



RIDUNAJ
Repositorio Institucional
Digital UNAJ



Universidad Nacional
ARTURO JAURETCHE

Tesinas de Grado

Juan Ignacio Cattelan

Modelo Biopsicosocial: su aplicación en la Kinesiología

2022

Instituto: Instituto de Ciencias de la Salud

Carrera: Licenciatura en Kinesiología y

Fisiatría



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons.
Atribución – No comercial – Compartir igual 4.0
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Cattelan, J. I. (2022). *Modelo Biopsicosocial: su aplicación en la Kinesiología* [Tesis de grado, Universidad Nacional Arturo Jauretche]. <https://rid.unaj.edu.ar/handle/123456789/2105>

TESINA

Presentada para acceder al título de grado de la carrera de

LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA

Título:

“Modelo Biopsicosocial: su aplicación en la Kinesiología”

Autor/a:

Cattelan, Juan Ignacio. Legajo 18569

Director/a:

Lic. Peluso, Gustavo.

Co Director/a:

Lic. Calcagno, Florencia

Fecha de presentación:

21/06/2022

Firma de autor/a



Índice.

I. Introducción.....	3
I.a. Marco Teórico.....	6
I.b. Pregunta de Investigación.....	9
II. Objetivo General.....	10
II.b. Objetivo Específico.....	10
III. Métodos.....	11
III.a. Diseño de Investigación.....	11
III.b. Estrategia de Búsqueda.....	12
III.c. Criterios de Inclusión y Exclusión.....	13
III.d. Análisis de Datos.....	14
IV. Justificación.....	15
V. Desarrollo.....	17
V.a. Modelo Biopsicosocial como Paradigma de Abordaje en Kinesiología.....	17
V.b. Aplicación del Modelo Biopsicosocial en la Kinesiología.....	20
V.c. Creencias, Actitudes y Percepciones de los Kinesiólogos/as Respecto del Modelo Biopsicosocial.....	22
VI. Conclusión.....	25
VII. Referencias Bibliográficas.....	28

I. Introducción.

Para introducir el tema de la siguiente investigación es oportuno realizar algunas definiciones y explicar contextos que van a posicionar la perspectiva y la mirada con la que se desarrolla la misma.

Como el principal objeto de análisis es el Modelo Biopsicosocial, es importante entender que, un modelo es un conjunto o sistema de creencias que es utilizado para explicar y dar sentido a aquello que es desconocido y sobre lo que se busca una respuesta. Existe una necesidad de los seres humanos de idear sistemas que brinden explicaciones a diferentes fenómenos o circunstancias; siendo los “procesos de salud y enfermedad” de las personas uno de los motores históricos que impulsaron la creación de diversos modelos. Es de esta manera que surgen diferentes construcciones de conocimiento, como lo fueron el empirismo, el racionalismo, el positivismo, que buscaron hegemonizar su visión desde las ciencias médicas; ya que ha sido a través de ellas el trazado histórico de la organización de las sociedades. Y es por esta razón que los paradigmas de las ciencias médicas han estado ligados a los contextos sociales, políticos, económicos y sus cambios a través de las diferentes épocas (1).

En la actualidad el conocimiento epistemológico social, históricamente separado de las cuestiones relacionadas a los procesos de salud y enfermedad de los individuos, toma mayor relevancia. Desde estas perspectivas sociales, antropológicas, sociológicas, filosóficas; entre las cuales abarcan las actividades biomédicas, nacen paradigmas que intentan subjetivar al sujeto (1).

Desde la antropología y la psicología intercultural, la perspectiva biológica no es suficiente para una plena comprensión de la experiencia y expresión de las emociones y debe ser complementada con la consideración del contexto cultural en el que las emociones se experimentan, expresan o perciben. Estos esfuerzos de explicación constituyen dispositivos de adaptación social. La “enfermedad” por excelencia ejemplifica una categoría de fenómenos naturales que exigen urgentemente una explicación. Cuando las personas utilizan términos análogos a la “enfermedad”, tienen en cuenta, entre otras cosas, que los fenómenos en cuestión implican una desviación o

discontinuidad centrada en la persona, dañina e indeseable; asociados con impedimento o malestar (1).

Es así como en la sociología contemporánea surgen algunas innovaciones teóricas interesantes que contemplan la relación entre la estructura social y la emoción. Este tipo de sociología se fundamenta en una clara división conceptual entre individuo (territorio de la emoción) y sociedad (estructura estabilizada de relaciones sociales), que se traducen en variables cuantificables. El problema de este tipo de enfoques culturales y socio estructurales es la concepción dualista entre individuo y sociedad. Esta reflexión trata de explicar la existencia de un ser individual, que tiene su base en el organismo; y un ser social, que representa en nosotros la existencia de un orden intelectual y moral representado por la sociedad. Entonces, desde un enfoque social dialéctico, la comprensión social de la subjetividad y las emociones trata de entender ambos como aspectos diferentes de un mismo proceso. No es necesario considerar que una explicación es o individual o social, porque ambos aspectos, personal y colectivo son considerados como procesos sociales (2).

A partir de estas reflexiones y discusiones teóricas se comprende que así como no se pueden separar los procesos individuales de los colectivos (individuo/sociedad), tampoco se pueden separar los procesos emocionales/psicológicos de los biológicos. Estas perspectivas buscan entender que los fenómenos o circunstancias de la vida son sistemas complejos debido a los múltiples procesos culturales, sociales, naturales, políticos, económicos; que interactúan entre sí individualmente y colectivamente. E intentan ofrecer nuevas maneras de percibir, pensar y actuar desde el entendimiento de la realidad.

Si analizamos discursos de entidades como la Organización Mundial de la Salud (OMS) en donde el paradigma vigente es el Biopsicosocial, el cual define a la salud como un "estado de completo bienestar, o de equilibrio físico, psíquico y social y no solo la ausencia de enfermedad". Podemos destacar que este modelo, desarrollado y divulgado por las máximas instituciones internacionales, tiene más de 50 años de antigüedad. Tiempo, a través del cual, han surgido múltiples construcciones de conocimiento y pensamiento.

Es por esto que este trabajo de investigación realizará una revisión de bibliografía científica sobre el Modelo Biopsicosocial; su aplicación en la práctica de la kinesiología, sus alcances y limitaciones, y las creencias de los kinesiólogos/as.

I.a. Marco Teórico.

Como se mencionó anteriormente, el Modelo Biopsicosocial es uno de los paradigmas vigentes, presente desde hace más de 50 años en los ámbitos de salud; que visualizó la necesidad de un modelo holístico en respuesta al paradigma Biomédico. Fue postulado por George Engel en 1977, con el objetivo de incorporar la empatía y la comprensión en la práctica médica.

Este modelo buscó integrar una mirada global para comprender cómo el sufrimiento y la enfermedad resultan influidos por diferentes niveles de organización humana; que van de lo biológico a lo social. Y entender la experiencia del enfermar del individuo, considerándola como una parte fundamental para llegar al diagnóstico y a un tratamiento adecuado. El enfoque social, por tanto, se concibe como un enfoque complementario del enfoque biológico. Siendo que, la producción de emociones es una cuestión biológica, pero no así su expresión y su percepción (2) (3).

En sus argumentos, el Modelo Biopsicosocial va a cuestionar al Modelo Biomédico, y sus principios de reduccionismo biológico; que suponen que la enfermedad debe tenerse en cuenta por las desviaciones de la norma de las variables biológicas (somáticas) mensurables. Sin dejar espacio dentro de su marco para las dimensiones sociales, psicológicas y conductuales de la enfermedad (4) (5).

El Modelo Biomédico no solo requiere que la enfermedad sea tratada como una entidad independiente del comportamiento social, sino que también exige que aquellas que tengan un origen desde la conducta, se expliquen sobre la base de procesos somáticos desordenados (bioquímicos y neurofisiológicos). Postulando que los fenómenos complejos se derivan de un único principio primario, y tomando al dualismo mente-cuerpo como una doctrina que separa lo mental de lo somático.

El reduccionismo al cual hace referencia el Modelo Biomédico, supone que el lenguaje de la química y de la física es suficiente para explicar los fenómenos biológicos. Desde este punto de vista, aquellas

herramientas consideradas útiles tanto para caracterizar como para investigar dichos sistemas biológicos, son de naturaleza física. Entendiendo a la enfermedad como aquel estado que no es deseado por el individuo, da lugar a que surja la necesidad de acciones que sean correctivas. A partir de esto, es que surgen los modelos científicos, diseñados para promover la investigación científica. Lo que crea una perspectiva culturalmente específica y biológica de la enfermedad. A través de esta perspectiva las enfermedades son conceptualizadas con términos mecánicos subyacentes. Y es en este punto, en el que el reduccionismo toma los fenómenos conductuales de una enfermedad, los explica con términos fisicoquímicos; y decreta que todo aquello que no pueda ser explicado debe ser excluido de la categoría enfermedad (6).

Esta reducción conduce a la objetivación y a la identificación del sujeto con la circunstancia fenoménica en la que se encuentra. De esta forma el sujeto es obligado a abandonar su condición de “persona” para ser reemplazado por su nueva etiqueta de “enfermo” (el hipertenso, el diabético, el celíaco, etcétera). Así se convierte en un instrumento pasivo del método científico, y transformado en el objeto a ser estudiado, analizado y corregido. Dicha reducción se encuentra reafirmada por el positivismo y su insistencia por las reglas del método científico: la observación y el registro cuidadoso de los hechos; el establecimiento de las relaciones constantes existentes o regularidades existentes entre ellos, en particular las de sucesión o leyes causales; la justificación experimental de las teorías y la explicación y predicción de nuevos fenómenos por medio de las leyes que comprenden (7).

En la actualidad, surgen discusiones sobre cómo los factores y determinantes sociales están íntimamente relacionados con los procesos de salud/enfermedad de las personas. Aquellas circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen; y que son el resultado de una fragmentación social producida por un sistema socioeconómico capitalista y modelos políticos neoliberales (5). Esto se ve reflejado en la función social de las prácticas de salud, a partir de una lógica que fomenta la reproducción social del capital; lo que conlleva a procesos que deterioran al cuerpo. Esta perspectiva se alinea con el

paradigma Biomédico, el cual pretende dar una visión de la significación del cuerpo como un objeto abstracto y descontextualizado; centrado en la cura, en la evidencia científica y en la capacidad productiva de los cuerpos como fuente de valor (8).

Sin embargo, esta discusión teórica, a la que el Modelo Biopsicosocial trata de acercar un abordaje alternativo; pareciera verse atravesada por una crisis a la hora de su aplicación en algunas de las prácticas de la salud. Y aunque sus principios continúan hoy vigentes, no estarían claros los lineamientos para lograr aplicar este modelo de manera eficiente (4).

El ámbito de la Kinesiología, como rama de la salud, no escapa a estas circunstancias de incertidumbre a la hora de llevar a cabo el rol profesional tomando como principales los valores del Modelo Biopsicosocial; debido a que se crea un reduccionismo a partir de introducir nuevos conceptos, que a pesar de sus buenas intenciones, continúan generando discursos de poder que limitan el abordaje desde una visión más integral de las personas.

Ib. Pregunta Problema.

Desde lo expuesto en el marco teórico se proponen los siguientes interrogantes para esta investigación: *¿Se aplica el Modelo Biopsicosocial en la práctica de la kinesiología? ¿Qué beneficios y limitaciones tiene su aplicación? ¿Qué creencias y percepciones tienen los profesionales kinesiólogos/as respecto de un abordaje Biopsicosocial?*

II. Objetivo General.

Analizar, a través de una revisión bibliográfica, si el Modelo Biopsicosocial es aplicado en la Kinesiología.

II.a. Objetivos Específicos.

Indagar sobre los beneficios y limitaciones que tiene la aplicación del Modelo Biopsicosocial en la Kinesiología.

Conocer las creencias y percepciones de los profesionales kinesiólogos/as a la hora de aplicar el enfoque Biopsicosocial.

III. Métodos.

III.a. Diseño de Investigación

La investigación fue de tipo cualitativa descriptiva; se realizó una revisión sistemática de bibliografía científica y de producciones literarias; sobre el Modelo Biopsicosocial y su aplicación en la Kinesiología.

III.b. Estrategia de Búsqueda

La búsqueda de bibliografía científica se llevó a cabo en las plataformas PubMed, Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y Biblioteca Electrónica de Ciencia, Tecnología del MinCyT y Sistema de Información Científica Redalyc. Se utilizaron las siguientes palabras claves y combinaciones:

Palabra	Término Libre	Decs	Mesh
#1	"Biopsychosocial Model"		
#2	"Physiotherapy"	Physical Therapy Modalities	"Physical Therapists"[Mesh]
#3	"Biopsychosocial"		
#4	"Physiotherapists"	Physical Therapists	"Physical Therapists"[Mesh]
#5	"Psychosocial Strategies"		
#6	"Approach"	Biobehavioral Sciences	"Biobehavioral Sciences"[Mesh]
#7	"Kieran O 'Sullivan"		
#8	"Peter O 'Sullivan"		
#9	"George Engel"		
#10	"Ian Cowell"		
Orden	Combinaciones		
A (#1 - #2)	("biopsychosocial model"[All Fields]) AND ("Physical Therapy Modalities"[Mesh])		
B (#3 - #10)	(Ian Cowell[Author] AND ("biopsychosocial"[All Fields])		
C (#7 - #8 - #2 - #1)	((o sullivan[Author]) AND ("Physical Therapy Modalities"[Mesh])) OR ("biopsychosocial model"[All Fields]) AND ((ffrft[Filter]) AND (2011:2020[pdat]))		
D (#4 - #1 - #3 - #2)	(((("Physical Therapists"[Mesh]) AND ("biopsychosocial model"[All Fields])) OR (Biopsychosocial) AND (2011:2020[pdat])) AND ("Physical Therapy Modalities"[Mesh]) AND (2011:2020[pdat]))		
E (#4 - #1 - #3 - #5)	(((("Physical Therapists"[Mesh]) AND ("biopsychosocial model"[All Fields])) OR (Biopsychosocial) AND (2011:2020[pdat])) AND ("psychosocial strategies"[All Fields])		
F (#2 - #6)	("Physical Therapy Modalities"[Mesh]) AND ("Biobehavioral Sciences"[Mesh])		
G (#9 - #1)	(engel) AND ("biopsychosocial model"[All Fields]) AND (ffrft[Filter])		

III.c. Criterios de Inclusión y Exclusión.

Los criterios de inclusión abarcaron estudios empíricos cualitativos que explicitan el uso del Modelo Biopsicosocial en el título, resumen o palabras claves; estudios desarrollados en contextos de la práctica kinesiológica en el que se aplicó el abordaje biopsicosocial; estudios de campo que indagaron sobre las creencias y pensamientos

de los kinesiólogos/as respecto del enfoque biopsicosocial; artículos publicados entre 2011 y 2020, en español e inglés, en revistas científicas y con texto completo. Producciones literarias pertinentes al análisis que se propone.

Los criterios de exclusión incluyeron aquellos estudios que plantean comparaciones entre tratamientos, realizaron asociaciones de causa y efecto entre patología y tratamiento; aquellos artículos que no contemplaron los criterios de inclusión, y que fueron publicaciones privadas.

III.d Análisis de los Datos.

La recopilación de los datos se realizó en tres grandes subtemas de análisis:

Tema 1	Aplicación del Modelo Biopsicosocial en la Kinesiología.
Tema 2	Creencias, y Percepciones de los kinesiólogos/as respecto del Modelo Biopsicosocial.
Tema 3	Beneficios y Limitaciones de la Aplicación del Modelo Biopsicosocial en la Kinesiología.

IV. Justificación.

Durante el recorrido en la formación de grado de la Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría en la Universidad Nacional Arturo Jauretche, se transmite una idea de abordaje hacia las personas que buscan mejorar su estado de salud. Esta idea se basa en entender que el rol del kinesiólogo/a no se limita solamente a una visión biológica, anatómica o biomecánica; sino que se debe considerar “el todo”. Esta expresión hace alusión a un enfoque del rol profesional, con una mirada social y comunitaria, que tiene que ver con contextualizar a la persona en su historia, en su estilo de vida, en sus circunstancias, en sus emociones; como factores a tener en cuenta para llevar a cabo el accionar kinésico.

Esta mirada se puede estar alineada con la perspectiva del Modelo Biopsicosocial, ya que se aleja del reduccionismo biológico, o al menos incorpora a la visión biomédica aspectos que tienen que ver con la construcción social; del individuo, del contexto y de los procesos de salud/enfermedad. Con el objetivo de crear un abordaje en salud más eficaz, personalizado, menos mecánico, poniendo atención en los factores biológicos y no biológicos modificables del paciente (9).

Esto evidenció la necesidad de re significar el proceso del “enfermar”; con la intervención de diferentes ramas de las ciencias sociales como la antropología, la sociología y la psicología. Pero que terminaron derivando en paradigmas que generaron nuevos reduccionismos, tomando como preceptos a la dualidad mente/cuerpo, para luego reducir la mente al cerebro; como relación que condiciona al individuo de forma emocional, cognitiva, conductual y biológica. Como por ejemplo el de las neurociencias (10).

De acuerdo al análisis de Ramírez Cobián MT. (11) sobre las nuevas antropologías filosóficas de Markus Gabriel (filósofo alemán); se cuestiona radicalmente la suposición de que es posible reducir la mente al cerebro, lo que se define como neurocentrismo. Para Gabriel, la mente (el yo, la conciencia, el espíritu) es irreductible, no puede ser objeto de un estudio científico; debido a que la mente (espíritu) no es nada sino la manera o imagen en la que se define a sí misma. La autodefinición es la cualidad propia de la mente, y por ende del ser

humano. La manera como nos concebimos, la imagen que nos hacemos de nosotros mismos, es lo que determina lo que somos y cómo actuamos (11). De forma tal que los seres humanos conciben su imagen a partir de los discursos de poder que les atraviesan, ya sea religiones, procesos naturales, contextos culturales, la naturaleza, procesos económicos-sociales, o de los mecanismos neurobiológicos, etcétera.

Que numerosas circunstancias o hechos, puedan ser explicados desde diferentes paradigmas, ideas, discursos o pensamientos; nos indica que los fenómenos del mundo son complejos. En ellos convergen multitud de elementos, y múltiples y variadas interacciones en procesos donde el dinamismo es constante. Un mundo en que la interacción entre la perspectiva social y la natural ha dado lugar a un modelo de organización social que refleja una crisis profunda. Y su problematización reclama la construcción colectiva de nuevas formas de sentir, valorar, pensar y actuar en los individuos y en las colectividades que posibiliten a toda la ciudadanía alcanzar una vida digna en un entorno sostenible (12).

Es por esta razón que, el análisis del Modelo Biopsicosocial aplicado en la práctica profesional del kinesiólogo/a, permite visibilizar, conocer, reflexionar y problematizar sobre su aplicación, sus beneficios, sus limitaciones y sus alcances.

V. Desarrollo.

V.a. Subtema 1: Aplicación del Modelo Biopsicosocial en la Kinesiología.

Retomando conceptos explicados anteriormente, el Modelo Biopsicosocial se posiciona desde una mirada que busca reemplazar al Modelo Biomédico, su mirada reduccionista y su concepción biológica para ver a los eventos que estudia a través de la evidencia científica; debido a que esto deja de lado a las variables clínicas, dirigiendo la atención hacia un abordaje en salud absolutamente despersonalizado. Es así que, con la incorporación de los factores psicosociales, se incentiva un abordaje multifactorial.

Entonces, se habla de un abordaje que hace referencia a una intervención personalizada que contemple todas aquellas circunstancias que estén relacionadas con la afección de la persona desde la empatía y la comprensión del profesional hacia el individuo. No obstante, al analizar específicamente la aplicación del Modelo Biopsicosocial en la Kinesiología, el hincapié es puesto en un tratamiento enfocado en la función física y en los “beneficios” psicológicos y cognitivos que otorgan los ejercicios terapéuticos. Es decir, que estos factores psicosociales son contemplados con la realización de una práctica corporal. Lo curioso de esto, es que los profesionales tengan herramientas para saber que una dolencia física tiene origen en múltiples factores entre ellos los psicosociales y la propuesta siga siendo desde un abordaje pura y exclusivamente físico.

Esto se ve reflejado en que para establecer el tratamiento terapéutico, al Kinesiólogo/a se le brinda las herramientas propuestas y validadas por la OMS, como por ejemplo: el cuestionario DRAM: Distress and Risk Assessment Method; el cual utiliza una escala para clasificar los factores psicosociales que pudieran estar relacionados con el dolor muscular crónico; categorizando como normal, en riesgo, depresión o angustia somática, al padecimiento de la persona (13). Otra herramienta disponible es la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), la cual constituye el marco conceptual de la OMS para una nueva comprensión del funcionamiento, la discapacidad y la salud. Se trata de una

clasificación universal para múltiples usos y sectores que pretende establecer un marco y un lenguaje para describir la salud y las dimensiones relacionadas con ella. Adicionalmente también considera los factores contextuales ambientales y personales, que interaccionan con estos componentes (14). Otros cuestionarios, como por ejemplo el PSMCEBSM (Pain – Somatic and Medical factors – Cognitive factors – Emotional factors – Behavioral factors – Social factors – Motivation, Model) que considera cuantificar factores de evaluación como el dolor, los factores médicos y somáticos, factores cognitivos, factores emocionales, factores de conducta, factores sociales y factores motivacionales, lo que permite identificar las creencias, los miedos, los pensamientos y comportamientos de los pacientes; y a través de los cuales se puede analizar el nivel de supervisión que requerirá la persona. También proveen información sobre actividad y movimientos desde el cual se formulan las bases de ejercicios estandarizados. E incluso hasta realizar pronósticos de recuperación, a través de estadísticas. Aun así, abordando al paciente desde esos criterios, es posible que la rehabilitación por sí sola de ejercicios no sea satisfactoria (15) (16).

Esto último tiene que ver con que el criterio a utilizar está orientado al coaching motivacional, al establecimiento de objetivos claros realizando refuerzos positivos. Todas estas estrategias buscan desarrollar la comunicación y la educación con el paciente como pilares fundamentales del abordaje psicosocial y están enfocadas en mejorar la función, la calidad de vida, y reducir el impacto de la afección de la persona (13). Pero ninguna de ellas incluye los aspectos emocionales de la dolencia. Existe una retroalimentación durante el tratamiento, que tiene como fin generar y brindar un estado de autoconocimiento sobre la circunstancia que está sucediendo (17). Así como también se crean objetivos concretos los cuales están estrechamente relacionados con el nivel de confianza del paciente con el profesional, y con el nivel de supervisión (13).

Aun así, no se hallaron acciones ni criterios concretos a utilizar en Kinesiología respecto de los factores psicosociales que puede tener una persona que busca acompañamiento por una dolencia física. Los

métodos evaluativos proporcionan una ayuda importante a la hora de identificar todos los aspectos que estén afectando la salud de una persona. Los documentos avalados por la OMS como el CIF permiten considerar la relación de esos aspectos psicosociales con una afección física. La problemática se evidencia en la falta de aplicación de estos conceptos, que brinden herramientas a los profesionales y los pacientes. Se recae entonces en una perspectiva simplificada del abordaje Biopsicosocial que está más alineada a las consideraciones del Modelo Biomédico, que tanto buscó modificar.

V.b. Subtema 2: Creencias, Actitudes y Percepciones de los kinesiólogos/as respecto del Modelo Biopsicosocial.

Las creencias y percepciones de los/las Kinesiólogos/as, hacen referencia a los diferentes discursos y paradigmas, a través de los cuales, los profesionales se encuentran atravesados. Es decir, que el sistema de pensamiento y de reflexión, acorde a los temas inherentes al campo de la Kinesiología no se ven exentos, del contexto en el que se desarrolla la vida misma.

Algunas percepciones del accionar kinésico se centran en un abordaje pura y exclusivamente Biomédico. Reconociendo la importancia de los factores psicosociales, pero que su incumbencia debe estar a cargo de otra profesión, no siendo considerados como factores potencialmente modificables. Esto recurre a la interdisciplinariedad y a la despersonalización, de la cual el Modelo Biopsicosocial trata de alejarse. Es desde esta mirada que se etiqueta al paciente, como aquel que no tiene interés por recuperarse y que su única intención es llamar la atención. Reproduciendo así el reduccionismo biológico (18).

Otras, critican la presencia constante del Modelo Biomédico, que refuerza su perspectiva a partir de las explicaciones que se le dan a los pacientes. Creando expectativas a fines con este paradigma; dejando a los profesionales sin herramientas cuando se propone realizar un tratamiento interpersonal. Al mismo tiempo que las propuestas formativas que intentan tener una orientación Biopsicosocial o con perspectiva social, resultan ser insuficientes debido a una falta de conocimiento tanto teórica como práctica, para poder llevar a cabo el abordaje multidimensional que plantea el Modelo Biopsicosocial. Esto es percibido por los/las profesionales como una dificultad, porque plantea desafíos de habilidades que exponen el propio aprendizaje y el conocimiento profesional (19) (20).

Otras creencias destacan el enfoque Biopsicosocial y la adquisición de conocimiento en perspectivas sociales y holísticas para aplicar en rehabilitación; ya que éstas permiten una visión aún mayor del problema a tratar. Así como también, la diferencia entre el trabajo

personalizado y el trabajo despersonalizado; en cuanto a tiempo, cantidad de pacientes, cantidad de pacientes por profesional, calidad de atención, etcétera. Se hace referencia sobre el trabajo personalizado, como el contexto propicio para indagar y llevar a cabo un abordaje psicosocial en kinesiología; pero el mismo se ve descontextualizado por discursos que continúan avalando reduccionismos biológicos (21) (22).

Y por último, se reconoce la existencia de una comunicación defectuosa, producto de las expectativas que tiene el paciente sobre cómo debería ser un tratamiento kinesiológico, y la incomodidad que siente el profesional a la hora de compartir sus creencias y su modo de trabajo; generando otra problemática más para identificar la existencia de factores psicosociales que puedan ser útiles en el transcurso del tratamiento (23) (24).

V.c. Subtema 3: Beneficios y Limitaciones de la Aplicación del Modelo Biopsicosocial en la Kinesiología.

Llegando a este punto de la investigación, pareciera difícil poder mencionar aspectos beneficiosos del modelo Biopsicosocial en la actualidad; pues luego de todo lo expuesto, se podría decir que se encuentra más alineado a la perspectiva Biomédica que tanto buscó desafiar, aunque tal vez un tanto disfrazada. Sin embargo, si se retoman los conceptos ya mencionados anteriormente, para el momento en el que fueron planteadas, sus consideraciones fueron realmente revolucionarias.

Los conceptos más importantes que el modelo Biopsicosocial trae al mapa de la salud; se centraron básicamente en la crítica exhaustiva de la perspectiva hegemónica reduccionista del Modelo Biomédico. No solo señalando su tendencia de ver a los fenómenos complejos desde una sola causa primaria; sino que también, visibilizando el peligro de su alianza con los intereses corporativos. Una de las manipulaciones más importantes de dicha alianza fue crear una tríada entre los factores etiológicos individuales, el crecimiento de la medicina basada en la evidencia científica y los agentes terapéuticos en el manejo de las enfermedades (5).

Es por esto, que el Modelo Biopsicosocial propuso un abordaje que tenga en cuenta las variaciones clínicas y a todos los componentes terapéuticos; creando así una nueva tríada compuesta por los aspectos de la conducta del ser humano, las ciencias sociales y la medicina clínica. Entonces, desde que apareció el Modelo Biopsicosocial muchas investigaciones han documentado que los eventos de estrés repetitivos, tienen un rol muy importante en la modulación del proceso de enfermar de cada individuo. Y que también surge la tendencia a experimentar y comunicar conflictos psicológicos en forma de síntomas físicos (9).

Dentro de la propuesta de Engel, el mayor desafío fue la transición del Modelo Biomédico al Modelo Biopsicosocial. Debido a que su modelo buscó que la enfermedad sea vista como el resultado de mecanismos que interactúan entre sí, como los ambientales, los celulares, los interpersonales, y los orgánicos; como componentes

esenciales (9). Pero, ¿qué fue lo que sucedió con este modelo que proponía cambios tan revolucionarios? Diferentes autores atribuyen su fracaso al escaso contenido teórico desarrollado respecto de sus principios; así como también la falta de operacionalización del modelo, lo que indicó que aún no estaba listo para ser utilizado de manera empírica. Otro aspecto que dificultó la puesta práctica, fue la falta de una guía que acompañe de manera específica a los profesionales sobre cómo aplicar el modelo, siendo sus objetivos explicados de manera genérica. Y por encima de estas consideraciones, no incluyó un método científico que identifique la información de los aspectos biopsicosociales (10).

Si se toman estas limitaciones mencionadas y se analizan, pareciera que es el Modelo Biomédico planteando sus críticas por la falta de empirismo del Modelo Biopsicosocial. Pues, es así que en la actualidad nos encontramos con un modelo vigente, antiguo y obsoleto, sostenido por los mismos discursos de poder.

Devora Ferrandini (25) menciona que la salud como un estado de equilibrio no existe, es un ideal inalcanzable, debido a que la salud como estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no solo la ausencia de enfermedad; se encuentra maquillado por la presencia del paradigma biomédico. Ferrandini (25) habla de un artefacto que construye la operacionalización del problema epidemiológico, a través de los factores de riesgo. Y dice, que el riesgo es por definición la diferencia entre la distribución que un determinado fenómeno tiene en la realidad y la distribución que le hubiera dado el azar. Si se busca la definición de riesgo, se hace presente que la relación entre la acción y el resultado, es una probabilidad y no una causalidad. Es así que, en nombre del riesgo se crean normativas de comportamiento social, así como también surge un sistema de juzgamiento para aquellas personas que no cumplen con dichas normas y enferman. Como si la capacidad de elegir tuviera una distribución homogénea entre los individuos que conforman una sociedad y no estuviera determinada por su inserción en el aparato productivo, las representaciones sociales y las estrategias del grupo social al que pertenecen.

Pero aún no es suficiente con solo tomar al riesgo como herramienta que establezca una realidad de causa y efecto. Si se retoma lo visto en el subtema 1, se pueden apreciar otros aparatos que buscan operacionalizar el discurso del Modelo Biopsicosocial, pero que lejos están de ser herramientas que sirvan como guía para la aplicación práctica del mismo. Entre ellos tenemos a la CIF, al cuestionario DRAMM, al cuestionario PSMCEBSM. El único objetivo de dichas herramientas es agregar los factores psicosociales, a una visión biológica, como simples actores causales de las enfermedades, etiquetando a las personas en diferentes categorías de conducta y por consiguiente indicando la función del tratamiento kinésico, más allá de que el mismo pueda o no ser satisfactorio. Por supuesto, que a partir de los resultados de estos cuestionarios, se genera la obvia producción de evidencia científica que avala las causalidades de dichos factores y por ende los pronósticos de las enfermedades. Este proceso que las ciencias duras tienen arraigado en su comprobación empírica de los hechos, está relacionado con el corporativismo que se genera alrededor de esta situación. Pero los factores psicosociales por los cuales una persona se encuentra atravesada deben ser vistos como algo multidimensional y complejo.

Cuando se hace referencia a lo multidimensional, significa que la realidad no debe estar reducida a solo la realidad física; y esto es lo que choca con la filosofía, que se extiende a través de épocas, religiones y culturas que describen diferentes dimensiones de la realidad; pero que están contiguas y van de las más densas y menos conscientes como la materia a las más densas y más conscientes, como las dimensiones espirituales. Entendiéndose como aquellas dimensiones que no reducen la existencia del “ser” solo a algo físico, como la mente; si no que buscan separar esa identificación biológica para encontrarse con todos aquellos aspectos con los que los individuos se autodefinen (11).

VI. Conclusión.

La aplicación del Modelo Biopsicosocial como paradigma de abordaje en las diferentes ramas de la salud; y en lo que respecta a esta investigación, en la Kinesiología; es un tema que necesita mayor profundización que visibilice la problemática que subyace al quehacer diario de la profesión y a la crisis que existe en su aplicación.

El análisis que se realizó, es fundamental para poder comprender de una manera argumentada porque hoy seguir reproduciendo conceptos de paradigmas tan antiguos, como el Biopsicosocial, deja en evidencia lo obsoleto de los principios que aún hoy día siguen rigiendo en las prácticas profesionales.

Siendo la Kinesiología una disciplina de las ciencias médicas cuyo fin es el estudio del movimiento y que busca tratar enfermedades afines a dicho estudio, así como también prevenirlas y mejorar las capacidades físicas de las personas; es una cuestión vital poder debatir sobre la aplicación del Modelo Biopsicosocial. Es por esta razón que se realizaron tres grandes subtemas de análisis, que fueron desarrollados a lo largo del trabajo.

Acorde al primer subtema, la aplicación del Modelo Biopsicosocial depende pura y exclusivamente de guías estandarizadas, o de cuestionarios específicos cuyo fin es identificar cuáles son los factores psicosociales presentes, a parte de los biológicos. No solo los identifica, sino que además realiza una etiqueta de la situación personal del paciente. Respecto de estas consideraciones, la primera pregunta que surge es ¿Es posible realizar una clasificación cuantificable de aspectos psicosociales? Varios de los autores referenciados durante el trabajo ponen un énfasis claro de que esto no es posible. Cuál sería el fin de evaluar, clasificar y estandarizar de manera cuantificada una emoción o un sentimiento. Qué herramienta le brinda al profesional saber que una persona se encuentra del uno al diez, un diez de diez triste; si a esa persona le duelen las lumbares. Este aspecto es fundamental ponerlo en discusión, ya que si hablamos de una perspectiva Biopsicosocial, el abordaje multidimensional y multidisciplinar cobra mayor relevancia. Pero si se piensa en estas

consideraciones, el abordaje multidisciplinar es reemplazado por un abordaje interdisciplinar que es guiado sólo por criterios de derivación.

Lo que lleva a la siguiente pregunta, si el abordaje Biopsicosocial contempla estos aspectos de la conducta y el comportamiento humano como factores no biológicos modificables, y la evaluación kinésica detecta que el origen de una dolencia es psicosocial; ¿Qué herramientas tiene el profesional para abordar dicho paciente? En el segundo apartado de subtemas, se buscó analizar las percepciones de los profesionales. Los hallazgos tuvieron que ver con una falta de formación sobre cómo aplicar este tipo de abordaje. Siendo que la detección mediante el proceso evaluativo y la anamnesis es realizada, los profesionales no sienten que tengan las herramientas suficientes; y esto tiene que ver con que el Modelo Biopsicosocial menciona como principio fundamental la empatía y la comprensión del profesional para con el paciente, pero no desarrolla consideraciones para aplicarlas en un tratamiento. Además de que el paradigma Biomédico, siempre presente, genera una estigmatización constante sobre aquellas terapias alternativas que intentan poner en marcha un abordaje interpersonal, intensificando aún más la desconfianza de las personas por dichos enfoques. Aun así, en la actualidad hay una tendencia marcada de las personas por buscar alternativas que resuelvan las diferentes circunstancias que les suceden ya sean físicas o emocionales.

A partir de lo dicho en el párrafo anterior, surge el interrogante de ¿Cuál es la incumbencia de la Kinesiología cuando se trata de enfocar un tratamiento desde aspectos psicosociales? Es necesario que se generen discusiones alrededor de esta pregunta, ya que si se habla de buscar un abordaje personalizado, enfocado en la persona como una totalidad, se hace imprescindible que los y las profesionales tengan conocimientos no solo de la biología humana sino también de los procesos emocionales y cómo acompañarlos.

El último cuestionamiento que expone esta conclusión es hacia la mirada del proceso de salud/enfermedad de las personas. Al principio del trabajo se definió a un modelo como un conjunto o sistema

necesario para el ser humano, cuyo fin es dar sentido a aquello sobre lo que se busca una respuesta. Ya sea paradigma Biomédico o paradigma Biopsicosocial; ambos no dejan de reducir al ser humano a una perspectiva desarrollada por un sistema, que busca dar respuestas al proceso del enfermar sin considerar otras formas de pensamiento o de abordaje. Es por eso, que si la auto definición del ser humano, como dice Markus Gabriel, no es nada más que la manera en la que la mente se define a sí misma, y esa imagen es lo que determina lo que somos y cómo actuamos; es sumamente necesario que se generen discusiones sobre los discursos de poder que nos atraviesan en diferentes aspectos de la vida, como lo es en la profesión de la kinesiología.

VII. Referencias Bibliográficas.

1. Crespo E. Un enfoque social sobre las emociones. La interacción Soc Escritos en Homen a José Ramón Torregrosa. 2018; 165–83.
2. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Cien Saude Colet. 2003; 8(1):185–207.
3. Tizón J. Modelo biopsicosocial, epistemología y psicopatología: ¿Es posible construir modelos asistenciales integradores sin una Psicopatología basada en la relación? ReserchGate [Internet]. 2015; (October 2015). Available from: https://www.researchgate.net/publication/312220161_Modelo_biopsicosocial_epistemologia_y_psicopatologia_Es_posible_construir_modelos_a_sistenciales_integradores_sin_una_Psicopatologia_basada_en_la_relacion
4. Borrell i Carrió F. El modelo biopsicosocial en evolución. Med Clin (Barc). 2002; 119(5):175–9.
5. Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Psychodyn Psychiatry. 2012; 40(3):377–96.
6. Moral PAP, Gascón MLG, Abad ML. The social determinants of health: Inequalities and exclusion in XXIst century societies. Rev Int Sociol. 2014; 72(EXTRA 1):71–91.
7. Diaz de Kóbila E. Notas para una epistemología de las ciencias de la salud. Esther. Salud Colect. 2008;1–36.
8. Testa, Mario. Enseñar Medicina. En: Testa, Mario/Lugar Editorial 3. Pensar en salud. Volumen 1 de Colección Salud colectiva. 3, ilustrada. Lugar Editorial, 1993. 49-84
9. Fava GA, Sonino N. From the Lesson of George Engel to Current Knowledge: The Biopsychosocial Model 40 Years Later. Psychother Psychosom. 2017; 86(5):257–9.
10. Farre A, Rapley T. The New Old (and Old New) Medical Model: Four Decades Navigating the Biomedical and Psychosocial Understandings of Health and Illness. Healthcare. 2017; 5(4):88.

11. Ramírez Cobián MT. Nueva antropología filosófica. La idea de ser humano en las ontologías de Markus Gabriel y Quentin Meillassoux. *Contrastes Rev Int Filos.* 2021;26(1):103–22.
12. Bonil P. Un Nuevo Marco Para Orientar Respuestas a Las Dinámicas Sociales: El Paradigma De La Complejidad. *Investig en la Esc.* 2004; nº 53:1–20.
13. Booth J, Moseley GL, Schiltenswolf M, Cashin A, Davies M, Hübscher M. Exercise for chronic musculoskeletal pain: A biopsychosocial approach. *Musculoskeletal Care.* 2017; 15(4):413–21.
14. Rossler M, Wilke A, Griss P, Kienapfel H. Fehlende osteokonduktive wirkung des resorbierbaren PEO/PBT kopolymers beim humanen knochendefekt: Eine klinisch relevante pilotstudie mit gegensatzlichen ergebnissen zu bisherigen tierexperimentellen studien. Vol. 8, *Osteologie.* 1999. 7–16 p.
15. Oostendorp RAB, Elvers H, Mikołajewska E, Laekeman M, Van Trijffel E, Samwel H, et al. Manual physical therapists' use of biopsychosocial history taking in the management of patients with back or neck pain in clinical practice. *Sci World J.* 2015; 2015.
16. Wijma AJ, van Wilgen CP, Meeus M, Nijs J. Clinical biopsychosocial physiotherapy assessment of patients with chronic pain: The first step in pain neuroscience education. *Physiother Theory Pract.* 2016; 32(5):368–84.
17. Driver C, Lovell GP, Oprescu F. Physiotherapists' views, perceived knowledge, and reported use of psychosocial strategies in practice. *Physiother Theory Pract* [Internet]. 2019;0(0):1–14. Available from: <https://doi.org/10.1080/09593985.2019.1587798>
18. França AA, Santos V dos, Filho RL, Pires KF, Lagoa KF, Martins WR. 'It's very complicated': Perspectives and beliefs of newly graduated physiotherapists about the biopsychosocial model for treating people experiencing non-specific low back pain in Brazil. *Musculoskelet Sci Pract* [Internet]. 2019;42(February):84–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2019.04.011>

19. Driver C, Lovell GP, Oprescu F. Physiotherapists' views, perceived knowledge, and reported use of psychosocial strategies in practice. *Physiother Theory Pract* [Internet]. 2019; 0(0):1–14. Available from: <https://doi.org/10.1080/09593985.2019.1587798>
20. França AA, Santos V dos, Filho RL, Pires KF, Lagoa KF, Martins WR. 'It's very complicated': Perspectives and beliefs of newly graduated physiotherapists about the biopsychosocial model for treating people experiencing non-specific low back pain in Brazil. *Musculoskelet Sci Pract* [Internet]. 2019; 42(February):84–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2019.04.011>
21. Evans DW, Lucas N, Kerry R. The form of causation in health, disease and intervention: biopsychosocial dispositionalism, conserved quantity transfers and dualist mechanistic chains. *Med Heal Care Philos*. 2017; 20(3):353–63. Using psychosocial strategies in their practice. *Musculoskeletal Care*. 2020; 18(2):111–21.
22. Cowell I, O'Sullivan P, O'Sullivan K, Poyton R, McGregor A, Murtagh G. Perceptions of physiotherapists towards the management of non-specific chronic low back pain from a biopsychosocial perspective: A qualitative study. *Musculoskelet Sci Pract* [Internet]. 2018; 38:113–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2018.10.006>
23. Driver C, Kean B, Oprescu F, Lovell GP. Knowledge, behaviors, attitudes and beliefs of physiotherapists towards the use of psychological interventions in physiotherapy practice: a systematic review. *Disabil Rehabil*. 2017; 39 (22):2237–49.
24. Synnott A, O'Keeffe M, Bunzli S, Dankaerts W, O'Sullivan P, O'Sullivan K. Physiotherapists may stigmatise or feel unprepared to treat people with low back pain and psychosocial factors that influence recovery: A systematic review. *J Physiother* [Internet]. 2015; 61 (2):68–76. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jphys.2015.02.016>
25. Salud: opciones y paradigmas. Dra. Dévora Ferrandini. La salud como ausencia de enfermedad.