{xxi}, se llega a la conclusión de que su origen esta en los otros tres componentes del concepto es decir, la biología humana, en el medio ambiente y el estilo de vida. Por consiguiente, es evidente que se están gastando grandes sumas de dinero en tratar enfermedades que, desde un principio, podrían haberse prevenido. Con el fin de seguir reduciendo la discapacidad y las defunciones prematuras debe dedicarse mayor atención a los primeros tres elementos del concepto de campo de la salud.

Lalonde (1981) concluyo que la salud de una comunidad viene determinada por la intersección de cuatro variables: la biología humana, el medio ambiente, la asistencia sanitaria y el estilo de vida.

De estos cuatro determinantes, el que mas afecta a la salud pública es el estilo de vida.^{xxii} Debemos remarcar también que, no hay distinción entre naturaleza y cultura, y que la biología y los valores no deben ser considerados como mundos contrapuestos, por que los valores provienen de nuestra propia condición humana.

Esto explica por que la preocupación por la salud, parte desde el consumo de cigarrillos, sigue por conducir sin abrocharse el cinturón de seguridad y llega al tema del sedentarismo, precisamente por esta concepción para lo cual el cambio de escala no significa precisamente un cambio cualitativo, se trata de tres agresiones a la vida.

Esto se vincula con una actitud de hacernos más humanos. Comer naturalmente, practicar yoga, salir a trotar, hacer tai chi, abrocharse el cinturón, tener buen humor, y amar al prójimo forma parte de una actitud de defenderse de una sociedad que promueve, no solo la rentabilidad y el tener como valores, y nos arroja perversamente

unos contra otros, produce toneladas de basura, arrasa montes, contamina ríos, sino que produce estrés, insomnio, infartos, úlceras, demasiados accidentes de tránsito, no puede controlar el SIDA y no se preocupa por controlar el hambre.

El concepto de sano y enfermo, de normal y anormal, la manera de presentar los síntomas, cuando como y con quien nos curamos, tanto como las medidas terapéuticas ofrecidas por el terapeuta se ve muy afectada por nuestra sociedad y por nuestra cultura.

Enseñar/aprender a respirar, a reír, a relajarse, en definitiva a ayudar a los órganos internos a funcionar a su ritmo y considerar al prójimo como parte de uno y uno mismo parte de la naturaleza, no es una actitud ingenua, es en realidad una concepción globalizadora, una toma de posición ante la sociedad y por ende un desafío político.^{xxiii}

En el pasado, cuando las enfermedades infecciosas eran la causa más importante de enfermedad y de muerte, la salud se definía como la ausencia de enfermedad. Sin embargo, a mediados de los años ochenta ya habíamos reducido la incidencia de muchos de estos procesos, y la salud se había convertido en algo más que el mero hecho de no estar enfermo. Así, la salud se definió como un estado de bienestar físico, mental y social completo.^{xxiv} En 1974, una publicación federal con el título “A New Perspective on the Health of the Canadians” (Una nueva perspectiva acerca de la salud de los canadienses) destacó que la salud de las personas depende de muchos factores: la biología humana, el estilo de vida, la organización de la atención de salud y los entornos físicos y sociales que rodean al individuo. Esta representación de los factores que contribuyen a la salud legitimó la idea de desarrollar las políticas y prácticas de salud en un contexto más amplio.^{xxv}

En la actualidad, se trabaja con un concepto que considera a la salud como una parte de la vida diaria, una dimensión esencial de la calidad de nuestras vidas. En este contexto, la “calidad de vida” supone la oportunidad de elegir y de obtener satisfacciones por el

hecho de vivir. La salud se considera como un recurso que proporciona a las personas la posibilidad de manejar e incluso modificar su entorno. Esta visión de la salud reconoce la libertad de elección y subraya el papel del individuo y de la comunidad en la definición de su propia salud.

Con esta perspectiva, la salud deja de ser mensurable tan solo con los términos estrictos de enfermedad y muerte, y pasa a ser un estado que tanto individuos como comunidades intentan lograr, mantener o recuperar y no algo que sucede únicamente como consecuencia del tratamiento o de la curación de las enfermedades y lesiones. Es una fuerza básica y dinámica de nuestro vivir cotidiano, en la que influyen nuestras circunstancias, nuestras creencias, nuestra cultura y nuestro marco social, económico y físico.

Esta nueva visión de la salud no supone un cambio brusco o espectacular de nuestra manera de pensar. Es una visión que contempla y acepta conceptos más antiguos y que busca aproximarlos a los problemas contemporáneos.^{xxvi}

La mayoría de las personas no se enferman ni se mueren por causa de las falencias de los sistemas de atención médica. Los sistemas de salud contribuyen poco en la mayoría de las condiciones de salud de la población. Los resultados de la salud de la población, y por lo tanto algunos de sus indicadores tales como la esperanza de vida, están condicionados en los países occidentales por cuatro grandes factores.^{xxvii}

El primero de ellos es la biología o la herencia. La mejor forma de vivir muchos años es “elegir” bien a los padres. Es decir, algunas personas nacen con mayor predisposición que otras para adquirir ciertas enfermedades. Un papel de especialistas mundiales concluyó que en las principales causas de muerte, la genética es responsable por aproximadamente el 28% de los casos.

El segundo condicionante de nuestra salud es el ambiente en que vivimos. Es obvio que hay lugares más saludables que otros. Aunque en general las áreas más pobres son también las más insalubres, hay factores del deterioro ambiental que afectan casi tanto la salud de los ricos como la de los pobres. Un ejemplo de ello es el deterioro de la capa de ozono que cubre la atmósfera y esta directamente relacionada con la incidencia del melanoma o cáncer de piel.

Los factores ambientales representan, en promedio el 19% de los casos de enfermedad (Dever & Champagne, 1988).

El tercer factor, que está muy relacionado con el anterior, son los estilos de vida que incluyen aspectos como la forma en que la gente se alimenta, el hábito del tabaco, la prevalencia de conductas agresivas, el consumo de drogas, las prácticas sedentarias así como la deportiva, etc.

En la hora de repensar la salud se discute mucho en que medida se trata de un problema individual y en que medida es un problema público. Los epidemiólogos han cuantificado el peso de la responsabilidad individual concluyendo que un 42% de las veces nos enfermamos y morimos por causa de nuestros hábitos nocivos.

Por último está el sistema sanitario, constituido por los hospitales, seguros médicos, consultorio, médico, laboratorio, medicamentos, etc. El mismo es responsable por el 11% de los casos de enfermedad o muerte. La mejor forma de mejorar la salud es modificar los hábitos.^{xxviii}

Cuando los hábitos están determinados por la pobreza no son “estilos” si no “destinos” de vida. Nadie valora lo que no tiene. No ser uno de los miles de “salvados” por la prevención y la promoción de la salud, de no contraer infarto, accidente cerebrovascular, cánceres de pulmón o SIDA no cuenta con reconocimiento colectivo ni individual. El sistema valora socialmente y retribuye económicamente al guardavida

que penetra intrépidamente en el río turbulento y rescata solo algunos de los centenares de seguros ahogados. Nadie reconoce al que río arriba impide acercarse a las orillas y evita que se caigan al río.

En este sentido, el modelo de atención primaria de salud ofrece una opción insalteable. En sus varios y variados componentes, se trata de una estrategia que se adelanta a la enfermedad y a su curación. La mayoría de las políticas de salud no pasan por el sistema de atención médica. Formular políticas de salud que generen mejores resultados de salud requiere una concepción integral.

Un componente importante de la salud es la percepción del individuo de su propio estado. Un sentido exagerado de fragilidad no es salud sino hipocondría. Poner demasiado énfasis en la cantidad de cosas que pueden andar mal, aun cuando se lo presente bajo la bandera de “promoción de la salud”, puede dar como resultado una ansiedad excesiva y un sentido de dependencia de la atención médica – desde el chequeo anual hasta el monitoreo continuo. Esto es muy ventajoso económicamente para la “industria de la atención médica”, y quizás pueda contribuir en cierto grado a reducir la enfermedad, pero no se corresponde con ningún concepto más general de la salud (Evans, 1994).

De manera similar, el sistema de atención médica no es, para el público en general, un fin en sí mismo. Es un medio para un fin -mantener y mejorar la salud-.^{xxix}

La actividad física hace referencia al movimiento, la interacción, el cuerpo y la práctica humana. Como en muchas otras manifestaciones de la vida, la actividad física aglutina una dimensión biológica, una dimensión personal y una dimensión socio-cultural. Por lo tanto: *“La actividad física es cualquier movimiento corporal realizado con los*

músculos esqueléticos, que resulta de un gasto de energía y en una experiencia personal, y nos permite interactuar con los seres y el ambiente que nos rodea”.^{xxx}

La realización regular y sistemática de una actividad física ha demostrado ser una práctica sumamente beneficiosa en la prevención, desarrollo y rehabilitación de la salud, así como un medio para forjar el carácter, la disciplina, la toma de decisiones y el cumplimiento de las reglas beneficiando así el desenvolvimiento del practicante en todos los ámbitos de la vida cotidiana. Hoy en día esta visión ha sido aceptada por mucho, sin embargo, a lo largo del tiempo, ha tenido sus períodos de auge y regresión.

La actividad física regular al producir una mejoría en las funciones orgánicas, parece producir una sensación de bienestar psíquico y una actitud positiva ante la vida, lo cual a su vez repercute en forma positiva en el área somática. Al desarrollar un mejor dominio del cuerpo, una mayor seguridad y confianza en su desenvolvimiento ante las tareas cotidianas.

Se ha determinado que quienes practican en forma regular cualquier ejercicio o actividad física, tienen una mejor respuesta ante la depresión, angustia, miedo y decepciones, y por otro lado, se fortalecen ante el aburrimiento, tedio y cansancio.^{xxx}

La kinesiología se emplea también como medicina preventiva. Sus adeptos sostienen que pueden detectar desequilibrios que, si no se los corrigen, acaban por producir trastornos con el paso del tiempo.^{xxxii}

El termino prevención de la enfermedad se utiliza por lo general para designar a las estrategias para reducir a los factores de riesgos de enfermedades específicas, o bien reforzar factores personales que disminuyan la susceptibilidad a la enfermedad.

La prevención de la enfermedad puede incluir también actividades o estrategias encaminadas a reducir las consecuencias de la enfermedad, una vez establecida. En este caso se hace una distinción entre prevención primaria y prevención secundaria.

La prevención primaria pretende prevenir la aparición inicial de una enfermedad o dolencia. La prevención secundaria pretende detener o retardar una enfermedad ya existente, mediante la detención precoz y el tratamiento adecuado; o reducir las frecuencias de las recaídas y el establecimiento de condiciones crónicas, por ejemplo mediante medidas de rehabilitación o cirugía reparadora.

Cuando el comportamiento personal esta relacionado con la prevención de la enfermedad, la educación para la salud puede ser una estrategia efectiva para modificar dicho comportamiento.

La prevención de la enfermedad es fundamentalmente una actividad del campo medico destinada a los individuos o los grupos de riesgo. Su objetivo es mantener el estado de salud. No conlleva una visión positiva de hacer progresar el estado de salud, sino que lo que pretende es mantener el status quo. En cambio, el punto de partida de la promoción de la salud es el conjunto de la población en el ámbito de la vida diaria, y no grupos o individuos determinados. Su meta es potenciar al máximo la salud. En este contexto la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se pueden considerar como dos actividades distintas, pero complementarias, que se superponen en una serie de situaciones y circunstancias.^{xxxiii}

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnológicos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. Todos los miembros de la comunidad deberían tener acceso a la atención primaria de salud y todos deberían participar en ella.

Además del sector sanitario, deben estar implicados también otros relacionados con la salud.^{xxxiv}

Una de las actividades que necesariamente debe incluir la atención primaria de salud es la educación para la salud de los individuos y del conjunto de la población. Esta educación debe aclarar las dimensiones y la naturaleza de los problemas de salud prevalentes en esa población e indicar los métodos para prevenir y controlar estos problemas, también se consideran actividades esenciales de atención primaria de salud: promover la disponibilidad de suministros suficientes de alimentos y una nutrición apropiada; asegurar un abastecimiento de agua potable y un saneamiento básico; prestar atención de salud materno-infantil, incluida la planificación familiar; vacunar contra las principales infecciones y enfermedades y facilitar el tratamiento apropiado para las enfermedades y los traumatismos comunes, así como suministrar los medicamentos esenciales.

La atención primaria de salud está estrechamente vinculada con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. El contacto diario del personal de atención primaria con las personas de su comunidad brinda enormes posibilidades de acción para la promoción de la salud, tanto la planificada como la espontánea. El personal de atención primaria, al actuar como defensor y promotor de la salud, está en una situación muy buena para influir en la formulación de políticas sanitarias que afectan a la salud de la comunidad a la que sirven.^{xxxv}

Estrategias en la actualidad:

En la provincia de Santa Fe, a partir del corriente año, los alumnos deberán presentar el nuevo Carné del Niño en Edad Escolar a la hora de inscribirse en las escuelas para iniciar el preescolar y la educación general básica (EGB).

La nueva disposición tiene su origen en la ley N° 12.634, sancionada en noviembre pasado, que se aplica a todas las escuelas tanto oficiales como privadas y compromete al Ministerio de Salud y al de Educación de la provincia.

La norma establece que todos los alumnos de la provincia deben someterse obligatoriamente a exámenes integrales y periódicos de salud que se registrarán en el Carné del Niño en Edad Escolar.^{xxxvi} Este novedoso documento permitirá tanto a las escuelas como a los padres contar con una información más completa sobre el estado de los niños, tanto de salud como de escolaridad.

De este modo, queda derogado lo que exigía la ley N°10.510/90 que establece que para ingresar a la escuela es obligatorio presentar el certificado de salud, permitiendo así un seguimiento periódico de la salud integral del niño.

Eugenio Roberto All, explicó que "la finalidad última de este documento es hacer promoción y prevención de la salud, y no sólo atender las enfermedades". Aseguró que "al existir un seguimiento periódico del niño se podrán detectar patologías que quizás hubieran pasado desapercibidas con el anterior sistema".^{xxxvii}

Tal vez, esta disposición, sea el inicio de un cambio concreto en las políticas sanitarias provinciales.

Objetivos de la Investigación

Objetivo General:

- Determinar si los kinesiólogos realizan educación para la prevención y promoción de la salud.

Objetivos Específicos:

- Averiguar que ubicación tiene la educación en el tratamiento kinésico.
- Comprobar la dedicación de los kinesiólogos en la educación del paciente durante la ejecución del tratamiento y en relación con la patología en cuestión.
- Indagar de que manera los kinesiólogos actúan en el campo de la promoción, educación y prevención de patologías.

Métodos y Procedimientos

Tipo de Estudio:

Se realizó un estudio de carácter cualitativo, con un diseño de campo del tipo descriptivo y observacional participante.

Áreas y sujetos de estudio:

La investigación se llevó a cabo en instituciones y consultorios de orden privado respectivo a cada Licenciado en Kinesiología y Fisiatría entrevistado de la ciudad de Casilda, Departamento Caseros, Provincia de Santa Fe.

Universo y Muestra:

El universo estuvo conformado por veintitrés (23) Licenciados en Kinesiología y fisiatría,^{xxxviii} matriculados de la ciudad de Casilda, Departamento Caseros.

Se tomó una muestra que comprendió la entrevista y observación de diez (10) profesionales kinesiólogos y cincuenta y tres (53) pacientes que hayan recibido tratamiento kinésico.

- **Criterio de inclusión:**

Profesionales Licenciados en Kinesiología y Fisiatría en actividad, y pacientes que ejecuten o hayan ejecutado tratamiento kinésico convencional (Fisioterapia/Kinesioterapia)

- **Criterio de exclusión:**

Pacientes que no hayan recibido nunca tratamiento kinésico.

Profesionales que realicen únicamente algún tipo de método manual (quiropaxia, osteopatía, etc.)

Procedimientos y Métodos:

Se realizó a través de entrevistas a pacientes y Kinesiólogos en un lapso de tiempo no menor a cuatro meses, en el periodo de Octubre del 2007 a Marzo del 2008 logrando así, poder realizar a cada paciente y kinesiólogo por separados una entrevista con preguntas de tipo cerradas y abiertas de carácter subjetivo, determinando, si el kinesiólogo le da importancia al rol docente durante su desempeño terapéutico.

La enunciación de las entrevistas a kinesiólogos se realizó a través de preguntas encubiertas para evitar respuestas de tendencia preestablecida, de esta manera se intentó evitar respuestas falsas o inducidas.

Se estableció al azar un grupo de pacientes, de la ciudad de Casilda, que hayan recibido en algún momento tratamiento kinésico por alguna lesión padecida. No se establecieron limitaciones en cuanto a sexo o rango etario de los pacientes

Para poder cumplir con el objetivo planteado en la investigación, también se realizaron a kinesiólogos matriculados que estén ejerciendo su profesión; durante la labor kinésica en el consultorio.

Finalizadas las observaciones del tratamiento kinesiólogo-paciente se entrevistó al kinesiólogo/ga, para indagar si estos dedican parte de su tratamiento kinésico a la educación para la prevención de la reincidencia de patologías y si es que la realiza, de que manera; y a través de que medios lo hace.

Los modelos de las entrevistas y observaciones que se realizaron se pueden observar en el Anexo 1.

Instrumento de recolección de datos:

Las entrevistas realizadas consistieron en preguntas de tipo cerradas y abiertas, acompañadas de la observación participante por parte del investigador.

Desarrollo:

En aquellas encuestas dirigidas a los kinesiólogos y pacientes, no todas las preguntas de la entrevista son analizadas ya que algunas no aluden a lo que se desea investigar sino que están como complemento al interrogatorio, para que de esta manera no se descubra la verdadera intención de la investigación y que de alguna forma se este induciendo falsamente la respuesta por parte del kinesiólogo afirmando de que realizan educación para la prevención cuando en las observaciones y entrevistas a los pacientes quizás no se este respetando o confirmando lo mismo.

Al realizar el análisis de cada una de las entrevistas se dividió la muestra de kinesiólogos en dos grupos: (A) menos de cinco años (5 profesionales) y (B) más de cinco años de profesión (5 profesionales).

La separación se realizó con el fin de comparar si los diferentes niveles de experiencia laboral, influían durante el tratamiento kinésico para explicarle al paciente sobre su patología y sobre como prevenirla.

El resultado fue similar en ambos grupos dado que todos manifestaron que en algún momento del tratamiento, (ya sea mientras se realiza la evaluación del paciente, durante el transcurso del tratamiento o al final del mismo como recomendación), informaban al paciente sobre su patología. Paralelamente, la totalidad de los profesionales entrevistados cree importante hacerlo por diversos motivos (ver cuadro 1):

De diez kinesiólogos interrogados solo tres (3) utilizaron folletos, trípticos, newsletters, panfletos, etc. como herramientas de enseñanza preventiva para el paciente ya que piensan que el interesado en saber sobre su patología se toma algún tiempo para leer un folleto conciso y claro (Gráfico N°1).

Cuadro 1. Motivos de importancia de la educación de los pacientes para los profesionales

- ✓ Consideran que la prevención es el primer pilar de un tratamiento,
- ✓ Por que el paciente tiene que saber que es lo que tiene y saber que le va a hacer el kinesiólogo,
- ✓ Porque el paciente viene pocas horas al tratamiento y tiene que valerse por sus propios medios en el domicilio,
- ✓ ya que con el poco tiempo de tratamiento kinésico no se puede resolver la patología y para eso se necesita que este bien informado,
- ✓ para que tenga conciencia de lo que le esta pasando, ubicarlo en lo que se le esta haciendo y así después poder recuperarse y que este pueda aprender a prevenir a partir del conocimiento que se le brinda sobre la historia de su patología,
- ✓ Y por que cuando el paciente comprende lo que tiene colabora en el tratamiento y en su hogar y en general cuando el médico no le explica, el kinesiólogo lo acompaña charlando y dando consejos ya que puede ser la forma de evitar cometer los mismos errores o hacer mas complicada la patología que tiene el paciente.

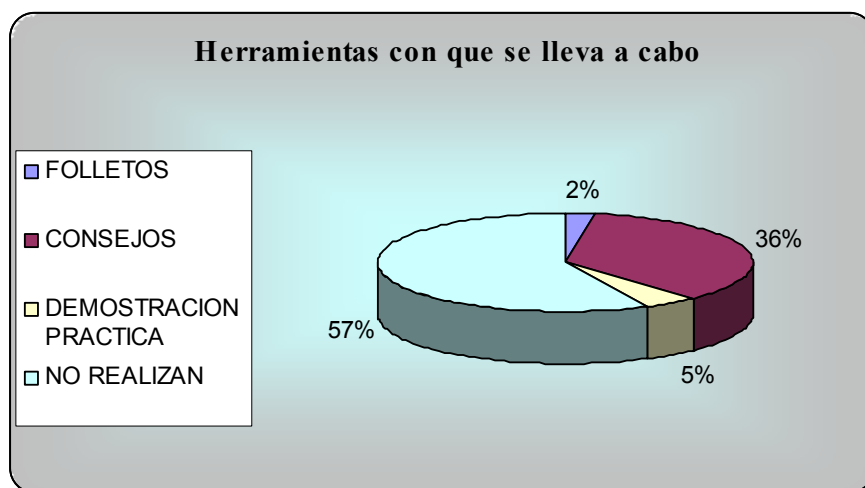


Gráfico N°1. Se representa los métodos o herramientas de enseñanza preventiva utilizados por los profesionales de la kinesiólogía

Del total de la muestra conformada por cincuenta y tres pacientes, a cuarenta y dos de ellos (80%) se les efectuó observación en consultorio y entrevista; mientras que a los once restantes (20%) solo se los entrevistó.

De las cuarenta y dos observaciones realizadas en consultorio, mientras recibían la atención kinésica, se observó que veinticuatro de ellos (57%), no eran informados acerca de su patología, ni de cómo poder prevenirla, ni de complicaciones asociadas, etc.

De los dieciocho pacientes restantes (43%) que si recibieron educación para la prevención y promoción de la salud; dieciséis fueron informados durante el transcurso del tratamiento; tres durante la evaluación y dos al final del tratamiento como recomendación del mismo. (Gráfico N°2).

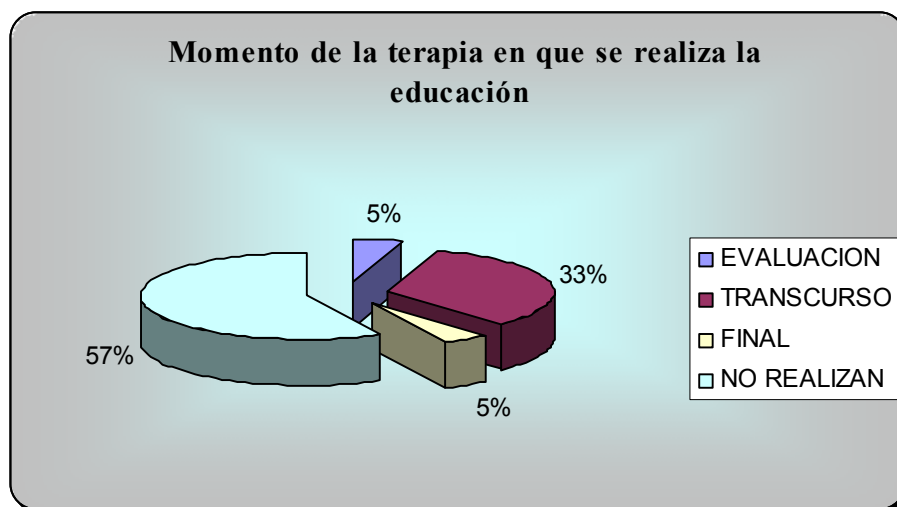


Gráfico N° 2. Se representa en que momento de la terapia el kinesiólogo realiza la educación del paciente.

Los pacientes recibieron la información a través de consejos y charlas que se entablaban a lo largo del tratamiento con el kinesiólogo durante la instancia terapéutica, por medio de demostraciones practicas de cómo prevenir (vendajes, demostraciones de cómo levantar un objeto) y a través de folletos y trípticos.

De la totalidad de pacientes entrevistados (cincuenta y tres), el 72% (38 pacientes) respondieron que durante el tratamiento de la lesión fueron informados acerca de la misma y de cómo prevenirla ya sea porque el médico les informo o su kinesiólogo; y el 28% (15 pacientes) respondieron que no habían recibido ningún tipo de información.

Cuando se les pregunto si su kinesiólogo le explico las causas de su lesión/patología, se obtuvo que treinta y seis pacientes (67%) contestaron positivamente, pero muchos aclararon que en realidad había sido el médico traumatólogo y de otras especialidades quienes ya le habían informado acerca de lo que padecían.

Con respecto a si el paciente consideraba que su kinesiólogo le enseñó como prevenir este tipo de dolencias, cuarenta pacientes (75%), respondieron de manera afirmativa; mientras que el 25% restante, consideraban que su terapeuta no les habían enseñado como prevenir.

También se los interrogo respecto a si conocían los cuidados necesarios para prevenir lesiones asociadas a su patología/lesión, se obtuvo que treinta y tres de ellos si consideraban conocer los cuidados necesarios, dieciocho no conocían los cuidados que debían tener, donde algunos aclararon: “creo que no conozco todos los cuidados necesarios, algunos si, pero soy desobediente”; y dos pacientes que dijeron que solo conocían algunos cuidados.

De la totalidad de los pacientes solo uno (2%), respondió que no consideraba tan importante la rehabilitación y educación kinésica por que manifestó que eso es de acuerdo al grado y gravedad de la lesión; el resto (98%) consideraba importante la rehabilitación y educación kinésica por diversos motivos (ver cuadro 2)

Cuadro N° 2. Motivos de consideración del paciente respecto a la importancia de la rehabilitación

1. “Te hace realizar todo tipo de ejercicios para recuperar los músculos, incorporando luego en su momento justo trabajos de bici y gimnasio para la recuperación total”.
2. “me ayudo a tomar conciencia y reinsertarme rápidamente en la sociedad y la vuelta al trabajo”,
3. “Si, por que acelera las curaciones y previene las lesiones”,
4. “Si uno no se asesora, no puede ayudarse a si mismo, si no hago rehabilitación no voy a caminar”,
5. “Si uno no se asesora, no puede ayudarse a si mismo, si no hago rehabilitación no voy a caminar”,
6. “por que necesito y quiero que me informen sobre lo que tengo”,
7. “por que me ayuda a relajarme, a autocontrolarme y cuidarme”,
8. “por que se me van los dolores, me interesa saber por que hay cosas que a lo mejor sola puedo corregir”,
9. “por que me gusta saber lo que pasa con mi organismo”,
10. “por que una lesión no atendida en su momento puede complicarse y traer peores consecuencias”.
11. “para poder prevenir secuelas y para que no empeore”,

Conclusión:

Como conclusión de esta investigación los resultados refieren que de las observaciones realizadas, solo el 43%, (18 pacientes), fueron informados acerca de lo que padecían, se les brindo atención y educación primaria de salud, a través de la comunicación realizando promoción de la salud. En el 57% restante, no se observo que fuera realizada la educación durante el tratamiento kinésico; pero sí lo manifestaron los pacientes cuando se les realizo la entrevista, ya que casi la totalidad (81%), consideraban conocer sobre su patología, las causas, como prevenirla, cuidados a tener en cuenta; entre otras.

Los resultados obtenidos de la investigación dejan en evidencia que el kinesiólogo no realiza educación para la prevención ni la promoción de la salud, siendo este, a nuestro criterio, su deber, ya que al pertenecer al equipo de salud, su rol en la promoción de la salud no debe ser descuidado.

Después de haber observado las intervenciones de los kinesiólogos con sus pacientes, el lugar donde se desempeña la actividad y la imagen dentro del ámbito de trabajo, el hecho de tener folletos, panfletos, newsletters, es importante a la hora de hablar de nuestro principal objetivo: la educación y la promoción de la salud.

Se pudo ver que no todos los consultorios kinésicos constan de información para que sus pacientes dispongan de una manera accesible a la misma, es decir, no se han observados lugares con folletos informativos sobre patologías que en la actualidad son muy comunes de ver dentro de la labor kinésica.

Si bien la totalidad de los kinesiólogos considera primordial el hecho de explicar al paciente cómo prevenir, por que creen que la prevención es el primer pilar del

tratamiento, queda a la vista que es baja la proporción de kinesiólogos que lo ponen en práctica, ya que el 57%, no cumple con el rol docente en el tratamiento kinésico.

Comparando a los jóvenes profesionales que recibieron una formación en la carrera de licenciatura en kinesiología y fisioterapia, con aquellos profesionales que tienen experiencia y trayectoria laboral superior a 5 años, no se halló diferencia para llevar a cabo la educación y promoción de la salud.

Considero que los kinesiólogos informan en la instancia de tratamiento a sus pacientes pero que así mismo este rol no es educativo puro, es carente en ciertos aspectos, ya que no agotan todos los recursos necesarios y solo se quedan con la parte más cómoda y fácil que es la de hablar y dar consejos para evitar cometer los mismos errores o hacer más complicada la patología que tiene el paciente, pero quizás olvidan que el lugar y lo que en él se coloque para hacer promoción de la salud también influye cuando los pacientes en la sala de espera leen acerca de lo que los kinesiólogos dejan a su alcance, o que lo que el kinesiólogo pueda enseñar de una forma más práctica al paciente, para que éste lo pueda implementar en el hogar. Sólo es cuestión de tomarse un tiempo para demostrar al paciente como hacer, de que forma y con que recursos para que de alguna forma fácil él también puede hacerlo en su hogar o bien pedir ayuda.

Para destacar, son muy pocos los kinesiólogos que utilizan recursos por escrito o que los consideran, al menos, importantes para la formación del paciente, teniendo en cuenta que lo pedagógico no solo se puede recibir de forma oral sino que también de forma escrita, ya que es válida como método de educación.

Condionalmente se puede proveer a los pacientes de folletos, trípticos, newsletters con información concisa y bien definida de cómo poder prevenir complicaciones asociadas ya que en un mismo consultorio hay patologías o lesiones que se repiten, en atención,

innumerables veces y quizás la falla este en el desconocimiento del paciente o nuestro, por no informar lo suficiente.

Como punto de vista propio, con respecto a los pacientes entrevistados fuera de la instancia de tratamiento terapéutico, se observó en las entrevistas que los mismos se expresaron con mayor libertad a la hora de ser entrevistados a diferencia de quienes estaban ante la presencia del kinesiólogo que les ofrecía la atención kinésica; cuyas respuestas fueron acotadas y quizás tergiversadas por la presencia misma de a quien se estaba refiriendo la pregunta.

Creo importante remarcar el significado de la educación dentro del marco de la rehabilitación siendo ésta una herramienta más y “quizás la más importante” del tratamiento ya que se utiliza como prevención de complicaciones y recidivas y la conciencia del cuidado del propio cuerpo.

Anexo 1

○ Modelo de entrevista echas a los kinesiólogos:

- ¿Cuántos años hace que se recibió?
- ¿En que facultad?
- ¿Cuántos años hace que ejerce su profesión?
- ¿Realizo algún tipo de postgrado? ¿Cual?
- ¿En que ámbito desempeña su profesión? ¿Público o privado?
- ¿Cuál de los tres pilares de la kinesiología realiza con mayor frecuencia en su ámbito de trabajo?
 - Kinesioterapia
 - Kinefilaxia
 - Fisioterapia
- Durante el tratamiento kinésico con el paciente: ¿Toma parte del tiempo para explicarle al paciente sobre su patología y sobre como prevenirla?
- ¿Considera importante hacerlo? ¿Por que?
- ¿Tiene algún tipo de herramienta de enseñanza preventiva para el paciente como ser folletos, trípticos, newsletters, panfletos, etc.?

○ Modelo de entrevista echas a los pacientes:

- ¿Qué tipo de actividad laboral y/o física realiza?
- ¿Usted llega al tratamiento de rehabilitación a consecuencia de que problema?
- ¿Realizo tratamiento kinésico ante la lesión/patología?

- ¿Durante el tratamiento de la lesión fue informado acerca de la misma y de cómo prevenirla?
- ¿Su kinesiólogo le explico las causas de su lesión/patología?
- ¿Considera que su kinesiólogo le enseñó como prevenir este tipo de dolencias?
- ¿Considera importante la rehabilitación y educación kinésica? ¿Por que?
- ¿Conoce los cuidados necesarios para prevenir complicaciones asociadas a sus patologías?

○ **Observaciones a Licenciados en Kinesiología y Fisiatría:**

- Si el Kinesiólogo realiza educación para la prevención de patologías.
- Cuando la realiza:
 - durante la evaluación del paciente
 - durante el transcurso del tratamiento
 - al final del tratamiento como recomendación
- Como:
 - Folletos, trípticos, newsletters, panfletos, otros.
 - Hablando y dando consejos.
 - Si realiza demostraciones practicas de cómo prevenir
 - Si el kinesiólogo utiliza el vocabulario adecuado para explicarle al paciente, para que este pueda comprender sin dificultad.

Referencias bibliográficas:

ⁱ Ley 24.317, Ejercicio de la Profesión de Kinesiología y Fisiatría, Sanción de mayo de 1994.

ⁱⁱ Ibid.

ⁱⁱⁱ Ibid.

^{iv} Cattivelli, Silvia. Promocionar la Salud y Prevenir la Enfermedad. Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Kinesiología y Fisioterapia. Disponible desde:
http://www.ekyf.unc.edu.ar/desp_alum/archivos/programs/KINEFILAX.doc

^v Ibid.

^{vi} Educación. Modificada por última vez el 23 may 2007. Edición en español de Wikipedia, iniciada en 2001. Disponible desde:
<http://es.wikipedia.org/wiki/Educaci%C3%B3n>.

^{vii} Ibid.

^{viii} Ibid.

^{ix} William E. Prentice, Ph. D., P.T., A.T., C. Técnicas de Rehabilitación en la medicina deportiva. Capítulo 2. Objetivos de rehabilitación en la medicina deportiva. Editorial: Paidotribo. 1993

^x Cyriax, James. Tratamiento por manipulación masaje e inyección. Editorial Marbran 2001. Medicina Ortopédica Tomo II 11^a edición.

^{xi} Cirigliano, Gustavo F. J. y Villaverde Aníbal. Dinámica de grupos y educación. Pág. 43 Educación y comunicación 17^a edición. Editorial Hvmantas. Buenos Aires 1990.

^{xii} Ibid.

^{xiii} Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la Salud: una antología. Organización Mundial de la Salud. Washington, DC 20037, EUA. 1996.

^{xiv} Ibid.

^{xv} Ibid.

^{xvi} Organización Panamericana de la Salud. OP.CIT.

^{xvii} González García, Ginés y Tobar, Federico. Salud para los Argentinos: Economía, política y reforma del sistema de salud. Editorial Ediciones isalud. Buenos Aires 1997.

^{xviii} Organización Panamericana de la Salud. OP. CIT

^{xix} Ibid.

^{xx} Ibid.

^{xxi} Ibid.

^{xxii} Ibid.

^{xxiii} Airasca, Daniel; Giardini, Horacio. Actividad física, salud y fitness. Edición 2004

^{xxiv} Organización Panamericana de la Salud. OP CIT

^{xxv} Ibid.

^{xxvi} Ibid.

^{xxvii} González García, Ginés y Tobar, Federico. OP CIT

^{xxviii} Ibid.

^{xxix} Ibid.

^{xxx} Airasca, Daniel; Giardini, Horacio. OP CIT

^{xxxi} Disponible desde: <http://www.monografias.com/trabajos11/acfis/acfis.shtml>.

^{xxxii} Gonzalo Ang, Paiz, Irene y cols. Guía de las terapias naturales nuevas ideas para la buena salud. Editorial Riasder's Digest. México 1996.

^{xxxiii} Organización Panamericana de la Salud. OP CIT

^{xxxiv} Ibid.

^{xxxv} Ibid.

^{xxxvi} All, Eugenio Roberto. "Ya hay un carné de salud escolar" Diario La Capital. Información General. Miércoles 14 de Febrero del 2007. Disponible desde: http://www.lacapital.com.ar/2007/02/14/ciudad/noticia_365853.shtml

^{xxxvii} Ibid.

^{xxxviii} Datos extraídos del Colegio de Kinesiólogos de Santa Fe Segunda Circunscripción del departamento Caseros. Fecha de Actualización de los kinesiólogos matriculados al 31/03/08.

Bibliografía

- Airasca, Daniel y Giardini, Horacio. “Actividad física, salud y fitness”. Argentina. Edición 2004. P. 12-13.
- Alzugaray, Rodolfo. Ramón Carrillo: El fundador del sanitarismo nacional. Volúmenes 1 y 2. Buenos Aires. CEAL 1988.
- Asenjo, M.A. “Gestión Hospitalaria e incentivación del personal”. Todo Hospital 100:25-30. Octubre 1993.
- Atención Primaria de Salud. Informe de la conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata, URSS, 6-13 de septiembre de 1978; OMS, Ginebra.
- Ausubel, D.; Novak, J.; Hanesian, H. “Psicología Educativa: Un punto de vista cognitivo”. Segunda edición. México. Editorial Trillas, año 1998.
- Camardelli, A y cols. (2005). Desnaturalizar situaciones cotidianas en torno a la evaluación. Novedades Educativas. Año 17. N° 176. Buenos Aires Argentina. Disponible desde:
<http://www.uncu.edu.ar/.../020%20%20Castro%20y%20otros%20%20UN%20Rio%20Cuatro.pdf>
- Cano García. “Evaluación de la calidad educativa”, Capítulo IV. “La evaluación de la calidad de los sistemas educativos”. Editorial La muralla, Madrid. 1998.
- Cattivelli, Silvia. Promocionar la Salud y Prevenir la Enfermedad. Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Kinesiología y Fisioterapia. Disponible desde:
http://www.ekyf.unc.edu.ar/desp_alum/archivos/programs/KINEFILAX.doc
- Cirigliano, Gustavo F. J. y Villaverde Aníbal. Dinámica de grupos y educación. Pág. 43 Educación y comunicación 17ª edición. Editorial Hvmánitas. Buenos Aires 1990.
- Contreras E. (1994) “Investigación y evaluación en comunicación para la salud.” “Por una política de comunicación para la promoción de la salud en América Latina”. Ecuador. Editado por la división de Promoción y Protección de la Salud, OPS, OMS.
- Dever, G.E. Alan & Champagne, François, “A epidemiologia na administração dos serviços de saúde”. São Paulo. Pioneira. 1988.
- Educación. Modificada por última vez el 23 may 2007. Edición en español de Wikipedia, iniciada en 2001. Disponible desde:
<http://es.wikipedia.org/wiki/Educaci%C3%B3n>.

-
- Eugenio Roberto All. “Ya hay un carné de salud escolar” Diario La Capital. Información General. Miércoles 14 de Febrero del 2007. Disponible desde: http://www.lacapital.com.ar/2007/02/14/ciudad/noticia_365853.shtml.
 - Foro Virtual de Educación ”Concepto de Educación”, Disponible desde: http://www.educared.org.ar/vicaria/links_internos/index.asp?id=500
 - Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000: Principios básicos y cuestiones esenciales; OMS, Ginebra.
 - González Dagnino y col. “Calidad total en Atención Primaria en Salud”. Madrid. Primera edición. Editorial Díaz de Santos. 1994.
 - González García, Ginés; Halperin Jorge; Botana, Natalio; Touraine, Alan ET AL. “Argentina en el tercer milenio”. Buenos Aires. Atlántida. 1997.
 - González García, Ginés y Tobar, Federico. Salud para los Argentinos: Economía, política y reforma del sistema de salud. Editorial Ediciones isalud. Buenos Aires 1997.
 - Gonzalo Ang, Paiz, Irene y cols. Guía de las terapias naturales nuevas ideas para la buena salud. Editorial Riasder´s Digest. México 1996.
 - Herrera y col. “Promoción de la salud desde la Comunidad”. Primera Edición Santa Fe Bogota. Editorial Salud Mundial 1998.
 - James Cyriax. “Tratamiento por manipulación masaje e inyección”. Medicina Ortopédica Tomo II 11ª edición. Editorial Marbran 2001.
 - Ley 24.317, Ejercicio de la Profesión de Kinesiología y Fisiatría, Sanción de mayo de 1994.
 - Nuevos Métodos de Evaluación Sanitaria en Atención Primaria de Salud: Informe del comité de expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos 690; OMS, Ginebra, 1983.
 - Organización Panamericana de la Salud “Carta de Ottawa para la Prevención de la Salud”. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 103, Numero: 1, Año 1987. Disponible desde: <http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
 - Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la Salud: una antología. Organización Mundial de la Salud. Washington, DC 20037, EUA. 1996.

-
- Prentice, William E. Ph. D., P.T., A.T., C. “Técnicas de Rehabilitación en la medicina deportiva”. Capitulo 2. “Objetivos de rehabilitación en la medicina deportiva”. Editorial: Paidotribo. 1993.
 - Restrepo, J. “Concepto de Promoción de la Salud”. Organización Mundial de la Salud y Organización panamericana de la Salud, 2001.
 - Sabulsky, Jacobo. Investigación científica en Salud-Enfermedad. Marzo 1996.
 - Samaniego y cols. “La Promoción de la Actividad Física relacionada con la Salud”. Rev.int.med.cienc.act.fis.deporte – numero 10 – junio 2003. – Disponible desde:
<http://cdeporte.rediris.es/revista/revista10/artpromoci%F3n.html>.
 - Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Kinesiología y Fisioterapia. Lic. Cattivelli, Silvia. Promocionar la Salud y Prevenir la Enfermedad. Disponible desde:
http://www.ekyf.unc.edu.ar/desp_alum/archivos/programs/KINEFILAX.doc