

## *Telerehabilitación desde una mirada centrada en la persona y su comunidad*

## *Telerehabilitation from a perspective focused on the person and his community*

Carolina Flores R<sup>1</sup>, Makarena Gajardo Núñez<sup>2</sup>, Julián Carfilaf P<sup>3</sup>

### **Resumen**

La experiencia de Telerehabilitación se desarrolla e instala en el CESFAM Dr. Arturo Baeza Goñi, en el Servicio de Rehabilitación de Base Comunitaria, ubicada en la población La Legua, comuna de San Joaquín.

Ante la situación de pandemia por el SARS- CoV-2 causante de COVID- 19 que genera emergencia sanitaria a nivel mundial, se reorganizan las prestaciones de atención en rehabilitación, implementándose la Telesalud, basada en un enfoque biopsicosocial, y con acciones que se fundan desde el Modelo de salud familiar comunitaria, esto con el fin de minimizar las barreras de distancia, reducir el tiempo y costo para dar continuidad a tratamientos, evaluar ingresos de prioridad y eliminar el riesgo de contagio por contacto en períodos de contingencia en salud. A medida que fuimos acercándonos y aprendiendo de esta nueva atención, continuamos con la aplicación de esta modalidad virtual hacia el trabajo comunitario, a pesar de la incertidumbre sobre el escenario sanitario, la escasa accesibilidad virtual por parte de la población y también el desconocimiento sobre la telerehabilitación por parte del equipo, sin embargo prevaleció la motivación por indagar y formarse en esta nueva atención remota, destacando del proceso los resultados de Telerehabilitación grupal y comunitario, que han impactado positivamente en las personas y sus comunidades, y han sido una oportunidad para el servicio de rehabilitación de conocer estrategias terapéuticas de calidad desde una mirada centrada en la persona.

### **Palabras clave**

Telerehabilitación, Atención primaria de salud, Dolor musculo esquelético, Osteoartritis, Participación social.

### **Abstract**

The Telerehabilitation experience is developed and installed at CESFAM Dr. Arturo Baeza Goñi, in the Community-Based Rehabilitation Service, located in the La Legua population, San Joaquín commune.

Faced with the pandemic situation caused by the SARS-CoV-2 that causes COVID-19, which generates a health emergency worldwide, rehabilitation care services are reorganized, implementing Telehealth, based on a biopsychosocial approach, and with actions that are based on From the Community Family Health Model, this in order to minimize distance barriers, reduce the time and cost to give continuity to treatments, evaluate priority admissions and eliminate the risk of contagion by contact in periods of health contingency. As we approached and learned from this new care, we continued with the application of this virtual modality towards community work, despite the uncertainty about the health scenario, the scarce virtual accessibility on the part of the population and also the ignorance about the Telerehabilitation by the team, however, the motivation to investigate and train in this new remote care prevailed, highlighting from the process the results of group

<sup>1</sup> Terapeuta Ocupacional. Lic. en Ciencias de la ocupación humana., Universidad Mayor. Magister en Integración de personas con discapacidad, Universidad de Salamanca, España. Coordinadora Sala de Rehabilitación de Base Comunitaria Centro de Salud Familiar Dr. Arturo Baeza Goñi.

<sup>2</sup> Kinesióloga, Lic. Kinesiología, Universidad Mayor. Diplomada Ejercicio Terapéutico y Estabilidad Dinámica, Universidad del Desarrollo. Diplomada en Aplicación del modelo integral de Salud Familiar y comunitario en los servicios de salud pública, Chile Capacita. Kinesióloga Sala de Rehabilitación de Base Comunitaria Centro de Salud Familiar Dr. Arturo Baeza Goñi.

<sup>3</sup> Kinesiólogo, Lic. en kinesiología Universidad Iberoamericana. Magíster en Fisiología Clínica del Ejercicio, Universidad Finis terrae. Diplomado en Metodología de la Investigación. Kinesiólogo Sala de Rehabilitación de Base Comunitaria Centro de Salud Familiar Dr. Arturo Baeza Goñi.

and community Telerehabilitation, which have had a positive impact on people and their communities, and have been an opportunity for the rehabilitation service to know quality therapeutic strategies from a person-centered perspective.

### Keywords

Telerehabilitation, Primary health care, Musculoskeletal Pain, Osteoarthritis, Social participation.

### Introducción

**E**l proceso de Telerehabilitación centrada en la persona busca contribuir en el bienestar de la persona, sustentándose bajo el enfoque multidimensional Biopsicosocial de la Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF), el cual facilita la organización de la información desde la persona y desde el contexto directo e indirecto, considerando los recursos facilitadores u obstaculizadores de los procesos, y la elaboración de los planes de tratamiento consensuados con la persona, todo esto, para generar estrategias que comprometan a los usuarios / usuarias y sus familias, en una eficiente adherencia al tratamiento, relación que se potencia al vincular terapéuticamente otras disciplinas que participen en el proceso de Telerehabilitación, siendo un proceso colaborativo y significativo.

El equipo de rehabilitación ha explorado, practicado e instalado varias estrategias para iniciar este proceso, se realizó en primera instancia un análisis situacional de la persona, se protocolizaron las acciones formulándose modalidades de atención sincrónica y asincrónica, y para ejecutarla el equipo definió distintas claves facilitadoras del proceso, conjunto de elementos que contribuirían a establecer vínculos de confianza y la validación a esta nueva modalidad de atención a distancia. Dentro de las estrategias de Telesalud, se implementó 3 modalidades de Telerehabilitación: 1. Telerehabilitación para personas con patologías musculo esqueléticas, 2. Telerehabilitación grupal para personas con artrosis rodillas-caderas y para personas con Síndrome de Hombro doloroso y 3. Actividades comunitarias remotas con grupos de personas mayores.

### Desarrollo del tema

El inicio de la Telerehabilitación en nuestro servicio se instala con un catastro de personas que se encontraban en lista de espera de atención para rehabilitación presencial por patologías de síndromes dolorosos musculo esqueléticos. Se contactan telefónicamente, aplicándoles una pauta de evaluación inicial

para conocer su condición de salud, sus deficiencias en funciones y estructuras, sus limitaciones en sus actividades diarias y la restricción en la participación, como también indagar sobre sus factores ambientales principalmente sobre la accesibilidad tecnológica y de conexión virtual para aplicar la

### Telerehabilitación

Al mismo tiempo, el equipo de salud se forma, busca evidencia y se integra a capacitaciones en el área para disponer de las herramientas básicas de funcionamiento ético en atención a distancia.

Se elabora protocolo de atención por telerehabilitación, el cual ha ido presentando modificaciones continuamente a medida que avanzamos en la práctica. Se refuerza en la forma de ejecución de la atención el favorecer condiciones potenciadoras del proceso por parte del equipo, como son: la comunicación verbal (mensaje, forma escrita y verbal), la comunicación no verbal (gestos, postura, mirada y apariencia), la voz (dicción, volumen, entonación, ritmo y pausa), los factores ambientales (iluminación, espacio seguro, privado, fondo no saturado) y el lenguaje centrado en la persona (dirigida y empática).

Con respecto a la decisión de aplicar las plataformas virtuales en este tipo de atención, fue un gran desafío, ya que se debe analizar el costo - beneficio de una u otra, sin embargo, para lograr adherencia y disminuir frustraciones en momentos de crisis, se optó por la utilización de WhatsApp a través de video llamadas, ya que es considerada una herramienta accesible y de fácil manejo por las personas.

Se organiza para la Telerehabilitación grupal, la entrega de un kit terapéutico para el participante, que consiste en un manual con ejercicios descritos en forma simple y dosificada, banda elástica y unguento de Fitoterapéutico (elaborado por las monitoras de salud pertenecientes al equipo).

A continuación, se describe cada uno de los tipos de atenciones por Telerehabilitación implementadas.

### Telerehabilitación Individual

Pertenece a una de las primeras atenciones que comenzamos a instalar, donde a través de esta modalidad se continua la atención para personas con síndromes dolorosos que se encontraban en tratamiento, con el fin de reducir el daño del curso de su patología, y por lo tanto disminuir mayor limitación funcional. Para dar inicio, se le otorga el mismo valor ético y de confianza que en una consulta presencial, donde las claves que se destacan para una buena organización son: definir la fecha y hora de atención, entregar a usuario indicaciones para la conexión (carga del celular, disponer de cargador, ubicarse en un lugar cómodo y tranquilo de su hogar y ubicación del celular) y puntualidad en la conexión, principalmente por parte del equipo.

Para el desarrollo de la sesión se utilizan objetos caseros para facilitar el proceso, esta práctica le da un sentido más allá de lo terapéutico, ya que facilita el integrar hábitos de actividad física en sus hogares.

Con respecto a los datos cuantitativos se han realizado a mayo 2021: 1280 actividades de Telerehabilitación por Kinesiología y Terapia Ocupacional.

### Telerehabilitación Grupal

Esta modalidad de atención se destina a dos grupos de personas, en base al análisis de la experiencia de actividades terapéuticas grupales presenciales y el perfil de usuarios. Se comienza por pesquisar los usuarios que han sido diagnosticados y derivados a rehabilitación por gonartrosis y/o coxartrosis, y por síndromes de hombro doloroso, en el periodo comprendido desde septiembre a mayo 2021.

Los criterios de inclusión y exclusión para participar en este programa son:

Criterios de inclusión: Personas con edad igual o mayor a 16 años y que hayan manifestado su consentimiento para participar en la atención a distancia.

Criterios de exclusión: Personas con deterioro severo en sus funciones cognitivas - mentales y que no dispongan de aparato tecnológico, ni conexión a internet.

En ambas Tele rehabilitaciones grupales, las pérdidas y/o abandonos se consideraron como neutras para el análisis de

los datos finales, por ende, los usuarios se consideran con sus datos iniciales. Al finalizar este periodo de seguimiento se realizará un análisis estadístico de los datos. Las estadísticas descriptivas serán analizadas por gráficos en relación con el puntaje de cambio por cada grupo, además de aplicar la prueba de T -student para evaluar la significancia de los datos.

### Telerehabilitación grupal para personas con gonartrosis y coxartrosis

A todos los usuarios/usuarias se evalúan vía contacto telefónico, realizando una valoración clínica y funcional con el cuestionario WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index) para persona con gonartrosis y/o coxartrosis, es un cuestionario específico para artrosis de rodilla y cadera que evalúa dolor, rigidez y capacidad funcional. Se suman los puntajes obtenidos de los ítems y se estandarizan de 0 a 100 (de mejor a peor capacidad funcional).

El plan terapéutico contempla 5 sesiones de 30 minutos cada una, las cuales se dividen de la siguiente manera:

1° Sesión: Bienvenida y presentación de los participantes. Psicoeducación interactiva sobre las manifestaciones de la gonartrosis y/o coxartrosis, y ejecución sincrónica de ejercicios terapéuticos.

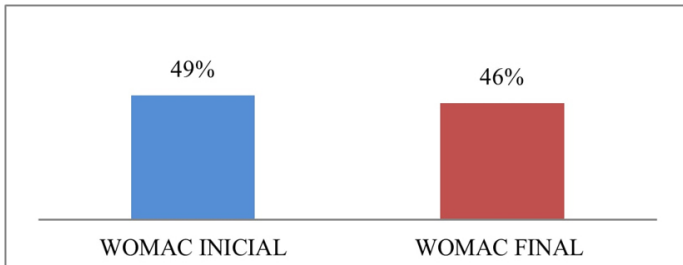
2° Sesión: Conceptos y aplicación en casa de la termoterapia para el manejo de dolor y ejecución sincrónica de ejercicios terapéuticos.

3° Sesión: Concepto y sugerencias para la protección articular en el desempeño de actividades cotidianas y ejecución sincrónica de ejercicios terapéuticos.

4° Sesión: Elaboración de ayuda técnica de bajo costo para mejorar independencia en las actividades de la vida diaria.

5° Sesión: Concepto y práctica de automasaje y ejecución sincrónica de ejercicios terapéuticos. Cierre de taller participativo.

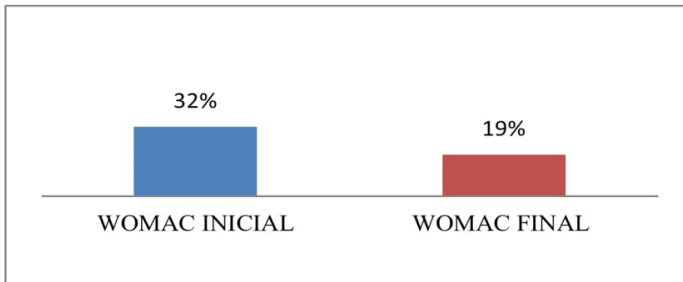
De este taller se han desarrollado 3 ciclos (Ciclo 1: noviembre-diciembre 2020, Ciclo 2: enero-febrero 2021, Ciclo 3: marzo-abril 2021), en los cuales han participado un total de 32 usuarios. Para el primer ciclo (Gráfico 1) las características de los usuarios y usuarias fueron: 10 mujeres y 1 hombres, con un rango de edad que fluctúa entre 55 a 78 años, con un promedio de 66 años. En cuanto a la asistencia de los usuarios fue de un 75%.



**Gráfico N°1:** Variación Cuestionario WOMAC aplicado en el primer ciclo de Telerehabilitación grupal para personas con artrosis.

Los resultados del cuestionario WOMAC inicial, fluctuaron entre los 32,30% y los 86,40%, con un promedio de 49%, mientras que los resultados del cuestionario WOMAC final, fluctuaron entre los 27% y los 86,40%, con un promedio de 46%, mostrando una disminución de 3% al finalizar las 5 sesiones.

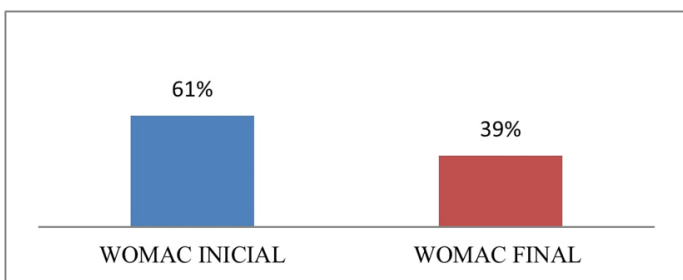
Para el segundo ciclo (Gráfico 2) las características de los usuarios y usuarias fueron: 11 mujeres y 1 hombres, con un rango de edad que fluctúa entre 47 a 76 años, con un promedio de 66 años. En cuanto a la asistencia de los usuarios fue de un 68%.



**Gráfico N°2:** Variación Cuestionario WOMAC aplicado en el segundo ciclo de Telerehabilitación grupal para personas con artrosis.

Los resultados del cuestionario WOMAC inicial, fluctuaron entre los 6,20% y los 66,60% puntos, con un promedio de 32%, mientras que los resultados del cuestionario WOMAC final, fluctuaron entre los 2,08% y los 47%, con un promedio de 19%, mostrando una disminución de 13% al finalizar las 5 sesiones.

Para el tercer ciclo (Gráfico 3) las características de los usuarios fueron: 7 mujeres y 2 hombres, con un rango de edad que fluctúa entre 48 a 78 años, con un promedio de 65 años. En cuanto a la asistencia fue de un 91%.



**Gráfico N°3:** Variación Cuestionario WOMAC aplicado en el tercer ciclo de Telerehabilitación grupal para personas con artrosis.

Los resultados del cuestionario WOMAC inicial, fluctuaron entre los 55,20% y los 68,75% puntos, con un promedio de 61%, mientras que los resultados del cuestionario WOMAC final, fluctuaron entre los 25,09% y los 68,75%, con un promedio de 39%, mostrando una disminución de 22% al finalizar las 5 sesiones.

Sintetizando los 3 ciclos de telerehabilitación grupal, las características de los usuarios/ usuarias fueron las siguientes: 28 mujeres y 4 hombres, con un rango de edad que fluctúa entre 47 a 78 años, con un promedio de 65 años. En cuanto a la asistencia fue de un 75%. Los resultados del cuestionario WOMAC inicial, fluctuaron entre los 6% y los 86,4%, con un promedio de 45,73%, mientras que los resultados del cuestionario WOMAC final, fluctuaron entre los 2,08% y los 86,4%, con un promedio de 34,24%, mostrando una disminución de 11,49% al finalizar las 5 sesiones.

Para finalizar se aplica Encuesta de satisfacción usuaria online, algunas sugerencias sobre mejoras:

*“los ejercicios realizados y los tips son bastante buenos y por mejorar seria la cantidad de sesiones del taller me gustaría que fueran más veces a la semana”, “me gustó mucho la claridad del taller y me gustaría que fuera una semanita más para realizar ejercicios” y “Me gusto los ejercicios que se mostraron en el taller”.*

De los participantes un 77.8% de los participantes refiere satisfacción con la Telerehabilitación grupal, y las sugerencias de mejora en la mayoría de los participantes es aumentar el número de las sesiones.

### Telerehabilitación grupal para personas con Síndrome Hombro doloroso

A todos los usuarios / usuarias se evalúan vía contacto telefónico, realizando una valoración clínica y funcional con el cuestionario Quick DASH que evalúa las discapacidades para hombro, codo y mano, las preguntas se dirigen acerca de los síntomas y la capacidad para llevar a cabo ciertas actividades relacionadas con el uso de la extremidad superior. Se estandariza a más alto puntaje mayor discapacidad.

Por su parte las personas que participaron en el taller de Telerehabilitación grupal con síndrome de hombro doloroso realizaron 8 sesiones, de 30 minutos cada una, las cuales se conforman de la siguiente manera:

1° Sesión: Bienvenida y presentación de los participantes. Psicoeducación interactiva sobre hombro doloroso y ejercicios terapéuticos.

2° Sesión: Ejecución sincrónica de ejercicios terapéuticos.  
3° - 4° Sesión: Concepto y práctica sobre la termoterapia para el manejo de dolor y ejecución sincrónica de ejercicios terapéuticos.

5°-6° Sesión: Concepto y práctica de automasaje y ejecución sincrónica de ejercicios terapéuticos.

7° - 8° Sesión: Manejo ergonómico durante el desempeño de las actividades cotidianas y ejecución sincrónica de ejercicios terapéuticos. Cierre de taller participativo.

Los participantes al taller son 15 personas, dividiéndose en 3 grupos de 5 usuarios por grupo. Las características de los usuarios fueron: 12 mujeres y 3 hombres, con un rango de edad que fluctúa entre 46 a 77 años, con un promedio de 61,73 años. En cuanto a la asistencia fue de un 55%.

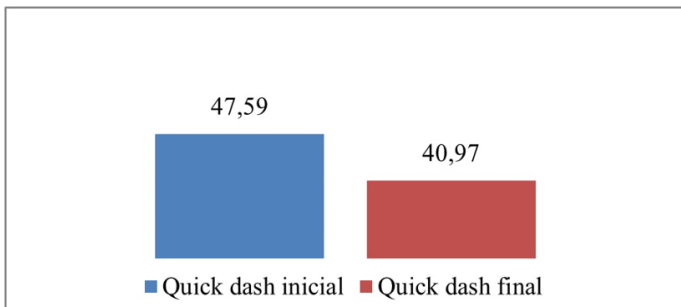


Gráfico N°4: Variación Quick Dash aplicado en Telerehabilitación grupal para personas Síndrome Hombro Doloroso.

Los resultados del cuestionario Quick DASH inicial, fluctuaron entre los 15 y los 76,6 puntos, con un promedio de 47,59 puntos, mientras que los resultados del cuestionario Quick DASH final, fluctuaron entre los 15 y los 60 puntos, con un promedio de 40,97 puntos, mostrando una disminución de 6,62 puntos al finalizar las 8 sesiones.

Para finalizar se aplica Encuesta de satisfacción usuaria online, algunas sugerencias sobre mejoras:

*“para mí todo estuvo bien. Gracias”, “por mejorar, hacer el taller más frecuente, y todo me encanto” y “realizar x más te tiempo”*

De los participantes un 87.5% de los participantes manifestó estar satisfecho con la Telerehabilitación grupal.

### Actividades comunitarias remotas

Posterior a conocer la experiencia de la telerehabilitación grupal, emprendimos la aplicación de esta modalidad a las actividades comunitarias que manteníamos previo a la pandemia, ya que se manifestaba la necesidad mutua

entre el equipo y la comunidad, de continuar desarrollando acciones que potencien recursos sociales históricos que en el transcurso de los años han entregado un sentido de pertenencia y un sello que los identifica, lo cual no debían invisibilizarse producto de la contingencia sanitaria. Con relación a este ámbito, se planifican lineamientos que se dirigen a la teleeducación y la participación social a distancia.

En la teleeducación se elaboran 3 capsulas educativas sobre: 1. Entrenamiento en actividades de la vida diaria, 2. Lenguaje inclusivo en mi barrio y 3. Actividad física adaptada en silla de ruedas para personas en situación de discapacidad. En cada una estas capsulas se da protagonismo a las personas en situación de discapacidad, ya que son ellas las que impactan, movilizan conciencia social y contribuyen a los cambios que demanda su comunidad, este trabajo se logra con el apoyo del equipo de promoción y participación social en salud.

El trabajo de liderazgo comunitario con las personas mayores se ha cimentado en la mayoría de los Clubs de personas mayores del territorio, ha transitado por distintos niveles de autonomía y participación social para la autogestión de cambios y articulación de vínculos para una envejecimiento activo y saludable, potenciando las habilidades personales de cada integrante y validando espacios de tiempo libre / ocio que brindan re-creación y contribuyen a un mejor bienestar.

Para mantener este espíritu de participación comunitaria, en octubre 2020 se trabaja colaborativamente con las Monitoras de salud para conmemorar en el mes de la Persona Mayor, a través de la realización de un programa radial por parte de los líderes comunitarios para compartir experiencias en tiempos de pandemia e incentivar a la comunidad a mantenerse activo con actividades de interés desde sus hogares.

Actualmente se desarrolla un proyecto cinematografía musical virtual entre clubs de personas mayores, iniciativa que ha revitalizado su espíritu potenciando la inclusión y participación social de estas personas.

### Conclusiones y/o Discusión

En contexto de análisis de la experiencia en Telerehabilitación, desde una mirada a nivel cualitativo y cuantitativo, como equipo de salud hemos aplicado herramientas evaluativas que nos permiten visualizar los resultados y desde ahí concluir sobre las acciones a potenciar y desafíos por mejorar.

Es importante mencionar que el proceso que hemos observado desde los usuarios y las usuarias, por lo general ha sido con una actitud receptiva, colaboradora a la modalidad de atención y validando el medio tecnológico como instrumento de continuidad de su tratamiento, sin embargo, también hemos observado reacciones resistentes a lo no presencial, que al experimentar esta nueva atención modifican su percepción involucrándose y validando el medio tecnológico como herramienta para su tratamiento.

Cabe destacar que este proceso de Telesalud ha permitido que las familias, sean hijos, nietos u otros, se involucren en el proceso de rehabilitación, que por lo general no ocurría de manera presencial, por lo tanto, esta instancia genera un apoyo más cercano, obteniendo mejores resultados, y dando continuidad a los tratamientos en el hogar.

Para el equipo ha sido un proceso de constantes autoaprendizajes sobre telerehabilitación, donde ha prevalecido el valorar este espacio virtual que se le ha dado cuerpo y forma, con tal de no quebrar vínculos terapéuticos, dar continuidad a los cuidados de las personas y por sobre todo, ser un medio que re-articula y re-motiva las praxis comunitarias que fortalecen a los pueblos para su participación e inclusión. Nos ha enseñado que el vínculo terapéutico se logra considerando factores principalmente actitudinales y ambientales, y no solo lo presencial. Ante este aspecto, el equipo también mejoró las condiciones ambientales en las que se desarrolló la telerehabilitación tomando en cuenta la iluminación, las conexiones, el audio, la visibilidad de la cámara, etc. También la comunicación no verbal que se trasmite a través de la cámara, para poder dar la confianza necesaria a los usuarios. Todos estos factores ayudaron a que los usuarios tuviesen un mejor acceso a la información, y por ende mejores resultados en sus tratamientos.

De acuerdo con el análisis de la Telerehabilitación grupal enfocada a personas con gonartrosis y coxartrosis, se observó una clara mejoría en los resultados del cuestionario WOMAC, a excepción del primer ciclo, aunque presento mejorías, estas no fueron estadísticamente significativas (ver gráfico 1). Estos resultados los evaluamos y mejoramos en la práctica. En primer lugar, en el primer ciclo del taller, los usuarios solo observaban los ejercicios de manera sincrónica, los cuales debían ejecutarlos de manera asincrónica en su hogar, por ende, tenían una participación pasiva durante la ejecución del taller. Ante esto, los siguientes ciclos se comenzaron a realizar de manera sincrónica, incluyendo el manual entregado, y reforzando la sesión a través de apoyo audiovisual de los ejercicios terapéuticos realizados, de esta manera visualizaban la manera correcta de ejecutar cada actividad. Por otra parte, a medida que fueron avanzando los ciclos de telerehabilitación grupal, continuamos mejorando la calidad de la información que se envió a los participantes, y se reforzó positivamente el cumplimiento de la participación con la entrega de un material terapéutico consistente en un guatero de semilla. Además, cabe destacar que algunos usuarios se conectaron desde sus puestos de trabajo, por lo que fue una oportunidad de acceso a la atención.

En cuanto el taller de tele-rehabilitación grupal enfocada a los usuarios con síndrome doloroso, a la fecha solo se lleva un ciclo desarrollado en enero-febrero de 2021, donde se observó una mejoría en relación con el cambio de puntuación del cuestionario Quick DASH, presentando una disminución de 6,62 puntos ( $p=0,033$ ). Se consideran la importancia de reforzar las actividades de manera sincrónica y participativa.

La encuesta de satisfacción usuaria nos muestra que existe un grado alto de satisfacción en la participación al taller, desmitificando la sensación de bajo impacto de la telerehabilitación, siendo una de las demandas explicitadas el ampliar este espacio con más sesiones por parte del equipo.

Consideramos que para la Telerehabilitación, la comunicación es la habilidad esencial para trabajar hacia una atención a distancia humanizada, recordando que

estamos tratando con personas que, como nosotros tiene emociones, y que a través de este medio expresamos necesidades, pensamientos y sentimientos que debemos encauzar a un mejor bienestar en su salud. Por otra parte, ofrece beneficios costo- efectivos para mejorar la oportunidad y la cobertura, además facilita el intercambio de conocimientos y la construcción de capacidades para crear medios virtuales que intencionan el compromiso en el tratamiento y la participación comunitaria.

### Referencias bibliográficas

1. Ministerio de salud. Protocolo de funcionamiento de los servicios de rehabilitación y salas de rehabilitación en el contexto de covid - 19 [Internet]. Chile: División de Prevención y Control de Enfermedades / Departamento de Rehabilitación y Discapacidad/ División de Gestión de la Red Asistencia. Departamento GES y Redes de Alta Complejidad; Unidad de Rehabilitación; 19 de marzo 2020 [consultado abril 2020]. Disponible en: <http://campusesp.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/684/Protocolo%20de%20funcionamiento%20Salas%20y%20Servicios%20de%20RH%2020.03.20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. KNAPP, Mark L., La comunicación no verbal. El cuerpo y el entorno, Barcelona, Paidós, 1980.
3. Molinuevo Alonso, Beatriz. La comunicación no verbal en la relación médico-paciente (nueva edición revisada) (Manuales) (Spanish Edition). 9788491169741. Edición de Kindle.
4. NAVARRO, Joe, El cuerpo habla, Málaga, Sirio, 2010.
5. Poyatos, Fernando, La Comunicación No Verbal: I Cultura, Lenguaje y Conversación, Ediciones Itsmo, 1994.
6. World Health Organization. How to use the ICF: a practical manual for using the international classification of functioning, disability and health (ICF): exposure draft for comment. Geneva: WHO; 2013.
7. Starfield B. (2011). Is patient-centered care the same as person-focused care?. *The Permanente journal*, 15(2),63–69
8. Colegio de Kinesiólogos de Chile. Guía Práctica de Telerehabilitación para Kinesiólogos, disponible en <http://www.ckch.cl/colkine/covid19/>