



UNIVERSIDAD NACIONAL ANDRÉS BELLO
Facultad de Ciencias de la Rehabilitación
Escuela de Kinesiología

**SIGNIFICADO DE CUERPO EN EL QUEHACER KINÉSICO EN
NEUROREHABILITACIÓN: UNA APROXIMACIÓN FENOMENOLÓGICA.**

Tesis de pregrado para optar al grado académico de licenciado en kinesiología.

Autores:

Maximiliano Godoy, Thomas Goldsmith, Patricio Orrego, Piero Rojas

Profesor tutor: Klg. Daniela Palacios.

Santiago de Chile, 2017.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	6
FUNDAMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN	7
SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	8
FOCO DE INVESTIGACIÓN	10
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	10
OBJETIVO GENERAL	10
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
RELEVANCIA	11
1. MARCO TEÓRICO	13
1.1 Estado del arte	13
1.2 Distintos discursos de cuerpo	20
1.3 Cuerpo	22
1.3.1 Cuerpo filosófico	22
1.3.2 La fenomenología del cuerpo	26
1.3.3 Neurociencia y ciencias cognitivas	28
1.3.4 Referencias del cuerpo desde una mirada socio-crítica	34
2. MARCO METODOLÓGICO	40
2.1 Diseño	40
2.2 El rigor en la investigación fenomenológica	40
2.3 Escenario y participantes	41
2.4 Características de los participantes	44
2.5 Método de recolección de datos	44
2.6 Contexto de la entrevista	45
2.7 Criterios de rigor	46
2.8 Estrategias para el cumplimiento de las estrategias de rigor	47
2.9 Aspectos bioéticos	48
4.10 Análisis de datos	49
3. RESULTADOS	51
3.1 Metacategoría Objetivos y quehacer kinésico	54
3.1.1 Categoría Contexto terapéutico	54
3.1.2 Categoría Rol del Kinesiólogo	59
3.2 Metacategoría Habilidades Genéricas	64
3.2.1 Categoría Percepción del Kinesiólogo	64
3.2.2 Categoría Percepción del Otro	68
3.2.3 Categoría Percepción compartida	71
3.3 Metacategoría Cuerpo	75
3.3.1 Categoría Cuerpo desde la kinesiología	75
3.3.2 Categoría Cuerpo dividido	78
3.3.3 Categoría Cuerpo que pesa	84
4. DISCUSIÓN	87
4.1 Cuerpo como objeto	89
4.2 No es solo cuerpo	90
4.3 Cuerpo social	92
4.4 Cuerpo en primera persona	93
5. REFLEXIONES FINALES	95
6. CONCLUSIONES	100

7. ANEXOS	102
7.1 Consentimiento informado	102
7.2 Pauta de entrevista	103
8. BIBLIOGRAFÍA	105

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA	N° página
Tabla N°1 “Características de los participantes”	44
Tabla N°2 “Metacategoría Habilidades Genéricas”	51
Tabla N°3 “Metacategoría Objetivos y quehacer kinésico”	52
Tabla N°4 “Metacategoría Cuerpo”	53

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura	N° página
Figura N°1 “Síntesis propuesta de razonamiento clínico desde una mirada “enactiva corporizada”	33
Figura N°2 “Red: Categoría Contexto Terapéutico”	58
Figura N°3 “Red: Categoría Rol del kinesiólogo”	63
Figura N°4 “Red: Categoría Percepción del kinesiólogo”	67
Figura N°5 “Red: Categoría Percepción del otro”	70
Figura N°6 “Red: Categoría Percepción compartida”	74
Figura N°7 “Red: Categoría Cuerpo desde la kinesiológica”	77
Figura N°8 “Red: Categoría Cuerpo dividido.”	83
Figura N°9 “Red: Categoría Cuerpo que pesa”	87

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, queremos agradecer a la Clínica Los Coihues por brindarnos la oportunidad de aplicar nuestro diseño de investigación y con el paso del tiempo continuar y perfeccionarlo.

En segundo lugar, dar las gracias a los participantes, quienes con mucha disposición se dieron el tiempo de colaborar con nuestra investigación sin ningún interés involucrado.

Tampoco queremos olvidar a la gente de nuestro círculo cercano que nos ha apoyado a lo largo de este proceso, amigos, familia y personajes que fueron de gran influencia en la forma de proyectar nuestra tesis.

En la posición más importante aparece nuestra profesora guía, quién en los momentos más difíciles de este camino prestó su apoyo incondicional, incluso en situaciones que no debería hacerlo. Hasta el día de hoy ha estado con nosotros y seguirá estándolo, es por eso que dedicamos estas palabras a ella y a su trabajo con dedicación y mucho cariño.

Muchas Gracias

FUNDAMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

El cuerpo ha sido un concepto clave que ha sido abordado desde múltiples disciplinas. Entre ellas la medicina, terapia ocupacional, fonoaudiología, psicología, enfermería y la kinesiología, entre otras. Por lo tanto, reconoceremos que el cuerpo comprende una multiplicidad de miradas que pueden, o no, relacionarse entre sí, generando formas de mirar y comprender que, en definitiva, influye en el hablar, en el mirar y en el trabajar sobre el cuerpo. La kinesiología ha centrado su foco en el cuerpo, tradicionalmente desde el punto de vista biomecánico, ya que este enfoque ha podido legitimar históricamente las prácticas de la profesión de la mano de un modelo biomédico y de conocimientos anatómicos, fisiológicos, físicos y bioquímicos que ayudaron a posicionar con firmeza a la profesión dentro del área de la salud y rehabilitación (Nicholls y Gibson, 2010). Sin embargo, estos aspectos no tributan a la totalidad de elementos que comprende toda la complejidad del cuerpo y el quehacer kinésico. Según el carácter polisémico del cuerpo, reflejados en el quehacer kinésico es posible visualizar los elementos que han sido potenciados desde las ciencias objetivas (prácticas basadas en la evidencia, análisis biomecánicos, escalas de valoración cuantificables) y otros que han sido sub-teorizados (emociones, relaciones de poder, entre otros). Para llevar a cabo este proyecto de investigación se utilizó una aproximación fenomenológica, método que tiene como fin comprender los significados profundos de las personas frente a un fenómeno en particular (Shaw & Connelly 2012:399). Esto dentro de un paradigma interpretativo, que busca comprender la realidad de un fenómeno, en este caso del concepto de cuerpo, a través del relato de una persona que experimenta con él en su trayectoria y quehacer profesional.

Para entender y construir el significado de cuerpo, utilizaremos el contexto teórico provisto por la perspectiva del “embodiment”, término que se construye desde perspectivas filosóficas, fenomenológicas, sociológicas y antropológicas.

El embodiment lo entenderemos desde tres dimensiones: 1) conciencia de la realidad objetiva de la persona en relación a su condición de salud, en este caso, cómo el terapeuta entiende, desde el punto de vista fisiológico, biomecánico, biológico, el cuerpo del usuario; 2) orientación hacia el significado subjetivo de las experiencias de la salud y enfermedad, es decir, considerar la percepción personal del usuario acerca de su condición, y sus objetivos con relación a su terapia; 3) consideración de instituciones sociales que influyen en las experiencias de las personas, en otras palabras, que el terapeuta entienda que el contexto del usuario influye en la experiencia vivida, para ejemplificar: la influencia de una institución social podría demostrarse en la atención en una clínica versus en un hospital, generando distintas expectativas en la persona, dígase tiempo o calidad de atención, otro ejemplo podría ser la situación familiar o del hogar, quizás el usuario no tiene el apoyo adecuado. Estos casos modifican la experiencia y los significados de las personas. Estas tres dimensiones cuando se consideran en conjunto ofrecen una forma de ver más integral respecto a cómo las personas experimentan la salud y la enfermedad (Nicholls y Gibson, 2010).

El enfoque fenomenológico constituye una perspectiva metodológica que nos permite asumir el tratamiento de temáticas que son parte de la experiencia vivida de cada uno de nosotros.

SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Desde los inicios de nuestra formación, el cual compartimos como equipo, acorde la malla curricular de la carrera de kinesiología de la universidad Andrés Bello, tuvimos la oportunidad de cursar asignaturas que incluían temas que fueron de nuestro interés tales como Corporalidad, epistemología, investigación tanto cuantitativa como cualitativa, todos con una cierta tendencia compartida hacia esta última, y fue creciendo nuestro interés sobre la investigación.

Al momento de planear y diseñar nuestra investigación, nos cuestionamos sobre diversos temas, entre ellos intentamos responder a la pregunta: “¿qué es el cuerpo para mí?”, durante nuestras conversaciones, nos dimos cuenta que, teniendo prácticamente la misma formación sobre la disciplina, cada uno entendía o tenía una noción distinta de cuerpo. Siguiendo la misma línea, nos surgió un foco de interés respecto a ¿qué pensaría un kinesiólogo, experimentado ya, acerca de la misma pregunta? ¿qué nos podría aportar un profesional al respecto? Luego de una búsqueda en la literatura, encontramos que ya existe un desarrollo en torno al tema en la actualidad, dentro de la comunidad científica, en donde se relaciona directamente estos aspectos respecto al cuerpo con el quehacer de la profesión (Nicholls y Gibson, 2010; Øberg et al, 2015). A raíz de esto, nos cuestionamos si la visión de cuerpo de los profesionales kinesiólogos chilenos podría incidir la forma en la que significan y planean la intervención, o si, en definitiva, se correlaciona lo que la literatura nos muestra, con la realidad actual.

Para indagar en las visiones de cuerpo de los profesionales kinesiólogos, decidimos que el escenario para realizar esta investigación sería dentro del área de la neurokinesiólogía, creemos que es el área de la disciplina adecuada para esta investigación ya que las sesiones kinésicas son largas y prolongadas en el tiempo, se trabaja con el contacto humano, y porque se dio la posibilidad de realizar la investigación en la Clínica Los Coihues, siendo la única clínica neurológica acreditada en Chile.

Creemos que existe un vacío en el conocimiento respecto a las visiones de cuerpo que tienen los kinesiólogos chilenos y en específico nos preguntamos: ¿Cuál es el significado de cuerpo que le atribuye el kinesiólogo de la Clínica Los Coihues?

FOCO DE INVESTIGACIÓN

El foco de nuestra investigación se centra en el cuerpo y su significado respecto del quehacer kinésico para las y los profesionales kinesiólogos, que pertenecen al equipo de la Clínica Los Coihues.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el significado que le atribuyen al cuerpo, respecto del quehacer kinésico las y los kinesiólogos de la Clínica los Coihues en el contexto de la neurorehabilitación?

OBJETIVO GENERAL

- Comprender el significado que le atribuyen al cuerpo, respecto del quehacer kinésico los kinesiólogos de la Clínica los Coihues en el contexto de la neurorehabilitación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Develar el significado que tiene el kinesiólogo de la Clínica Los Coihues respecto al cuerpo, en el contexto de la neurorehabilitación.
- Describir el significado que construye el kinesiólogo respecto de su quehacer kinésico en el marco de la neurorehabilitación en la Clínica los Coihues.

- Relacionar los significados que le atribuyen los kinesiólogos respecto al cuerpo y al quehacer kinésico en el marco de la neurorehabilitación en la Clínica los Coihues.

RELEVANCIA

El campo de estudio de la neurorehabilitación, en el contexto de lo que nosotros planteamos como proyecto de investigación, nos confiere la posibilidad de trabajar en un proceso de rehabilitación que requiere una relación y seguimiento a largo plazo con el usuario. Las personas que adquieren una lesión en el sistema nervioso, presentan alteraciones dependiendo del tipo de lesión, severidad y ubicación, a nivel perceptivo, motor y cognitivo, que en definitiva generan cambios en la identidad, además de limitaciones en su actividad y restricciones en su participación (Sivertsen y Normann, 2015). Estas alteraciones se presentan en el escenario clínico, en el que buscamos junto al usuario y al equipo terapéutico la reorientación de su condición de salud, mediante nuestro quehacer kinésico, es decir, la evaluación, objetivos y tratamiento, apuntando hacia el rol social que cumple en el contexto de su vida diaria.

Nuestra investigación se dirigió a conocer, comprender y develar aspectos que acompañan a la manera tradicional de poner en práctica la kinesiología, y que están implícitos en nuestro quehacer kinésico, es decir, aquellos conceptos ligados al cuerpo, que se han mantenidos sub-teorizados, como por ejemplo, las emociones, empatía, lenguaje no verbal y/o corporal y los significados que se generan por la vivencia del proceso salud-enfermedad, influyen sobre el desempeño profesional y la toma de decisiones.

La implicancia de integrar estos aspectos dentro del razonamiento clínico, es decir, poner atención hacia la co-construcción de significados con los usuarios durante el proceso de rehabilitación, nos aporta a tratar a las personas desde la

experiencia y expresión corporal del otro, un cuerpo vivido y no solamente como un cuerpo objeto separado de su subjetividad.

También consideramos que es relevante aportar a la vanguardia de la investigación cualitativa en la Clínica los Coihues, que es un camino que recién se está comenzando a pavimentar.

1. MARCO TEÓRICO

Para comenzar este capítulo nos vamos a concentrar en el desarrollo de la investigación referente al cuerpo en el último tiempo y evidenciar su carácter polisémico en las distintas disciplinas.

1.1 Estado del arte

Para comenzar es necesario dejar en claro y valorar que nosotros no somos quienes llevamos el estandarte de la vanguardia en investigaciones relativas al cuerpo en el área de la salud, ni en kinesiología. Ha habido un creciente interés en investigar sobre esta temática. Nicholls y Gibson (2010) en un análisis histórico de cómo se ha desarrollado y formado la identidad de la profesión, explica que en sus inicios, la visión mecanicista, biomédica y positivista logró legitimar, darle respaldo y potenciar (y continúa haciéndolo) el rol de la kinesiología dentro del área de la salud. Pero el avance de la tecnología, de las investigaciones y la literatura, ha revelado una compleja y multifacética búsqueda de identidad, y pareciera ser que mientras más información exista, más incierto se vuelve. Pero es aquí donde se ha dejado "de lado" y se le ha puesto menos atención al rol que cumple el cuerpo en la práctica de la kinesiología. Y lo sorprendente es que el cuerpo es, de varias maneras, central en la identidad de la profesión, porque es en él donde ocurre gran parte del trabajo terapéutico (Nicholls y Gibson, 2010).

En general, como menciona Nicholls con su equipo, el manejo de la salud por parte de algunos terapeutas se basa en la función y disfunción del cuerpo. Pero esta visión puede dejar de lado aspectos relevantes para una persona,

que posee un carácter social, político, cultural, económico y psicológico, que no son atendidos desde un libro de anatomía o de fisiología, o simplemente entendiendo los procesos celulares de homeostasis. Øberg et al. (2015), conscientes de esta misma situación, dedicaron un estudio basado en esta problemática. Según los autores, existe un sentimiento de insatisfacción respecto del actual canon, y para ello proponen un nuevo modelo de razonamiento que resuelve y llena los vacíos que deja el modelo tradicional, que debido a esta mirada "poco profunda" y poco holística, se dejan de lado aspectos relevantes y necesarios que aportan a tener un razonamiento clínico más completo en Kinesiología (Øberg et al. 2015). Para esto, el autor se posiciona desde una mirada fenomenológica para comprender y acuñar conceptos como "embodiment cognition", que hace relación a que la cognición y la percepción del mundo es un proceso que ocurre en la persona y su relación con el entorno, y no únicamente en una "mente" separada de un "cuerpo mecánico", como se vería en una visión más cartesiana de cuerpo. Esta complejidad de esferas interrelacionadas aumenta el interés de tener que entender el cuerpo de una manera más completa, una mirada más "encarnada", es decir, considerar a la persona para darle más protagonismo en todo su contexto particular durante el proceso de rehabilitación.

El cuerpo, por otro lado, ha sido sujeto de un particular interés dentro de las ciencias sociales, es por eso que algunos autores en fisioterapia han basado sus estudios en la teoría social para describir cómo ha ido evolucionando la percepción de cuerpo que han tenido y tienen las profesiones relacionadas a la salud a través de la historia, y cómo esta percepción influye en la manera de pensar y actuar en el quehacer profesional kinésico e incluso en cómo ha repercutido en los modelos de discapacidad. Nicholls y Gibson (2010) hablan de tres corrientes o movimientos ideológicos que han visualizado el cuerpo, inicialmente desde un enfoque funcional o naturalista, continuando con un enfoque desde el poder de los discursos sociales y finalmente desde una perspectiva emergente, el "embodiment".

La primera corriente aplica las ciencias sociológicas desde un prisma naturalista para la exploración social del cuerpo, previo a los movimientos radicales de los años 60. Esto comprende el análisis del cuerpo como ente pre-social, constituido en términos biológicos sobre el cual se funda el *self* y la sociedad. Esta perspectiva instaló la idea que el cuerpo en términos biológicos y funcionales definía a los individuos en aspectos de relaciones sociales, políticas y económicas, el cual podía caracterizar los patrones de comportamiento de las poblaciones (Shilling, 2003 citado en Nicholls y Gibson, 2010:502). En estas relaciones se puede identificar una clara desigualdad en términos de riquezas, derechos legales y poder político que son determinados o legitimados según el poder de los cuerpos biológicos, según su funcionalidad. En general, esta visión naturalista del cuerpo ha caracterizado el enfoque que históricamente ha tomado la fisioterapia, el que el cuerpo principalmente está constituido en términos biológicos (Nicholls & Gibson, 2010).

Continuando con la segunda corriente señalada por Nicholls y Gibson, de una manera más crítica aparecen en los años 50 y 60 movimientos radicales guiados por los grupos marginales y privados de derecho. Ellos que expresan una resistencia contra la visión naturalista, el cual se enfatiza en las capacidades biológicas del cuerpo y le resta importancia o desestima los efectos de los mecanismos de poder social, las ideas arraigadas del modernismo, y sus efectos sobre el cuerpo. Emerge el constructivismo social, argumentando que se puso poca atención en los efectos de las relaciones sociales y de los discursos de poder social reflejándose, por ejemplo, en la medicalización de los cuerpos femeninos, en los efectos corporales de la pobreza, el aislamiento social y la mala educación, el racismo institucionalizado y la discriminación contra las personas con discapacidad. Estas son consecuencias de pensar que el cuerpo se constituye en términos biológicos y físicos, y en respuesta a esto, Donna Haraway nos dice “Bodies are not born: they are made” (Haraway, 1989, p.10 citado en Nicholls y Gibson, 2010), en definitiva, argumenta que los significados de los cuerpos son socialmente construidos, en efecto, existe un fuerte apego a la visión biomédica por el

legitimado discurso desde las profesiones relacionadas con la salud que da como resultado un modo particular de percibir el cuerpo. Sin embargo, como se menciona anteriormente existen movimientos que se esfuerzan por levantar y darle voz a los grupos que están marginados y privados de derechos.

Finalmente, Shildrick y Gibson argumentan que en estos últimos años se ha hecho presente una perspectiva emergente de cuerpo, la cual han denominado como “embodiment”, con la intención de reconciliar la visión naturalista del cuerpo (común en las profesiones de salud con enfoque biomédico) y la idea de cuerpo como efectos o producto de los discursos sociales. (Nicholls & Gibson, 2010).

Para comprender el término “embodiment” (“encarnación” o “encarnamiento”, al español), acuñaremos y utilizaremos una definición que escribe Nicholls y Gibson en su artículo “Body and Physiotherapy”, en el cual señala tres hebras distintivas de esta mirada:

- 1) Conciencia sobre la realidad objetiva de la enfermedad de una persona (los factores anatómicos, fisiológicos, y patológicos de osteoartritis, cáncer de mamas, o diabetes, por ejemplo).
- 2) Una orientación hacia el significado subjetivo dado por las experiencias vividas de la salud y la enfermedad de la persona
- 3) Una consideración de las “instituciones” sociales (políticas, sociales, estructurales, etc.) que median, limitan, regulan las experiencias corporales y comportamientos.

Estas tres miradas, cuando se toman juntas, ofrecen una forma mucho más inclusiva de ver cómo la gente experiencia la salud y la enfermedad en comparación con la que ofrece una mirada puramente biomédica (Nicholls & Gibson, 2010).

Según Shaw & Connelly (2012) la aproximación fenomenológica se ha consolidado como un enfoque importante en la investigación cualitativa en el

área de la salud, específicamente en kinesiología, porque nos permite comprender significados profundos a través de las experiencias vividas. Bajo esta perspectiva los autores postulan que realizar un estudio de carácter fenomenológico nos permitiría buscar esos significados que son parte de las experiencias intersubjetivas de las personas, y que no son encontrados en la información cuantitativa que manejan los profesionales kinesiólogos. Los autores también explican que para realizar este tipo de estudios es necesario integrar supuestos filosóficos y conectarlos con las propias creencias de los investigadores para guiar así el proceso de investigación y otorgar coherencia al objeto de estudio. Continuando con la lógica de los supuestos filosóficos, los autores exponen la mirada de 5 filósofos del movimiento fenomenológico dentro de los que se encuentra Maurice Merleau-Ponty, quien propone que en el cuerpo es donde conviven las experiencias, sentidos y percepciones del mundo. Si llevamos la teoría de Merleau-Ponty al ámbito kinésico, nos damos cuenta que en el cuerpo es donde se desarrollan las experiencias vividas de cada una de las personas, es ahí donde se producen cambios de las percepciones del cuerpo propio y del cuerpo de los otros. El rol del kinesiólogo, en este contexto, pasa a ser fundamental porque es él quien convive día a día con las personas y guía este proceso de cambios físicos, emocionales, sociales y psicológicos con los usuarios. En otros artículos cualitativos dentro del área de la neurorehabilitación, se utilizan aspectos fenomenológicos y del embodiment para comprender como los usuarios experimentan el proceso de reorientación hacia la vida diaria, en donde abordan conceptos como el cuerpo vivido o cuerpo como sujeto y construcción de significado, dando como resultado la importancia que tiene comprender el cuerpo desde una mirada de cuerpo sujeto, en comparación a la concepción de cuerpo objeto tradicional presente en los marcos kinesiológicos actuales.

Dentro de la fisioterapia colombiana encontramos otros artículos referentes al cuerpo. Tales como el trabajo de González, Mojica, & Torres (2010) quienes

apuntaron a aproximarse a las definiciones y conceptos de cuerpo, desde el punto de vista de la profesión, dando una perspectiva histórica del conocimiento en relación a las corrientes del pensamiento positivista y constructivista. Pero dejándonos en claro que estas definiciones de cuerpo aún requieren mayor claridad, fundamentación y estudio científico para llegar a un consenso profesional, que realmente defina el direccionamiento básico o mínimos lineamientos de abordaje del movimiento corporal humano en kinesiología. A su vez dando un punto de vista similar con respecto a la conceptualización del cuerpo y dejando en claro la historia que recorre este a lo largo de nuestra profesión, para Prieto & Naranjo (2005) el concepto de cuerpo se ha asociado a la interpretación funcional de éste, profundizando en su capacidad mecánica, neurológica y fisiológica. Para la kinesiología, su interpretación ha estado más centrada en comprender las capacidades físicas del cuerpo y las maneras cómo se vincula con la funcionalidad del movimiento, que en la identificación y estudio del cuerpo en relación con la construcción de identidad y lenguaje en las personas. Asunto que desde una línea social se hace pertinente, en el campo del conocimiento y acción de la kinesiología. Es así, como el cuerpo se transforma en la manifestación física de los sentimientos y adaptaciones que la persona ha generado en torno al medio en el cual interactúa. Esto implica una aproximación de la kinesiología a comprender el lenguaje del cuerpo, la conciencia del movimiento y la capacidad de relacionarse consigo y con los demás como parte de la dinámica de la disciplina. Ello exige integrar los aspectos orgánicos, simbólicos y psíquicos del cuerpo, en los procesos de formación de pregrado y avanzada. A su vez Molina (2013) sigue contribuyendo a esta idea de buscar iniciativas de trabajo que retomen reflexiones en torno al proceso de construcción de conocimiento y las posibilidades que ofrece la incorporación de elementos que hacen parte del llamado nuevo paradigma, la concepción de la salud como proceso histórico centrado en las relaciones sociales que impactan de manera integral a los sujetos y grupos, la visión del cuerpo y del movimiento corporal más allá de las condiciones de deterioro de la calidad de vida, y el lugar de la educación en la construcción de sujetos

autónomos. Es a partir de esto que se busca instaurar asignaturas en la educación situándose desde abordaje que presente una perspectiva crítica-reflexiva de los contextos históricos, económicos, políticos, sociales y culturales dados, caracterizando en ellos las construcciones sociales ordenadoras de la dinámica social y, por ende, de la construcción de cuerpo y movimiento y develar las formas en que se concibe el mundo y en él a los sujetos - cuerpos. Esta perspectiva crítica reflexiva en torno al cuerpo y el quehacer de la kinesiólogía se ve ejemplificada en el estudio de Morales Caro & Torres Baquero (2013) en donde su objetivo era introducir nuevas categorías de estudio relacionadas con el cuerpo: cuerpo-sujeto, capacidades corporales, disponibilidad corporal, sujeto político. Para los autores la Kinesiólogía es un espacio para aprehender otras formas de entender los cuerpos encarnados en sujetos, cuyos movimientos corporales permiten disponer al sujeto para desarrollar capacidades humanas, lo cual implica des-aprehender el modelo biomedico aún vigente en su concepción epistemológica del ser humano. Estas modificaciones fueron llevadas a cabo en la carrera de kinesiterapia de la Universidad Nacional de Colombia. El estudio muestra reflexiones de los estudiantes, que tuvieron lugar en las experiencias que vivenciaron durante un periodo académico modificado. Como narran los mismos estudiantes que se sometieron a esta nueva experiencia, “Lo que más me aportó esta parte de la Línea, es el tener en cuenta toda la parte humana que muchas veces, a lo largo de la carrera, no se enfatiza; desde nuestra profesión se deben reconocer sus libertades, capacidades y derechos dentro del marco de una interacción fisioterapéutica encaminada hacia su potencialización funcional, capacidades corporales y personales, y no simplemente hacia su recuperación” (Morales Caro & Torres Baquero, 2013: 480). De esta manera se convierte en una pedagogía crítica y participativa, que busca problematizar situaciones a las que tendrán que enfrentarse en un futuro, particularmente en las prácticas académicas de campo.

Adentrándonos en la investigación internacional, específicamente en Suecia, encontramos a un grupo de autores que trabajaron el tema del razonamiento clínico en fisioterapia, el artículo lleva por nombre “A clinical reasoning model focused on clients' behaviour change with reference to physiotherapist: its multiphase development and validation”, fue publicado en el 2014. El estudio apunta a desarrollar y validar un modelo conceptual para guiar el razonamiento clínico de los fisioterapeutas, para ello se diseñó el modelo en base a experiencias y conocimientos de fisioterapeutas, posteriormente para validarlo, se realizaron focus groups. Como resultado, demostraron que el modelo final de razonamiento clínico es un proceso cognitivo, reflexivo, colaborativo y repetitivo con interrelaciones entre el usuario y el terapeuta (Elvén et al. 2014).

1.2 Distintos discursos de cuerpo

Haciendo dialogar a distintas disciplinas del campo de la salud que tienen como propósito de su quehacer profesional el cuerpo, se evidencia que hay algunos tópicos que se entrelazan entre sus discursos. Se ha visto la necesidad de fundamentar y profundizar en la comprensión teórica del cuerpo, pero también (y quizás más importantes) en las concepciones tácitas o implícitas de la corporalidad.

Dentro de las disciplinas del campo de la Salud, daremos un recorrido dentro de las concepciones y nociones de cuerpo que nacen desde la Psicología Social, Enfermería, Educación Física. No obstante teniendo en cuenta que existen más disciplinas que se han encargado de profundizar y aportar a su quehacer profesional con la noción de cuerpo, nos encontramos que en *“Physiotherapy appears to maintain a paradoxical relationship with the body, since the body is everywhere in practice, but nowhere in theory (Williams, 2003).”* [La fisioterapia parece mantener una relación paradójica con el cuerpo,

ya que el cuerpo está en todas partes en la práctica, pero en ninguna parte en la teoría (Williams, 2003 citado en Nicholls y Gibson, 2010).] El propósito entonces es dar a conocer que dentro de la literatura existe una vasta línea de investigación dedicada a nuestro tema en cuestión, de la cual nos podemos apoyar, complementar y nutrir en relación a nuestro quehacer como profesionales Kinesiólogos.

Dentro del área de la Psicología Social en el artículo “Transformaciones del Cuerpo en Psicología Social”, hace referencia a las transformaciones del cuerpo, en función de los cambios en el ámbito social, del conocimiento científico y de los dispositivos tecnológicos que dan forma a la comprensión de la corporalidad humana (Araiza, 2007). Se refleja una visión crítica a la tradición *dualista occidental* mente-cuerpo, que nos invita a reflexionar sobre la noción que se tiene sobre el sujeto en la etapa posmoderna, intentando superar lo que se heredó desde la modernidad. Esto nos sumerge en la pregunta de ¿Qué sucede con la visión del sujeto actual? (Araiza, 2007).

Pasando a otra área de la salud, el área de la enfermería, ha aportado a su quehacer profesional la necesidad del estudio de la corporalidad para el cuidado de enfermería en “Paraplejia: pasado y futuro del ser” (Moreno-Fergusson & Amaya-Rey, 2009). Apoyándonos en el estudio de Moreno-Fergusson, donde se fundamenta en la noción de corporalidad de Merleau-Ponty, que plantea una diferencia entre el cuerpo-sujeto y el cuerpo-objeto en función de su obra. Según lo anterior, se hace un incapié en la importancia de comprender el significado del “nuevo cuerpo” que la persona con paraplejia adquiere en el proceso de su rehabilitación. De esta manera, la autora llama a integrar la visión de cuerpo del usuario paralelamente al que esta contruyendo la enfermera en el contexto de la interacción enfermera-usuario.

Trasladándonos ahora al campo de la Educación Física, nos encontramos con un interesante debate desarrollado en artículo “Prácticas corporales y usos

del cuerpo: sobre lo que podemos no hacer” (Bidegain, 2014). Nos plantea la dicotomía presente entre una *“Educación Física que aparentemente toma por objeto al organismo y una Educación Corporal que toma por objeto al cuerpo (textualizado en la cultura), (...) para intervenir de este modo no sobre el organismo sino sobre la forma-de-vida”* (Bidegain, 2014).

1.3 Cuerpo

Adentrándonos en el análisis de teorizantes con respecto al cuerpo, intentaremos abarcar el concepto desde distintas áreas del saber, dando énfasis en la neurociencia, ciencias cognitivas y en la fenomenología del cuerpo, sin desmerecer a las que no estén presentes, ni tampoco jerarquizar.

La inclusión de la mirada sociológica, pretende fundamentar como el contexto influye en la construcción de significados atribuibles al cuerpo.

1.3.1 Cuerpo filosófico

En este apartado de nuestro marco teórico nos dispondremos a presentar de una forma concisa, una mirada histórica en relación a la visión de cuerpo presente en la filosofía, desde la antigua Grecia hasta los tiempos contemporáneos, donde nos centraremos en la obra de Edmund Husserl y Maurice Merleau-Ponty.

En la época de la Antigua Grecia existieron distintos filósofos que hicieron referencia al cuerpo, entre ellos Platón (427-347 a.C.) quien en su pensamiento dio un lugar superior a la mente en desmedro del cuerpo. El cuerpo quedó

remitido a una posición “inferiorizada”, queda expuesto, cuan si fuera una nave dirigida por un piloto, cuan si fuera un títere de nuestra mente (Morales, 2006).

La filosofía de Platón dejó tres consecuencias importantes para la concepción de cuerpo: La *ruptura*, que no es más que la separación alma-cuerpo o en este caso mente-cuerpo, es decir, como se mencionó anteriormente, el cuerpo queda exteriorizado a la mente siendo esta un ente gobernante sobre éste, la segunda consecuencia es la *inmutabilidad*, que tiene relación con la capacidad que tiene el alma de sustraerse de las cosas que la engañan, tal como los sentidos, Platón dice que estos mienten al alma entregando una realidad absolutamente distante a lo real. Por otro lado el alma evita el movimiento y el desorden, ya que son factores que la “asustan”. La tercera consecuencia importante del pensamiento platoniano, es la desprotección en que queda el cuerpo, se despoja de forma y se deja incompleto, así, de esta forma el cuerpo queda sin un sentido (Morales, 2006).

Otro filósofo importante de la antigua Grecia es Aristóteles (384-322 a. C.), siendo discípulo de Platón, intentó de alguna manera integrar lo que había separado su maestro. Aristóteles posiciona a al cuerpo en un nivel superior, lo coloca cerca de los sentidos y sensaciones que este capta, aun así este está ubicado en un escalafón aun mayor, es aún más que sensación, está relacionado con la conducta, nuestra conducta (Morales, 2006). Bajo esta mirada de este fenómeno, no se puede concebir la existencia de la psique (o alma), sin la existencia del cuerpo, en palabras simples no podemos entender una sin la otra. Para entender aún mejor esta visión de alma-cuerpo unificada, proseguimos a citar:

“Si el que ve da cuenta de que ve, y el que oye de que oye, y el que anda de que anda e, igualmente en los otros casos, hay algo en nosotros que percibe que estamos actuando de tal manera que nos damos cuenta, cuando sentimos, de que sentimos, y cuando pensamos que estamos pensando; y si percibir que sentimos o que pensamos, es percibir que existimos, el darnos cuenta de que vivimos es agradable (Morales, 2006).

Continuando con nuestro recorrido temporal, haremos una parada en la edad media. El primer autor en salir a escena será San Agustín (354-430), él basa su pensamiento en la ideología platónica, por lo tanto el cuerpo nuevamente queda situado en un lugar inferior en relación al espíritu. El cuerpo, a través de los sentidos es engañado, es decir, las imágenes que crean las sensaciones son falsas, no muestran la realidad, a estas imágenes irreales San Agustín las denomina “*fantasmagorías*” (Morales, 2006). En la filosofía del santo aparece Dios como pilar fundamental de su teoría, en relación al cuerpo San Agustín dice que para Dios no existe el cuerpo.

“Dios no quiere saber absolutamente nada del cuerpo...” (Morales, 2006).

El siguiente autor en traer a colación es Santo Tomás de Aquino (1225-1274), quien basó su teoría en el pensamiento aristotélico, él cree, a diferencia de San Agustín, que en el cuerpo radica la existencia. Por otra parte el santo cree que el cuerpo si posee un sentido y un significado real, que es el servir a Dios, de esta manera el cuerpo se transforma en un instrumento de Dios (Morales, 2006).

“Es pues necesario decir que nuestro entendimiento entiende las cosas materiales, abstrayendo las imágenes, y por medio de las materiales así consideradas alcanzamos algún conocimiento de las inmateriales” (Morales, 2006) .

Con el paso de los años aparece René Descartes (1596-1650), quien con su famosa frase “*Pienso luego existo*” posiciona a la existencia fuera del cuerpo, y esta a su vez radica en la mente, despojando al cuerpo de toda capacidad pensante (Morales, 2006). El autor le otorga al cuerpo un carácter de máquina perfecta, si una parte deja de cumplir su función, se reemplaza o sencillamente se pierde, dejando al espíritu con su carácter de intocable, es decir, el alma no cambia al ser modificado el cuerpo (Morales, 2006).

“Yo soy, yo existo, esto es cierto. ¿Pero cuánto tiempo? Todo el tiempo que dure mi pensamiento” (Morales, 2006).

Dando un salto en el tiempo, caemos al siglo XX donde aparece Martin Heidegger (1889-1976), él en su filosofía postula que el cuerpo no es una realidad dada si no que es un modo de ser, un modo de existir, en palabras más simples Heidegger menciona que no somos cuerpo, somos corporales porque al alma no se le está añadida una masa llamada cuerpo, sino que en el sentir el cuerpo estamos contenidos en nuestro sí mismo. El alemán en su pensamiento acuña un concepto que denomina *“Dasein”*, ser en el mundo. El cuerpo también toma su respectivo puesto en el Dasein, es visto como un rasgo ontológico del ser humano. Entonces para comprender el fenómeno del cuerpo hay que situarse en la existencia y esta, comprendida como relación con lo que hay, relación con el mundo (Rodríguez, 2012).

“No estamos en primer lugar ‘vivos’ y después tenemos un aparato llamado cuerpo, sino que vivimos en la medida en que vivimos corporalmente. Este vivir corporalmente es algo esencialmente diferente del mero estar sujeto a un organismo”, (Rodríguez, 2012).

El siguiente filósofo en revisar será Jean-Luc Nancy, nacido en el año 1940. Es un autor que ha continuado con la obra de Martin Heidegger, en el sentido de que al cuerpo le atribuye el carácter ontológico del ser humano (Quesada, 2012). Para el francés el cuerpo es una constitución de órganos que forman un *“corpus”* que en ningún momento desvirtúan su existencia. Nancy también postula que la existencia radica en el cuerpo, es decir, que existimos porque somos cuerpos y no existe algún otro criterio que pueda certificar nuestra existencia más que él (Quesada, 2012).

“El cuerpo es el ser de la existencia” (Quesada, 2012).

1.3.2 La fenomenología del cuerpo

En este apartado, como mencionamos anteriormente, centraremos nuestras energías en dos autores: Edmund Husserl y Maurice Merleau-Ponty. Quienes nos entregan conceptos claves para poder guiar el entendimiento acerca de cómo vemos el cuerpo en términos de su obra.

Husserl (1859-1938) en su obra le da la connotación al cuerpo como centro de orientación en relación a las cosas, esto se da por medio de la percepción, quien a través de los sentidos percibe las cosas, ya sean animadas o inanimadas (Villanueva, 2012). Estas cosas u objetos tienen distintos modos de aparición, lo que significa que según la manera en que se presenta la cosa ante nosotros, tenemos distintas formas de verla (Villanueva, 2012), por ejemplo, si el lector ve una manzana en su escritorio, esta se presenta a cierta distancia y tamaño, pero si esa manzana estuviera en un estante en otro lugar de la habitación el modo de aparición de este objeto es distinto. También considera una parte importante el factor emocional o anímico ante la situación de percibir este objeto (Villanueva, 2012), continuando con el ejemplo anterior, si el lector estuviera acongojado o feliz la forma de sentir esta manzana sería completamente distinta. De esta manera existe una multiplicidad de ver las cosas que se traduce como una forma subjetiva de ver algún objeto. Pero, así como yo veo una cosa de tal manera, otro puede ver la misma cosa de distinta forma, entonces aparece el concepto de intersubjetividad que da cabida a distintas percepciones y modos de ver las cosas para cada ser humano (Villanueva, 2012).

Para Merleau-Ponty (1908-1961) la percepción ocupa un lugar preponderante en el análisis del cuerpo, puesto que el la define como la herramienta que tiene el cuerpo, a través de los sentidos para relacionarse con el mundo. El francés dice que el cuerpo percibe y al mismo tiempo es percibido por el otro (el otro entiéndase como un objeto animado o inanimado). El cuerpo

en este momento perceptivo actúa como un dador de sentido, ya que todo lo que él comunica se encuentra en un espacio significativo real dotado de sentido, valor y expresividad (González & Jiménez, 2011). Esta relación de percepción constituye múltiples realidades que a su vez construyen un mundo, un mundo que se vive a través del cuerpo, un mundo que es cuerpo (González & Jiménez, 2011).

Tampoco deja afuera la unidad ontológica del hombre en el mundo y para conceptualizar de mejor forma su filosofía, González & Jiménez (2011) explican el entrecruce entre el cuerpo y el mundo según Merleau-Ponty desde tres dimensiones: primero los autores explican cómo cuerpo y percepción se relacionan, a partir de que la percepción configura la realidad para un sujeto que existe en un cuerpo y que por lo tanto es imposible negar la intervención del sujeto en el mundo como lugar de toda percepción, es por esto que ser cuerpo es *ser en el mundo*. Segundo, destaca que la unidad ontológica del hombre es el cuerpo, ya que ahora no es la conciencia, sino que es el cuerpo quien aparece percibiendo la naturaleza. Por último menciona el concepto de alteridad intersubjetiva, para describir como el mundo se impone como prolongación de nuestro ser y de esta forma yo habito al otro y el otro me habita a mí, de esta forma la realidad existe en los vínculos formados entre los sujetos y no de forma individual (González & Jiménez, 2011).

Lo medular que nos entrega la obra de estos autores es que colocan al cuerpo en un lugar importante en relación a los conceptos de intersubjetividad, o la misma percepción de Merleau-Ponty, que para nosotros es fundamental para comprender como se comporta el cuerpo como ser ontológico o en relación con el mundo y las demás personas creando estos significados compartidos, es decir, la formación de una visión de cuerpo desde el punto de vista fenomenológico nos dice que el cuerpo es el pilar central para concebir un mundo.

1.3.3 Neurociencia y ciencias cognitivas

La emoción, la razón y el cerebro humano han sido objeto de estudios desde los tiempos en los que la neurociencia y las ciencias cognitivas colocaban énfasis en el estudio de la mente, pero poco hemos hablado sobre la visión de cuerpo que tiene esta esfera de conocimiento, distinta de la mirada filosófica, o desde la fenomenología. Esta vez buscamos sobre la mirada de la ciencia cognitiva, para entender cómo se ha desarrollado la visión de cuerpo en esta dimensión.

Desde el punto de vista de las ciencias cognitivas, Francisco Varela (cuyo trabajo se desarrolló áreas como la neurobiología, biología teórica, epistemología, y posteriormente a las ciencias cognitivas), hipotetiza que la cognición consiste “en actuar sobre la base de representaciones que adquieren realidad física con la forma de un código simbólico en el cerebro o en una máquina” (Ojeda, 2001), haciendo hincapié el autor, en que la inteligencia artificial propia de las máquinas cumplía una función similar a la inteligencia humana, pero nos inquieta la pregunta que, entonces ¿qué es la cognición?. Según Varela, es el procesamiento de información de modo de manipulación de símbolos, y añade que el sistema interactúa sólo con la forma de los símbolos, sus atributos físicos, no con el significado. Es aquí donde resalta la atención; la significación de estos “símbolos” queda apartada, o mejor dicho, no contemplada. Pero entonces, para comprender de alguna manera parte de lo mencionado, entenderemos que en el cognitivismo implícita, o explícitamente, afirma que “el cerebro procesa información del mundo exterior”. Pero aun así nos queda pendiente la “representación”, que Varela exime de las ciencias cognitivas. Propone entonces el concepto de lo “enactivo” para esta nueva orientación de la cognición; neologismo que proviene del verbo inglés *to enact*, que significa “poner en ejecución (por ejemplo una ley)”, como también los verbos “representar” o “actuar”, lo cual implica que se le atribuye un actor y un trabajo (Varela, 1992). Lo que finalmente, se puede entender en la siguiente cita

que resume esta orientación “enactiva”: "la cognición no es la representación de un mundo pre-dado por una mente pre-dada sino más bien la puesta en obra de un mundo y una mente a partir de una historia de la variedad de acciones que un ser realiza en el mundo". Esta “puesta en obra” es parte del núcleo de este movimiento *enactivo*, en definitiva, el conocimiento es acción en el mundo, y posee una naturaleza concreta, incorporada, encarnada y vivida (Ojeda, 2001).

Repasamos lo que la teoría enactiva busca explicar, pero aún nos queda pendiente entender ¿qué pasa con el cuerpo? Es decir, se relaciona hasta el momento que el proceso de significación ocurre como un proceso mental, aunque se menciona que se complementa por una “variedad de acciones que un ser realiza en el mundo”, pero nos inquieta que no se menciona directamente al cuerpo, pero aun así es por el cuerpo por el cual uno realiza acciones en el mundo. Es altamente probable que las ciencias cognitivas se hayan cuestionado sobre el rol del cuerpo bajo este alero, pero para no desviarnos demasiado, entenderemos que para una mirada desde las ciencias cognitivas, el conocimiento posee una parte ligada al cuerpo y que es por él por el cual uno interactúa con el entorno.

Para complementar y responder a la inquietud sobre el rol del cuerpo en la neurociencia, revisaremos la mirada que comparte Antonio Damasio (neurólogo y profesor de neurociencia) en “El Error Descartes”, quien expone al filósofo por su orientación y visión de cuerpo dualista. Tal como lo cuenta la chaqueta de su libro, en la contraportada:

“La afirmación de Descartes ‘Pienso, luego existo’, es una de las más famosas de la historia de la filosofía, parte de la distinción dualista entre la mente y el cuerpo ‘no pensante’. Pero Antonio Damasio nos muestra que el pensar surge del existir: que primero existimos y después pensamos, y que sólo pensamos en la medida en que existimos.”
(Damasio, 1994).

Es interesante esta unión de “pensamiento – existencia” que expone el autor, y quisimos indagar para conocer su entendimiento. En una breve síntesis;

fue el caso de Phineas Gage, año 1848, el que gatilló a Antonio Damasio a investigar sobre la razón y los sentimientos. Para contextualizar al lector, Gage sufrió un accidente laboral, una vara de hierro atravesó a gran velocidad un sector de su cráneo, las secuelas del accidente dejaron al accidentado con todas las funciones mentales intactas, salvo su conducta, incluso posterior a la etapa aguda de la lesión (Damasio, 1994). Estos cambios conductuales inexplicables fueron la motivación de Damasio para estudiar este fenómeno. Esta variabilidad de conducta ponía en juego la toma de decisiones de los usuarios. Como lo describe la siguiente cita, hablando sobre la presentación de su caso:

“Había poseído una mente completamente sana hasta que una enfermedad neurológica dañó un sector concreto de su cerebro y, de un día para otro, provocó este profundo defecto en la toma de decisiones. Poseía intactos los instrumentos que generalmente se consideraban necesarios y suficientes para el comportamiento racional: tenía el conocimiento, la atención y la memoria necesarios; su lenguaje era impecable, podía efectuar cálculos... Poseía una notoria alteración de la capacidad de experimentar sentimientos.” (Damasio, 1994)

En los procesos de toma de decisiones y los sentimientos -reflexiona el autor- podría haber más que una simple relación estructural entre ambas funciones. Bajo estas reflexiones fue inminente la llegada de una situación de complejidad inmersa en innumerables conceptos. Pero son estas relaciones las que llevan al autor a hipotetizar:

“...la actividad mental, desde sus aspectos más simples a los más sublimes, requiere a la vez del cerebro y del cuerpo propiamente dicho. Creo que, en relación al cerebro, el cuerpo proporciona algo más que el mero soporte y la simple modulación: proporciona una materia básica para las representaciones cerebrales”. (Damasio, 1994)

Es aquí donde encontramos y podemos seguir el camino de Damasio, que para él, el cerebro y el cuerpo no son ajenos entre sí, y que existe una relación

cercana. Siguiendo la premisa del autor (y un par de páginas más adelante), el médico nos deja con tres afirmaciones en las que nos detalla aspectos importantes respecto a la visión de cuerpo, que en contraste a lo que pensaba el dualista Descartes, se trata de una unión más que una separación, como se detalla a continuación:

“Afirmaciones:

1) El cerebro humano y el resto del cuerpo constituyen un organismo indisociable, integrado mediante circuitos reguladores bioquímicos y neurales mutuamente interactivos.

2) El organismo interactúa con el ambiente como un conjunto: la interacción no es nunca del cuerpo por sí solo ni del cerebro por sí solo.

3) Las operaciones fisiológicas que podemos denominar mente derivan del conjunto estructural y funcional y no sólo del cerebro: los fenómenos mentales sólo pueden comprenderse cabalmente en el contexto de la interacción de un organismo con su ambiente. El hecho de que el ambiente sea, en parte, el producto de la propia actividad del organismo, no hace más que subrayar la complejidad de interacciones...” (Damasio, 1994).

Vemos el camino que ahora seguimos, se complementa con la mirada “enactiva” que revisamos anteriormente, ambas visiones colocan énfasis en el contexto, en la *interacción de un organismo con su ambiente*, y esta vez, el cuerpo y el cerebro están presentes, como un organismo indisociable.

Esta orientación asociada al conocimiento, al cuerpo y a la mente obtiene de por sí una complejidad en la cual se ven afectadas distintas aristas de dichos conceptos. Hasta ahora, nos encontramos con muchas relaciones entre conceptos que nos resulta complejo entender cabalmente, pero de manera resumida, nos quedaremos con que el mundo construido depende de la percepción de este, y que usaremos el término “enactivismo” para referirnos, en

este contexto, como el proceso dinámico entre un organismo (o agente cognitivo) y su entorno, el cual participa activamente en la generación de significado, a través de un compromiso encarnado activo entre el ambiente o el proceso de interactuar con otras personas, elementos en los cuales es el cuerpo, un protagonista de este.

De momento, hemos revisado aspectos teóricos respecto a estas temáticas. Un artículo reciente (2015) realizado por terapeutas físicos dedicados a la neuro-rehabilitación en Noruega, discute sobre la concepción de cuerpo que tienen los terapeutas que practican la disciplina, en relación al razonamiento clínico que desarrollan. Los autores afirman que estos factores se encuentran enraizados en un modelo cartesiano tradicional y que es esa entonces la razón por la cual se lleva a cabo un razonamiento clínico que resulta insuficiente por el mero hecho de que se ignoran otros aspectos importantes del cuerpo (Øberg et al. 2015). En otras palabras, la interacción y el proceso de exploración kinésica debieran seguir una orientación *enactivista* para acompañar el proceso de razonamiento para sugerir que las dinámicas del compromiso corporal vivido entre el terapeuta y el paciente contribuyen y ayudan a constituir el razonamiento clínico.

Con lo anteriormente expuesto, es necesario sintetizar y destacar que esta mirada “enactiva” involucra muchos factores para tener en cuenta al momento de preguntarse sobre cuerpo. Se correlaciona, en una u otra manera, con la mirada de los autores que hemos revisado hasta el momento: Merleau-Ponty, Damasio y Varela.

El contexto y el cuerpo están directamente relacionados con el significado que se le atribuye a alguna experiencia, y esto mismo influye, como Øberg et al. (2015) mencionan, en el razonamiento clínico. Los autores apoyan con una figura en la que se grafica una interacción entre un terapeuta y un usuario. Dos agentes con distintos contextos, distintas expectativas, distintas normas sociales, que interactúan en un mismo nivel jerárquico (ver fig. 1.1) y se genera

una interacción contextualizada (*contextualized interaction*) y que el “producto” es un significado compartido (*shared meaning*).

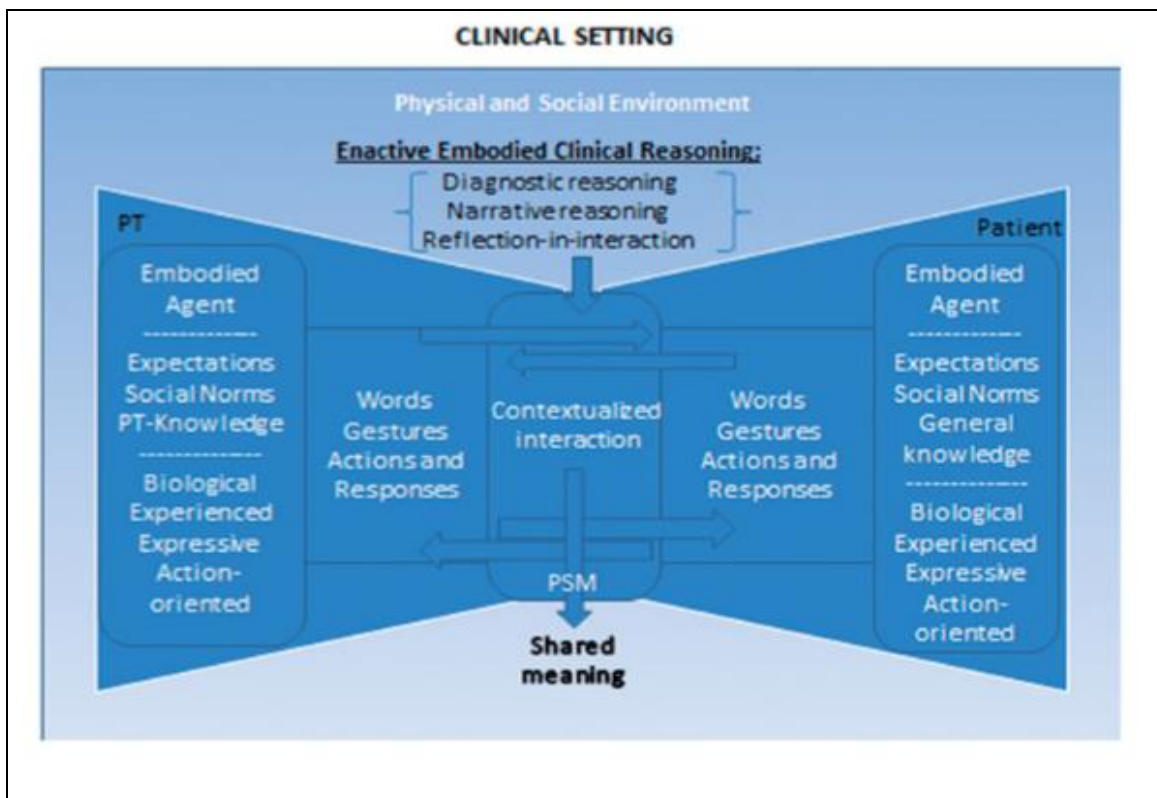


Figura 1. Síntesis propuesta de razonamiento clínico desde una mirada “enactiva corporizada” (Øberg et al. 2015)

1.3.4 Referencias del cuerpo desde una mirada socio-crítica

Si la intención es hablar de cuerpo, es indispensable para el propósito de esta investigación incluir las nociones desde el campo social en nuestro quehacer como kinesiólogos. En este sentido, considerar la construcción de este significado desde distintas voces nos invita a dialogar con autores provenientes de otros grupos o disciplinas, para aportar a la discusión del tema en cuestión de este trabajo investigativo, manteniendo la problematización de la ambigüedad entre la “capa” biológica fundada desde el Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1992), y la capa cultural del hombre.

Para aclarar la postura sociológica que atraviesa este apartado, se hace necesario nombrar que estamos navegando sobre la corriente estructuralista del campo social, desde el cual se encuentran fundamentados los estudios de los autores que incluimos, es decir, que la construcción de los significados de los variados fenómenos están sujetos a múltiples relaciones de prácticas, costumbre, creencias y hábitos dentro de una cultura, y a favor de esto, sus integrantes les dan sentido a las cosas (Foucault, 1999).

De este modo, le podemos dar un giro epistemológico a la construcción de la noción de cuerpo y su estructuración, desde la acción individual/colectiva para comprender como se consolidan las prácticas corporales vinculadas con lo que llamaremos *dominación encarnada*, prácticas que pavimentan la formulación de un *cuerpo legítimo/no legítimo; hábil/inhábil; capaz/discapacitado, funcional/disfuncional, etc.*

Desde la mirada “foucaultiana”, la significación de este cuerpo solo se puede ver reflejada en un modelo capitalista, donde se pretende generar cuerpos productivos y útiles para el sistema, procurando controlar y mantener un orden social (Rojas, 2011). Este fenómeno de la *dominación encarnada* la vamos a expresar como una red de tejidos, dentro de un campo en específico.

Para comprender la instauración de esta *dominación encarnada*, se hace preciso profundizar en cómo es que ésta se hace presente dentro diversas instituciones. Según M. Foucault, comprendemos que el cuerpo es visto como un texto donde se escribe la realidad social (Rojas, 2011), gobernada a través de distintas instituciones ya sea hospital, escuela, prisión, universidad, etc. Desde estas instituciones, se desprenden las relaciones de *saber-poder* que buscan vigilar y orientar el comportamiento de sus integrantes creando normas corporales, maneras de actuar y obedecer. En otras palabras, se busca guiar a las personas a un *disciplinamiento*. Apoyándonos en las palabras de Foucault, se concibe el cuerpo como un elemento productivo y dócil, a través de su adiestramiento, el aumento de sus aptitudes, la expansión de sus fuerzas y el aumento paralelo de su utilidad (Rojas, 2011), con el propósito de mantener el orden del sistema, con el discurso persuasivo de seguridad y cuidado. Esto se entiende acuñando el concepto de *biopolítica*, en otras palabras, las estrategias políticas que se emplean para gestionar la vida de una población. En este afán de gobernar las conductas de las personas, citando a Foucault:

“...el cuerpo humano es, como sabemos, una fuerza de producción, pero el cuerpo no existe tal cual, como un artículo biológico o como un material. El cuerpo humano existe en y a través de un sistema político. El poder político proporciona cierto espacio al individuo: un espacio donde comportarse, donde adoptar una postura particular, sentarse de una forma o trabajar continuamente” (Foucault, 1999).

De esta manera, se genera el fenómeno que denominamos anteriormente como *dominación encarnada*, vinculado a marcos normativos institucionales predispuestos que suponen un proceso de disciplina, encauzado y dirigido a un *“ejercicio de poder que tiene por objeto el cuerpo y su objetivo es normalizarlo, anulando todo aquello que se escape de la norma”* (Rojas, 2011).

¿Pero cómo es que llegamos a darle sentido e incorporamos este proceso de disciplina? La respuesta está en los discursos creados por las instituciones, que buscan imponer una verdad:

“...una verdad que está ligada a los sistemas de poder que la producen y la sostienen, y a efectos de poder que ella induce y reproduce; todo esto constituye el régimen de verdad” (Rojas, 2011).

Pero en realidad, este régimen de verdad está netamente vinculado al momento histórico específico y a los intereses de aquellos que tengan la facultad de crearla, es decir, como dice Castro *“no hay verdad última de las cosas, sino fundamento de verdades ficticias”* (Castro en Rojas, 2011). En relación a esto, podemos entender cómo es que diversos fenómenos han ido adquiriendo distintos significados a través de la historia. Si lo llevamos al campo de la rehabilitación, se hace evidente cómo han ido mutando los discurso referentes al cuerpo en la *discapacidad* o en los *modelos de salud*, y como éstos tienen distinta significación dependiendo de los agentes a los que van dirigidos (Rosato & Alfonsina, 2009).

Para Foucault, cuando hablamos de relaciones de *saber-poder*, el *poder* es una fuerza productiva que puede conseguir la conversión y el encauzamiento de la conducta de los individuos, considerando también que cada agente tiene un micro-poder o capacidad de *tomar una posición* frente a algún tema en cuestión.

“(...) el cuerpo encarna un pequeño poder, un micro-poder; este micro-poder está en relación con otros micro poderes, y esta articulación se hace palpable en diversos campos, como por ejemplo: en el campo social, económico, político, cultural, entre otros. De las relaciones de los micro poderes, resulta la creación de normas, estipulaciones, acuerdos, en fin, diversas ilaciones que involucran al cuerpo y a la sociedad.” (Rojas, 2011).

Entonces, se genera una red de interrelaciones donde se comparten y tratan los conocimientos de cada agente creando significados, dándole sentido a diversos fenómenos, *normalizando* prácticas corporales inducidas desde los organismos o instituciones en los cuales se encuentran inmersos estos agentes.

Como señaló M. Mauss (1979), en su concepción pionera de “*técnicas y movimientos corporales*”, cada grupo *adiestra* al cuerpo a través de múltiples *técnicas corporales*, aplicadas a un contexto que promueve el desarrollo de lo que llamamos *habilidad* (Mauss citado en Valverde, 2011). Esta noción de cuerpo hace indisoluble la vinculación del contexto socio-cultural, es decir, cómo es que recae en el sujeto el disciplinamiento y normalización del uso de su cuerpo en una forma tradicional, respondiendo a un marco social, cultural e histórico. Según esta idea, se hace posible categorizar las *técnicas corporales* que se vivencian en los distintos campos en el que se ve inmerso el sujeto, ya sea desde el campo laboral, educacional, recreacional, familiar, etc.

Ahora bien, introducida la noción de *técnicas corporales*, seguiremos con la intención de develar como se construye la significación del cuerpo, desde la perspectiva de Pierre Bourdieu, apoyándonos en su *teoría práctica*, acuñando los términos de *campo*, *capital simbólico*, *agente social*, *habitus* y *cuerpo legítimo* (Ferrante, 2008).

El *campo* es básicamente el espacio práctico global, en otras palabras, es el terreno de juego que está previamente estructurado. Podemos decir que existen diversos campos, por ejemplo, campo de la salud, laboral, educacional, etc. En estos campos se encuentran inmersos los sujetos, que llamaremos *agentes* por su capacidad activa de participar, crear, luchar, modificar y tomar una posición en la estructura del *campo*, y de esta forma producir o adquirir un *capital* que les otorgara *legitimidad* y prestigio (Ferrante, 2009). La estructuración de éste campo social es posible por las instituciones que componen su sistema y que impone las reglas, leyes, normas y maneras de actuar y obedecer aportando a la creación del *habitus* de los agentes.

“El mundo se hace carne en mí, a través de la incorporación de las estructuras sociales como estructuras de disposición de posibilidades objetivas en forma de expectativas y anticipaciones, adquiero un conocimiento y un dominio práctico del espacio circundante” (Ibíd.: 173 en Ferrante, 2008)

La noción de *habitus* permite despojarnos del modo reduccionista de abordar lo social, heredero del dualismo cartesiano: *objetivismo* y *subjetivismo*. Se refiere a la síntesis entre la adquisición objetiva de las estructuras previamente establecidas en un *campo social* y considera también a la conciencia, la voluntad, o como diría Merleau-Ponty, la percepción, como origen de toda acción según la posición que un agente ocupa en un campo. Entonces el agente comprende a través del cuerpo, fruto de las estructuras del mundo en el que actúa, en palabras más simples, entendemos el *habitus* como un regulador de las prácticas, porque la práctica es resultado del *habitus*, en definitiva, yo tengo una estructura incorporada (Ferrante, 2008). La incorporación del *habitus* se consolida por un sistema de esquemas, estos son la percepción, pensamiento, acción e implica la aceptación dóxica a la norma de un campo social, recayendo en la naturalización de prácticas corporales (Bourdieu, 1993).

Profundizando en el campo práctico de la salud, Carolina Ferrante, en sus estudios socio-críticos, fundamentada desde la teoría práctica de P. Bourdieu (Ferrante, 2008), se enfoca en el ámbito de la discapacidad, donde nos dice que:

“En sociedades capitalistas el Estado es un detentador de violencia simbólica y agente clasificador de las identidades sociales legítimas”, y “define al Modelo Médico Hegemónico como ortodoxa legítima para definir que es deficiencia” (Ferrante, 2009).

Por lo tanto, entendemos que la *discapacidad* es una producción capitalista que configura lo que es *normalidad*, estableciendo un principio clasificador que establece lo que es *habilidad* (Mauss citado en Ferrante, 2009), y según el

sistema el *cuerpo discapacitado* encarna un cuerpo económicamente improductivo. El *cuerpo discapacitado* encarna a la vez un *cuerpo no legítimo-legitimado*, en este sentido pasan a ser objetos simbólicos, cuerpos para ser *percibidos* por la mirada médica o por categorías médicas (Bourdieu en Ferrante, 2009). Cuando se habla de un cuerpo no legítimo se refiere a la desposesión del *capital simbólico*, adquiriendo dependiendo de la posición y trayectoria social del agente en un campo social, un carácter negativo o positivo. En el caso de que se adquiriera un capital simbólico negativo, a nivel individual/colectivo se vivencian disposiciones y expectativas subjetivas negativas. Por otro lado, se puede adquirir un capital simbólico positivo, reflejado en el “*juego de emociones que despierta la percepción social del cuerpo discapacitado como tragedia personal*” (Ferrante, 2009), donde se comparte el discurso de “pluralidad” y “respeto a la diversidad”.

Para finalizar, el aporte a la discusión desde estos autores nos entrega una visión estructurada del campo social, en el que toman lugar las prácticas corporales y se refleja la manera en que se construye el significado de cuerpo desde la concepción de una *dominación encarnada*, que tiene la facultad de definir un *cuerpo legítimo* y otro *no legítimo*.

En síntesis, la mirada neurocientífica y fenomenológica, nos deja que, a través de la percepción, los sentidos y emociones, el cuerpo se relaciona con el mundo encarnado en el otro u otros, creando significados compartidos.

Desde el punto de vista socio-crítico, se puede comprender cómo el campo terapéutico, escenario que estructura, da lugar a las relaciones y tomas de poder de los agentes y cómo esto influye en las creencias en relación al cuerpo.

2. MARCO METODOLÓGICO

2.1 Diseño

Considerando que el foco de estudio de nuestra investigación se centra en el cuerpo y su significado para las/los profesionales kinesiólogos, el enfoque cualitativo el que nos proporciona las herramientas para alcanzar nuestros objetivos, ya que, este contribuye principalmente a la comprensión de la realidad por medio de construcción de significado desde el punto de vista de los protagonistas, es por ello que el paradigma interpretativo es quien nos otorga como investigadores privilegiar lo profundo sobre lo superficial, lo intenso sobre lo extenso, lo particular sobre las generalidades, la captación del significado y del sentido interno, subjetivo, antes que la observación exterior de presuntas regularidades objetivas (Sánchez, 2007: 106).

2.2 El rigor en la investigación fenomenológica

La calidad o el rigor de una investigación fenomenológica y cualitativa en general es juzgada sobre la base de cuan auténticamente un estudio integra las posiciones filosóficas e ideales de los filósofos de quienes derivan la metodología. Shaw y Cannelly (2012) sugiere que los estudios de alta calidad en el campo fenomenológico están determinados de acuerdo al grado que estos estudios pueden ser considerados “juiciosamente informados por la filosofía por la cual se sostiene”. Es importante para los investigadores dejar claras las conexiones entre las creencias que ellos consideran fundamentales para su enfoque fenomenológico y las decisiones procedimentales hechas durante el proceso investigativo. Cuando estas conexiones o congruencias entre la filosofía y los procedimientos no quedan claros el lector de la investigación es

quien interpretara a su suerte ¿Qué es lo que guía o guió recopilación de la información en la investigación cualitativa? Lo que produce un importante cuestionamiento a cerca de la integridad del estudio metodológico (Shaw & Connelly 2012:399).

Los investigadores aplicando metodología podrían integrar asunciones filosóficas que son derivadas desde fuera de la tradición fenomenológica, y estas asunciones deben ser discutidas en términos de su impacto en la metodología. La meta de lograr el rigor en la fenomenología no se trata necesariamente acerca de limitar las influencias de otras tradiciones filosóficas sino, que acerca de reconocer explícitamente y dejar clara su influencia en el proceso de investigación.

Finalmente, lo fundamental es dar voces a los participantes de esta investigación, siendo un desafío éticamente sensible. Para esto nos apegamos al marco metodológico que nos presta la fenomenología.

2.3 Escenario y participantes

El escenario seleccionado para el desarrollo de la investigación fue la Clínica Los Coihues, debido a acercamientos realizados por autogestión con la clínica, personalizada en el jefe del equipo de rehabilitación y docente del área de la neurokinesiólogía en la carrera de kinesiólogía de la Universidad Andrés Bello, quien se mostró interesado en apoyar nuestro proyecto.

En el ámbito de la neuro-rehabilitación, la Clínica Los Coihues define a esta última como “el trabajo coordinado de un equipo multi e interdisciplinario, liderado por un Médico Neurólogo y Fisiatra, cuya finalidad se concentra en alcanzar objetivos funcionales planteados en la evaluación inicial de cada paciente” (Clínica Los Coihues, 2016). La Clínica Los Coihues es la única

clínica en Chile acreditada por la superintendencia de salud, dedicada exclusivamente a la neuro-rehabilitación en calidad de tratamientos hospitalarios y ambulatorios de usuarios con patologías y complicaciones asociadas al sistema nervioso central o periférico. El modelo que utiliza la clínica se caracteriza por la atención personalizada e integral de las necesidades de los usuarios con elevados estándares de calidad en las prestaciones y alta intensidad terapéutica. (Clínica Los Coihues, 2016).

La clínica consta con un equipo de terapia, compuesto por terapia ocupacional, psicología, fonoaudiología y kinesiología. El equipo de kinesiólogos, en particular, está constituido por profesionales de planta y no contratados, que participan en el área de hospitalizados y ambulatorios. Estos profesionales se desempeñan en dos áreas, la rehabilitación motora y respiratoria, y dentro de estas áreas se encuentran dos enfoques de intervención, la rehabilitación y por otro lado la mantención, dependiendo de la condición particular de cada usuario.

La clínica trabaja a partir de una unidad especializada en términos académicos e investigación que se denomina “Unidad Científico-Docente” que se encarga, a grandes rasgos, de la vinculación de la clínica con la academia. Bajo el alero de este departamento se encuentra la Unidad de Investigación y Desarrollo, quien se encarga de las investigaciones internas o externas que se llevan a cabo en asociación con la clínica.

Aplicamos un muestreo intencionado homogeneizado, que hace referencia a trabajar con un número relativamente pequeño de participantes. Cada participante es cuidadosa e intencionalmente seleccionado por sus posibilidades de ofrecer información profunda y detallada sobre el objeto de interés para la investigación. El interés de este muestreo es la comprensión de los fenómenos y los procesos sociales en su complejidad. Para eso, es de suma importancia conocer el lugar que los participantes ocupan dentro del contexto social, cultural e histórico del que forman parte relacionado al fenómeno estudiado. Por otro lado, los participantes compartirán rasgos

similares buscando un discurso focalizado al objeto de investigación. (Martínez, 2012:615).

En la práctica, establecimos contacto con el jefe del equipo terapéutico quien nos indicó los participantes objetivos para las entrevistas en rigor a las características que nosotros establecimos.

Los criterios de inclusión que consideramos fueron los siguientes:

- Los informantes son kinesiólogos pertenecientes al equipo de terapia de La Clínica los Coihues que se desempeñen en el área de la rehabilitación.
- Deben tener como mínimo 1 año de experiencia en la Clínica los Coihues.

Como criterios de exclusión consideramos:

- Que se dediquen exclusivamente al área de la kinesiología respiratoria.

Respecto al tamaño de la muestra, se relaciona según los criterios de selección y están determinadas por la saturación de datos, es decir, una vez que los datos comienzan a ser repetitivos y no aportan información se decide que el número de participantes es suficiente.

Como punto final debemos considerar que el proceso de muestreo es evolutivo y se determina según las necesidades que se presentaron durante el desarrollo de la investigación y al final del proceso se tomó la decisión de qué informantes contribuyen y enriquecen este estudio o no.

2.4 Características de los participantes

A continuación, se presentará en la tabla n°3 una breve descripción de los participantes con respecto a la trayectoria laboral, años de experiencia en la clínica, grado de especialización académica.

Dimensiones	P1	P2	P3	P4	P5
Años (aprox.) de experiencia.	15	16	15	16	7
Actividad docente.	Docente aula y clínico.	Docente clínico.	Docente clínico.	Docente aula y clínico.	Docente clínico
Formación adicional.	Bobbath .	Diplomado neurodesarrollo adulto y Bobbath.	Bobbath .	Bobbath .	Magister en terapia manual y Neurorehabilitación .

Tabla 1: Características de los participantes

2.5 Método de recolección de datos

Realizamos este proceso por medio de una entrevista. Fontana y Frey (2005) mencionan que la entrevista cualitativa permite una recopilación de información detallada en vista de que la persona que informa comparte oralmente con el investigador aquello concerniente a un tema específico o evento acaecido en su vida.

Las entrevistas se dividen en distintos tipos, nosotros utilizamos la entrevista de tipo semi-estructurada, o como se menciona Flick (2007), este tipo de entrevista se asocia con la expectativa de que es más probable que los sujetos entrevistados expresen sus puntos de vista en una situación de entrevista

diseñada de manera relativamente abierta que en una entrevista estandarizada o un cuestionario”, es decir, entrega flexibilidad y espacio para que el entrevistado se exprese con menos limitantes.

Dentro de las entrevistas semi-estructuradas, según Flick (2007), existen aún más tipos dentro de esta categoría. Nosotros elegimos la entrevista semi-estandarizada.

Con este método de recolección de datos se podría dar respuesta al significado, estructura y esencia de la experiencia vivida que nos dieron a conocer los entrevistados, para así cumplir y dar forma a la estrategia de investigación fenomenológica.

2.6 Contexto de la entrevista

Las entrevistas fueron realizadas en las dependencias de la Clínica Los Coihues, en la cual se facilitó la oficina de la Unidad Científico Docente, donde encontramos la privacidad necesaria y con una mínima interrupción. Además, la entrevista tuvo lugar en el horario de colación con una duración de 45 a 60 minutos aproximadamente, por lo tanto, no hubo interferencia con las labores de la jornada.

Previo al comienzo de la entrevista se leyó el consentimiento informado (Anexo 1) en voz alta para luego ser entregado, el cual debió ser firmado luego de resolver las dudas y dejar conforme al participante, y así, dar inicio a la grabación de la sesión.

2.7 Criterios de rigor

Los criterios de rigor nacen de la necesidad de garantizar el carácter científico y respaldar una investigación cualitativa, para lo cual seleccionamos 4 que son: credibilidad, transferibilidad, confirmabilidad y reflexibilidad.

El criterio de credibilidad consiste en determinar cuan genuino y confiable pueda llegar a ser la investigación en término de los hallazgos y de si estos pueden ser confiables (Carperter & Suto, 2008: 149). Además, según Castillo y Vásquez “se refiere a como los resultados son verdaderos para las personas que fueron estudiadas y para otras personas que han experimentado tal fenómeno” (Castillo & Vásquez, 2003: 165).

Por otro lado, la transferibilidad busca poder extender los resultados del estudio a otras poblaciones, para esto es necesario conocer a cabalidad a través de una buena descripción del escenario y los participantes donde se desarrolló el estudio, para que el lector pueda situar esta investigación en otro contexto. (Castillo & Vásquez, 2003: 166).

La confirmabilidad se trata de la habilidad de otro investigador de seguir la ruta o camino de otro investigador, para ello es necesario un registro o documentación detallada de las decisiones tomadas en el proceso investigativo (Castillo & Vásquez, 2003: 165). Permite que el lector pueda llegar a las mismas conclusiones que el investigador original obtuvo, evitando el sesgo, conveniencia, intereses y perspectivas personales que puedan afectar los resultados. (Carperter & Suto, 2008: 150).

El criterio de la reflexividad es una estrategia esencial dentro del proceso de investigación y demanda una completa evaluación de la interpretación del investigador para asegurar que esta sea de calidad y aterrizada respecto a los datos. El investigador debe ser crítico y diligente respecto de: buscar distintas alternativas en las interpretaciones, explicaciones vistas desde la contrariedad o

casos negativos y explicando preferencias personales o parcialidad. Una buena mirada y desarrollo de estas, a veces inconvenientes, excepciones pone a prueba la fuerza de los resultados y hallazgos, y protege al investigador de la parcialidad personal, y contribuye a construir una mejor explicación. La reflexividad es una estrategia compleja que es característica de la investigación cualitativa y apuntala la integridad y la naturaleza crítica de las reclamaciones hechas por los investigadores (Carpenter & Suto, 2008).

2.8 Estrategias para el cumplimiento de los criterios de rigor

Para garantizar el carácter científico de la investigación consideraremos una serie de procesos que solo se pueden llevar a cabo en la práctica de la investigación. Las estrategias a utilizar son triangulación, diario reflexivo, descripción de escenario y participantes y la transcripción de entrevistas.

Se realizó el proceso de triangulación del investigador para cumplir el criterio de confirmabilidad, que según Flick, es un método en el cual se emplean distintos observadores o entrevistadores para minimizar las influencias que el o los investigadores puedan poner sobre la interpretación de los datos (Flick, 2012).

Para cumplir el criterio de reflexividad se dejará en constancia un registro escrito del proceso de toma de decisiones tanto grupales como individuales, en donde específicamente se pondrá a descubierto nuestras reflexiones acerca del rol que cumplimos, nuestras influencias y posiciones adoptadas dentro del proceso de investigación (Cornejo & Salas, 2011: 24).

A modo de cumplir el criterio de transferibilidad se hizo una descripción detallada del escenario y de los participantes de la investigación, para lograr que el lector se arme una idea concreta del lugar en que se investigó.

Para el criterio de credibilidad se realizó la transcripción de las entrevistas para garantizar el carácter genuino de los datos obtenidos.

2.9 Aspectos bioéticos

La investigación cualitativa reconoce la subjetividad de los participantes como parte constitutiva de su proceso de indagación. La ética cualitativa busca el acercamiento a la realidad del ser humano de manera holística y con mínima intrusión, otorgando libertad a los participantes y considerándolos sujetos, y no objetos de estudio (Noreña et al, 2012).

Uno de los puntos críticos de la investigación cualitativa es lograr que los discursos de los participantes transmitan nítidamente sus experiencias. Esto se refleja al disponer de un espacio protegido que entregue confianza y comodidad para el desarrollo de la entrevista que posteriormente será comprobada y verificada por el participante mediante el envío de la transcripción de la entrevista. Esto con el objetivo de confirmar si se representa adecuadamente lo que quiso decir. Finalmente se enviará el informe final a cada participante para la verificar si las interpretaciones de sus relatos corresponden con sus experiencias vividas.

Cumpliendo con los principios bioéticos se hizo entrega de un consentimiento informado (Anexo 1), el cual tuvo el propósito de dar la posibilidad al participante de elegir si participarían o no en la investigación, protegiendo y respetando su autonomía después de haber comprendido adecuadamente y de considerar la información para así llegar a una decisión libre, sin ser sometidos a sobornos, intimidaciones o presión.

La no maleficencia se relaciona con el criterio de rigor de confidencialidad, en el cual se conservará el anonimato de los participantes de nuestra

investigación. Dejamos claro que los resultados de este estudio no generarán ningún perjuicio o daño institucional, profesional o personal a efecto de la información recabada. En efecto, los resultados de este estudio no serán utilizados con fines distintos a los que inicialmente hemos proyectado.

El principio de beneficencia se cumplirá aceptando todos los relatos de nuestros participantes de una forma respetuosa, velando por realizar transcripciones textuales de las entrevistas, garantizando la veracidad de los relatos y al mismo tiempo poniendo en paréntesis nuestros propios prejuicios.

En el ámbito del principio de justicia se considerará por igual cada relato, con el mismo valor, y sin juicios morales cada uno del otro, sin importar su procedencia u origen.

2.10 Análisis de datos

Para el análisis de datos utilizaremos un proceso de análisis de contenido que contempla 3 etapas:

La primera etapa se denomina codificación abierta esta consiste en presentar los datos en forma de conceptos o códigos. Esto se consigue fragmentando el texto tratando de enumerar una serie de categorías emergentes. Esta etapa permite a los investigadores saber por dónde se guiará la investigación a partir de los datos. El resultado final de la codificación abierta es una lista de códigos y categorías (Hernández, 2014: 196).

Posteriormente se realiza la codificación axial, la cual consiste en filtrar los códigos y categorías obtenidos en la etapa anterior, aquí la información se organiza de manera tal que los códigos que parezcan más interesantes en cuanto al carácter argumentativo en la explicación, tengan mayor jerarquía,

además, estas se pueden nutrir de citas o pasajes del texto para darle mayor relevancia (Hernández, 2014: 200).

El siguiente paso es la codificación selectiva, en esta etapa se debe seleccionar una categoría para darle un carácter central y así, relacionar las demás categorías alrededor de esta. Esto le otorga al fenómeno central la importancia de poder analizarlo con su contexto y las múltiples relaciones entre sus categorías (Hernández, 2014: 202).

Para esquematizar estas relaciones utilizaremos el software ATLAS.ti, que se usa para el análisis de textos. Nos otorga la capacidad de trazar mapas con número ilimitado de códigos, notas, lazos que nos permite ordenar mejor la presentación de los resultados (Piñuel, 2002: 29).

3. RESULTADOS

En este capítulo daremos a conocer los resultados de nuestra investigación, en la cual pudimos generar una instancia de construcción de datos, exponiendo los resultados interpretativos a través de lo dicho por los participantes. Los agrupamos en familias, categorías, y cada una de estas con sus códigos, complementando esta presentación de resultados en forma de redes de significado, o en inglés, *networks*, es decir, una representación gráfica de las relaciones entre cada código.

A continuación, se adjuntarán las distintas metacategorías designadas en nuestro estudio, con sus respectivas familias y sus respectivos códigos en forma de tablas, para introducir al lector a los resultados de nuestra investigación.

Metacategoría Habilidades Genéricas	
Categoría	Códigos
Percepción del kinesiólogo	Respeto por el otro sujeto, Estamos más cercanos a poder entender, Nunca nos hablan de empatía, No puedo ponerme en el lugar de él, Qué sentir cuando fallecen los pacientes, Cómo me aproximo al paciente, Para mí esto eres tú, Ajuste de instrucciones.
Percepción del otro	Ponerse en el lugar del otro, Historia previa y contexto, Posibilidades limitadas por discapacidad, Disposición a la terapia determinada

	por el paciente, Agresividad no es porque sí.
Percepción compartida	Conexión con la persona, Somos un ente multidimensional, Comunicación con la persona, Comunicación no verbal, Facie/expresión facial, Interpretar señales, Es de dar y recibir.

Tabla 2: Metacategoría Habilidades Genéricas

Metacategoría Objetivos y quehacer kinésico	
Categoría	Códigos
Contexto terapéutico	Somos consejeros, Nuestro rol es facilitador, Trabajo en equipo, Ambiente grato y saludable, Kinesiólogo lleva la batuta y Área con patologías complejas.
Rol del kinesiólogo	Ajuste de instrucciones, Estrategias corporales en el quehacer, Negociación de metas, Determinación de objetivos, Análisis permanente, Toma de decisiones y Absorber energía.

Tabla 3: Metacategoría Objetivos y quehacer kinésico

Metacategoría Cuerpo	
Categoría	Códigos
Cuerpo desde la kinesiología	Alineación acompaña al cuerpo, Cuerpo como base del movimiento, Aprendiendo sobre el cuerpo, Cuerpo del kinesiólogo, Cuerpo como compañero, Conciencia corporal de kinesiólogo, Me siento como pulpo y Cuerpo como lienzo para ser reparado.
Cuerpo dividido	Distinción cuerpo/cerebro, Cobras valor como persona cuando incorporas tu mente, Dimensión humana/persona, No es solo cuerpo, Cuerpo como medio, Paso innato a utilizar lo corporal, Cuerpo anatómico, Cuerpo como objeto, Cuerpo como maquina compleja, Cuerpo como equilibrio precario, Cuerpo herramienta, Cuerpo como límite/estructura y Cuerpo es uno de los insumos primarios.
Cuerpo que pesa	Riesgo de que el estorbo me pueda limitar aún más, Pedazo de cuerpo pegado a mí, Cuerpo que puede estorbarme, Cuerpo muerto/malo, Extremidad pegada al usuario y Otra cosa es con guitarra.

Tabla 4: Metacategoría Cuerpo.

3.1 Objetivos y quehacer kinésico.

La primera familia a revisar será *objetivos y quehacer kinésico*, en la cual se relaciona el ambiente de trabajo, el contexto en el que están inmersos los kinesiólogos participantes y finalmente como se desarrolla el desempeño de la disciplina en función al planteamiento de objetivos y los aspectos que pueden influir en el quehacer kinésico.

3.1.1 Categoría Contexto terapéutico

Hemos establecido la categoría de *contexto terapéutico*, la cual representa el espíritu del ambiente en que se desarrolla el quehacer del kinesiólogo dedicado a la neurorehabilitación.

Los participantes relatan que el contexto en cual están inmersos es un ambiente grato y saludable, en términos de que el equipo de trabajo tiende a estar dispuesto a la constante mejora, a través de la investigación, y en base a esto, contribuir a permanecer en la vanguardia del conocimiento relativo a la neurorehabilitación. Por otro lado, siguiendo el curso del ambiente grato, es que los participantes tienen la posibilidad de acceder a un horario flexible dependiendo de sus necesidades familiares o más bien, personales, contribuyendo a generar un contexto propicio con el quehacer y la vida personal, reflejado en las siguientes citas:

“P3: (...) El ambiente laboral, ehh, también es muy grato, la sensación de que la mayoría de los que trabajamos aquí somos cortados por la misma tijera, en cuanto a disfrutar del área, de tener el tiempo para atender al

paciente y disfrutar atendéndolo 45 minutos, un ambiente laboral muy saludable porque somos todos trabajadores (...) siento que todos queremos hacer kinesiología, y eso enriquece el ambiente porque siempre hay alguien que quiere saber más”.

“P3: (...) Es un ambiente también muy flexible, hasta ahora, en el que hemos podido compaginar los tiempos en los que yo trabajo acá con cosas de la casa, por ejemplo ahora con el 18 de septiembre, que los niños van a bailar, permiso para poder ir a ver a los niños, ¿cierto? o bien si tengo que hacer clases, están los espacios para que yo pueda ir a hacer clases... por supuesto no es que me estén pagando por estar viendo a mis hijos o hacer las clases, pero tengo la flexibilidad que me dan el tiempo y siempre hay alguna forma de que todos queden conformes, esa flexibilidad ha hecho que nos mantengamos acá mucho, y no existe en otros lugares”.

Dentro de este ambiente los participantes perciben que existe trabajo en equipo, ya que se delegan las funciones inter-estamentos e intra-estamentos, es decir, todas las áreas del equipo terapéutico tienen definido un rol dentro de su disciplina. El quehacer de cada disciplina tributa al propósito final que es el cumplir los objetivos determinados e las reuniones de equipo. Bajo la misma lógica del trabajo en equipo, surge la idea de que el kinesiólogo “lleva la batuta” del grupo. En efecto, el kinesiólogo dentro de este ambiente percibe tener un rol de liderazgo en cuanto a las terapéuticas y a la gestión en sí, como muestra el siguiente relato:

“P5: ¿Qué significa eso? Que no voy a ver yo solamente a un paciente todos los días y todas las sesiones que él tenga como kinesiólogo, sino que puedo... si ese paciente tiene tres sesiones al día, yo puedo que vea una, y mi colega va a ver otra, y otro colega va a ver la otra, entonces, para eso, para que eso funcione, sí o sí tiene que haber comunicación entre nosotros, sino puede que todo le hagamos lo mismo o todos hagamos cosas distintas, entonces no vamos a trabajar en pos de los

objetivos de este paciente, entonces eso es súper importante acá, y en general, se hacen reuniones de ingreso, con todo el equipo, para poder plantear las metas y objetivos para cada paciente, o sea cada paciente llega, y a las dos semanas en las que llega, se le da un período de 2 semanas para que se le hagan todas las evaluaciones de ingreso, y luego de eso, se hace la reunión para plantear las metas y los objetivos del paciente”.

“P1: (...) No sé si es porque los kinesiólogos somos el estamento más numeroso dentro de la clínica, o porque los kinesiólogos en general son los que toman la batuta en estos procesos, puede ser por las dos cosas o pueden ser por los dotes de liderazgo propios del estamento, o puede ser porque somos más... no lo sé...”

Al referirse a su labor, uno de los participantes señala que el rol del kinesiólogo es de facilitar la terapia, como “un guía”, y coloca con mayor prioridad al usuario, quien carga con una mayor responsabilidad respecto a la rehabilitación, si el usuario no tiene la voluntad, no logrará rehabilitarse, independiente de la calidad del terapeuta. Por otro lado, otro participante enfatiza la relación y la comunicación entre terapeuta y usuario, y destaca la capacidad de escuchar y la capacidad de hacerse escuchar, especialmente bajo los estados anímicos que los usuarios suelen tener en el contexto de haber adquirido alguna lesión en el sistema nervioso, que muchos de ellos lo ven “todo negro”, ahí es donde el kinesiólogo toma un rol de “consejero”, que busca transmitir que “no todo es tan terrible”, para esto, se desprende que el terapeuta debe poder empatizar con el otro, ponerse en el lugar del otro, para entender y poder abordar de manera adecuada la situación, y hacer entender que el que brinda la ayuda es el terapeuta, y quien la necesita es el usuario.

“P5: El usuario tiene que tener un rol activo en su rehabilitación, ¿ya? O sea, el rol que cumplen ellos... podría decir que incluso es más importante que el nuestro, ¿ya? Porque la rehabilitación depende del usuario, él tiene que querer rehabilitarse para poder llegar a la

rehabilitación, yo puedo ser el mejor del mundo, catalogado así como que todos me admiren, pero si el usuario no quiere rehabilitarse, lo más seguro es que no pueda rehabilitarlo (...) y nuestro rol es facilitador. Nosotros facilitamos la rehabilitación entonces somos unas guías, les decimos cómo rehabilitarse de la mejor manera”.

“P4: (...) Entonces nosotros muchas veces somos consejeros, somos psicólogos, entonces tienes que estar ahí para esa persona, tener la capacidad de escuchar, ¿ya?, y de permitir y encontrar el camino para que esa persona también te escuche a ti y entienda que tú solo quieres ayudar, ¿me entiendes?, porque aquí la gente muchas veces lo ve todo negro ¿ya?, no es fácil despertarte un día con la mitad del cuerpo paralizado sin poder moverte o que te digan que no vas a volver a caminar o tuviste un tremendo accidente del que no te acuerdas y solo sabes que estas acostado en una cama y que no puedes mover las cuatro extremidades. Entonces superar eso y encontrarle sentido y sentir que en realidad después de ser diferente... pero no tiene por qué ser tan terrible, ese mensaje tú tienes que tratar de transmitírselo y eso es difícil”.

“P3: (...) Yo entiendo que te cuesta y estoy aquí, pero también si te lo estoy pidiendo es por algo, o sea, el que tú no hagas la rutina de ejercicios (cuando ya hay confianza), ‘mira ándate, ningún problema, dejemos la sesión hasta acá, pero quiero que tengas súper en claro que yo estoy aquí para ayudarte, o sea, si tú no quieres recibir la ayuda quiero que lo pienses, ¿me entiendes?, el que necesita la ayuda eres tú, no yo, gracias a dios, (...) yo estoy a este lado y estoy aquí para ayudarte, para guiarte en este proceso, no es que yo sea así como con el haz de luz encima, ni la santificación, ni nada por el estilo, pero fui a la universidad y me entregaron herramientas que en este momento de tu vida a ti te sirven”.

En otra línea, relatan también que el área de la rehabilitación en el contexto de la Clínica Los Coihues es un área compleja de acuerdo al carácter de las patologías que presentan los usuarios. En otras palabras, las manifestaciones clínicas de estas condiciones sugieren un abordaje especial que de cierto modo requiere, además del conocimiento teórico y técnico correspondiente, tener un manejo de habilidades genéricas.

“P3: (...) Neuro en particular yo siento que no todos se pueden dedicar a esta área y que no tiene que ver con conocimiento, porque los conocimientos están y tú los puedes estudiar y adquirir. (...) Tiene que ver con una forma de abordaje, tiene que ver con una visión de la persona que tienes frente a ti, tiene mucho también de amor frente al prójimo, siento yo. No es que esto sea un apostolado, pero siento que la gente que trabaja en neuro tiene que tener cierto nivel de habilidades blandas más desarrollada que en el resto de las áreas de la kine”.

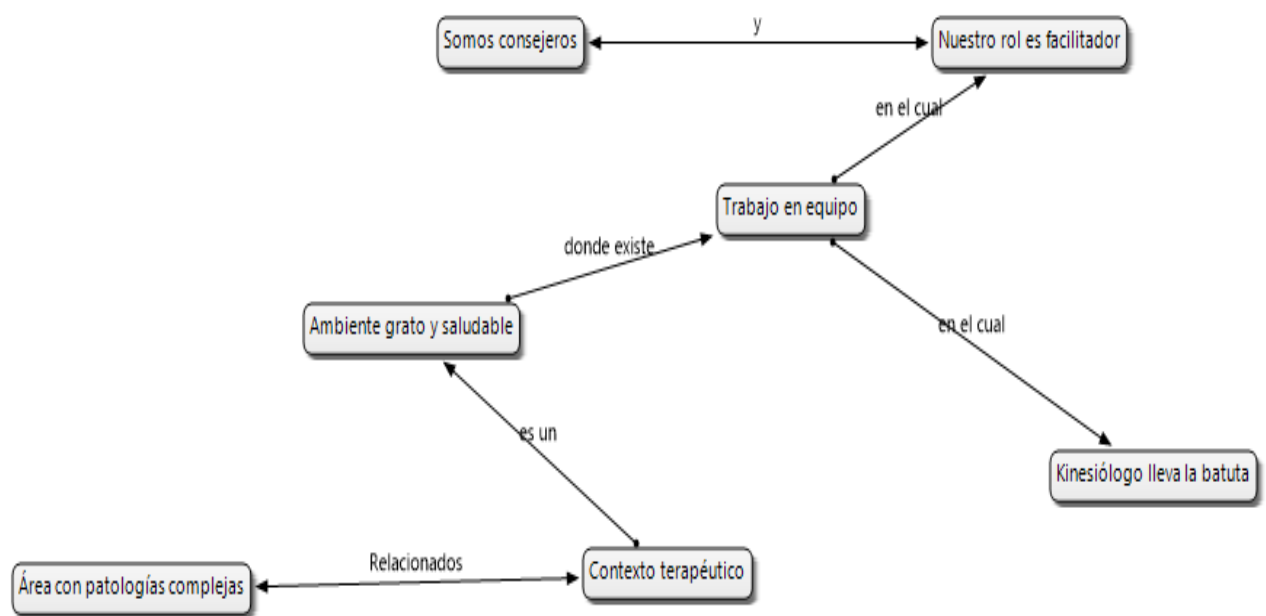


Figura 2. “Categoría Contexto Terapéutico”

3.1.2 Categoría Rol del kinesiólogo

Dentro de la meta-categoría *objetivos y quehacer kinésico*, la segunda categoría a presentar es el *rol del kinesiólogo*, que centra su significado en las características que los participantes atribuyen al desempeño profesional en la clínica.

El tema que los participantes relatan de forma transversal en su discurso es la toma de decisiones y el planteamiento de objetivos terapéuticos, basándose en la importancia que este aspecto tiene con respecto a la efectividad del tratamiento. Esto se lleva a cabo en equipo y por cada una de las disciplinas en las reuniones establecida para eso, en donde se presentan las evaluaciones y se determinan los objetivos, promoviendo que sean desafiantes, medibles, valorables en el tiempo, como se manifiesta en la siguiente cita:

“P5: El planteamiento de objetivos lo hace cada estamento, ¿ya? Cada estamento se plantea sus propios objetivos, y nosotros apuntamos a que el planteamiento de objetivos siempre sea con el concepto S.M.A.R.T. entonces... apuntamos a eso, la verdad. Objetivos específicos, cierto, que sean medibles, eh... en general nosotros tenemos súper estandarizadas las evaluaciones que vamos a hacer por patología, ¿sí? Si es una lesión encefálica, o una lesión medular, ya tenemos estandarizado y porque lo hemos analizado y recontra hablado, que cuáles van a ser las evaluaciones para cada tipo de patología, y con eso, tenemos datos objetivos, donde nosotros vamos a poder medir y evaluar después el cumplimiento de objetivos y de las metas”.

“P1: Ahora, la toma de decisiones en eso, se hace en el marco de las reuniones clínicas, los objetivos de terapia, cierto, los plantea cada estamento y los lleva hasta un... hasta esta gran plenaria, cierto, donde se juntan todos, y lo que hace el fisiatra, finalmente, es de alguna

manera, cierto, como darle por estamento, dar... digamos... redactar o plantear objetivos que de alguna manera recojan todos los objetivos de los distintos estamentos, ¿ya? Pero son decisiones que se toman en conjunto...”

Un pilar fundamental en el planteamiento de objetivos es la negociación de metas, en cual se conversa con el usuario y/o la familia con el propósito de llegar a un mutuo acuerdo en pro de lo que ellos desean y lo que historia natural de la condición pronostica.

“P2: Ya, primero, el abordaje en equipo... los pacientes cuando ingresan tienen, o sea, a la segunda semana, más menos, tienen su reunión de objetivos de, o sea, su reunión clínica de ingreso que va con los profesionales y después ingresa la familia y esa es para establecer los objetivos de tratamiento. Ehh... y ahí se conversa con la familia, se ajustan las expectativas. Primero se da la instancia de hacerlo con el equipo para tenerlo más claro y para conversar detalles que no se van a hablar frente a la familia y después se plantean con la familia”.

Durante todo este proceso evaluativo y de determinación de los objetivos terapéuticos, los participantes relatan que es importante considerar que paralelamente es de análisis permanente, es decir, la continua observación de lo que sucede con los usuarios durante el quehacer kinésico.

“P4: Bueno yo soy una, soy kinesióloga, soy muy clínica, ¿ya?, soy francamente clínica, ehh, me gusta mucho el evaluar, el observar, el analizar y un poco ir a buscar el problema del por qué una persona no logra cierta conducta motora o cierta tarea, ir a solucionar ese problema en base a un análisis permanente, o sea estoy permanentemente analizando, no paro y me encanta ese proceso de análisis, de resolver y ver como se genera el cambio y espero cambios dentro de los primeros

15 minutos del manejo, yo me defino muy clínica muy de análisis inmediato en el momento”.

En lo que refiere a la sesión terapéutica en sí, los participantes dicen que existe un aspecto relacionado con lo anterior, refiriéndose al ajuste de instrucciones, que en palabras simples es el proceso de comunicar o traducir lo que el kinesiólogo busca proponer, adaptándose a los múltiples eventos que se puedan presentar en una situación, como por ejemplo, la condición de salud del usuario, el estado de ánimo del propio kinesiólogo y del usuario, entre otros.

“P2: Como considerar que este compañero, tanto para mí como para el otro en el quehacer, o sea, primero me aporta en el sentido de estar consciente de que todo lo que yo le pido al otro, tengo que haber sido capaz de haberlo probado en algún momento conmigo, si me queda la duda de que no está funcionando me voy para un rincón y practico, y me pregunto ¿por qué no le está funcionando a él?, ¿qué falta que yo le pueda explicar?, tener la conciencia de que si al otro algo no le resulta de lo que le pido... quizás yo no le estoy explicando de la manera correcta...”.

En la misma lógica de las modificaciones constantes de las instrucciones durante el proceso, los participantes relatan que existen estrategias corporales que se van aprendiendo mediante la experiencia y los desafíos que cada usuario en su condición particular van presentando. En síntesis, el kinesiólogo refiere adquirir conductas corporales que utilizará en el futuro, en el momento en que la situación lo necesite.

“P2: ...como ir asistiendo marcha detrás de alguien que se desestabiliza pero que... como que acostumbraba a poner el pie adelante para que en caso de que al caer quede sentado y era como hacer que alguien quedara como Melón y Melame, por ejemplo [entre risas]”.

Otra arista considerada dentro de los relatos, es el peso que cargan los kinesiólogos en el contexto de la emocionalidad que significa sobrellevar las grandes expectativas del usuario y el terremoto familiar que conlleva la adquisición de una lesión en el sistema nervioso, lo que hace que el kinesiólogo no desestime la esperanza de recuperación que proyecta la familia del usuario. En definitiva, se traduce en palabras de los participantes, en una absorción de energía, que se explica en la siguiente cita:

“P3: Es difícil, porque... emmm, nosotros somos terapeutas físicos, entonces muchas veces, muchas personas piensan que tu intervención pasa por darle una pauta de ejercicios y fortalecer, ¿me entiendes?... y en una oportunidad alguien me preguntó si en la universidad nos preparaban para el trabajo que nosotros hacíamos, y le dije que encontraba que teníamos una tremenda falencia en la formación desde el punto de vista del área de la psicología ponte tú, que no te entregan herramientas suficientes para poder abordar a este tipo de pacientes, ¿ya? ehh... porque no es fácil, la carga emocional es muy pesada. Hay días que siento que son las 9 de la mañana y no me puedo el cuerpo, pero es una cosa muy extraña, porque siento que me roban la energía, es una cosa muy extraña, pero que yo termino la atención y es como ‘sabes que, siento como me hubiera pasado una... un cambio exponencial, un cansancio, pero así profundo, terrible, que va más allá de lo físico’, porque estos usuarios son muy dependientes muchas veces emocionalmente”.

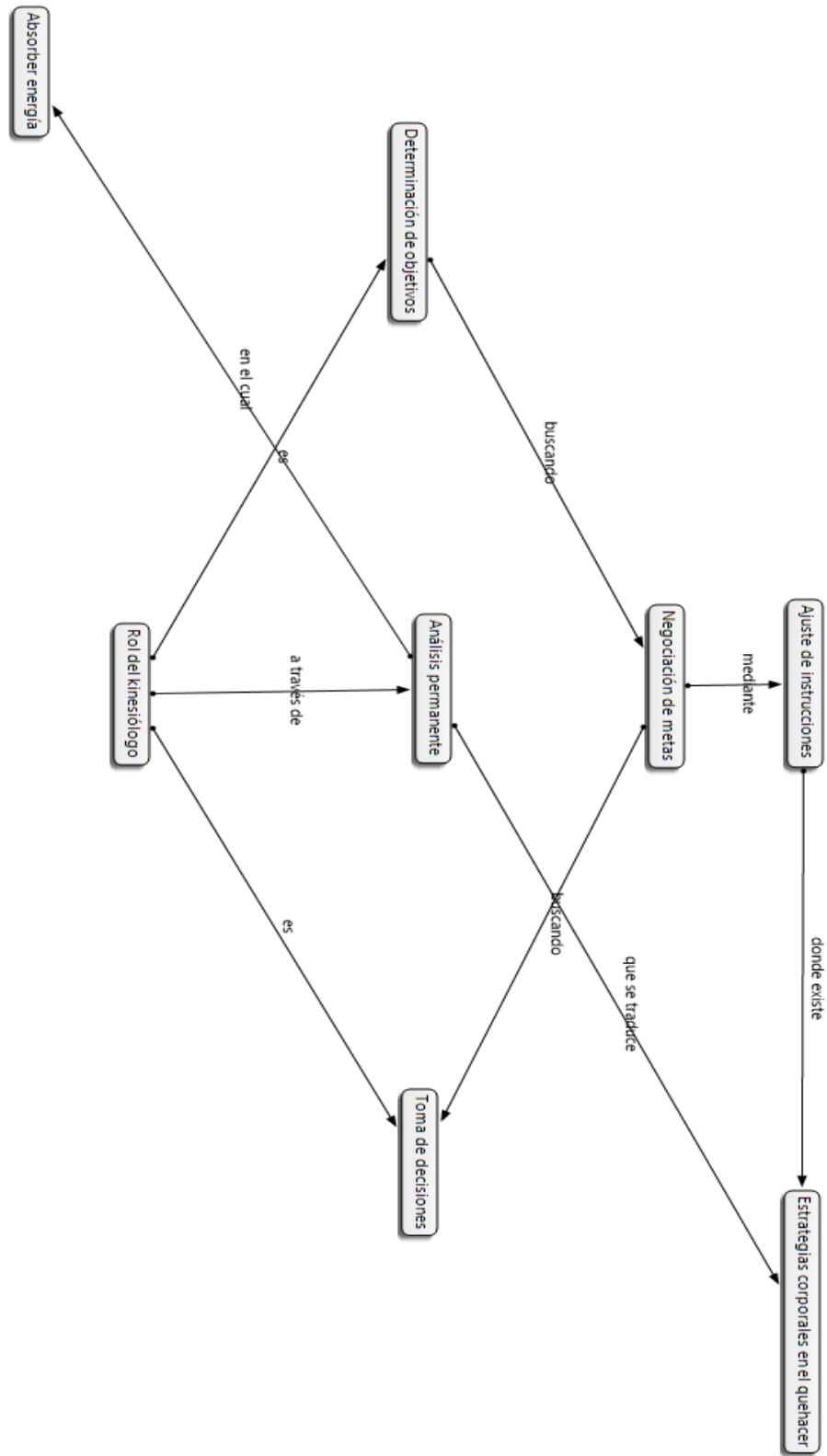


Figura 3. “Categoría Rol del kinesiólogo”

3.2 Metacategoría Habilidades Genéricas.

Designamos esta familia, que se denomina *Habilidades Genéricas*, que tiene como objetivo englobar aquellas habilidades relacionales y prácticas que influyen en la percepción, en la comunicación y en el manejo del profesional en el contexto terapeuta-usuario.

3.2.1 Categoría Percepción del Kinesiólogo

Percepción del kinesiólogo atiende a las habilidades que se relacionan con el profesional respecto de su propia percepción sobre aspectos personales, de su comunicación y de su sentir ante un usuario.

Los participantes han señalado que una de las habilidades que han desarrollado a lo largo de su trayectoria profesional, es el ser respetuoso con el usuario, independiente de sus características. Esto resulta importante al momento de aproximarse al paciente, el respeto por la persona y su condición van a determinar el primer paso para poder desarrollar la comunicación con la persona, como lo señala la siguiente cita:

“P1: ...deben existir habilidades diferenciadas, una de las, probablemente de las eh... cosas que uno ha ido aprendiendo con el tiempo, ¿ya? Es a ser particularmente respetuoso por la persona que tienes al frente, independiente de si tú no tienes la seguridad o no si ese paciente puede escuchar, si ese paciente está o no con nosotros, finalmente... siempre partir de la base en que sí, que el paciente escucha todo, que por lo tanto no vamos a hablar delante de él de su diagnóstico

ni su pronóstico, ¿ya? Que el paciente escucha y entiende todo, siempre esa es la premisa, siempre”.

Uno de los puntos importantes respecto al abordaje de los usuarios tiene relación con el respeto, y dentro de este punto, se señaló que de las profesiones de la salud, Kinesiología es la disciplina que más cerca se encuentra de entender y de empatizar con la condición de salud de las personas, debido a los conocimientos y el tiempo que se necesita con el usuario.

“P3: ...muchas veces otra cosa es con guitarra, entonces yo siempre les he dicho a mis usuarios que yo sé que es muy difícil que yo logre entender lo que ellos sienten, ¿ya?, en general, no es fácil vivir con una discapacidad, emm... todo el mundo habla mucho, ¿ya?, de "oye sí, no te preocupes, vas a salir a delante", pero yo siempre he pensado que otra cosa es con guitarra y la verdad es que yo les digo "mira yo no me puedo poner en tu lugar, no sé realmente 100% lo que tú estás sintiendo, puedo imaginármelo". Sinceramente de todos los profesionales de la salud, creo que los que estamos más cercanos a poder entender lo que está sintiendo somos nosotros, ¿ya?”.

Por otro lado, el tópico de la empatía fue contrastado con la formación que se recibe en la universidad, destacando que en la etapa de pregrado no se aborda ni se menciona con cabalidad los temas emocionales, siendo que el movimiento y las motivaciones personales están relacionadas entre sí, pero no se aborda con profundidad, como lo expresa la siguiente cita:

“P3: (...) Jamás en mi vida me hablaron en la universidad de empatía y somos una carrera de salud, somos una carrera que está asociada a la compasión, a la observación del otro, entonces yo siento que todo está muy de la mano de las células y lo que hay más adentro de las células y de los intercambios ¡qué sé yo! Al final lo que veo yo, es una persona moverse o no, entonces siento que está alejado de lo humano y se ha acercado mucho al cuerpo... es solo materia prima”.

Dentro de los relatos, aludiendo a lo anterior, se señaló que las mayores complicaciones a la hora de realizar el ejercicio empático, surgen cuando se ve comprometida la independencia de una persona, y ante lo mismo, en ciertas ocasiones, es difícil realizar este ejercicio empático debido a que en ciertos casos, hay usuarios que no poseen la capacidad de razonar, y por eso se dificulta el desarrollo de la empatía, como lo señala el siguiente relato:

“P5: Si yo me pusiera en el lugar, por ejemplo, a mí me da un accidente vascular, y quedo con una hemiplejía, me afectaría obviamente... bastante po, ¿hm? Porque el hecho de que... más que quedar con alguna alteración, o secuelas en mi cuerpo... me afectaría más si es que esa secuela disminuyera mi independencia, ¿cachái? Y por lo que... por mí experiencia en esta área, yo te diría que la mayoría de los pacientes va a decir lo mismo, cuando se ve alterada la independencia, o la capacidad de yo valerme por mí mismo, es cuando se... se instauran estos problemas, y que pueden llegar a trastornos más psicológicos, cierto... depresión, no sé po, angustia. (...) Ahora, por eso te digo, pero ahí también hay una diferencia, porque si me pongo en el caso de un paciente con... en estado vegetativo, como ya lo mencionamos... no sé qué pensar. No te podría decir cómo me sentiría ahí, porque lo que yo creo es que, tal vez, él no siente nada, no es capaz de hacer estas... estas como... análisis para llegar a eso, siendo que él perdió... es totalmente dependiente, ¿te fijas?”.

Y dentro de estos relatos, continuando con la idea del sentir y de la percepción personal del profesional, surgió el tema de la muerte y el fallecimiento de pacientes, que ponen en conflicto las creencias y conocimientos que tiene el profesional kinesiólogo. Se coloca sobre la balanza, por un lado el sentimiento del fin del sufrimiento, y sobre el otro lado, la pérdida y el duelo del fallecimiento de la persona, que en ciertos casos, puede desequilibrar la balanza sin un resultado, y en situaciones particulares, puede

poner en juego el significado de cuerpo... “¿es sólo un cuerpo, o es alguien?”
 fragmento de la siguiente cita:

“P5: una de las cosas que me pregunto siempre es... cuando fallecen los pacientes, sobre todo con los de estado vegetativo persistente, o que ya están en una etapa en la que... estuvo postrado mucho tiempo, eh... si es bueno o no, qué sentir... ¿o no? Porque dejó de sufrir po, ¿hm? Pero también falleció... ¿cachai? Entonces es como... es como raro eso, siempre me lo he preguntado, y eso también de pronto le pega a esto po, también, es como de entender si es sólo un cuerpo... que está ahí... o si es que era realmente alguien que estaba ahí, ¿cachai? Pero la respuesta no la tengo hasta el día de hoy, porque son procesos que son más... como dicen ustedes, de analizar ciertas cosas, de pensar en lo más filosófico...”

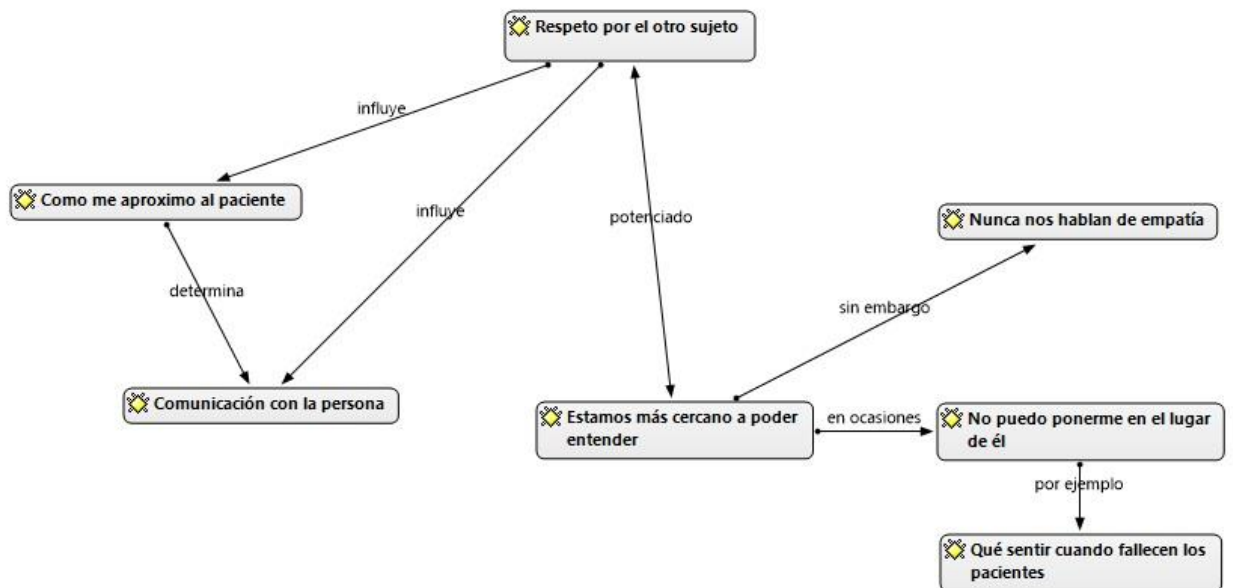


Figura 4. “Categoría Percepción del kinesiólogo”

3.2.2 Categoría Percepción del Otro

Percepción del otro atiende a las habilidades que se relacionan con el profesional respecto de su percepción sobre la condición e interacción con el usuario en el contexto terapéutico.

Dentro de esta categoría, los participantes han complementado el “ponerse en el lugar del otro”, la empatía, con la “historia previa y el contexto” que enmarca al usuario, ya sea la condición que tenía previo a su condición actual y la de su familia.

Se destacó que la apreciación del profesional ante un usuario no siempre se correlaciona con la apreciación que tiene un usuario de sí mismo, o de la familia del usuario respecto a lo que es él ahora, con lo que era antes, y que esta situación toma un rol importante con respecto a la empatía, como lo menciona el participante N°2:

“P2: ...ehh... entonces de ahí hay cosas que uno quizás no evidencia tanto porque a lo mejor tú lo notas en la sesión y es tal y tal cosa... “sí este señor llegó con una hemiplejía y no sé po’, ahora se puede sentar... pero llegó apenas controlando su cabeza y se mareaba, pero ahora se puede sentar, puede pasar un paño... está súper bien” pero el relato de sus hijos, o de su señora, es que él era el sostén de la casa... que era el apoyo emocional de tal persona, que estaba a cargo quizás del cuidado de otras personas, entonces... esa primera mirada como de ese sujeto en la interrogación con su historia previa... yo creo que es lo que más hace empatizar...”

Esto puede explicar la actitud y disposición del usuario, y/o la familia ante la terapia, la cual los participantes han mencionado que el usuario es quien determina su rehabilitación, teniendo en cuenta que las patologías de carácter neurológico suelen afectar las esferas de una persona, ya sea el aspecto

laboral, familiar, social y personal, como un participante lo denomina “terremotos que quedan alrededor”:

P2: Eh... yo creo que además que el contacto con la persona directamente, es el darse cuenta de los terremotos que quedan alrededor, los terremotos familiares que quedan alrededor de una persona que tiene un alto nivel de discapacidad...”

Siguiendo con la misma línea, al tener en cuenta el contexto, el profesional puede modificar o ajustar la manera en la cual él/ella aborda la terapia. Una de las citas ejemplifica esta situación y la denomina “la agresividad no es porque sí” que quiere decir que los usuarios que se muestran de manera agresiva o se comportan de una manera en particular, tienen sus motivos personales para hacerlo:

“P1: ... Y en ese contexto también te tienes que poner en el lugar de que si probablemente ese paciente es agresivo, hay algo que lo gatilla, la agresividad nunca es gratuita, eso son las dos cosas que son importantes, que el paciente escucha y entiende todo siempre, aunque no tengas la seguridad. Vale la lógica de “entre ponerle y no ponerle”, mejor... que sí... que sí entiende, que sí escucha, que sí está ahí, y por lo tanto tienes que tener el mismo respeto que el que tienes por un interlocutor que probablemente te da cuenta de que escucha y entiende, siempre. Y la segunda cosa que pasa es que la agresividad siempre tiene un qué... siempre hay algo, no es gratuita, o que le molestó algo, que puede ser una cosa mínima que a lo mejor tú no interpretas que puede ser molesta para él, pero para el paciente sí lo es.”

Al entender esta situación, se puede generar esta adaptación a la hora de aproximarse al paciente, como menciona nuestro participante N°1.

“P1: ... quizás te puedo contar de un caso de un paciente que era un joven que había tenido un TEC grave por un accidente automovilístico, que estaba agresivo, muy agresivo, persona que se le acercaba lo

golpeaba o se enojaba y empezaba a golpear, a veces se caía al suelo y empezaba a girar como un relojito dando golpes, y en una de las sesiones me tocó a mí también y la verdad me dio hartito susto verlo, porque media como 30 centímetros más que yo, pero empecé a modificar la forma en que le daban las indicaciones, y empecé... claro por ciertos conocimientos que tenía del abordaje de los niños con discapacidad... cuando uno está empezando a enseñarle cosas, hay que ser muy breve, muy básicos, empecé como con indicaciones así breves y más como imperativas pero no usando la voz alta, así como “ya toma esto, sigue acá, mano uno aquí, mano dos acá”, todo como muy estructurado e información muy precisa y la menor cantidad de palabras posible y también manejando el tono de la voz, o sea, si el tipo está gritando, no me voy a poner a gritar con él, sino que, hablar fuerte pero sin ser agresivo y la verdad que resultó, y como que de ahí el tipo se portaba bastante bien conmigo, siendo que él era cosa seria.”

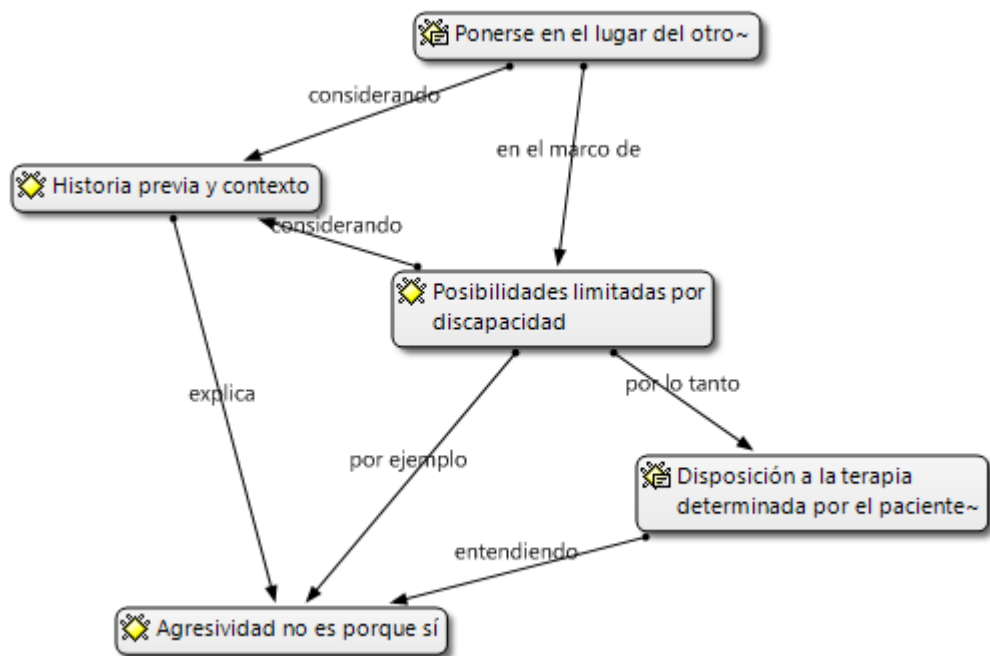


Figura 5. "Categoría Percepción del otro"

3.2.3 Categoría Percepción compartida.

Percepción compartida se basa en la relación que se genera en el marco de la rehabilitación entre los participantes y los usuarios, por medio de distintas estrategias, las cuales permitirán instaurar un ambiente en donde la información que se le es facilitada a los kinesiólogos por parte de los usuarios y viceversa, sea captada e interpretada. Lo que da pasó a la conexión con el usuario, ya que según el relato de los participantes esto es fundamental al momento de saber cómo se aproximan al usuario para dar pie al inicio de una sesión, en la cual tanto como el kinesiólogo y el usuario puedan dar cabida a una sesión productiva y grata para ambos. Pero a su vez nos relatan, que no es fácil esta labor ya que todos los usuarios son distintos, con historias distintas, familias distintas, y por ello no se puede abordar de la misma manera a cada uno de ellos, por lo tanto deben ser entes multidimensionales que contemplen todas estas aristas antes de aproximarse a un usuario. Cómo se ve reflejado en las siguientes citas:

“P2: O sea, lo que más me gusta dentro de la sesión es lograr la conexión con la persona con la que estoy trabajando para que logre entender lo que yo quiero que haga, aunque no entienda que para qué le sirve. Eso, eso... cómo comunicarse con aquella persona que está limitada de comprender o de expresarse para ir a lograr algo que a lo mejor ni siquiera me está entendiendo. Lo encuentro desafiante.”

“P3: ... Nosotros somos un ente multidimensional, cada uno de nosotros es maravilloso con mucho que aportar, somos un mundo, ¿me entiendes? Somos una esfera completamente distinta, o sea, es lo que yo te decía, cada uno es un mundo de vivencias personales y aborda una misma problemática de maneras distintas. Entonces tú no puedes llegar y hacer el mismo abordaje con todos, por eso te digo que no es fácil

dedicarse a esta área, porque finalmente tienes que saber pararte frente a uno de manera distinta, con conceptos generales, pero tú nunca sabes lo que te encontraras al otro lado de la puerta cuando entres a una habitación a atender a un paciente, no sabes con que familia te encuentras, no sabes con que personaje te encuentras...”

Para llevar a cabo esta tarea desafiante de poder tener una conexión con la persona, lo relatan los participantes, ellos deben desarrollar la capacidad de interpretar señales por medio de la comunicación verbal y no verbal, que se le es facilitada por usuario, es decir, leer estas señales y darles un sentido, un uso al instante de comenzar el dialogo con el usuario, porque a su vez está realizando el mismo trabajo de entender lo que como kinesiólogos queremos entregarle y poder responder de alguna manera, donde ellos lo ejemplifican en las expresiones faciales que puedan realizar los usuarios antes, durante y después de una sesión, lo que les permite tener la retroalimentación de saber si el planteamiento ideado para ese usuario fue el idóneo o no para él. Como se puede ver reflejado en las siguientes citas:

“P3: ehh... mira estas señales aunque sean poquitas te permites... igual orientan en cierta parte tu trabajo, porque finalmente con muchos de estos usuarios lo que tu buscas, cuando no es evidente el nivel de conexión, no tienes un feedback, no sé po... desde el punto de vista que te digan algo, de que te miren expresamente, sino que cuando tienes tan poquitas señales emm... finalmente nuestra tarea es que ellos estén confortados ¿ya?, de que no se sientan agredidos y que no sientan como una agresión cuando viene una persona a hacer alguna intervención con ellos y que sientan finalmente emm... que se les está cuidado, que se les está dando lo que necesitan y que estén tranquilos. Así que emm... pero es difícil trabajar con gente así, porque tienes... no tienes esa posibilidad, no sabes si realmente la persona está bien o está mal, principalmente con los EVP. Ahora los mínima respuesta, ellos son capaces de decirte algunas cosas, que cierran los ojos si tú le pides ¿ya?

o de repente te aprietan una mano ¿ya?, y con los usuarios que es de difícil llegada ehh... de repente a veces gestos tan lindos como que te tomen una mano no más es como de... y te hacen así no más. Entonces tu sabes que vas por buen camino en el fondo, ¿ya?”

Los participantes, a su vez, nos relatan que esta manera de llevar a cabo, los hace desarrollarse como profesionales porque, estas habilidades no le son entregadas en su formación de pregrado, es por ello, este ejercicio los nutre de experiencia, para así, entregar lo que el usuario necesite dependiendo de sus características. Como los participantes mencionas es un hecho de “dar y recibir”. Ejemplificado en la siguiente cita:

“P3: Ese tipo de intervenciones finalmente van ayudando y van contribuyendo de a poquito, entonces siento que he tratado a lo largo de ehh... fíjate que sí, en realidad me ha cambiado el concepto, porque inicialmente era de mí hacia ellos y ahora yo siento que yo recibo mucho de ellos, todos los días, ¿me entiendes?, ahí yo sentía como que yo era la que podía aportar siempre un poquito, y ahora la experiencia me ha enseñado que finalmente esto es mutuo, yo me alimento mucho de también de lo que ellos entregan, de su experiencia, ¿ya?, de su entereza muchas veces, de las penas, a lo mejor de sus cobardías también, ¿me entiendes?. Es de dar y recibir.”

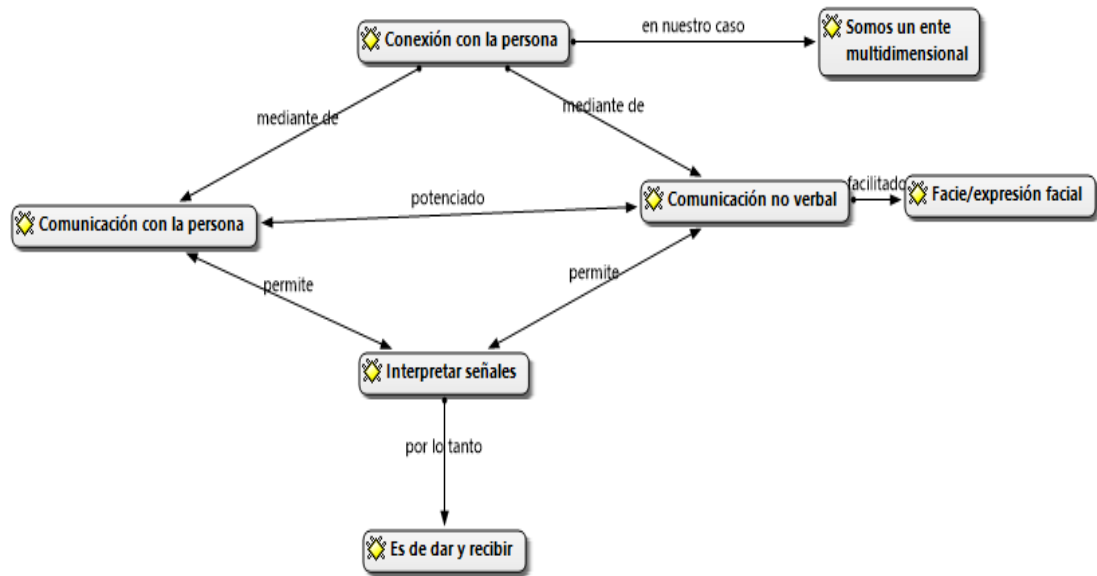


Figura 6. "Categoría Percepción compartida"

3.3 Cuerpo

Después de haber establecido relación en estas familias y de haber introducido el concepto de cuerpo procederemos a presentar en detalle la familia de *cuerpo* que está compuesta de las categorías de *cuerpo desde la kinesiología*, *cuerpo dividido*, *cuerpo que pesa*.

3.3.1 Categoría cuerpo desde la kinesiología.

Podemos definir esta categoría como lo relacionado a perspectivas del significado de cuerpo desde nuestra disciplina en voces de los participantes que refleja el espíritu de la vivencia y la experiencia del kinesiólogo considerando su propio cuerpo y el cuerpo del otro.

Los participantes relatan que, al mirar el cuerpo, observamos la base del movimiento, en el contexto del análisis de los componentes normales del movimiento, utilizándose para determinar cómo ciertas condiciones de salud alteran esta situación normal. El movimiento nos entrega información, la alineación corporal acompaña al cuerpo en el sentido que nos proporciona señales que nos permiten determinar cómo se encuentra la persona.

“P4: Lo utilizo básicamente en el análisis de los componentes... observo el cuerpo y veo como el centro de masa de ese cuerpo se está moviendo sobre una base y voy... esto me permite predecir si el sujeto va a caer, si se va a mantener en pie, si es que está ocurriendo el movimiento dentro de los componentes del movimiento normal, dentro de lo esperado... la estructura me sirve en el análisis de los componentes”.

Dentro de esta categoría no podemos obviar el significado que el kinesiólogo le atribuye a su propio cuerpo, a quién considera como un compañero en sus labores, otorgándole un valor agregado tratándolo como su herramienta de trabajo. En lo que respecta al quehacer kinésico, aparece en el discurso el comentario de “sentir su propio cuerpo como un pulpo”, tomando conciencia de su cuerpo, viéndolo como en su totalidad este está involucrado en cumplir su objetivo terapéutico.

“P3: Claro, o sea yo le doy el máximo valor a mi cuerpo, ¿hm? De hecho, lo cuido siempre, porque... por varias razones... una es porque trabajo con él, ¿cachai? Entonces... no es que... mi trabajo no consiste en pensar, o sea... solamente... ¿sí? Porque si bien analizamos y hacemos razonamiento y todo eso, pero mi trabajo consiste en intervenir sobre alguien y eso lo hago con mi cuerpo, sobre todo con mis manos, yo me las cuido mucho, eh... entonces ese... le doy mucho valor a mi cuerpo, siempre, y por el tema también más... familiar también, que debo cuidarme para estar para mi familia, ¿cierto? Para cuidar a mi hija, entonces por ese lado también tiene un valor, para mí, el hecho de cuidar mi cuerpo...”

Durante el proceso de formación de nosotros como kinesiólogos de pregrado, adquirimos conceptualizaciones con respecto al cuerpo, propias de un profesional inexperto que se traducen en las voces de los participantes como el código “aprendiendo sobre el cuerpo” que refleja la esencia de lo que se acaba de comentar.

“P2: Yo creo que... bueno eso se explica claramente de la inmadurez de estar aprendiendo sobre el cuerpo, sobre el sistema nervioso que es tan complejo y notar el impacto que puede tener el que falle alguno de los procesos. Entonces es eso, como que ‘sí, falló eso y vemos tal cosa’ es como, claro... en ese momento del estudiante inmaduro, yo recuerdo que era como ‘atractivo’ correlacionarlo porque cuadraba... era eso. Y que yo

como recuerdo que en la generación era como fenómeno eso, que era como ‘oh sí, sí... mira... qué terrible’.

Dentro del quehacer kinésico, podemos relacionar la visión de cuerpo relatada por los participantes con un enfoque que apunta hacia la modificación de este cuerpo, dando la oportunidad a vincularlo con el rol del kinesiólogo en un área con patología tan complejas como las que tienen lugar en el área de la neurorehabilitación, específicamente en la clínica los Coihues se manejan condiciones como ACV, lesión medular de origen traumático y TEC principalmente, que en ciertos casos (ACV y TEC) podrían generar compromisos de conciencia de tal nivel como el estado vegetativo persistente. Es por eso que un participante menciona que desde la kinesiólogía, el cuerpo es el lugar en donde se interviene.

“P1: Te lo repito porque eso ya lo hablamos, el cuerpo del usuario es el lienzo, es donde yo intervengo, es donde yo tengo que restablecer, reparar, juntar ehh... devolver sensaciones quizás, pero donde yo ehh... es el lugar donde yo también ehh... de alguna manera el cuerpo del paciente es el depósito de todos tus saberes, conoceres y sentires como dice Maturana”.

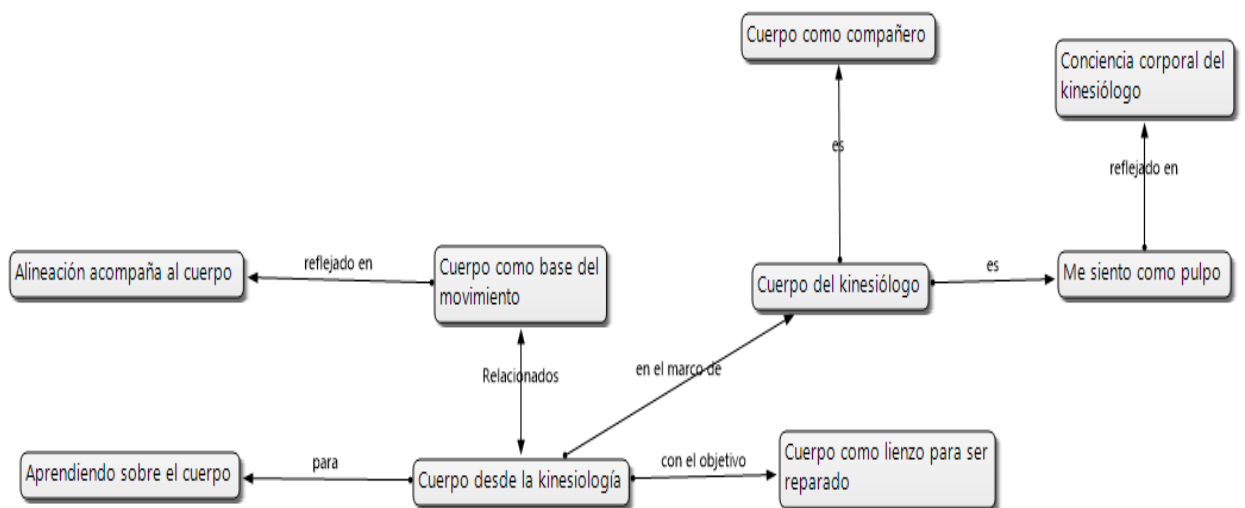


Figura 7. “Categoría Cuerpo desde la kinesiólogía”

3.3.2 Categoría cuerpo dividido.

Daremos a conocer los significados de los kinesiólogos incluidos en la categoría que se refiere a cómo los participantes dividen el cuerpo, percibiendo que hay una separación entre el cerebro y el cuerpo como eje principal del relato. En contraparte, dentro del discurso aparece la idea de la dimensión humana/persona, dándole una connotación de que *no es solo cuerpo*, como se menciona en las siguientes líneas.

Los participantes relatan que existe una separación o distinción entre el cerebro y el cuerpo, basándose en el que todo nace desde el cerebro, ya sea, movimientos, sensaciones y emociones, que se refleja en la idea de que tú cobras valor como persona cuando al cuerpo se le incorpora la mente. Además, apoyando esta lógica surge el concepto de cuerpo anatómico, que plasma el sentimiento de que el cuerpo es un conjunto de sistemas biológicos, fisiológicos, biomecánicos que funcionan de similar manera en todos, dándole mayor peso a la noción de persona cuando se incluye la mente al cuerpo. En otras palabras, para que un cuerpo agregue el valor de persona necesita existir con una motivación o un sentido que nace desde la intencionalidad de realizar un movimiento con un significado añadido, siendo integrado fundamentalmente en el cerebro. En definitiva, este se transforma en una persona, pasa a tener vida.

“P5: (...) lo que conocemos nosotros del movimiento y de cómo funciona el movimiento en sí, sabemos que todo nace en el cerebro, o sea, la motivación y... en cierto modo, cómo voy a generar yo los... los movimientos y... en cierto modo, la... las estrategias que voy a ocupar para hacer ciertos movimientos, van estar definidas todas desde el cerebro, ¿ya? Que se va a nutrir de ciertas experiencias y de sensaciones y ehh... sistemas más sensoriales y sensitivos, ¿cierto?... sí, pero finalmente el que se encarga de esto es el cerebro, incluso de mi

personalidad y de quién soy yo, y eso podría verlo un poco y pensarlo más cuando ves, tal vez, un paciente en estado vegetativo persistente, por ejemplo. El paciente en estado vegetativo persistente, cierto, sabemos que es un paciente que no presenta conexión al medio, ¿cierto? Su cerebro, en cierto modo, está... está apagado, por decirlo así, ¿hm? (...) Entonces tú ves que ahí hay un cuerpo. Tal vez no una persona, en sí, porque lo que nos determina como persona, es nuestro cerebro, ¿sí? Es como algo más... filosófico... esto... “.

“P5: (...) O sea es que para mí, la verdad, el cuerpo, viéndolo del punto de vista de la kinesiología, profesional... para mí un cuerpo, es un cuerpo no más... son músculos, son huesos... son vísceras, cierto, y todos tenemos lo mismo, no hay una diferencia entre el mío y el tuyo... salvo las diferencias evidentes que, tal vez, yo debo tener más grasa... o que soy más obeso, ¿cierto? Pero las características relevantes del cuerpo, son las mismas en todos po, somos la misma especie, entonces tenemos las mismas... los mismos cuerpos... somos iguales, en cierto modo. Y por eso para mí es un cuerpo... eh... es un cuerpo nada más... es algo... cómo te podría decir... no sé si “sin vida”, ¿hm? No sé si decirlo así, pero sigue siendo algo, en cierto modo... como... biológico, por decirlo así... lo pienso ahora. En cambio, para mí, tú cobras valor como persona cuando incorporas tu mente... tu cognición, tu personalidad. Ahí tu cuerpo deja de ser un cuerpo, y pasa a ser... pasas a ser tú... como persona.”

Relacionado con la mención anterior, aparece el cuerpo como objeto, que muestra el pilar de las visiones de cuerpo de los participantes que se asocia con la cosificación del cuerpo, que se ve reflejado en los códigos nombrados como *cuerpo como herramienta*, *cuerpo como límite/estructura*, *cuerpo es uno de los insumos primarios* y *cuerpo como máquina compleja* en el marco de que este presenta un equilibrio precario.

“P3: (...) ¿Cómo yo percibo mi propio cuerpo? ehh... oh que difícil pregunta. Es igual de maravilloso [risas]. Es igual de maravilloso, pero ehh... nada po. Me permite... para nosotros como kinesiólogos tiene una connotación especial, porque independiente de que es y que me permite como te dije manifestarnos dentro de nuestras diferentes dimensiones, para nosotros... particularmente nuestra herramienta de trabajo ¿ya? Entonces tú no usas solamente tus manos, aquí nosotros nuestro cuerpo completo. A veces uno tiende un poquito a abusar un poco y tendemos un poco a descuidarnos. (...) Si tú me preguntas por ejemplo frente a un evento como los que yo tengo que observar acá para nosotros sería tremendamente catastrófico, ¿me entiendes? Porque lo más probable es que a lo mejor es que yo no podría seguir dedicándome a lo que hago si es que termino así con una hemiparesia, ponte tú, una hemiplejía, no voy a poder dedicarme al área clínica.

“P1: (...) Cuando veo límite o digo límite es porque efectivamente tú eres capaz en un cuerpo de limitar esto, existe un margen entre lo que es el yo y el ambiente, te fijas, hay un límite yo sé dónde empieza y termina mi mano y eso me separa de ti, del resto de las personas y del medio ambiente y por eso también lo veo como un límite, porque veo dónde empieza y dónde termina finito, te fijas, siempre lo veo como algo más, algo un significado una palabra, un constructo que acota las cosas... eso es todo.”

“P4: (...) Bueno, como te decía, es como una de las piezas... es uno de los insumos básicos de la kinesiología, es lo que movemos, ehh, es lo que utilizamos para poder acercarnos cosas, alejarnos cosas, acercarnos a alguien o alejarnos de alguien, es lo que estamos moviendo concretamente”

“P3: (...) O sea, yo creo que finalmente se plantea en la universidad como el objetivo de nuestra intervención, ese es el valor que se le da. Es

como una maquinaria que se echó a perder y que tú eres un técnico que va y la arregla, ¿ya? [risas], ehh... y que la haces funcionar dentro de sus posibilidades, respetando que en una máquina tú compras un repuesto y la máquina comienza a funcionar nuevamente y no así el cuerpo. El cuerpo con esa fragilidad que yo te decía es que lamentablemente cuando hay un daño, ese daño es permanente. Entonces, tenemos que reinventarnos con eso. Finalmente, nuestra intervención o el enfoque que se le da en la universidad es eso, es mucho de enfermedad-cura”.

“P3: (...) Porque está todo unido por unos hilos invisibles maravillosos, todo funciona a la perfección a excepción en situación de enfermedad, por supuesto que este equilibrio se rompe, pero es un equilibrio tan precario, cualquier cosita lo hace que se desbalance y queda la escoba. Somos tan dependientes de su bienestar, es nuestra responsabilidad cuidarnos. Finalmente, dependemos de él para manifestarnos en esta vida, en todos los ámbitos.”

En contraposición a todo lo mencionado anteriormente, se destaca que los participantes reconocen que existe una dimensión humana/persona, pero que lo desligan del cuerpo, en sus propias palabras se ve relacionado con que la persona no solo es cuerpo, que refleja lo que ellos son por dentro.

“P3: (...) Ehh... me pasa que... que siempre hago el ejercicio y trato desde lo más... y trato también de inculcárselo a mis alumnos, de que esto no se transforme sólo en un cuerpo ¿ya?, que si yo tengo que movilizar a alguien o transferir a alguien no es un bulto ¿ya? ehh... no puedo dejar de ver su dimensión humana, su dimensión de persona. Siempre trato de darle esa humanidad, ese sentido de... aunque no tengo retroalimentación ¿ya?, aunque me digan que no está conectado con el medio, siempre hago de cuenta que efectivamente la persona si está con nosotros, pero que lo más probable es que no tenga ninguna posibilidad desde el punto de vista físico de manifestarse ¿ya? Entonces

siempre es con mucho respeto (...) ellos tienen una historia detrás po, y por respeto a esa historia, por respeto a lo que sigue siendo, a lo que fue y a la gente que lo rodean. Entonces mi deber es atenderlo lo mejor posible y ese cuerpo es objeto de cuidado.”

“P3: (...) no es solo cuerpo, porque... si yo tuviese dos diagnósticos similares, dos personas con características... porque podrían ser a lo mejor similares, que tu sin hacer ninguna indagación tú las ves como "¡oye!, uno está caminando y el otro no está caminando", porque somos hijos de nuestras experiencias de vida, no solamente desde el punto de vista motor, sino de cómo hemos enfrentado y de cómo hemos crecido, emocionalmente, como fue mi infancia, como yo me enfrento a la vida, cómo me relaciono con los demás, como enfrento la vida, cómo enfrento los problemas. Todo eso finalmente hace que seamos lo que somos. El cuerpo es una manifestación estructural pero finalmente ehhh... que refleja en parte lo que nosotros somos por dentro.”

Otro significado importante es la visión de cuerpo como medio para conectarnos con nuestro entorno, añadiendo el carácter de expresión con la cual nos damos a conocer y nos acercamos a las cosas, esto se ve reflejado en que dentro del contexto terapéutico es un paso innato a utilizar lo corporal.

“P2: (...) Que es el instrumento para llegar a otro ser, si lo veo del punto de vista del terapeuta, claro, toma gran relevancia del cómo yo me aproximo yo al otro, que quizás no puede entender el lenguaje verbal, pero si va poder mirar lo que hago, así que yo también debería incorporar eso normalmente, el uso de mi cuerpo para que el otro me entienda y, en el sentido inverso, observar no solo lo que el otro puede hacer, sino que también lo que hace su cara sus impresiones...”

“P2: (...) Eh... primero le doy el rol del respeto por el otro sujeto, porque ya hablamos, o sea partiendo que de mi consejo que es el compañero que te permite interactuar o resolver, eh... si yo considero que el cuerpo del otro... o sea si yo considero para cuerpo lo mismo que yo considero para el mío, primero es el acto de respeto y también una herramienta para también ayudarlo... más allá de la teoría de lo que uno pueda hacer como intervención terapéutica, o sea uno sabe que tiene que dar indicaciones, ahora el cómo dar esas indicaciones y de qué te vales para dar esas indicaciones es... en ese sentido ha sido como claro... un paso innato a utilizar lo corporal”

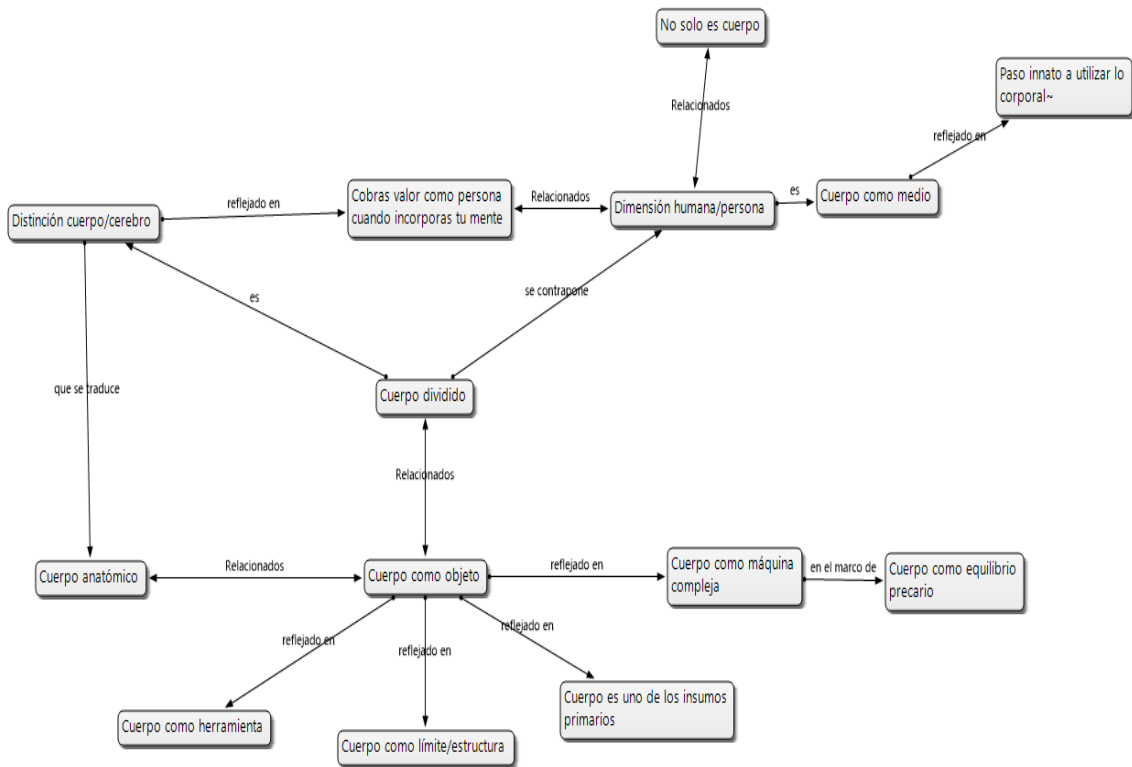


Figura 8: "Categoría Cuerpo dividido".

3.3.3 Categoría cuerpo que pesa.

Esta categoría se define como las percepciones relacionadas con el proceso negativo de entender el cuerpo, es decir, desde un punto de vista despreciativo en función de los progresos terapéuticos. Los participantes mencionan que así eventualmente los usuarios perciben su cuerpo, llegando hasta el punto de compararse de manera opuesta con el cuerpo de los kinesiólogos, considerándolos como deseable.

Dentro de los discursos de los participantes cobra fuerza la idea de que los usuarios sienten que su cuerpo les estorba, porque perciben que su condición es una limitación con respecto a lo que quieren lograr, pero no pueden o se les hace dificultoso y eventualmente podría transformarse en una limitación progresiva. Por lo tanto, se traduce en que el usuario siente que tiene un pedazo de cuerpo pegado a él, un pedazo disfuncional.

“P2: Hmm, sí estoy pensando como en pacientes... como un paciente hemiparético, ehh... quizás me imaginaría que tengo un peso... pensando como si me pusiera en un paciente hemiparético... que tengo un peso extra que no me permite controlar... que no logro controlar, y que tampoco me ayuda, que no me ayuda y que además... puede estorbarme”.

“P2: Porque he visto varias veces que tú puedes tener a alguien de pie y... se distrajo y se apoyó en el borde lateral y se puede lesionar... Entonces además del peso y un eventual estorbo, es el riesgo de que eso me pueda limitar aún más... entonces el “no sentir” me pueda llevar a algún accidente que me pueda limitar más el salir de esa situación”.

“P4:... parte del movimiento tiene que ver con la integración sensorial, la integración de este cuerpo, y si yo lo percibo como un objeto, quiere decir que no lo tengo integrado, por lo tanto, me voy a mover con lo que si siento que me pertenece, y todo lo demás va a ser como si yo anduviera con un pedazo de cuerpo pegado a mí, me va a andar molestando, me voy a querer parar y ese tercer pie no va a funcionar, en este caso es su segundo pie ¿cierto? que es parte de su cuerpo, está como que si estuviera fuera de su sistema, como que yo anduviera con la mitad de un tercer cuerpo pegado a mi cuerpo...”

Bajo la misma idea, los participantes también mencionan que los usuarios sienten que su cuerpo está malo, que está muerto. A raíz de esto, plantean la necesidad de respetar esta sensación propia de cada persona y darle el valor correspondiente, como se explica el siguiente fragmento de este relato:

“P2: Sí, o sea lo encuentro un aporte porque quizás... de la misma respuesta que salgan de las diferentes personas es muy posible que coincida con lo que está viviendo el sujeto que no puede expresar... Hay algunos que te dicen “sí, no si esta pierna... o sea ellos te refieren que esta es la pierna muerta” entonces uno como para sacarle esa palabra que... aterroriza, así como “muerta” así como “no hable esas cosas” así como casi que es feo decir eso, es como “ehh no pero si está viva, si siente... si... la temperatura y eso...” pero para ellos es realmente la pierna muerta y estamos desestimando la descripción que hacen... y eso también es descalificar su sensación de su cuerpo, en ese momento. Entonces creo que hasta podríamos tomarlo, si nos vamos en eso, como una falta de respeto el no considerar que si él me dice “una pierna muerta” a lo mejor él la siente de esa forma y porqué...”

Sin embargo, estas visiones de cuerpo provenientes desde el participante con respecto a lo que él percibe que el usuario siente sobre su cuerpo, llegan a tal punto que los participantes pueden comprender como los usuarios los ven a ellos mismos, catalogando esta situación con la etiqueta de *otra cosa es con*

guitarra, refiriéndose a la posibilidad de tener este “cuerpo sano” que los usuarios desearían tener.

“P3: [risas] yo creo que lo percibirían con envidia, claramente porque finalmente nosotros somos capaces de hacer lo que ellos quieren hacer, ¿ya? A ellos les gustaría, lo más probable, tener la posibilidad de moverse como nos movemos nosotros. Muchas veces otra cosa es con guitarra, entonces yo siempre les he dicho a mis usuarios que yo sé que es muy difícil que yo logre entender lo que ellos sienten, ¿ya?, en general, no es fácil vivir con una discapacidad, emm... todo el mundo habla mucho, ¿ya?, de "oye sí, no te preocupes, vas a salir a delante", pero yo siempre he pensado que otra cosa es con guitarra y la verdad es que yo les digo "mira yo no me puedo poner en tu lugar, no sé realmente 100% lo que tú estás sintiendo, puedo imaginármelo". Sinceramente de todos los profesionales de la salud, creo que los que estamos más cercanos a poder entender lo que está sintiendo somos nosotros, ¿ya? Entonces... porque resulta que claro, es súper fácil... yo les pido algo y me dicen "no, lo que pasa es que pa' ti es súper fácil pedírmelo, porque tú no estás así como estoy yo", entonces hay un poco de rabia de repente, de que claro, tienes a una persona que entre comillas está sano y que te está exigiendo y que te está pidiendo que hagas cosas, emmm... pero que en el fondo la idea, cuando entienden que yo no te estoy pidiendo nada que no haya visto que no puedes hacer, ¿me entiendes? Entonces dale que se puede, dale que se puede, ¡no! vamos, y una y otra vez. Entonces yo creo que finalmente, inicialmente puede ser que puede que hay algo de rabia, de un poquito de frustración, pero después

entienden”.

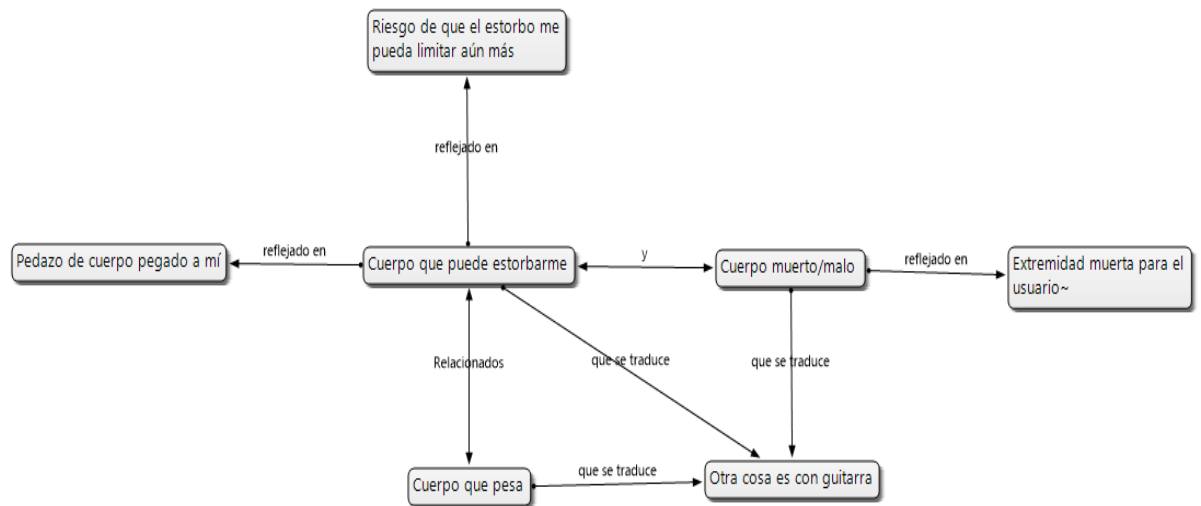


Figura 9. “Categoría Cuerpo que pesa”

4. DISCUSIÓN

Después de haber revisado los resultados de nuestra investigación, nos surgen las siguientes preguntas: ¿cómo se relacionan los resultados obtenidos con la literatura revisada? ¿de qué manera el cuerpo se relaciona con el quehacer kinésico? ¿cómo se relacionan las habilidades genéricas con el cuerpo? ¿cuál es el rol social y cultural que cumple el cuerpo? ¿qué relación existe entre la especialización y el significado de cuerpo? Si bien nos es difícil determinar una respuesta definitiva a estas amplias interrogantes, nos orienta de mejor manera para responder nuestra pregunta de investigación: ¿Cuál es el significado que le atribuyen al cuerpo, respecto del quehacer kinésico las/los kinesiólogos de la Clínica los Coihues en el contexto de la neurorehabilitación?, y al mismo tiempo develar la aparición de nuestros objetivos de investigación en los discursos expresados.

A continuación, presentamos los resultados que consideramos más representativos de cada una de nuestras metacategorías, que nos da la posibilidad de enriquecer el discurso y así relacionarlo con el marco teórico que tenemos disponible. Dentro de la metacategoría “habilidades genéricas” se destaca la habilidad de interpretar señales, que trata de cómo el kinesiólogo identifica ciertos signos y características que se presentan en la interacción con el otro y que facilitan la comunicación, y por otro lado, la habilidad de “ponerse en el lugar del otro”, que se refleja en la empatía, que se fundamenta en comprender el contexto del otro. En la metacategoría de “objetivos y quehacer kinésico” resalta el planteamiento de objetivos de los kinesiólogos, el cual se plantean en base a la evaluación y el contexto de la persona, que tiene lugar en los aspectos cuantificables de la persona y el entorno social.

En base al análisis de los resultados, las perspectivas de los participantes se centran en una concepción dualista del cuerpo, haciendo una distinción entre cuerpo y cerebro/mente, llegando a considerar que incluso somos más que “cuerpo”, desligando el significado del cuerpo de una dimensión humana/persona. Parece interesante esta distinción, ya que para adentrarse en la conceptualización de cuerpo surgen referencias a lo estructural, lo objetivo, lo medible y cuantificable que están inmersos dentro del quehacer kinésico de la Clínica Los Coihues. Por otro lado, se introduce desde esta dimensión humana/persona aspectos implícitos que se dan a la hora de interactuar, o entrar en el contexto de interacción con la otra persona, como por ejemplo, el ponerse en el lugar del otro (la empatía), que dan pie a hablar de lo humano por sobre lo teórico que, por supuesto, está arraigado al cuerpo desde lo que valoramos como percepción del mundo que nos rodea. En esta mirada interpretativa y empática del otro, aparecen discursos relativos al cómo los participantes consideran que el otro siente su cuerpo, relatando impresiones profundas, basadas en el entendimiento y la posibilidad de ubicarse en los zapatos del otro.

El aspecto social influye en cómo los participantes ven el cuerpo en miradas tendientes a lo normalizador de lo estético y el poder que significa ser profesional de la salud, como era de esperarse, nuestros participantes también dan cuenta de ello con ideas potentes que reflejan el espíritu de las teorías de los autores que consideramos referentes para esta área de nuestro análisis.

4.1 Cuerpo como objeto

A partir de la revisión teórica que se mostró en el marco teórico, utilizaremos las perspectivas descritas por Nicholls y Gibson (2010), quien propone que la mirada de la salud y enfermedad desde el *embodiment*, tiene como uno de los ejes principales el dominio del conocimiento objetivo y mensurable de la condición de salud del usuario. Desde esta posición nos pararemos para relacionar los datos obtenidos desde nuestro minucioso análisis de los discursos de nuestros participantes, quienes en su relato otorgan un lugar importante al conocimiento teórico, fisiológico, biomecánico y técnico de las patologías que se manejan en la Clínica Los Coihues, ya que desde aquí se sitúan para el planteamiento de objetivos preliminares y la primera aproximación que tienen con la persona. El planteamiento de objetivos finales se lleva a cabo mediante reuniones de equipo y la metodología SMART, que busca plantear objetivos específicos, medibles, alcanzables, realistas y en un tiempo determinado, en donde se da lugar a la aplicación de escalas cuantificables, que evalúan la funcionalidad y destrezas de los usuarios. Estas evaluaciones circunscriben un concepto de cuerpo arraigado en lo mecánico, una perspectiva en tercera persona, que se basa en la idea del cuerpo mirado desde lo biomédico y el conocimiento teórico que proporciona la evaluación, poniéndole una etiqueta de “cuerpo como objeto”. No es sorpresa que en los relatos de nuestros participantes se haga mención de la necesidad de objetivar y

cuantificar, de buscar el resultado que valide el quehacer kinésico, esto porque tradicionalmente la kinesiología clínica e investigativa ha buscado lograr este objetivo (Nicholls y Gibson, 2010). Esto está enraizado en una visión mecanicista del cuerpo, que en cierto modo también comparten nuestros participantes. En este concepto de cuerpo se resalta un carácter anatómico y estructural, en el cual se hace la distinción entre cuerpo y mente, posicionando la mente en el cerebro desde una perspectiva cartesiana hasta llegar a la mirada neurocientífica tradicional.

Parece interesante que a pesar de hacer esta separación y catalogar al cuerpo como un objeto, los participantes realizan una segunda distinción, el cuerpo es distinto a la persona, invitando a discutir acerca de estos conceptos que son propios del ser humano y que finalmente involucran al quehacer kinésico y al rol que cumple el cuerpo en él.

4.2 No es solo cuerpo

Como mencionamos en las líneas anteriores, existen aspectos propios al ser humano, algunas veces conocido como “habilidades blandas” o “habilidades genéricas”, como lo son por ejemplo la empatía o el ponerse en el lugar del otro, que sale a la superficie cuando los participantes consideran que detrás del cuerpo existe una “historia y un contexto previo” al adquirir una lesión en el sistema nervioso. Esto da el pie para considerar que existe algo más allá del conocimiento teórico-técnico que envuelve el desempeño profesional. Esto es importante porque genera un espacio rico en interacciones entre el terapeuta y el usuario, donde se conjugan aspectos claves como el lenguaje verbal y la comunicación no verbal, o la capacidad de entender y comprender las señales corporales que nos da el otro. Merleau-Ponty explica en sus ideas que la percepción del mundo tiene lugar en el cuerpo a través de los sentidos. Si

relacionamos esto con el discurso de los participantes podemos darnos cuenta que los kinesiólogos perciben al otro por medio de la interpretación de señales corporales, como por ejemplo, la expresión facial, frecuencia cardíaca y respiratoria (signos vitales), las respuestas espásticas, en definitiva, las respuestas corporales, tanto espontáneas, como voluntarias e involuntarias del otro en la intervención. Si nos ponemos en la situación de que el usuario también genera esta interpretación de señales corporales por parte del terapeuta estaremos situados en el terreno de dos agentes interpretando un mismo fenómeno, que pueden compartir o no un mismo significado. A esto, Edmund Husserl le llama intersubjetividad: múltiples puntos de vista que perciben un mismo fenómeno conformando un significado compartido.

Dentro de los relatos de nuestros participantes apareció con potencia la noción de que el usuario subvalora su propio cuerpo en función de lo que socialmente se considera normal, etiquetándolo como un “estorbo”, “algo que pesa”, “un cuerpo malo”, “un cuerpo muerto”, “algo ajeno pegado a mí”, lo que, en palabras de Pierre Bourdieu, llamaría un cuerpo no legítimo. El autor define este concepto como aquel cuerpo que se escapa de lo que socialmente se considera normal, en relación a los estereotipos que configuran el capital simbólico de dicho término, los cuales se sustentan en los parámetros de salud que describe el modelo biomédico o incluso en lo estético comúnmente aceptado (lo que finalmente se traduce a un cuerpo legítimo). Este último concepto aparece cuando se les pregunta a los kinesiólogos acerca de cómo los usuarios los ven a ellos, respondiendo que el cuerpo del kinesiólogo representa un cuerpo que ellos desean tener o recuperar, es decir, un cuerpo sano, que se podría relacionar con la corriente de pensamiento que sigue Pierre Bourdieu.

Cuando los participantes relatan que dominan un conocimiento profesional al servicio del bienestar del otro, inherentemente aparece una figura con una suerte de salvador en el cual recaen las esperanzas y expectativas del usuario, poniéndolos en un lugar que representa un poder basado en la confianza que

entrega el conocimiento que maneja el profesional. En base a lo anterior, traemos a la discusión el concepto del saber-poder expuesto por Michel Foucault, en donde se refleja el dominio que se adscribe el profesional con respecto a los saberes referentes a la salud, y cómo esto perpetúa la construcción de un significado, en este caso del cuerpo, que constantemente va evolucionando a medida que el profesional adquiere y desarrolla el conocimiento que nos ofrece la práctica basada en la evidencia, de la mano de la evolución histórica universal que ha configurado el saber respecto de la salud. De esta manera el usuario deposita su confianza en un saber que es dominado por el profesional.

4.3 Cuerpo social

La tercera esfera del embodiment que menciona Nicholls y Gibson (2010) comprende la dimensión social, que es una consideración para las instituciones sociales que median las experiencias corporales y los comportamientos de las personas.

Habíamos hablado de la “historia y el contexto previo” de la persona, involucrando tópicos relacionados con el “terremoto familiar” que significa que uno de los miembros de este íntimo grupo social adquiera una lesión en el sistema nervioso central, se traduce como un cambio enorme en la vida de las personas, que los participantes consideran a la hora de aproximarse a los usuarios, pero el análisis no sale más allá, queda en la familia. No le dimos la importancia a los relatos que profundizaron acerca del rol actual de esa persona, en cuanto a lo que era antes. La respuesta a estos es que eventualmente en nuestra pauta de entrevista no se incluyó de manera incisiva este aspecto, reconocemos que es una dimensión que juega un papel

importante en el quehacer kinésico. Esto es interesante porque según nuestro marco teórico, el ámbito social representa uno de los pilares fundamentales en el análisis clínico de las condiciones de salud y enfermedad de los usuarios.

Aunque nuestros participantes hablan del rol del cuerpo en la sociedad, el relato carece de profundidad sobre el tema para poder profundizar mejor, se habla de que el cuerpo posee una actitud, una postura o alineación que puede ser interpretada como alguna característica social, como es el caso de una actitud sospechosa que podría advertirnos de alguna posible amenaza, hasta llegar a lo estético como es el caso de la significación sexual, o la atracción desde la perspectiva de la belleza. Nosotros creemos que va más allá el rol que el cuerpo cumple en este ámbito y que se solucionaría incluyendo otras estrategias de recopilación de investigación o reestructurando añadiendo preguntas atinentes a nuestra pauta de entrevista.

4.4 Cuerpo en primera persona

En base a lo expuesto por Øberg et al. (2015), la perspectiva en primera persona tiene que ver con el significado personal que le atribuye el kinesiólogo y el usuario a la mirada corporal dentro del razonamiento clínico. Nuestros participantes señalan, como factor común en su discurso, que el rol del kinesiólogo está relacionado con lo corporal. Es necesario recordar lo anteriormente expuesto en el capítulo de resultados, en donde aparecen relatos de que el cuerpo del kinesiólogo es percibido como un “compañero” o una “herramienta de trabajo” que hay que cuidar y respetar. Relativo al quehacer kinésico surge la idea de que el cuerpo es un medio por el cual pueden ir experimentando, aprendiendo, percibiendo, interpretado y modificando la forma en que planean su sesión terapéutica. Esto es particularmente interesante,

porque aparece el concepto de “modificar y ajustar las instrucciones”, una estrategia propia del terapeuta para lograr la comunicación y el desarrollo de la terapia de una manera más apropiada, dejando de lado las palabras y las oraciones de carácter imperativo, y reemplazándolas por un desplante corporal, utilizando el cuerpo para expresar lo que ellos quieren que los usuarios realicen dentro de su terapia, esto se puede reflejar en la idea de que cuando la instrucción no logra el objetivo, se da un “paso innato a utilizar lo corporal” para demostrar lo que se quiere decir.

Si hablamos del rol del kinesiólogo dentro de este escenario de la neurorehabilitación de usuarios adultos en relación al concepto del cuerpo, y en base a todo lo expuesto en nuestra discusión, aparece el concepto de “evolución profesional”, que de cierto modo relaciona el quehacer kinésico con el desarrollo de estas “habilidades genéricas” que son inherentes al cuerpo. Los participantes hablan de que durante su carrera, entendida como la formación académica y el desempeño profesional, logran dar cuenta de las implicancias que tiene el situarse en los zapatos de sus usuarios, y a entender que más allá del cuerpo existe una persona y que deben respetar al otro como si fueran ellos, es decir, ver el cuerpo como un depósito de saberes, sentires y conoceres.

5. REFLEXIONES FINALES

Nos hemos querido detener y tomar un respiro en este capítulo para exponer nuestras percepciones y reflexiones con respecto al proceso y foco de investigaciones, para que el lector de alguna manera comprenda y siga la ruta del camino al que hemos llegamos para construir el material que ha nacido a lo largo de aproximadamente dos años o más de trabajo, que se verán resumidos a continuación.

Como equipo tomamos la decisión de incursionar en la metodología cualitativa de investigación gracias a que cada miembro tuvo influencias y tendencias que aproximaron los fenómenos del quehacer kinésico a lo largo de la formación académica desde un prisma que nos dejaba insatisfechos al momento de responder los cuestionamientos que surgían de nuestra identidad como futuros profesionales kinesiólogos. Tuvimos que profundizar y desarrollarnos aún más en esa versión anémica, que teníamos hasta ese entonces, de lo que significa adoptar el ser un investigador cualitativo, de lo que se refiere a comprometerse a un estilo de percibir las circunstancias, desde otro prisma, desde la otra vereda, en función de las metodologías de investigación en el área de la kinesiología, teniendo en cuenta que la hegemonía recae en el enfoque cuantitativo en comparación de lo cualitativo en esta disciplina, según nuestra perspectiva. De esta manera, nos posicionamos en este paradigma para impregnarnos de esta identidad como investigadores y como futuros kinesiólogos.

Buscando respuestas a estas inquietudes nos enfocamos en lo que nosotros considerábamos que son los pilares de la disciplina, el cuerpo y el movimiento, poniendo énfasis en el cuerpo como fuente de múltiples significados, etiquetándolo de polisémico en función de que cada integrante lo describía de manera diferente según sus creencias, teniendo puntos en común que se entre-

cruzaban en nuestra formación académica, sin embargo, abogábamos a que el punto de inflexión recaía en la subjetividad del punto de referencia de cada sujeto integrante del equipo.

Luego, consecuente a la inquietud surgida, nos preguntamos ¿cómo se proyectaría esta situación en el contexto de kinesiólogos con la experiencia en un área determinada? Desde la “humildad epistemológica”, sabíamos que anteriormente en nuestro contexto local, escuela de kinesiología de la universidad Andrés Bello, ya se habían desarrollado investigaciones que incluían como objetivo develar el fenómeno del cuerpo en escenarios como el “quehacer kinésico en el área músculo-esquelético” y “kinesiología escolar” entre otros, a favor de eso, consideramos que era una oportunidad emergente de desarrollo de conocimientos como línea de investigación.

Para encontrar nuestro lugar dentro de este escenario, buscamos contextos en el que tuviéramos la oportunidad de desarrollar el concepto del fenómeno del cuerpo, hasta que llegamos al consenso de incursionar en el área de la neurorehabilitación. Llegar a esto fue posible gracias a la búsqueda del estado del arte de nuestro foco de investigación, en el que se hace alusión a enfoques fenomenológicos en el que se presentan experiencias en la que la relación entre el kinesiólogo y el usuario se enmarca en la búsqueda de solucionar aquellos deterioros que aparecen luego de una lesión en el sistema nervioso, ya que es aquí, dependiendo de la severidad de la lesión y la realidad venidera del usuario, que aparece una reorientación, cambios en la identidad, percepción y experiencia del cuerpo propio. Fundamentalmente, pusimos el enfoque en el kinesiólogo, ya que, consideramos que él en este contexto experimenta en co-construcción con el otro, experiencias corporales de él mismo y del usuario, relacionándose y marcando el enfoque de su quehacer kinésico, en respuesta de aquella identidad profesional relacionada con el cuerpo que buscábamos encontrar.

Hasta ese entonces solo nos manejábamos desde el material disponible, nuestro marco teórico, en el cual nos apegamos a un concepto que reunía

aquellos argumentos posibles de llevar a lo práctico, el embodiment. No hablaremos aquí en profundidad de este concepto ya que fue explicado anteriormente, sino que la intención es explicitar que de alguna manera aquel término nos identificó tanto, que en definitiva adoptamos esa forma de percibir el fenómeno del cuerpo, ya que reunía y potenciaba los elementos objetivos, subjetivos y sociales que conviven en el significado de cuerpo y se relaciona bastante con el marco teórico encontrado hasta ese entonces.

Al momento de construir la estrategia de construcción de datos, nuestra pauta de entrevista, intentamos ser lo más consecuente con nuestros objetivos de investigación, la cual en su desarrollo tuvo muchas modificaciones, ya que, caíamos en el error de ser muy referentes a nuestro marco teórico recibiendo críticas de que posiblemente los conceptos incluidos no iban a ser comprendidos fácilmente por el participante y el lector. Además, si nuestro foco es el cuerpo, el método no lograba abarcar el fenómeno en su primera instancia. Aun así, siendo nuestra primera aproximación en este método, que siendo honestos, desde un inicio al ser novatos no estuvo exento de limitaciones, miedos y dudas en su proceso, dio paso a ser curtido y evolucionado gracias a las críticas recibidas hasta alcanzar los resultados expuestos. Sin embargo, metodológicamente consideramos que de alguna manera, con nuestra intención de entregar un material de calidad, en un futuro cercano el proceso puede ser perfectible si incluimos otras estrategias de recolección de datos, como por ejemplo, diarios reflexivos entregados a los participantes, observación participante en los escenarios del quehacer kinésico, grupos focales, entre otros, para así llegar a comprender con mayor profundidad los significados que se pueden ir construyendo en conjunto con ellos.

Para analizar los datos, debemos ser sinceros con el lector y los participantes y dejaremos un rastro del proceso. Tuvimos que hacer el ejercicio de poner entre paréntesis nuestras preconcepciones y juicios que automáticamente surgían desde nosotros, para de este modo dar paso a

exponer y representar tal cual los relatos de los invitados a participar. Este ejercicio no fue para nada fácil, ya que como investigadores cualitativos también somos partícipes en la construcción de los datos, e inherentemente está el fenómeno de la intersubjetividad que se veía reflejado cuando se entrecruzaban nuestras creencias con las de los informantes. Todo aquello, en el proceso dio lugar a ser parte de nuestro aprendizaje y logramos que fuera quedando entre paréntesis, para dar luz de forma fidedigna los discursos de los participantes, consecuente con las múltiples realidades que se construyen en relación con su contexto y sus creencias.

Durante el proceso de análisis de los datos que obtuvimos, se nos presentaron dificultades técnicas con respecto a la utilización del software ATLAS.ti, ya que ninguno de nosotros tenía un manejo claro de cómo alcanzar nuestros objetivos mediante el programa, cuestión que se solucionó conforme pasó el tiempo dominando los aspectos de la plataforma de análisis, con tal de organizar los datos para su posterior presentación y final discusión. Otro ítem importante dentro de esta etapa fue la codificación, obtuvimos una lista de códigos extensa y teníamos la sensación de que cada uno de ellos aportaba algo al resultado final, sin embargo gracias al trabajo de revisar la lista, logramos darnos cuenta de que algunos representaban en su significado profundo, lo mismo, lo que al final permitió reducir el número final de códigos con los que trabajamos

Algo que nos acompañó durante el proceso completo, fue el amplio marco teórico donde nos situamos como investigadores para elaborar nuestro proyecto de investigación. En primera instancia nos encontramos con críticas acerca de la amplitud del tema y del marco teórico propiamente tal, y nos sugirieron acotar y simplificar el análisis de la literatura, sin embargo, nos encontramos convencidos que es el camino correcto dado que se relaciona con el enfoque de la investigación que nosotros queremos.

El lenguaje que utilizamos en la narrativa del documento, fue un tema tangencial durante el proceso, nos cuestionábamos constantemente si nuestras

ideas eran plasmadas en el texto como nosotros creíamos y que el lector comprendiera lo que se quería decir. En las primeras instancias, recibimos críticas que hacían referencia a nuestra forma de presentar y explicar, es decir, expusimos conceptos que no quedaban claros por sí solos, que necesitaban del desarrollo suficiente para ser entendidos. Fuimos superando este aspecto y sin dejar de lado nuestro estilo, logramos que el mensaje se transmita a través de la escritura.

En términos del impacto que tienen los resultados que presentamos como el producto final de nuestra investigación, tenemos la seguridad de que el concepto de cuerpo tiene lugar en el quehacer kinésico. La forma en la que estos conceptos se interrelacionan dependerá de cada contexto, profesional y usuario que actúen en esta escena, sin embargo, los aspectos mencionados en esta investigación, dan cuenta de la posibilidad de pensar desde el cuerpo el cómo planeamos nuestro quehacer kinésico en cualquier ámbito de desarrollo profesional. También pudimos entender una relación que surgió de los resultados respecto al cuerpo y el quehacer de la disciplina, algunos participantes nos explicaron que el cuerpo es la “herramienta de trabajo” del kinesiólogo, y que es debido a esto que se le añade una suerte de “valor agregado” al cuerpo, se vuelve algo delicado, que se debe cuidar, ya que un cuerpo lesionado no podría eventualmente realizar el trabajo.

Finalmente, nos quedamos con la sensación de que estamos aportando una nueva mirada a la investigación a nivel local, enfocándonos en marcos teóricos atingentes a las necesidades y a la evolución que está viviendo la kinesiología, trasladando el debate hacia lo interdisciplinario, al escenario social, para así contribuir a nuestro perfil enmarcado en el modelo biopsicosocial. Al mismo tiempo apuntamos a ampliar nuestro foco de estudio, para profundizar aún más en los significados de cuerpo que se conjugan al momento de trabajar con los usuarios, y también, por qué no, de indagar en el significado de cuerpo que le atribuyen, esta vez, desde los usuarios.

6. CONCLUSIONES

En cuanto a los resultados finales, sabemos que el rol del kinesiólogo en el contexto de la Clínica Los Coihues, está bien delimitado. Existe la claridad del papel que cumplen, este se basa en la evaluación y en el planteamiento de objetivos, desde el conocimiento técnico y la consideración de las necesidades que presenta cada uno de los usuarios. Y al mismo tiempo, se ven como un pilar emocional y de seguridad para los usuarios y sus respectivas familias

Dentro de cómo se relaciona esto último al concepto de cuerpo, los participantes plantean que existe la separación entre el cuerpo y el cerebro o la mente. El cuerpo está en un marco anatómico, biológico, fisiológico, mientras que en la mente o el cerebro, radica el control que se ejerce sobre éste, la forma en el que nos relacionamos con el mundo, y como este tiene un rol en la comunicación con el otro.

En este último punto queremos detenernos. El cuerpo, según los entrevistados, manifiesta señales, un lenguaje que está inmerso en lo no verbal, y de esta forma ellos pueden comunicarse y conocer a los usuarios sin la necesidad de hablar verbalmente con ellos, esto es importante para conocer el quehacer kinésico y cómo estos aspectos modifican el día a día de los profesionales. Por otro lado, los participantes, en un ejercicio empático, se ponen en el lugar del otro, y mencionan que creen que los usuarios sienten que su cuerpo es un “estorbo” dada la condición de salud que presentan. Esto implica que la visión de cuerpo de los kinesiólogos, no solo está enmarcada en el concepto de la separación del cuerpo y la mente, sino que confieren la importancia que significa el cuerpo para las personas, en términos de lo que están sintiendo por sus experiencias vividas a raíz de su condición de salud. También pudimos entender una relación que surgió de los resultados respecto al cuerpo y el quehacer de la disciplina, algunos participantes nos explicaron

que el cuerpo es la “herramienta de trabajo” del kinesiólogo, y que es debido a esto que se le añade una suerte de “valor agregado” al cuerpo, se vuelve algo delicado, que se debe cuidar, ya que un cuerpo lesionado no podría eventualmente realizar el trabajo. Dentro de los relatos también obtuvimos un extracto de cómo los kinesiólogos participantes desarrollan sus pensamientos en escenarios particulares respecto a los usuarios, de cómo ellos se plantean sus dudas respecto al cuerpo del otro, a lo subjetivo, incluso se abordaron temas como la vida y la muerte, “¿es solo un cuerpo o es alguien más?”. En este mismo ejercicio se tocó un tema que los participantes destacaron y es el hecho de verbalizar estas reflexiones. En ocasiones se nos aclaró que los terapeutas sí realizan esta clase de preguntas personales, pero no se conversan ni se tocan de manera común, que expresar y manifestar este tipo de tópicos resulta importante para ellos, e incluso para cualquier terapeuta, o bien, para aquel que no ha realizado una introspección sobre el significado del cuerpo, pueda cuestionarse y comenzar estos procesos internos de manera personal. Esto, de cierta manera, nos responde a cómo los participantes involucran el cuerpo en el quehacer kinésico, a cómo los kinesiólogos ven y cómo se cuestionan aspectos sobre la disciplina, sobre la práctica, sobre sus creencias, sobre ellos, sobre los usuarios, de la terapia, de la intervención, de la comunicación, de alguien como yo, a alguien como tú.

Nos queda la claridad de que la complejidad del tema no ha sido todavía abordada con la profundidad que deseamos, y somos conscientes de que existen todavía fallas y vacíos, por lo cual tenemos como objetivo desarrollar aún más la investigación para lograr una mejor investigación. Finalmente, tenemos la intención de continuar como una línea de investigación en base al significado de cuerpo y el quehacer kinésico, atentos a los aportes de colegas de diversos contextos que lo han desarrollado y también para aportar en la realidad local de dicho fenómeno en el cual nos hemos involucrado.

7. ANEXOS

7.1 Consentimiento informado

Consentimiento Informado

Usted ha sido invitado a participar como informante clave en nuestra investigación “Significado de cuerpo en el quehacer kinésico en neurorehabilitación: una aproximación fenomenológica.”, cuyo objetivo general es comprender el significado que le atribuyen al cuerpo, respecto del quehacer kinésico los kinesiólogos de la Clínica los Coihues en el contexto de la neurorehabilitación.

Esta investigación es un estudio fenomenológico, el cual es de carácter cualitativo y busca develar los significados que le atribuyen las personas a determinado fenómeno. Debido al enfoque de este estudio, la construcción de datos es a través de una entrevista semi-estructurada, la cuál será grabada en audio, luego transcrita para su posterior análisis, cabe mencionar que se le devolverá la transcripción de la entrevista y el posterior análisis de datos.

Por parte de nuestro equipo de investigación garantizamos el total anonimato y además la garantía de que usted puede retirarse del estudio en cualquier momento que lo desee.

Autorización

Yo:

.....,

Rut:, tomo conocimiento acerca de las características y condiciones de este estudio y acepto participar.

Firma

Anexo 1. Consentimiento informado.

7.2 Pauta de entrevista

PAUTA DE ENTREVISTA

1) Contexto → Presentación

- a. Área de desarrollo → Motivaciones por el ámbito de neurorehabilitación ¿cómo llego a dónde está? ¿Realiza un trabajo extra? ¿Qué le llama la atención de esta área? ¿Qué opina acerca del rol del kinesiólogo/desempeño en esta área?
 - i. ¿Por qué neuro?
 - ii. ¿Desde cuándo?
 - iii. Enfoque específico → ¿Sigue algún modelo teórico en específico de intervención?
- b. Modelos de intervención
 - i. Planteamiento de objetivos
 - ii. Toma de decisiones individuales
- c. Trabajo interdisciplinario → ¿Cómo ha sido su relación con los profesionales kinesiólogos y por otro lado con el resto de las demás disciplinas en salud/rehabilitación?
 - i. Toma de decisiones grupales → ¿En la realidad clínica se plantean y toman decisiones grupales? ¿cuál es la manera o dinámica de las tomas de decisiones?
- d. Relación con los usuarios. → 1) Reláteme un día con un usuario, que usted considere importante o llamativo que nos quiera compartir.
 - i. General → Según su opinión,
 - 1) ¿Qué rol cumple el usuario en la interacción T-U?
 - En la intervención
 - 1) ¿Qué papel juega el kinesiólogo en la intervención?

2- Cuerpo → Si yo le digo cuerpo ¿qué es lo primero en lo que piensa?

- a. Significado de cuerpo.
 - i. Cuerpo propio.

Me gustaría que me relatara cómo percibe su cuerpo.

ii. Cuerpo según los usuarios.

Si nos pusiéramos en el lugar de los usuarios ¿Cómo el usuario percibiría su cuerpo? ¿Cómo cree que el usuario percibe el cuerpo del terapeuta? Ejemplo.

iii. Cuerpo usuario o según el kinesiólogo.

En este mismo sentido cuente como usted percibe el cuerpo del usuario.

¿Qué aporta o cómo influye esta mirada en el quehacer kinésico? Ejemplifique.

iv. Cuerpo en marco de intervención → ¿Cuál es el rol que usted le atribuye al cuerpo durante una intervención?

v. Evolución-cambio del significado de cuerpo (temporal, formación, laboral)

Según su trayectoria profesional, descríbame cómo ha ido evolucionando su significado de cuerpo (si no se le ocurre considere por etapas, o sea, previo a la u, universidad, clínico, postgrado, docente)

b. Rol del cuerpo: el rol que cumple el cuerpo en la sociedad actual (una pregunta).

i. Rol del cuerpo en la disciplina

ii. En la intervención

iii. En la vida

iv. Religión

v. Importancia del cuerpo

3- Quehacer

a. Kinesiología actual

b. Visión de kinesiología a futuro

Anexo 2. Pauta de entrevista.

8. BIBLIOGRAFÍA

Araiza, A. (2007). Transformaciones del Cuerpo en Psicología Social. *Psicología: Teoría e Investigación*, 111-118.

Bidegain, L. R. (2014). Prácticas corporales y usos del cuerpo: sobre lo que podemos no hacer. En c. Ezequiel Cambolor et al., *Prácticas de la Educación Física* (págs. 235-245). La Plata: Colección Colectiva y Monográfica 2.

Bourdieu, P. (1993). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.

Carpenter, C., & Suto, M. (2008). *Qualitative research for Occupational and Physical Therapist: A practical guide*. Blackwell Publishing Ltd.

Castillo, E., & Vásquez, M. (2003). El rigor metodológico de la investigación cualitativa. *Colombia médica*, 164-167.

Clínica Los Coihues. (2016). *NeuroRehabilitación - Clínica Los Cohues*. Obtenido de <http://www.clinicaloscoihues.cl/que-es-la-neuro-rehabilitacion/>

Cornejo, M., & Salas, N. (2011). Rigor y calidad metodológicos: un reto a la investigación social cualitativa. *Psicoperspectivas, individuo y sociedad*. Vol.10 n°2, 12-34.

Damasio, A. (1994). *El Error de Descartes*. Southern California: Crítica.

Elvén, M., Hochwälder, J., Dean, E., & Söderlund, A. (2014). A clinical reasoning model focused on clients' behaviour change with reference to physiotherapist: its multiphase development and validation. *Physiotherapy Theory and Practice*, 1-13.

Ferrante, C. (2008). *Corporalidad y temporalidad: fundamentos fenomenológicos de la teoría práctica de Pierre Bourdieu*. Nómadas.

Ferrante, C. (2009). Cuerpo, discapacidad y violencia simbólica: un acercamiento a la experiencia de la discapacidad motriz como relación de dominación encarnada. *Boletín Oñteiaiken*, 17-34.

Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.

Foucault, M. (1999). *Estética, ética y hermenéutica*. Barcelona: Paidós.

Gibson, B., & Nicholls, D. (2010). The body and physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice: An International Journal of Physical Therapy*, 497-509.

González, M., Mojica, V., & Torres, O. (2010). Cuerpo y movimiento humano: perspectiva histórica desde el conocimiento. *Movimiento científico*, 73-79.

González, R., & Jiménez, G. (2011). Fenomenología del entrecruce del cuerpo y el mundo en Merleau-Ponty. *Ideas y Valores*, 113-130.

Hernández, R. (2014). La investigación cualitativa a través de entrevistas: su análisis mediante la teoría fundamentada. *Cuestiones pedagógicas*. Vol 23, 187-210.

Martínez, C. (2012). El muestreo en la investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciencias & colectivas*, 613-619.

Molina, N. (2013). Reflexiones para el abordaje de la salud, el cuerpo y el movimiento corporal en la escuela. *revista de la facultad de medicina*, 469-476.

Mora, A. (2008). Propuestas desde la Antropología para el abordaje de las dimensiones socioculturales del cuerpo: un aporte al debate Educación Física / Educación Corporal. *Educación Física y Ciencia*, 10, 59-73.

Morales Caro, M., & Torres Baquero, M. (2013). Acercamiento y comprensión del cuerpo-sujeto en la kinesiterapia: una experiencia académica. *Rev. Fac. Med*, 477-482.

Morales, E. (2006). Construcción y deconstrucción del fenómeno corporal: la construcción de la máquina (San Agustín, Santo Tomás, Descartes). *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 5-20.

Moreno-Fergusson, M. E., & Amaya-Rey, P. (2009). Paraplejia: pasado y futuro del ser. *Index de Enfermería*, 185-189.

Morin, E. (2001). *Los siete saberes para la educación del futuro*. Barcelona: Paidós.

Øberg, G. K., Normann, B., & Gallagher, S. (2015). Embodied-enactive clinical reasoning in physical therapy. *Physiotherapy theory and practice*, 31(4), 244-252.

Ojeda, C. (2001). Francisco Varela y las ciencias cognitivas. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 286-295.

Piñuel, J. (2002). Epistemología, metodología y técnicas de análisis de contenido. *Estudios de sociolingüística*. Vol 3 n°1, 1-42.

Prieto, A., & Naranjo, S. (2005). El cuerpo, en el campo de estudio de la fisioterapia. *Rev. Fac. Med. Univ. Nac. Colombia*, 57-71.

Quesada, F. (2012). Filosofía del cuerpo de Jean-Luc Nancy y Bioética de la trasplantología. *rev.latinoam.bioet*, 20-29.

Rodríguez, L. (2012). Heidegger y el fenómeno del cuerpo. *Apuntes para una antropología postmetafísica*. *Themata*, 209-216.

Rojas, A. S. (2011). Análisis desde Michel Foucault referentes al cuerpo, la belleza física y el consumo. *Polis*, 559-581.

Rosato, A., & Alfonsina, M. (2009). *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit*. Buenos Aires: Noveduc.

Salgado, A. (2007). Investigación cualitativa: Diseños y evaluación del rigor metodológico y retos. *LIBERABIT*, 71-78.

Sandín, M. (2003). Investigación cualitativa en educación. Fundamentos y tradiciones. Mexico: Mc. Graw Hill.

Sivertsen, M., & Normann, B. (2015). Embodiment and self in reorientation to everyday life following severe traumatic brain injury. *Physiotherapy theory and practice*, 31(3), 153-159.

Valverde, J. d. (2012). El gesto analógico. Una revisión de las "Técnicas del cuerpo" de Marcel Mauss. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad.*, 75-87.

Varela, T. R. (1992). *De cuerpo presente*. Barcelona: Gedisa.

Villanueva, J. (2012). Las bases corporales de la subjetividad en la fenomenología de Husserl. *Revista de Abordagem Gestáltica*, 13-19.