

AUTONOMÍA PROFESIONAL DEL KINESIÓLOGO: ESTRATEGIAS DE PROBLEMATIZACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO EN CONTEXTOS DE UN ADULTO MAYOR POSTRADO.

KINESIOLOGIST PROFESSIONAL AUTONOMY: DIAGNOSIS PROBLEMATIZING STRATEGIES IN A BED-RIDDEN ELDERLY CONTEXT.

P. MEDINA GONZÁLEZ^{A,B}, R. MUÑOZ COFRÉ^{A,B}, H. TAPIA GALLARDO^{H^{A,B}}. Y M. ESCOBAR CABELLO^{A,B}.

RESUMEN

La práctica profesional autónoma del Kinesiólogo requiere de esfuerzos de carácter epistemológico para orientar y fundamentar la toma de decisiones tanto en contextos terapéuticos como disciplinares. Las estrategias de problematización son principios en base a modelos de razonamiento denominados "patokinesiología" y "balance/desbalance", los cuales se establecen como herramientas que ayudan a dilucidar las incertidumbres más frecuentes a las que se enfrentará en el futuro un Kinesiólogo como profesional, quien deberá decidir: ¿a qué individuo intervenir?, y ¿cómo intervenir?, garantizando con esta decisión, la expresión de los principios bioéticos fundamentales para contextos de función y disfunción del movimiento humano. En este sentido, el adulto mayor postrado, dado su avance epidemiológico y la complejidad de su análisis, es un contexto funcional clave para reflexionar el razonamiento profesional.

Palabras clave: kinesiología; autonomía profesional; toma de decisiones; conocimiento.

ABSTRACT

The Kinesiologist autonomous professional practice requires epistemological efforts to guide and support decision-making in both therapeutic and disciplinary contexts. Problematizing strategies are based on reasoning models called "patokinesiología" and "balance/desbalance", which are established as tools that help elucidate the most common uncertainties faced in the future as a professional Kinesiologist, such as: To whom should intervene?, and how to intervene?, ensuring through this decision, the expression of fundamental bioethical principles in contexts of function and dysfunction human movement. In this sense, given its epidemiological advances and complex analysis, the bed-ridden elderly, is a key functional context to reflect the professional reasoning

Key words: kinesiology; professional autonomy; decision making; knowledge.

INTRODUCCIÓN

El Kinesiólogo como profesional autónomo y experto en ciencias que tienen al movimiento humano como objeto de estudio, debe considerar al razonamiento profesional como la base de todo proceso que en su propósito involucra, la toma de decisiones^{1,2}. Es así como se someten a continua tensión los modelos epistemológicos que fundamentan esta acción profesional^{3,4}, al respecto, las estrategias de razonamiento deben estructurarse en base a principios, evitando

con esto la aplicación de protocolos que harían inútil este esfuerzo, en este escenario, la pregunta que se podría plantear es: ¿para qué establecer la autonomía profesional? Sin lugar a dudas, la respuesta se configura en base a necesidades tanto académicas como profesionales, con una perspectiva continua en el crecimiento colectivo en desmedro de ansias personales.

Por otra parte, cuando se menciona que toda intervención

profesional debe garantizar la expresión de principios bioéticos, se hace alusión explícita a aspectos fundamentales como no hacer daño, entregar beneficio y por supuesto respetar la autonomía del sujeto, al respecto, la declaración de un contexto funcional (CF) que oriente el razonamiento y toma de decisiones considerando como eje las expectativas del paciente resulta fundamental, no sólo en el ámbito de entregar una intervención inocua y con la excelencia del beneficio, sino que sobre todo garantizar la humanidad de la persona⁵ en base al concepto función como su movimiento espontáneo y necesario⁴.

Un profesional que toma decisiones, posee paradigmas propios sobre los que fundamentan una forma particular de analizar el mundo⁶. En este sentido, se genera la necesidad de instaurar competencias específicas tanto para el campo de conocimiento como el de práctica profesional. El Kinesiólogo cuando actúa de manera autónoma debe disponer de mecanismos de autorregulación para garantizar una progresión adecuada de su intervención hacia un subsidiario de estas habilidades profesionales. Por otro lado, la disciplina debe centrar sus esfuerzos en aspectos integrales de razonamiento para dar cuenta de los fundamentos que explican los fenómenos concernientes a la expresión de movimiento en diferentes niveles de complejidad biológica y social, lo que Hislop durante la décima lectura McMillan denominó patokinesiología (PK)⁷. Cabe destacar, que esta visión paradigmática se centra en aspectos integrales del ser humano y no solamente en la propuesta reduccionista que impone el positivismo⁶.

En tal perspectiva, el envejecimiento poblacional en esta región del mundo manifiesta un estado avanzado⁸ y asociado a esto, las realidades de adultos mayores disfuncionales y en estados de abandono son cada vez de mayor cuantía, haciendo necesaria la institucionalización⁹. En este escenario, las problemáticas del proceso de envejecimiento, institucionalización y reposo prolongado, son una realidad evidente en los adultos mayores, donde el movimiento es un elemento clave para recuperar estados de disfunción y proteger la expresión funcional, garantizando salud y calidad de vida¹⁰. Por tales razones, el presente trabajo tiene como propósito reflexionar la autonomía profesional del Kinesiólogo mediante el planteamiento de estrategias para problematizar y diagnosticar disfunciones del movimiento humano durante la postración en fases avanzadas del ciclo vital.

CASO HIPOTÉTICO

Etapa avanzada del ciclo vital.

Sujeto de 83 años de edad, género masculino de

iniciales FMG y estado de reposo en cama hace 6 meses, ingresa a un Establecimiento de Larga Estancia para Adultos Mayores (ELEAM) debido a la falta de redes de apoyo en su hogar, ya que su hija mayor, quien lo cuidaba, ha fallecido en un accidente automovilístico, además se ha verificado que el equipo de postrados del Centro de Salud Familiar (CESFAM) aún no lo visita. En este escenario, una vecina reconoce la situación y hace el llamado a autoridades para comenzar el traslado, existe la imperiosa necesidad de brindar apoyo emocional y físico.

En el ELEAM, se realiza una minuciosa evaluación funcional integral, encontrando que presenta un estado nutricional enflaquecido (Índice de Masa Corporal =16,5 Kg/mt²) y un compromiso emocional relacionado a su situación de abandono (Escala de Depresión Geriátrica =10 puntos). Por otra parte, el estado cognitivo presenta alteraciones en la memoria a corto plazo y la comprensión de órdenes complejas. Finalmente las secuelas del reposo prolongado se manifiestan en el estado funcional para el contexto de actividades básicas de la vida diaria (ABVD), con un índice de Barthel de 25 puntos, lo que lo categoriza como dependiente severo ya que sólo se puede alimentar de manera independiente y necesita ayuda en tareas como: vestirse, bañarse y trasladarse. Desde el punto de vista del movimiento presenta una disminución severa de la fuerza y tolerancia muscular local lo que genera dificultad para trasladarse y realizar transiciones, además de intolerancia a posiciones medias y por temporalidades superiores a 3 minutos. De este modo, se determina que la máxima expresión de funcionalidad del paciente es la mantención de la posición sedente al borde de cama (SBC) durante 3 minutos, la cual requiere de asistencia y supervisión moderada. Esta manifestación define el CF, el cual será tanto el foco de análisis como el propósito fundamental de intervención terapéutica, por tanto, la optimización de esta tarea motora con intención específica, podría ser la base funcional para una mayor eficiencia mecánica y fisiológica del sujeto para actividades cotidianas como levantarse de la cama, vestirse, bañarse y trasladarse.

A) ANÁLISIS PATOKINESIOLÓGICO

Para el análisis patokinesiológico del caso hipotético antes mencionado, se considerará como contexto funcional la Transición desde la posición Decúbito Supino (DS) hasta el SBC. **Tabla 1.**

La Función-Disfunción del Movimiento Humano (FDMH) es un continuo que considera diferentes niveles de complejidad biológica y manifiesta expresión desde aspectos molecula-

Tabla 1.

Patokinesiología
del contexto
funcional SBC.

CFG: "Cambio de posición independiente desde el DS hasta el SBC, considerando eficiencia mecánica y fisiológica".		
NPK ^A	Operacionalización específica del nivel ^B	Evidencia ^C
Molecular	Desbalance entre la tasa de síntesis y degradación proteica	Proteólisis inducida por desuso mediante la vía del factor de transcripción NF-kB (p50-BCL3). Lo que provoca disminución en el tamaño muscular con déficit de fuerza ¹¹ .
Celular	Disfunción de la contracción muscular	Disminución significativa de la fuerza específica (P0/AST) para todos los tipos de fibras musculares según MHC ¹² .
Tejido	Disminución del área de sección transversal y cambio en la tipología muscular	Disminución del AST en fibras MHC IIa y cambio tipológico hacia mayor cantidad de fibras híbridas (MHC I/IIa, IIa/IIx, o I/IIa/IIx), lo que desencadena disminución de fuerza y velocidad de contracción muscular ¹³ .
Órgano	Disfunción neuromuscular mediante ritmo de desarrollo de fuerza y duración del CMAP.	La pérdida de la fuerza muscular inducida por desuso ¹⁴ involucra principalmente factores musculares (39%) y neurales (48%) ^D .
Sistema	Déficit severo del rendimiento muscular de fuerza y potencia.	Existe pérdida de fuerza muscular evidenciada en diferentes grupos musculares y tipos de contracción. La magnitud del impacto del reposo prolongado en adultos mayores (AM) se estima entre un 11-14% ¹⁵ .
Persona	Disfunción de la movilidad activa en actividades cotidianas.	18 meses de reposo prolongado en AM provoca un aumento significativo de dependencia funcional en actividades cotidianas y movilidad ¹⁶ .
Familia	Abandono del paciente y carga del cuidador por necesidad de asistencia.	Sobrecarga mental y física de los cuidadores responsables de aseo y confort ¹⁷ .
Sociedad	Riesgo en la dignidad y atención personalizada para el paciente.	Políticas públicas para prevenir dependencia funcional y optimizar la gestión de los ELEM mediante el trabajo de un equipo multidisciplinario con una mirada integral y personalizada ¹⁸ .

Abreviaturas de la tabla: CFG=Contexto Funcional General (la carencia de investigaciones para CF específicos hace que la reflexión sea indirecta), NF-kB=factor nuclear potenciador de las cadenas ligeras kappa de las células B activada, p50=homodímero de 50 kiloDalton (kDa), BCL3= proteína codificada en humanos por el gen del mismo nombre (B-cell lymphoma 3-encoded protein), P0/AST=indicador de fuerza específica el cual considera en el numerador la fuerza en Kilo-Newton y en el denominador el área de sección transversal en mm², MHC=Cadenas pesadas de miosina para la determinación de tipología muscular.

A. NPK: Nivel Patokinesiológico según continuo de movimiento humano^{3,7}. B. La operacionalización específica del nivel se encuentra en base a los fenómenos biofísicos que evidencia a modo de sensor el estado de Función-Disfunción del movimiento. C. La evidencia comprende la asociación que existe entre el traductor y el CF. Cabe destacar que esta propuesta es teórica. D. Los factores musculares consideran indicadores como: latencia de la onda M, ritmo de relajación de fuerza, velocidad de conducción nerviosa, ritmo de desarrollo de fuerza y excitabilidad del reflejo H. Por su parte los factores neurales involucran: duración y amplitud del máximo componente del potencial de acción de la fibra muscular (CMAP) y activación central.

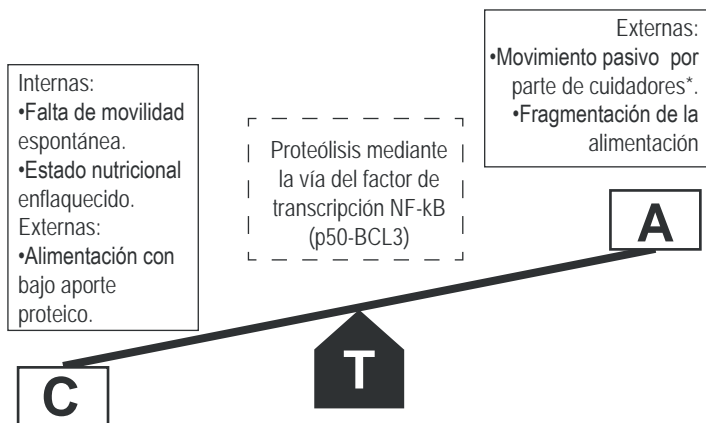
res hasta la sociedad^{3,7}. Además, este continuo de movimiento es interrelacionado por lo que cualquier contexto funcional manifestará traducción para la cual se tienen indicadores en todos ellos⁴. En el escenario de este caso teórico, la patokinesiología de las transiciones activas en cama comprende expresiones asociadas a movimiento en todos los niveles de complejidad biológica y social⁴. Este comportamiento invita a tener indicadores pertinentes en cada uno de ellos como elementos de análisis de acuerdo al progreso epistemológico de la Kinesiología como disciplina y

profesión, al respecto, es importante considerar que gran parte de las preguntas nacen en la clínica y que una mirada particular del mundo (paradigmática) exige la creación de herramientas o indicadores de expresión para el dualismo dinámico función-disfunción del movimiento humano. En este sentido, es posible verificar que los traductores del CF propuesto son inespecíficos pues emergen del aporte de otras disciplinas (**tabla 1**).

B) ANÁLISIS MEDIANTE MODELO BALANCE DES-BALANCE

El MBD es la representación de un contexto funcional, el cual se puede expresar en diferentes niveles PK, mediante una palanca de primer grado, al respecto, se considera cargas (C) a los fenómenos biofísicos internos o externos que impiden la función del movimiento, los traductores (T), son los sensores de la expresión de función-disfunción del movimiento, cabe destacar que estos sensores traducen tanto de manera cuantitativa como cualitativa. Por su parte, las asistencias (A) son fenómenos biofísicos internos en el sujeto o externos (ej: condiciones ambientales) que favorecen la expresión del CF. Cabe destacar que la extensión de los brazos de palanca podría tener su manifestación en la expresión del tiempo como variable tanto en cargas como asistencias de función-disfunción del movimiento humano.

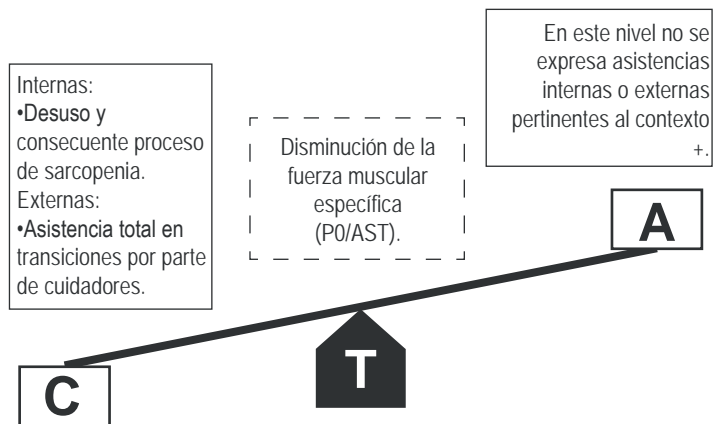
B.1. Nivel Molecular: "Desbalance entre la tasa de síntesis y degradación proteica".



*El movimiento pasivo de los cuidadores se centra principalmente en las transiciones de posición, las cuales se caracterizan por ser de asistencia completa.

Análisis del nivel molecular: el sistema se encuentra desbalanceado hacia las cargas debido principalmente al desuso, lo que se traduce en una degradación proteica que se visualiza a nivel molecular mediante la vía de transcripción NF-kB (p50-BCL3). Sin lugar a dudas, esta manifestación estructural tiene incidencia con niveles de complejidad biológica y social superiores. Cabe destacar, que como asistencia se encuentra el aporte de cuidadores en el contexto de movilizaciones pasivas y fragmentación de la alimentación, lo cual tiene aspectos de poca continuidad.

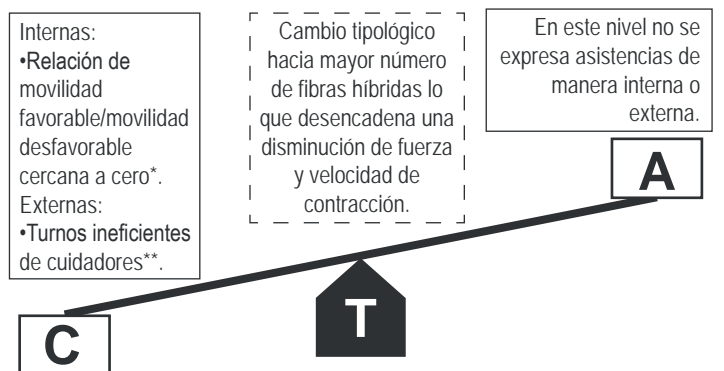
B.2. Nivel Celular: "Disfunción de la contracción muscular".



+La falta de expresión de asistencias no significa que no existen eventos que aporten a la expresión del contexto funcional del paciente, en tal caso, las asistencias anteriormente declaradas tendrán impacto en los demás niveles patokinesiológicos dado el principio de interrelación entre ellos.

Análisis nivel celular: El sistema se encuentra severamente desbalanceado hacia las cargas debido al consecuente proceso de sarcopenia por el desuso muscular, además de la asistencia total por parte de cuidadores lo que evita el reforzamiento de vestigios de contracción a modo de asistencia interna para el contexto funcional dado por transiciones. Es importante recalcar que en este nivel se evidencia la ausencia de asistencias lo que hace este proceso más crítico contemplando la manifestación del tiempo como factor representado por el brazo de palanca de las cargas.

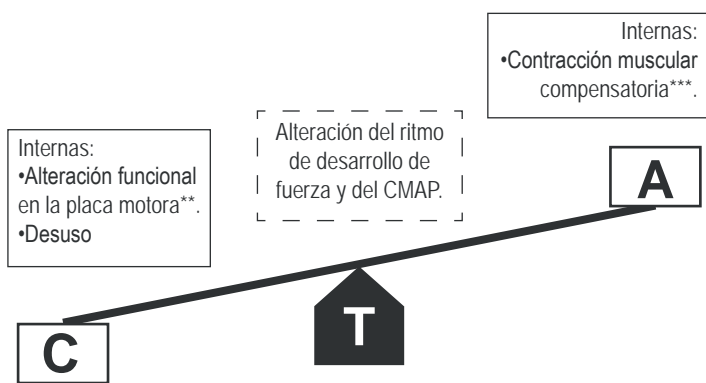
B.3. Nivel Tejido: "Disminución del área de sección transversal y cambio en la tipología muscular".



*La relación de movilidad favorable/movilidad desfavorable se define como la cantidad de tiempo que el sujeto se encuentra levantado versus la cantidad de tiempo que permanece en cama, en este sentido, los cambios de decúbitos favorecen la expresión de movimiento en el adulto mayor. **Los turnos de cuidadores no dan cuenta de la necesidad de asistencia pensando en las necesidades del paciente las cuales contemplan apoyo emocional y movimientos pasivos con asistencia pertinente al contexto funcional.

Análisis nivel tejido: el sistema se encuentra desbalanceado hacia las cargas debido al escaso tiempo de movilidad del paciente, la poca pertinencia en los niveles de asistencia. En este nivel se expresa una disfunción principalmente dado por cambios en la tipología muscular, lo que sin lugar a dudas condiciona negativamente la función de musculatura antigravitatoria, la que requiere características metabólicas relacionadas a la generación de tensión en tiempos acotados para trasladar cargas que representan un porcentaje considerable de la masa corporal.

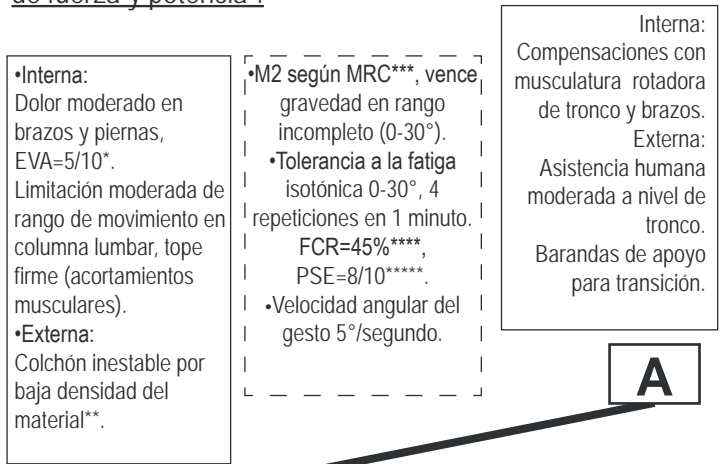
B.4. Nivel Órgano: "Disfunción neuromuscular mediante ritmo de desarrollo de fuerza y duración del CMAP*"



*Componente del potencial de acción de la fibra muscular.
 **La alteración funcional en la placa motora se da por dos vías a) el proceso de envejecimiento y b) el desuso.
 ***Entendida como la participación de musculatura secundaria para lograr la expresión del contexto funcional de manera parcial (ver caso, 3 minutos de mantención para el SBC).

Análisis nivel órgano: en este nivel, el sistema se encuentra en un desbalance importante, debido a que la capacidad de generar movimientos eficaces y eficientes es casi nula por las alteraciones en el ritmo de desarrollo de fuerza, así como de la capacidad de generar tensión en base al acoplamiento excitación-contracción. En este contexto, se ve mermada la capacidad del sujeto para mantener la posición SBC, además para realizar independientemente la transición a la posición sedente desde el decúbito supino, complementado este análisis, esta transición se afecta no sólo en su capacidad sino que en la eficiencia neuromecánica lo que conlleva costos fisiológicos elevados que se traducen en niveles sistémicos superiores.

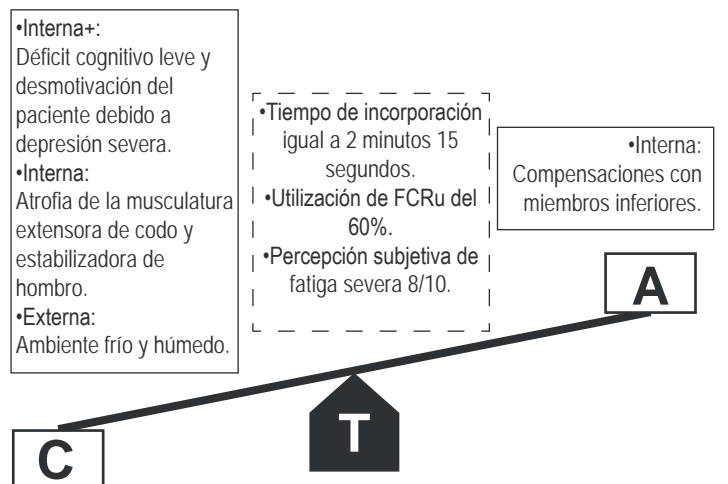
B.5. Nivel Sistema: "Déficit severo del rendimiento muscular de fuerza y potencia"



*EVA= Escala Visual Análoga. **Densidades bajo los 50 kg/metro³. ***Clasificación según el Consejo de Investigación Médica. ****FCR=Frecuencia Cardíaca de Reserva. *****PSE= Percepción Subjetiva de Esfuerzo.

Análisis nivel sistema: Se expresa un sistema desbalanceado hacia las cargas, lo que se traduce en ineficacia e ineficiencia mecánica y fisiológica para realizar la flexión activa de tronco considerando una amplitud angular de 90 grados. Es así como se evidencia que las asistencias internas mediante compensaciones no son suficientes para lograr el gesto, ante esto el sistema pide asistencias externas, en este caso elementos ortésicos y el trabajo del cuidador. Por tanto la función del movimiento depende de la acción de "fuerzas externas" para su expresión lo que condiciona su accionar a niveles de entorno social.

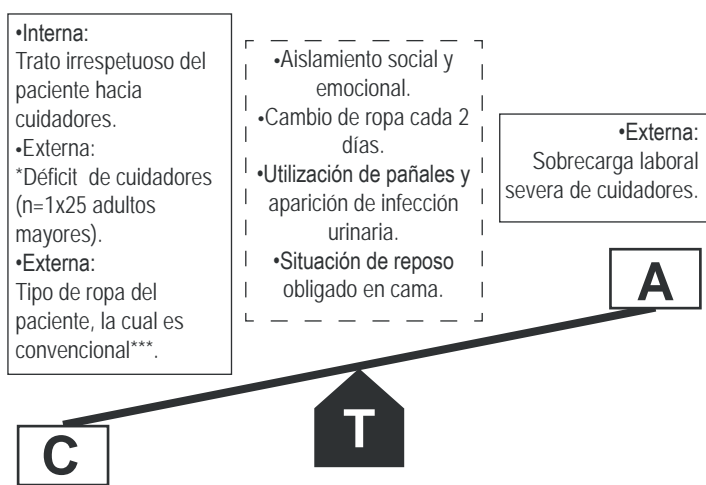
B.6. Nivel Persona: "Disfunción de la movilidad activa en actividades cotidianas"



+Se suman las cargas mencionadas en los niveles anteriores ya que se trata de contextos funcionales relacionados.

Análisis nivel persona: Se observa un sistema desbalanceado hacia las cargas, lo que se traduce en ineficiencia fisiológica y neuro-mecánica que sin lugar a dudas tendrá un impacto en la cantidad de horas que el sujeto tolera levantado y la capacidad de ayudar a su cuidador en tareas básicas. Cabe destacar que las cargas mencionadas en el nivel anterior vuelven a tener protagonismo asumiendo el continuo de movimiento propuesto por Cott et al³. De este modo, tanto las cargas como las asistencias impactan diferentes NPK y la traducción será el sensor del nivel de análisis propuesto.

B.7. Nivel Familia: “Abandono del paciente y carga del cuidador por necesidad de asistencia”.

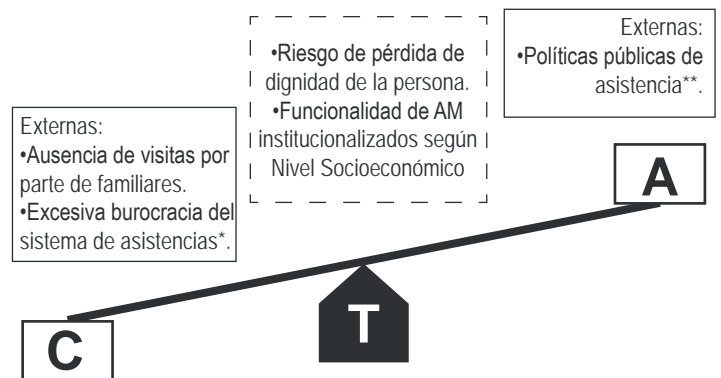


*El reglamento de los ELEM exige que se disponga de un cuidador cada siete adultos mayores en un contexto de independencia funcional, en el caso hipotético se da que cada 25 adultos mayores existe un cuidador. ** Se suman las cargas mencionadas en los niveles anteriores ya que se trata de contextos funcionales relacionados. *** El tipo de ropa puede transformarse en una carga para la expresión del CF del paciente, en este sentido, los cierres, botones, y ropa de diseño cerrado (ej: sweater y pantalones) se transforman en obstáculos significativos para la labor del cuidador, debido a las cargas repetitivas mantenidas en el tiempo que deben desarrollar, aumentando con esto su riesgo de postura laboral y sobrecarga.

Análisis nivel familia: El nivel familia comprende las redes cercanas que dispone un individuo para su desarrollo físico, mental y social, lo que se traduce generalmente mediante herramientas tales como el genograma, en este contexto, los funcionarios del ELAM tienen esa responsabilidad, ya que el adulto mayor se encuentra en un estado de abandono por parte de familiares directos (ver caso). En este nivel continuamos con un sistema desbalanceado hacia las cargas, en este escenario, resulta interesante recalcar que a medida que avanzamos en el nivel de expresión de movimiento se observa que las condiciones funcio-

nales del sujeto impactan negativamente su entorno, condicionando con esto la posibilidad de asistencias externas, las que presentan un descenso ostensible. Este escenario funcional considera un pronóstico negativo, dado que el sistema de asistencia se satura ante fenómenos biofísicos contraproducentes para la función. Al respecto, el caso de un sujeto con un estado de reposo prolongado e institucionalizado en un ELEM, representa un círculo vicioso de disfunción del movimiento pues se encuentra en un vacío desde el punto de vista social dado que las políticas públicas no lo consideran directamente¹⁸. En este escenario, la participación de los ELEM en proyectos para crear equipos de profesionales que impidan y traten esta condición se hace fundamental, por este motivo, es necesario incluir esta visión paradigmática con una mirada de expertos en el movimiento.

B.8. Nivel Sociedad: “Riesgo en la dignidad y atención personalizada para el paciente”.



*La burocracia del sistema de asistencias se manifiesta en la dificultad para conseguir una visita del equipo postrados del CESFAM al ELEM, debido a que no se consideran pacientes de la comunidad y sería de responsabilidad exclusiva de la institución que los acoge. **Las políticas públicas de asistencia se visualizan en la intención de programas de visita domiciliaria por equipos multidisciplinarios de postrados.

Análisis nivel sociedad: El nivel sociedad refleja la relación del individuo con entornos amplios, lo que se traduce generalmente en herramientas como el ecomapa. El sistema se encuentra en desbalance debido principalmente a las escasas posibilidades de brindar una atención profesional pertinente y digna para el adulto mayor. Toda vez identificado el problema, este paciente necesita al menos una visita mensual para evaluar su estado de avance. Además, desde el punto de vista del manejo diario con él se requiere asistencia en base a educación para el personal de ayuda.

TABLA 2.
Problematización y justificación hacia el CF.

Contexto Funcional	Problematización Jerarquizada	Justificación
Eficiencia motora y fisiológica de la Transición de DS a SBC.	Disfunción severa de la eficiencia mecánica y fisiológica de la transición DS-SBC.	El comportamiento de frecuencia cardíaca de trabajo, percepción subjetiva de esfuerzo y velocidad de transición involucra disfunción severa . Cabe destacar que la posición se mantiene solo durante 3 minutos antes de descompensación de algún sistema.
	Déficit severo de fuerza en musculatura antigravitatoria axial y apendicular.	La afectación de la capacidad de generar tensión debido a las consecuencias del reposo prolongado (<i>ver patokinesiología, tabla 3.a</i>) impide “romper” la inercia de una posición aparentemente estática.
	Dolor moderado en brazos y piernas	El compromiso crónico descompensado del sistema ME* limita la transición espontánea desde posiciones bajas.
	Colchón inestable debido a baja densidad del material.	La superficie de apoyo actúa como carga dado que es muy inestable y por tanto involucra un mayor esfuerzo salir de un estado estático**.

+La problematización se da principalmente para los niveles de sistema y persona, los cuales tendrían mayor sentido de oportunidad para la intervención.

*DS=Decúbito supino; SBC=Sedente al borde de cama; ME=Músculo-esquelético.**Es frecuente que las superficies inestables provengan de “ayudas técnicas” mal implementadas tales como un colchón anti-escara.

C) PROBLEMATIZACIÓN JERARQUIZADA.

El enigma establecido en diferentes niveles de expresión de movimiento considera preguntarse: ¿Cuáles son las instancias de intervención? Al respecto, un análisis bajo el CF adecuado y considerando problematizar de manera jerárquica es relevante. En este escenario, se generan las condiciones para la de autonomía del Kinesiólogo, pues caracterizar el movimiento en base a un modelo particular de análisis establece una intervención en la cual se establece la necesidad de modificar, incluso, el ambiente para garantizar los contextos necesarios para la expresión de ventanas de función.

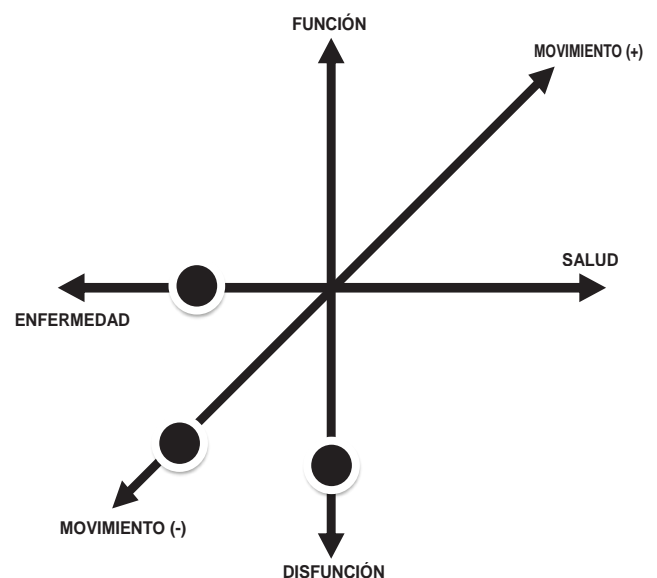
D) ESTRATEGIA PARA EL DIAGNÓSTICO

El diagnóstico comprende una declaración sintética de la problemática, al respecto lo planteado por la Clasificación Internacional de Funcionalidad¹⁹ y la Asociación Americana de Terapia Física²⁰ son propuestas interesantes que tienen un espacio histórico en la generación de conocimiento con base epistemológica. Sin embargo, carecen de una visión integral del fenómeno que ocurre o aquel que desencadena la disfunción del movimiento. En este escenario, el modelo FDMH ofrece alternativas de análisis que ya han sido operacionalizadas⁴, por tanto, una propuesta de ordenamiento contextualizado para los problemas. **Tabla 2.**

La propuesta de diagnóstico considerará el CF definido en la tabla 2, en este sentido, un caso podrá tener contextos funcionales específicos lo que enriquece fuertemente el análisis y la toma de decisiones profesionales. El CF es el

indicador para el dominio Función-Disfunción, luego se dispone de herramientas para la caracterización de la expresión de movimiento y posteriormente el o los sistemas al servicio de movimiento que se asocian a dicha problemática. Cabe destacar, que el diagnóstico es la generación de nuevo conocimiento mediante la aplicación de herramientas propias de una disciplina, por esta razón no es adecuado declarar antecedentes tales como edad, género o la etapa del ciclo vital del sujeto.

De esta manera la gráfica y declaración del diagnóstico para los niveles persona y sistema sería:



“Disfunción de la eficiencia mecánica y fisiológica de la transición DS-SBC caracterizada por déficit severo de adaptabilidad y fuerza en musculatura antigravitatoria axial y apendicular, asociado a compromiso agudo moderado del sistema ME y superficie inestable”.

E) CONCLUSIONES

La "pretensión" de autonomía profesional es dependiente del nivel de discusión epistémica dentro de la disciplina que la fundamenta y de la masa crítica dispuesta a posicionar con decisión su objeto de estudio, en este sentido, el kinesiólogo aspira a ser un profesional de primer contacto, traduciéndose esto no sólo en un derecho, sino que se expresa en un deber profesional como valor fundamental de la profesión. Al respecto, las estrategias de razonamiento ayudan a tomar decisiones correctas, esto es con márgenes de error bajos, lo que garantiza acercarse a la realidad del paciente.

La determinación del CF es fundamental para direccionar la toma de decisiones en relación a ¿qué medir?, ¿qué evaluar? y ¿qué problemática priorizar para una intervención? Esta situación garantiza entregar al paciente, como un profesional autónomo, lo que efectivamente necesita y no una indicación o protocolo.

La PK está determinada por la expresión de movimiento desde lo molecular hasta el nivel de sociedad en donde este continuo de movimiento está interrelacionada bajo un contexto funcional general que se desglosa en contextos específicos por nivel. En esta etapa del razonamiento dialogan fuertemente los fundamentos disciplinares con la profesión y es recapitulada a la hora de tomar la decisión acerca del tipo de intervención a efectuar. Cabe destacar que la kinesiólogía como ciencia aplicada necesita para establecer este diálogo un objeto de estudio claro bajo pilares que den cuenta del continuo de movimiento, esto no excluye la creación y validación de nuevas herramientas y metodologías para caracterizar el movimiento humano.

El MBD requiere siempre la declaración de un contexto funcional a modo de acción motora con intención, y tanto las cargas, traductores y asistencias tributan a esta realidad. Esta estrategia complementada con la PK ayuda a determinar los niveles críticos de Función-Disfunción del movimiento humano.

El diagnóstico está definido como una declaración sintética de las problemáticas, la cual tiene la intención de informar brevemente la realidad de un sujeto bajo un lenguaje propio y pertinente a nuestra disciplina y profesión, en este sentido, el dominio Función-Disfunción representa el contexto funcional crítico del paciente, el dominio movimiento es la caracterización que este ofrece hacia la expresión de función y el dominio Salud-Enfermedad representa los sistemas al servicio del movimiento y aspectos socioculturales asociados.

AGRADECIMIENTOS

A todos los adultos mayores pertenecientes a los ELEM San Juan Apóstol y Don Feña, Bramadero, los cuales con su paciencia, generosidad y alegría han apoyado continuamente el proceso de enseñanza-aprendizaje para los estudiosos del movimiento de la zona precordillerana de la región del Maule, Chile.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Souto Camba (2012). Autonomía profesional y acceso directo en fisioterapia. *XIV Congreso Nacional de Fisioterapia*. Madrid, 26-27 de abril.
- Rothstein J. (1986). Pathokinesiology: a name for our times? *Phys Ther*. 66: 364-365.
- Cott C., Finch E., Gasner D., Yoshida K., Scott T., and Verrier C. (1995). The movement continuum theory of Physical Therapy. *Physiother Can*. 47; 2: 87-95.
- Medina P, Rebolledo I., Escobar M. (2011). Operacionalización del Modelo Función Disfunción. Un acercamiento hacia la pretensión de la autonomía profesional. *Kinesiología*; 30(3): 46-57.
- Chapela MC. (2009). Vínculo intersubjetivo: alternativa de cambio en las profesiones de la salud humana. *Rev Fac Nac Salud Pública*; 27(1): 76-80.
- Romero C. (2004). Paradigma de la complejidad, modelos científicos y conocimiento educativo. *Universidad de Huelva*.
- Hislop H. (1975). The not-so-impossible dream. Tenth Mary McMillan Lecture. *Phys Ther*. 55(1): 1069-1079.
- Marín P., Guzmán JM., Araya A. (2004). Adultos mayores institucionalizados en Chile: ¿Cómo saber cuántos son? *Rev Méd Chile*; 132: 832-838.
- Claviere PA. (2009). Envejecimiento en Chile. Institucionalización y políticas para personas mayores. Seminario de políticas gerontológicas, Mercosur Ampliado.
- Caprara M, Molina MÁ, Schettini R, Santacreu M, Orosa T, Mendoza-Núñez VM, et al. (2013). Active aging promotion: results from the vital aging program. *Curr Gerontol Geriatr Res*. 2013:817813.
- Jackman RW and Kandarian SC. (2004). The molecular basis of skeletal muscle atrophy. *Am J Physiol*; 287: C834-C843.
- G. D'Antona, MA, Pellegrino, R. Adami, R. Rossi, CN, Carlizzi, M. Canepari, et al. (2003). The effect of ageing and immobilization on structure and function of human skeletal muscle fibres. *J Physiol*; 552(2): 499-511.
- Trappe S., Trappe T., Gallagher P., Harber M., Alkner B., and Tesch P. (2004). Human single muscle fibre function with 84 day bed-rest and resistance exercise. *J Physiol*; 557(2): 501-513.
- Clark B., Manini T., Bolanowski S., Ploutz-Snyder L. (2006). Adaptations in human neuromuscular function following prolonged unweighting: II. Neurological properties and motor imagery efficacy. *J Appl Physiol*; 101(1):264-272.
- Kortebein P, Symons TB, Ferrando A, Paddon-Jones D, Ronsen O, Protas E, Conger S, Lombeida J, Wolfe R, Evans WJ. (2008). Functional impact of 10 days of bed rest in healthy older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*; 63(10):1076-1081.
- Gill T., Allore H., Guo Z. (2004). The deleterious effects of bed rest among community-living older persons. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*; 59A(7):755-761.
- Ocampo JM., Herrera JA., Torres P., Rodríguez JA., Loba L., García CA. (2007). Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. *Colomb Med*; 38(1): 40-46.
- Servicio Nacional del Adulto Mayo. (2009). Manual del cuidado de personas mayores dependientes y con pérdida de autonomía. Red de protección social gobierno de Chile. Disponible a la fecha 14 de mayo del 2013 en: <http://www.minsal.cl/>
- Chaná P & Alburquerque D. (2006). La clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) y la práctica neurológica. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*; 44(2): 89-97.
- American Physical Therapy Association. (1995). A Guide to Physical Therapist Practice: A Description of Patient Management. *Phys Ther*. 75.

Título Abreviado: Autonomía del Kinesiólogo:
Estrategias de problematización

^AKinesiólogo, Académico Departamento de
Kinesiología, Facultad de Ciencias de la Salud,
Universidad Católica del Maule.

^BLínea de razonamiento profesional, matriz innovada.

Los autores declaran no tener conflictos de interés
con este trabajo.

Correspondencia:

Prof. Paul Medina González
Departamento de Kinesiología,
Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad
Católica del Maule
Av. San Miguel N° 3605.
Talca, Chile
Tel.: +56 71 203622;
Fax: +56 71 203399
E-mail: pmedina@ucm.cl