

**CONVENIO UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL
CENTRO INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN Y DESARROLLO HUMANO
CINDE**

Discurso Fisioterapéutico, esguince a la subjetividad.

CARMEN ELENA SUAREZ REYES

Autora

Bogotá, Octubre de 2010

**CONVENIO UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL
CENTRO INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN Y DESARROLLO HUMANO –
CINDE**

Discurso fisioterapéutico, esguince a la subjetividad.

CARMEN ELENA SUAREZ REYES

**Tesis para optar por el título de Magíster en
DESARROLLO EDUCATIVO Y SOCIAL**

Tutora

Ft, Especialista, Mg. AYDEÉ LUISA ROBAYO TORRES

Doctoranda en Educación

Bogotá, Octubre de 2010.

CONTENIDO

	Pág.
Introducción.	
Norte o Sur	i
Capítulo 1	
1. DISCURSO, UN DISPOSITIVO DE PODER SOBRE, EN Y PARA LOS CUERPOS, Ó DE... QUIEN ME HIZO CAER?	
1.1.1 ¿Qué entender por discurso?	5
1.1.2 Discurso como productor de sentido.	7
1.1.3 Discurso como dispositivo, algo más que una requisición lingüística!	10
1.1.4 Discurso clínico ó... ¿quién se enfermó?	11
1.1.5 Relación entre el Discurso clínico y re significación de subjetividad	12
1.1.6 Discurso fisioterapéutico clínico, mi herencia!	13
1.1.7 Discurso cinético o ¿quien se movió?	15
1.1.8 Discurso fisioterapéutico clínico	16
Capítulo 2	
2. LA SUBJETIVIDAD MANIFIESTA O...QUIEN HABITA ALLÍ?	
2.1 ¿La subjetividad manifiesta ó... quien habita allí?	20
2.2 ¿De qué sujeto o subjetividad se esta hablando?	24
2.3 ¿Por qué el sujeto y la subjetividad fisioterapéutica?	26
2.4 Subjetividad en el acto fisioterapéutico	27
Capítulo 3.	
3. ESTADO DEL ARTE SOBRE DISCURSO FISIOTERAPÉUTICO, CLÍNICA Y SUBJETIVIDAD; ó LO DICHO Y NO DICHO.	31
Capítulo 4	
4. DISEÑO METODOLÓGICO ò EI CAMINO ESCOGIDO, UNO MAS DE MUCHOS, PERO ES EL MÍO!!	37
CAPITULO 5	
5. LA CURA, O LA SUBJETIVIDAD EN TRANSITO	44
BIBLIOGRAFÍA	57

LISTA DE ANEXOS

	Pg.
ANEXO N°1. MICRÓFONO EN PRIMERA PERSONA	61
ANEXO N°2. DOBLE CIEGO PERO NO SORDO	75
ANEXO N°3. EI SUJETO QUE SE VE EN EL ESPEJO	88
.....	

RESUMEN ANALÍTICO DE LA TESIS

TIPO DE DOCUMENTO: Tesis de investigación. Aspirante Grado Magíster

ACCESO AL DOCUMENTO: CINDE Bogotá, UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL.

TITULO DEL DOCUMENTO: **Discurso Fisioterapéutico, esguince a la subjetividad.**

AUTOR: CARMEN ELENA SUAREZ REYES

PALABRAS CLAVES: Discurso, subjetividad, poder, fisioterapia.

OBJETIVOS:

General Develar la Subjetividad del Fisioterapeuta Colombiano que Emergen en su propio discurso en el ámbito de la clínica.

Específicos:

- Construir el estado del arte de lo que atribuye al discurso fisioterapéutico clínico y su relación con la subjetividad.
- Describir el discurso fisioterapéutico percibido en el acto terapéutico.
- Interpretar lo decible y lo no decible en el acto fisioterapéutico clínico, desde el discurso cinético del acto terapéutico.
- Proponer una correlación entre los modos de subjetivación que se evidencian en el discurso fisioterapéutica clínico y la subjetividad profesional.

FUENTES: Se consultaron mas de cincuenta textos correspondientes a libros, revistas, consultas en la red y módulos de la maestría; tomando como fundamental es para la interpretación, las tesis de maestría bajo la cordinación del cinde en el año de 1996 por Julia Castro y en el año del 2007 Por Aydeé Robayo.

La información fue tomada de fisioterapeutas clínicos, con mas de diez años de experiencia en el campo.

CONTENIDOS: El Documento investigativo retoma conceptos como discurso, saber y poder, y la relación de éstos con la constitución de sujeto; y analiza el contenido de los

discursos del fisioterapeuta clínico y su relación con la constitución del sujeto a través de categorías propuestas y analizadas por Larrosa.

METODOLOGÍA: En la realización de ésta investigación se hizo uso del enfoque cualitativo hermenéutico; y el ejercicio de la interpretación transcurrió por tres momentos 1) Descriptivo, 2) Hermenéutico y 3) Construcción teórica. Abordando tres grupos para la adquisición de la información (entrevistas, grabaciones doble ciego y grupo de discusión) y desde allí se analizaron los contenidos de los discursos del fisioterapeuta clínico desde la oralidad y lo cinético, hallando regularidades en su contenido y proporcionado categorías características del ejercicio profesional de la fisioterapia.

CONCLUSIÓN: Se creó un espacio documental y reflexivo, donde se consignó el estado del arte del concepto de discurso en fisioterapia y la descripción e interpretación del discurso (decible y no decible) fisioterapéutico clínico; hallando particularidades en los discursos como fruto del verse, narrarse y juzgarse (en el afán de la cura a la esquizofrenia), y la incidencia que tiene éste en la constitución de subjetividad del fisioterapeuta en el ejercicio profesional.

FECHA DE ELABORACIÓN: Octubre de 2010

NORTE O SUR?

*La educación y la salud, son áreas de la política del estado, que se constituyen en espacios fértiles por donde estallan las más sórdidas contradicciones de los procesos sociales.
(Dr. Tanius Karam)*

Preguntarse por el lenguaje desde su función (comunicativa, significativa y estética) en el proceso para la transformación de la experiencia humana, es reconocer el alcance productivo del discurso, desde esa posibilidad casi poética de la idea que este sustenta o que oculta, es reconocer la palabra como productora incluso de estructuras.

El preguntarse por estas posibilidades del discurso hegemónico de mi profesión, constituyen pesquisas que han surgido en mi formación en la maestría, como lugares de sentido, de inquietudes y de fracturas, de lo que yo capto con, desde y en este cuerpo que habito.

Estas preocupaciones me han hecho vivir en una situación de frontera, entre el mundo de la vida y el mundo de la cultura fisioterapéutica que mi gremio me heredó, esa cultura que semiotizó también mi discurso, ese capital discursivo que me clasa en este colectivo, mediador entre el creador y el enfermo!! Que quimera!

Pero que plácido lugar este que me otorgó esta condiciónseudocientífica, y que me mintió diciéndome que *la verdad* podría existir por fuera de las relaciones de poder.

Comencé esta dura aterrizada en el mundo de la acción humana sintiéndome y creyéndome uno de los profesionales autorizado para vigilar y castigar los cuerpos, y así viví irresponsablemente, y aunque no se crea¹, exitosamente, en el sistema de salud y desprotección social, donde el discurso de la eficiencia y la efectividad, son claro azote positivista de el poder disciplinario que ordena y distribuye los cuerpos dóciles a través de una red de dispositivos sociales, entre

¹ Porque la vergüenza como el miedo siempre son culposos

ellos el discurso, con una intención de potenciar o de ocultar, entre otras, subjetividades concretas y homogenizadas.

No entendía como desde el discurso científico hegemónico, ese que yo ejercía, se configuraban subjetividades de pacientes, como resultado de una entronización, interiorización dirían Berger y Luckman, que se ha instaurado en el cuerpo fisioterapeuta, en su ser quien es, en su propia subjetividad. No se puede pretender imprimir, aquello que no ha sido impreso, in-corporado, nunca mejor dicho!!

Problematizar la subjetividad fisioterapéutica, es olfatear una marmita temática que me es propia, en tanto y cuanto, que sigo siendo fisioterapeuta, todo ello mientras se anida leoninamente, este lapso de resistencia que la maestría me dejó; no puedo pasar de largo, ya no!

Necesito estas respuestas, casi existenciales, tras la lesión acaecida en este trasegar maestría, que mas que aportes teóricos, conceptuales, ha logrado que me pregunte por lugares y posturas que la profesión no me responde, en un intento de calmar este escozor intelectual y humano, tal vez en búsqueda de la cura.

Es por ello que ahora, quisiera expresar que este el norte que orienta mi experiencia de indagación, pero tal vez, solo tal vez, es más bien al sur al que me enfilo mis velas.

Bienvenidos a este viaje!

*“cada vez más vivimos el inxilio,
el exilio interior,
y con ello la exclusión”.*

Juan Manuel Roca

CAPITULO 1

DISCURSO, UN DISPOSITIVO DE PODER SOBRE, EN Y PARA LOS CUERPOS, Ó DE... QUIEN ME HIZO CAER?

CAPITULO 1

DISCURSO, UN DISPOSITIVO DE PODER SOBRE, EN Y PARA LOS CUERPOS, Ó DE... QUIEN ME HIZO CAER?

1.1. ¿Qué entender por discurso?:

“Imaginar es escoger”

Jean Giono

El Discurso (D)² se ha convertido en un término, concepto, variable, emblema e interés que traspasa fronteras disciplinarias. No es reducible a un ámbito específico (ambientes formales e informales), y su puesta en escena puede servir para explicar fenómenos sumamente amplios tanto en la materialidad discursiva en sí, como en el comportamiento de sus usuarios (productores e intérpretes) (Dr. Tanius Karam)

Existe una pluralidad de configuraciones y comprensiones sobre el discurso desde distintas perspectivas teóricas que unas veces difieren y otras coinciden en cuanto a la forma de comprenderse puede ser explicable a partir de la convergencia de distintos factores: a) el desarrollo mismo de la historia del discurso; b) la pluralidad de autoridades y acepciones que el mismo término tiene; c) la cada vez mayor variedad de disciplinas que acuden a las teorías del discurso para explicar fenómenos, d) los distintos enfoques que se desarrollan en el hecho mismo de que al ser el discurso una realidad que aparece en toda práctica social, hace que su estudio e investigación no puede estar restringido a un área específica, sino por el contrario toda disciplina pudiese asumir el estudio del desarrollo de su propio discurso, y de su propia disciplina.(Ibídem)

² De aquí en adelante cuando se utilizará esta sigla para nombrar el Discurso.

La palabra Discurso, suele ser entendida como “texto” escrito y hablante que genéricamente se establecen algunas diferencias, como “la manifestación concreta del discurso” es decir, “el producto en sí”; y “discurso” se entiende como: “todo el proceso de producción lingüística que se pone en juego para producir algo”

Brevemente, traeré a algunos autores que aportan a la identificación de tres tendencias fuertes, en la conceptualización de la palabra discurso, y todo lo que él enmarcaría de acuerdo con estos autores:

- Una primera aproximación formalista (intra-discursiva), que ve al discurso como fuente de sí mismo, sea que se trate de frases o enunciados, o bien de relatos o macro-estructuras. Para comprender el texto hay que ir al marco interpretativo del mismo y en tal aproximación el estudio se puede acentuar meramente en lo sintáctico o en lo narrativo, en cuanto construcción de relato (Greimas). Esta perspectiva incluye una mirada del discurso como unidad lingüística de dimensión superior a la oración (transoracional) un mensaje globalmente, un enunciado.
- Una segunda perspectiva, enunciativa (Benveniste, Jakobson) considera al discurso como parte de un modelo de comunicación. Desde esta óptica el discurso se define como una determinada circunstancia de lugar y de tiempo en que un sujeto de enunciación organiza su lenguaje en función de un determinado destinatario (tú, vosotros)”. Benveniste y Jakobson buscaban desentrañar cómo se inscribe el sujeto hablante en los enunciados que emite; es decir, cómo el enunciador aparece en el enunciado; cómo el usuario de la lengua se apropia de ella, se vincula a ella de una manera específica y deja constancia por medio de índices específicos
- Finalmente, la perspectiva materialista del discurso de Pecheux y Robin, entiende al discurso como una práctica social vinculada a sus condiciones sociales de producción, y a su marco de producción institucional, ideológica cultural e histórico-coyuntural. Pecheux piensa que el sujeto-emitente no está en el origen del significado del discurso sino que está determinado por las

posiciones ideológicas puestas en juego en los procesos sociales en los que se producen las palabras .y también se agencian particulares subjetividades.

Es de ésta última tendencia descrita, de la que quise ahondar en ésta investigación, pues desde la disciplina que me atañe, sí me considero sujeta del discurso, ese discurso ya determinado pero nunca estático y a la vez con afán de develar las subjetividades que de allí emergen.(Robayo, 2010)

1. 2 Discurso como productor de sentido.

El acto comunicativo en el que se convierte el discurso está regido por parámetros que enmarca el contenido del mismo, como por ejemplo situaciones, estructuras, relaciones sociales, etc. (Rojo M, 1998) Estos parámetros que evidencio como necesarios tenerse en cuenta al momento de realizar un análisis que busque develar algunos de los componentes implícitos que se dan en el discurso.

Dentro de las múltiples posibilidades de análisis discursivo tenemos, el que se acerca no solo a la estructura lingüística de lo expresado sino que traspasa los límites conceptuales y situacionales del acto comunicativo y logra evidenciar la filigrana que envuelve el tejido comunicacional, en este sentido proponer un estudio del *discurso fisioterapéutico clínico (DFC)*³ es adentrarse en un espacio poco estudiado y poco legitimado por academia, para extraer las realidades que se construyen desde el ejercicio profesional en fisioterapia.

Si entendemos, siguiendo a Martín Rojo (1998), que el análisis del discurso es “una práctica o compromiso social que está contenida en otras prácticas sociales, y que estas, a su vez, lo conforman e inciden en él, podemos asegurar que el discurso es un objeto en movimiento que también cuestiona, establece, consolida, regenera, o rechaza dichas prácticas”. Este movimiento asimétrico lleva a cabo la construcción del conocimiento, de las conexiones

³ De aquí en adelante cuando se utilizará esta sigla para nombrar el *discurso fisioterapéutico clínico*.

sociales, del sujeto, sus relaciones y, a la vez, revela las implicaciones que emergen en este proceso de construcción, Y de nuevas subjetividades.

Así, el papel del discurso, como dispositivo persuasivo, fundamentaría ideologías, saberes y poderes que regulan lo que es normal o esencial a la hora de definir lo correcto, lo establecido o lo moralmente aceptado en determinada comunidad; se establece como el referente desde el que se tejen las estructuras sociales, políticas, económicas y morales de los sujetos actantes de toda situación comunicativa, o de toda practica social; que en éste caso se implica al fisioterapeuta, al paciente y todo aquel que haga presencia dentro del acto fisioterapéutico.

Sin embargo hacerme este tipo de planteamientos coloca al protagonismo en primera persona en el emisor de esta practica discursiva, en esta caso particular en el profesional que origina tal discurso; de tal modo que la pregunta investigativa que orienta esta experiencia de pesquisa como trabajo de investigación corresponde a : ¿Cuál es la subjetividad que emerge en el discurso del fisioterapeuta? Aunque suene pretencioso de un acto de descubrimiento y de olfateo de descripción propia del fisioterapeuta colombiano, la propuesta que he realizado metodológicamente pretende indagar a fisioterapeutas que ubicadas en diferentes regiones del país pudiesen permitirme completar una pesquisa que hable un tanto de lo nacional en éste análisis.

En ese sentido, vale preguntarnos con mayor detenimiento qué papel juegan **determinados** discursos fisioterapéuticos en el establecimiento de las clases sociales y en la ejecución comportamientos y subjetividades, que el sujeto adopta y adapta cuando se hace partícipe en actos comunicativos; de igual manera es necesario reconocer que un discurso no solo se legitima desde lo establecido sino que también emerge desde la disidencia. El discurso, entonces, logra sugerir identidades, modelos de subjetivación y sujetos que se auto disciplinan por medio de su propio discurso, se relegan o autorregulan en concomitancia con las situaciones creadas por el acto comunicativo.

Aunque no todos los discursos logran tener una trascendencia social, sí se establecen como parámetros que construyen individualizaciones (Díaz, E, 1993) que son controladas y reguladas por la producción discursiva; en palabras de Foucault, (citado por Díaz, E.)

“He aquí la hipótesis que querría emitir...supongo que en toda sociedad la producción del discurso está a la vez controlada, seleccionada y redistribuida por un cierto número de procedimientos que tienen por función conjurar los poderes y peligros, dominar el acontecimiento aleatorio y esquivar su pesada y temible materialidad”(Foucault, M. 1970).

De tal manera que la propia construcción del sujeto y de su identidad no es más que el cúmulo de *otros* discursos circundantes y aleatorios que envuelven, identifican y construyen su historia.(Robayo, 2010) Ahora, existe el discurso no planeado, ese que surge del *azar* y que se podría ver como un discurso sin intención, tal discurso es el que se da en la primera consulta paciente-fisioterapeuta, ese discurso no planeado se convierte en un escape del texto ritualizado que instituye la jerarquía médico-paciente, sin embargo este tipo de discurso tampoco queda aislado de los parámetros discursivos del contexto y en ese sentido se amolda a la situación y se constituye como un acontecimiento que está en las vertientes de los discursos de poder, ese poder que busca ser ejercido por usos o abusos del saber.

Para el paciente el discurso se convierte en una oportunidad de interactuar desde sus saberes, conocimientos y dudas, el paciente como sujeto se deja *llevar* por el acto comunicativo hasta consolidarse como un actuante del mismo y como un constructor de otros discursos que se revertirán en otras instancias.⁴ El discurso, se transforma, ya no bajo la influencia del autor sino por el actuar de todos los que participan en él, incluyendo el contexto en el que se

⁴ es notorio cómo algunos pacientes que tienen que vivir con una enfermedad se apropian del léxico médico y asumen saberes y conceptos como si fuesen versados en el tema, de tal manera que el interactuar con profesionales de la salud les es más fácil y en algunos casos la relación jerárquica se transforma.

desarrolla. Y esta deducción es la que nos anima a indagar sobre el quehacer fisisoterapéutico clínico.

1.3 Discurso como dispositivo, algo más que una requisición lingüística!

Desde la filosofía se describe dispositivo como un artefacto o maquinaria que lleva al hacer ver o hacer hablar y que permite desenmarañar el pasado, el presente (Deleuze G,1980), las líneas de poder y dominación y todo aquello que constituye un sistema de signos y símbolos por los cuales se crea realidad.

También podemos entender que un dispositivo es una red de relaciones entre objetos heterogéneos que suscitan un tipo de interpretación, para vislumbrar todas las fisuras por las que se escapan los discursos de dominación, jerarquización o de estereotipos, propios de la sociedad de control.

Gracias a los dispositivos es que se construyen sujetos, y estos actúan desde distintos modos de subjetivación que se accionan en la medida en que son requeridos en el acto comunicativo; un sujeto puede utilizar múltiples maneras de subjetivación, lo que le hace interactuar entre los miles de dispositivos que ejercen sobre su individualidad.

Como cada dispositivo proviene de un saber y no solo se constituye como algo externo, sino que ahonda en lo profundo de las estructuras discursivas que conforman las ciencias, las prácticas sociales y todo lo que implique el interactuar del ser con objetos, materias, o aparatos; por eso develar y desenmarañar la madeja que contiene los dispositivos se torna importante en la medida en que esto pone nuevamente en debate la construcción del sujeto, ya no desde la modernidad kantiana, sino desde la realidad virtual y posmoderna que estamos afrontando.

Cada uno de los dispositivos utilizados en cualquier acto comunicativo define la función estética, política, económica, ética, moral, etc., con la cual el sujeto se desenvuelve y se establece dentro del discurso, en ese sentido como lo

sugiere Lyotard citado por Duguet (cita)⁵ el dispositivo es el que permite que esa estructura mental, pensada y maquinada se haga realidad conforme a lo que se exige en cada acto discursivo.

El Discurso es un objeto cargado semióticamente, tiene la forma de lo cultural al interior de las relaciones sociales, pero también de lo disciplinar (controla, regula, propone), transformando desde la condición del mandato ocurriendo esto en el templo terapéutico (consultorio) desarrollándose en el acto fisioterapéutico.

El Discurso como categoría de propuesta por Bernstein, incluye prácticas, como dispositivo; va mas allá del lugar donde se origina (escuela, consultorio, etc), tiene toda una intencionalidad de enseñar, de modificar practicas; para demostrar como hacer lo que se debe o tiene que hacer; él tiene toda intencionalidad de disponer al sujeto ó sujetos participantes del mismo..

El Discurso agencia practica particulares, aunque no todas las prácticas significantes sean solamente verbales; como acto comunicativo existe comunicación en todo aquello que expresa, inclusive sin intención, como: señas, mirada, posturas o movimientos específicos que componen otro lenguaje no muy sonoro, pero no menos enunciable y pronunciable; ese lenguaje aquí percibido llamado: lenguaje cinético, que de igual manera se sentirá influenciado por el lugar o sitio donde acontece el acto terapéutico, pues él en su carga y distribución también habla.

En el Discurso como en cualquier otro dispositivo, la producción de efectos de éste es independiente de la voluntad de quienes agencian esa práctica, luego de emitirlo no tenemos control sobre sus efectos directos o sobre los peligrosos efectos secundarios de este, tan solo basta con una palabra, enunciación u orden para penetrar al otro, pero después de haber llegado allí, se pierde mi intencionalidad.

⁵ El dispositivo es un sistema complejo donde se determina, según las modalidades espacio-temporales y las condiciones de la experiencia particular, las posibles relaciones entre el espectador, la maquina, la imagen, el medio. Aparatajes técnicos y conceptuales, es el lugar donde se inscribe el cambio entre un espacio mental y una realidad material. Más que un principio explicativo, se trata de un conjunto de operaciones que deben delimitarse.

El Discurso como dispositivo produce efectos de significación, los cuales en el caso de la práctica fisioterapéutica, no han sido estudiados.

1.4 Discurso clínico o ¿quien se enfermó?

El discurso clínico (D.C) ha sido descrito y comprendido desde varios enfoques: por ejemplo, desde el análisis semiótico éste “se construiría en función de los conceptos médicos y cinéticos que evalúan el estado y posible evolución de organismo humano y surgirá tanto desde un enfoque teórico general, como en referencia a concretos individuos y situaciones específicas” (Magariños, 2006). Este DC se desarrollará a partir de componentes simbólicos, por lo que su análisis y el estudio de sus interrelaciones con los otros dos niveles requerirán los aportes no solo epistemológicos y metodológicos (Ibidem) propios de la disciplina, saber o enfoque, que pretenda su análisis.

Dentro de la mirada médica que envuelve el discurso clínico, pocas personas han reflexionado a profundidad sobre los intersticios que se generan en el actuar discursivo de cara a una intención concreta de proposición de particulares tipos de subjetividad.. (Foucault,1977) nos señala cómo las regularidades discursivas que se enfocan a determinado grupo de población son el producto de una práctica discursiva histórica, que su base está entre el pasado y el futuro y que el discurso se mueve entre estos dos elementos proporcionando nuevas vertientes que determinarán el actuar y moverse de los sujetos inmersos en el acto comunicativo.

En este sentido, cada enunciado, convertido en objeto, se mueve entre más objetos que han sido construidos o que se pretende se constituirán a partir del discurso y formarán parte del la textura discursiva global;⁶ si irrumpimos con estos preceptos tendremos que señalar, al igual que Foucault, que los discursos se transforman y transforman su entorno histórico y social.

⁶ Utilizamos el término global para referirnos a todo lo que encierra el discurso clínico.

Es por eso que el estudio de cada uno de los intersticios del discurso se hace necesario y vital, se vuelve una oportunidad para descubrir y reflexionar sobre lo que nos ha constituido como expertos en una ciencia o saber determinado, en este caso en el área de la salud.

En ese sentido cada profesional de la salud es un pálido reflejo de lo se le ha semiotizado, de la ética que ha construido por medio de su vivir, pero lo más importante un actor discursivo que genera con su vocabulario un sujeto clínico que rige cada una de las consultas o intervenciones en el área.

Sin embargo, no debemos olvidar que en la descripción discursiva no dejan de desplazarse el léxico, los signos y la interpretación, lo que hace que el profesional deje de ser un lugar estratégico y comience a jugar con los demás actores discursivos que utilizan y modifican su situación como sujeto observador (Foucault, 1977)

1.5 Relación entre el Discurso clínico y re significación de subjetividad.

El sujeto tiene un papel de posición en el discurso, quien habla, "más que un autor, es en alguna medida un actor posibilitado por una serie de relaciones externas a él" (García del Pozo, 1997, pp. 46)

En este discurso clínico, el profesional de la salud, es el "interrogador soberano, el ojo que mira, el dedo que toca, el órgano de desciframiento de los signos, el punto de integración de descripciones corporales ya hechas"(Ibídem, pp. 46) aquellos aprendidos del saber de la anatomía patológica. Es en el DC, ejercido en un escenario asistencial, donde se tejen particulares relaciones de las observaciones inmediatas y el dominio de las interpretaciones ya aprendidas. Puesta en escena de "códigos de percepción del cuerpo, parcialmente probadas, parcialmente experimental, y todo un sistemas de códigos de atención, dominio, tratamiento, abordaje⁷ del cuerpo" (Ibídem, pp.

⁷ Cual piratas biológicos, abordar puede aquí significar "tomar por asalto"

47), desde la condición de autoridad y de sacralización de lo que allí sea dicho e inferido.

1.6 Discurso fisioterapéutico clínico, mi herencia!

Es el que emerge en cualquier escenario en el que el fisioterapeuta se desempeña, pero mi interés es desarrollar una investigación que de cuenta el discurso fisioterapéutico y las relaciones discursivas que se establecen en el acto paciente-profesional.

Hay discursos que refuerzan el poder y la jerarquía social, en el discurso fisioterapéutico existen unos códigos que se identifican y que hacen más enmarcado el poder y la dominación que el terapeuta tiene sobre su paciente, cada uno de los actantes conserva un conglomerado de códigos que refuerzan los papeles o roles que cada uno está asumiendo en la consulta.

En el ejercicio diario de atención a pacientes se hace casi imperceptible el cúmulo de información que posee cada paciente y en ese sentido se nos olvida que cada uno de los actantes tiene una predisposición, y dicha predisposición ayuda a guiar y perfilar el sentido del discurso y los resultados que el acto comunicativo producirá en el proceso de rehabilitación.

Incluidos como institución, como condición gremial a un sistema que nos rige legalmente y denominados como ley de fisioterapia, en la ley 528 de 1999. Se nos define así:

*“La fisioterapia es una profesión liberal, del área de la salud, con formación universitaria, cuyos **sujetos de atención** son el Individuo, la familia y la comunidad, en el ambiente en donde se desenvuelven.*

Su objetivo es el estudio, comprensión y manejo del movimiento corporal humano, como elemento esencial de la salud y el bienestar del hombre.

Orienta sus acciones al mantenimiento, optimización o potencialización del movimiento así como a la prevención y recuperación de sus alteraciones y a la habilitación

y rehabilitación integral de las personas, con el fin de optimizar su calidad de vida y contribuir al desarrollo social. Fundamenta su ejercicio profesional en los conocimientos de las ciencias biológicas, social es y humanísticas, así como en sus propias teorías y tecnologías”.

Con unos requisitos mínimos por cumplir, referentes a:

- ✓ La dignidad de la persona humana.
- ✓ Fundamentación de principios científicos.
- ✓ Estudio de los usuarios en ámbito integral.
- ✓ Uso de principios metodológicos y éticos para la participación investigativa.
- ✓ Relación con el paciente de mutua lealtad.
- ✓ La actualización y capacitación deben ser de responsabilidad ética.
- ✓ Responsabilidad frente al desarrollo de orden social.
- ✓ Prestar servicios de la mejor calidad posible.

Y percibiendo que nuestro objetivo pretende ser el estudio, comprensión y manejo del Movimiento Corporal Humano, como elemento esencial de la salud y el bienestar del hombre.

Leer los párrafos anteriores prueba el dulce y poderoso refugio de la descripción medicalizada de mi profesión, sin embargo me gustaría poner en tensión elementos tales como: DFC en términos del conjunto de relaciones entre el fisioterapeuta como pedagogo el movimiento corporal humano, en términos de reconocimiento de la propia corporalidad; su papel de relevo en la disfunción del saber medico, y su papel de responsable de la salud pública. (García del Pozo, 1997, pp. 46)

El DFC es pues una práctica discursiva, implica un saber pero no una ciencia., necesito recordar-me que no existe saber sin una practica discursiva definitiva, y toda practica discursiva puede definirse por el saber que forma. Este saber en fisioterapia es pasar la conciencia constitutiva al discurso en tanto practica. El DFC va más allá de la demostración científica, para ubicarse además en ficciones, relatos, en mitos, encuestas, y en la institucionalidad que habla.

Es el espacio donde el sujeto podría tomar posición para hablar de los objetos de los que trata su discurso(Aceituno y Bornhauser, 2005)., en ese sentido el saber Fisioterapéutico clínico sería el conjunto de las funciones de miradas de interrogación, de desciframiento, de registro, de decisión, de problematización que puede ejercer el sujeto del ejercicio del terapeuta físico, en torno al Movimiento Corporal Humano. En este campo de saber, los conceptos aparecen, se definen y se transforman. Pasan de la conciencia constitutiva del Fisioterapeuta a la práctica.⁸

Aquí el sujeto fisioterapeuta. **No** crea un Discurso sino que se sujeta a un conjunto de reglas determinadas de las que es consciente, formando parte como un elemento no privilegiado del sistema de relación diferencial, es decir, el Discurso Terapéutico Clínico, también clasa!!

Desde esta postura solo el trabajo presentado por Julia Castro, el siglo anterior, fruto de su trabajo de maestría, pone el ojo y el dedo del discurso, y como es obvio, el oído, en estas particulares llagas e inflamaciones, que hoy describo como esguince!

1.7. Discurso cinético o quien se movió?

Los marcadores cinéticos son gestos como otros cualquiera, pero con la peculiaridad que realzan o magnifican lo que se está diciendo en el discurso, o incluso delatan la disposición subjetiva del individuo revelando posible engaños. (Monasterio A, 2009)

Como marcadores cinéticos funcionan los diversos componentes de la expresión facial (movimiento de la boca, dirección de la mirada, movimiento de cejas), el gesto manual, movimiento del brazo, la orientación del torso, movimiento de los hombros e incluso los pies. Todos estos marcadores cinéticos se emplean durante el habla para diferentes funciones. Por ejemplo, para puntualizar, marcar, realzar, contrastar, dar paso al siguiente tema del discurso, interpelar al interlocutor, estructurar el contenido proposicional.

⁸ Esto es lo que llamo: hablar *Fisioñol*.

Este tipo de D comprende un conjunto de gestos enfáticos realizados tanto con la mano, el brazo, la cabeza, la expresión facial, el torso o incluso con los pies; que al acompañar al habla refuerzan el contenido proposicional de lo que se está diciendo (Kendon 2004, p. 77).

Es imposible no intervenir la subjetividad a través del lenguaje cinético, porque el gesto facilita la estructuración y ordenación del pensamiento, alivia cognitivamente y porque para muchos autores es incluso la primera forma de comunicación expresiva a partir de la cual el lenguaje tuvo su origen (Rizzolatti y Arbib 1998). En este orden de ideas, analizar el lenguaje cinético en la profesión cuyo objetivo de estudio es el Movimiento Corporal Humano no solo es necesario, sino una falencia que no logro comprender por qué ha sido obviada.

1.8. Discurso fisioterapéutico clínico

Como dispositivo es una herramienta que dispone al sujeto (paciente) para algo, el discurso (artefacto) reconfigura y desarrolla nuevas subjetividades. Los dispositivos emergentes logran moldear al sujeto y empoderarse.

Aunque no fue creado para crear nuevos sujetos se hace evidente cómo al estar inmerso en un engranaje de poderes este discurso se hace relevante y llega a ser un instrumento de poder.

Es importante, citar uno de los aportes realizados por colegas españoles, que en un atrevimiento particular ponen en un marco de comparación el Discurso Fisioterapéutico y el discurso jurídico, para relatar como aspecto diferenciales que:

Mientras que para el Discurso jurídico:

1- La justicia es una institución a la que supuestamente la sociedad le asigna la función de aplicar la ley a los ciudadanos.

2- La justicia evalúa e interviene sobre los hechos producidos por las personas, y los considera adecuados o no a las normas sociales establecidas; de ese modo "administra Justicia".

3- Así, el sujeto es categorizado a través de los hechos.

4- Estos hechos son producto de sus actos.

5- Sus actos son efecto de la articulación que el sujeto hace de sus posibilidades/ imposibilidades subjetivas y las posibilidades/ imposibilidades externas.

DE NUESTRA PARTE CONSIDERAMOS QUE:

A) el sujeto en tanto sujeto social es efecto de un atravesamiento singular del dispositivo social y se expresa en el contexto inmediato, a través de su hacer cotidiano.

B) El sujeto, sujetado socialmente, el entorno más cercano, lo socio económico y cultural actual, crean condiciones de posibilidad para unos modos de hacer de la persona.

C) Ese hacer cotidiano, ACTIVIDAD para los fisioterapeutas., o si se quiere esa OCUPACIÓN, ese ocuparse en ser soporte de cultura, es una articulación singular de aquello aprehendido (o no aprendido) de la propuesta social, que le fuera ofrecido históricamente a través de su mundo circundante, y que hace que su deseo siempre esté mediatizado por algo, (objetos ofrecidos por la realidad social).

D) La sociedad categoriza a sus miembros, los agrupa a partir de las conductas, desde lo que ellos producen, (no sólo en términos de productividad económica sino en tanto hecho que interviene en algún punto de lo social), no por lo que piensan. El pensamiento será significado a través de alguna producción (dichos, acciones, objetos materiales, etc.).

E) La Justicia analiza, sanciona, interviene sobre los hechos consumados, no sobre los aspectos subjetivos que los hicieron posible. Como tampoco interviene sobre los aspectos objetivos que favorecen la construcción de este tipo de subjetividad.

F) Mientras tanto los sujetos van siendo en la medida que van haciendo. Cuando su hacer no está pensado, reflexionado, la escena permanece muda, no hay posibilidad de un cambio de posicionamiento en el sujeto. Solo reproduce y entonces se reproduce(sic)⁹

Sin embargo me entristece notar que tal carnada epistémica es dejada allí, al garete, sin pasar de ser provocación, a proponer un análisis mayor que honre tales argumentos. Entendido entonces así el discurso fisioterapéutico clínico se configura para éste trabajo investigativo como el conjunto de actos comunicativos y la significación que le subyace, acciones kinéticas cargadas de su propia significación y sentido, que tienen como origen emisor al profesional de la fisioterapia (en el marco legal que ello compete) con una intencionalidad particular de configurar subjetividades en el paciente; Configurar la categoría de discurso difícilmente se puede realizar desde la fisioterapia porque este tipo de temática no hace parte del diario quehacer del fisioterapeuta y de sus construcciones ideológicas; aun así asumo el reto de emprender la autoría.

Analizar este espacio clínico es hacer el reconocimiento de cada individuo, el reencuentro consigo mismo y su individuación mi yo fisioterapeuta-paciente en el mundo es un paso fundamental para el reconocimiento y encuentro con el otro, otro que se identifica como diferente, pero que la propia autoafirmación permite respetar en su deferencia.

Vuelvo al sur, fue un espejismo este que encontré

⁹ <http://www.fisaude.com/especialidades/terapia-fisica/buscando-brechas-y-posibilitando-limites/Aspectos-diferenciantes-del-discurso-juridico-el-nuestro.html>.

CAPITULO 2

**LA SUBJETIVIDAD MANIFIESTA
O...QUIEN HABITA ALLI?**

CAPITULO 2

LA SUBJETIVIDAD MANIFIESTA O...QUIEN HABITA ALLÍ?

La configuración de la categoría *SUJETO* y la *Subjetividad* que le subsume, le tributa y configura, la conjuro como lugar de desencuentros de las ciencias sociales y naturales desde tiempos lejanos y próximos, escenario de disputas dicotómicas de lo individual a lo universal.

Pensar el sujeto y sus formas de subjetivación es un ejercicio reflexivo que va más allá de lo que se entiende por este concepto desde la historia, desde la sociología o desde la filosofía; abordar el sujeto es romper los esquemas que han envuelto la construcción del individuo, de la sociedad y de sus mutuas relaciones., en tanto apuesto que “La subjetividad orienta el discurso.”(Iancilevich, 2007), al igual que la practica discursiva constituye subjetividades (Garay A, 2001)

Por eso, cada una de las referencias y reflexiones utilizadas durante este capítulo se orientarán a desenmarañar lo que se ha establecido como sujeto y lo que se entiende como subjetividad para contextualizarlo en el DFC.

Por eso el preguntarse por el sujeto se convierte en un espacio en el que la praxis ontológica sigue una línea transversal entre sociedad y sujeto, entre lo establecido y lo disidente, entre lo dicho y lo que se calla. La reflexión sobre cada uno de los procesos de subjetivación se perfila en la medida en que se reconoce que muchos se han establecido como un punto de vista asumido e irrefutable que no permiten llegar a los bordes de cada entretejido que envuelve al ser humano y su actuar en la sociedad, de allí la ambivalencia que ciñe al que se pregunta por temas que están más allá de lo que se nos enseña, porque le implica preguntarse así mismo sobre su subjetividad en cada uno de los entornos en los que se desenvuelve.(Maestría Cinde, Protocolo, 2010)

Por eso el estudio de la subjetivación desde cualquier ciencia, disciplina o saber, no permite abarcar la complejidad de los procesos que la componen, se hace necesario utilizar la interdisciplinariedad para comprender los fragmentos que quedan aislados cuando utilizamos un solo lineamiento que explique los procesos de subjetivación que utiliza el individuo en su cotidianidad, en ese sentido reflexionar sobre cada uno de los actos discursivos que se manejan en el consultorio o en la consulta fisioterapéutica, no solo para dar cuenta del arte sino para proyectar nuevos usos del ejercicio profesional que logren objetivos claros en cada uno de los que intervienen en el proceso de rehabilitación.

Cada una de las reflexiones que surjan de esta disertación pretenden¹⁰ que la dicotomía establecida entre pensamiento-sujeto se desvanezca y se puedan replantear nuevas vertientes en las que la subjetividad ya no sea vista como una cualidad de la irracionalidad o que se vincule a estudios de “poca certeza científica”. El sujeto y sus procesos de subjetivación se verían como un proceso regido por el pensamiento, el lógico, pero también el analógico, y en ese sentido cada una de las construcciones de subjetividad, por temporal y efímero de su análisis, podrán ser faros que inviten al más difícil de los viajes, aquel que se hace al interior de uno mismo.

Así la subjetividad como una *singularidad* se establecerá como oposición a los procesos que buscan hacer del individuo un ser esquematizado y predecible, esta nueva manera de ver la subjetividad permitirá que se cree un verdadero distanciamiento frente a los estereotipos de subjetividad que se han impuesto gracias a la cultura, la economía, la ciencia, y por qué no decirlo, por las eufemísticamente llamadas. CIENCIAS DURAS, la medicina entre ellas.

Mi objetivo ahora se debe enfocar en proponer que mi pensamiento establezca un proceso de repensar la subjetividad, en donde lo que se conoce, lo que se ha estudiado a partir de los aportes de Foucault, Deleuze, Lyotard, entre otros,

¹⁰ Tal vez ingenuamente, pero entiendo desde mi formación en la maestría, que ya no hay espacio para no tomar posición!

sirva como pilares para la comprensión del sujeto y de su actuar en la sociedad que se nos está proponiendo.

Ahora bien, el sujeto de la sociedad que se está planteando debe reconocerse como un objeto en la medida en que se piensa en él y se construye pensando en él, dicha preferencia se debe utilizar como la catapulta que presentará al sujeto con sus múltiples relaciones como un dispositivo que transformará las relaciones de poder en su entorno.

El pensamiento y la reflexión serán, entonces, las que reincorporen el devenir del sujeto dentro sus formas de subjetividad, también lograrán describir los límites y excesos. El sujeto como actor de cada una de las prácticas discursivas estará sumergido en la dinámica que construye prácticas de comunicación que lo crean y lo condicionan, pero éste a su vez las adecua, adapta o rechaza.

En este sentido, lo dicho por Foucault en *Vigilar y castigar* sobre los sujetos que se construyen por las prácticas disciplinarias y que se rigen por medio de ellas ya cambiaría, dejarían de regirse por los parámetros impuestos. Si comparamos este supuesto con el quehacer diario en el DFC la intensidad del que rehabilita podría moldear cada una de las prácticas en las que se desenvuelve el paciente, quien dejaría su subjetividad establecida para realmente verse como otro actor dentro del ejercicio de rehabilitación.

La subjetividad aquí entendida, no solo como *“punto de vista de la persona, de lo que se es y las tensiones a las que está sometido(García A, 2003)”*, ó bien como *“ese “pensar en voz alta”(Cantioti M,2006)* la apuesta concreta en esta investigación es por una subjetividad que es *“trama de percepciones, aspiraciones, memorias, saberes y sentimientos que nos impulsa y nos da orientación, incluso como un modo de transitar hacia otras formas de organización (Boiser S,2004)* o de desorganización de la experiencia; una subjetividad que amerita ser develada.

2.1 ¿De qué Sujeto y Subjetividad se está hablando?

Lo que estoy planteando es una comprensión de Subjetividad que reconoce que “El sujeto no es una sustancia universal, sino resultado de un dispositivo, cuyo horizonte “epocal” le establece los límites y las condiciones de posibilidad para su expresión.”(García H, 2005, pp.11) De este modo, surge mi preocupación por la fragmentación del sujeto característica del mundo moderno, la cual parece haber producido una escisión entre la función de pensamiento y la de sentimiento, así como entre la intuitiva y la sensitiva.

Tal apuesta no la puedo sostener sin revisar cómo a lo largo de la historia se pueden observar las transformaciones que atañen a las formas de concebir y producir a los sujetos, a saber:

- La tradición biológica, cartesiana, cuerpo y alma. Un elemento central y hegemónico en el discurso de quienes nos asumimos profesionales de la salud, de ese cuerpo y del movimiento que podría llegar a ejercer.
- La medieval, donde cuerpo debe ser escondido, refugio del pecado, lugar para los bajos deseos, al igual que para ese elemento que la globalización pretende abolir, el placer!! (Ibíd, pp.27)
- El Discurso científico, médico, lógico y racional con su pretensión de erradicación de la enfermedad, ese que nos ubica a los y las de “salud”, pero sobre todo a los médicos, en la cúspide de la cadena alimenticia profesional.(Robayo A, 2010)

Todo ello mientras se agencian leoninamente, al menos otros cinco vectores o dispositivos en el consultorio y en la clínica, decisivos a la hora de tipificarla como “*institución disciplinaria*” que propondría Foucault, con miras a fomentar particulares subjetividades, ellos son (FLACSO, 2009-2010).

- “El Monopolio de contenidos: El consultorio y el hospital son dispositivos que garantizan a una autoridad el monopolio de la transmisión y circulación de signos y de síntomas, para su oscuro objeto de deseo: el cuerpo! *Todo ello* en un espacio y tiempo dados. Esto quiere decir que

los problemas disciplinarios (sea en el sentido de Foucault o en el sentido que se utilizan en las consultas e intervenciones clínicas, cuya proximidad es de todos modos evidente) no son desde nuestro punto de vista una "anomalía", sino una problematización de la relación entre terapeuta-paciente, que nunca alcanzó a estabilizarse completamente. Es, insistimos, un "*síntoma*" ¹¹de un proceso general que hoy se hace más evidente que nunca.

- El Encierro: Este monopolio de transmisión y circulación de signos sólo puede ser realizado a partir del encierro. Una manera de lograr que los pacientes que en tanto tales, no saben lo que tienen que aprender sobre sus cuerpos y los movimientos sinuosos que esperamos de ellos; mantengan voluntariamente sus cuerpos quietos, sus ojos fijos y sus bocas cerradas es el control del espacio, del tiempo y del movimiento de los cuerpos, las tres variables del encierro. El cubículo del consultorio, dispositivo meramente espacial, se transforma en el acto terapéutico, esto es, una instancia en la que un conjunto de personas debe obligatoriamente asistir a un espacio cerrado por un periodo de tiempo, durante el cual deben respetar ciertos códigos corporales y de conducta que, vistos desde afuera, no se distinguen demasiado del de la misa; por algo la escuela es conocida como el templo del saber sobre, en y para los cuerpos, sobre lo normal, anormal, desordenado, del cuerpo. (Robayo A, 2010)
- Vigilancia: Este vaivén entre principios meramente arquitectónicos y otros más abstractos permite introducir otro factor que garantiza la eficacia del encierro, y es el de la *vigilancia*. Lo que permite que los ojos, las bocas y los cuerpos se comporten como tienen que comportarse es que la amenaza de la sanción es constante, no necesita ser enunciada de modo permanente por el terapeuta.

¹¹ En el relato, voy notando como no puedo dejar de expresarme desde el discurso que mi comunidad me ha legado, privilegio del discurso médico, porque hallo una sólida postura desde la cual mirar esta enfermedad que intuyo.

- Moldeado: Para Foucault, el control del espacio y del tiempo era la condición para ejercer un tipo especial de poder sobre los cuerpos, y que vamos a llamar aquí el *moldeado*. Se trata de un complejo sistema de **adiestramiento**¹² de los cuerpos de los pacientes y de su relación con el terapeuta. Este sistema supone un cuerpo que en lo esencial es moldeable, como si se tratara de una arcilla, o una plastilina. Los cuerpos deben ser colocados según criterios de separación, visibilidad, etcétera, como si esos mismos cuerpos no contuvieran, escuela, sus propias poses, movimientos, tendencias. O mejor dicho, el dispositivo clínico en este nivel supone que, efectivamente, existían estas características propias de los cuerpos, y que es necesario corregirlas. El acomodamiento de los cuerpos en el consultorio y en el acto terapéutico no es un dato menor, porque sólo a través de él es posible que la vigilancia y la transmisión de saberes queden aseguradas. (Robayo A, 2010)
- Autoridad: Se trata de la *legitimidad* de la autoridad y del contenido de la transmisión de su saber. En este factor, el fisioterapeuta aparece como el profesional legitimado, investido, autorizado como productor de una práctica discursiva conforme a la representación que de cuerpo y de movimiento, este colectivo ha teorizado. (Bourdieu, 1981).

Ninguno de los aspectos enumerados anteriormente alcanzarían por sí solos si aquello que debe ser inculcado por quien ejerce el monopolio de la palabra, de la visión y del control del tiempo y del espacio que carece de vocación "transformadora" y ofrece a los pacientes un mundo nuevo, con sus relatos, sus descripciones y sus encrucijadas, en donde ellos tienen un lugar virtual asignado que podrán ocupar y desarrollar *si cumplen con sus tareas y deberes*. (Robayo A, 2010) La promesa cercana de alivio a sus males.

2.2. Por qué el sujeto y la subjetividad del fisioterapeuta?

¹² Personalmente opino, que el concepto "entrenar" solo aplica a los perros y algunos animales domésticos, pero aun me da escozor la relación de este verbo en el ser humano.

Analizar la subjetividad que se configura y su incorporación a la construcción de un mundo posible, no desde el argumento de eficacia que proponen las teorías acerca de la utilidad económica y política de estos estudios, sino más radicalmente en *una necesidad de sustentabilidad social* (Guell P, 1998).

Estudiar la subjetividad social que propone el micro dinamismo social de la práctica fisioterapéutica en el escenario clínico, desde el análisis del discurso, es darle un megáfono a las voces que ahora parecen *arrojadas a sus propias fuerzas de sobrevivencia.*(Duschatsky S, 2007).

El sujeto fisioterapeuta, no es una constante histórico-social, ni una esencia ontológica definitiva, sino una *“apertura tensa y problemática entre construcción social y agencialidad individual”*. (Crespo E y Soldevilla C, 2001), y la subjetividad configurada en este marco de incompletud, un campo de análisis poco estudiado.

No puedo olvidar que *“La subjetividad está transitando por transformaciones influenciadas por cambios sociales, es por eso que hoy asistimos a nuevos padeceres, producidos por la misma cultura en donde el sujeto se manifiesta a través de síntomas”* (Gallo J, 2005) síntomas tal vez de indefensión, de vulnerabilidad de inseguridad social, e incluso de precariedades y de enfermedades, pero también de bálsamos producidos en este lamerse la heridas y fracturas que la subjetividad ha experimentado, ha esquivado, en pos, de nuevo tal vez, de la terapéutica de la subjetivación (Sáenz J 2005). Es explorar ese algo que está ocurriendo en el alma de los y las fisioterapeutas, y ofrecer *“la cura más sencilla para estas enfermedades sociales, el relato”* (Pinkola C, 1992)

2.3 Subjetividad en el acto fisioterapéutico.

La subjetividad está hecha de la misma materia discursiva que atraviesa y constituye al sujeto en su misma división (García H, 2005, pp.28), y es “en el seno mismo de los dispositivos, entre ellos el discurso, que se construye subjetividad, junto a una política que la sustenta, una estrategia que la

despliega y la traduce en acciones pragmáticas conducentes”¹³. Las máquinas (el cuerpo en este caso), el dispositivo discursivo (el fisioterapéutico) , y el dispositivo analítico (la normalidad en su movimiento), son tres términos de una operación que permite ubicar “al otro”, desde una perspectiva homogenizante y con pretensión de totalizadora. .(Robayo A, 2010)

La disciplina de la fisioterapia en su histórico y proceso de constitución, se ha caracterizado por mantener¹⁴ el aparente, dominio académico conceptual de sus saberes como profesión, la razón, el desarrollo y al orden; éste último se manifiesta en el uso del vestuario, el entorno y el discurso (quien lo hace protagonista y hablante del proceso). Un orden que disciplina con muestras de autoridad, manejo y control del cuerpo, de supervisión y dominio del movimiento.(Ibidem)

Este develar de la subjetividad, que es la intención primaria de esta investigación, no podría hacerse sin describir una articulación las fases que podrán dar cuenta de este objetivo, a saber:

- Construir el estado del arte de lo que atribuye al discurso fisioterapéutico clínico y su relación con la subjetividad.
- Describir el discurso fisioterapéutico percibido en el acto terapéutico.
- Interpretar lo decible y lo no decible en el acto fisioterapéutico clínico, desde el discurso cinético del acto terapéutico.
- Proponer una correlación entre los modos de subjetivación que se evidencian en el discurso fisioterapéutica clínico y la subjetividad profesional.

En torno a esta relación donde se evidencia dominios de saber y poder por parte del fisioterapeuta hacia los otros (paciente-usuario) me atrevo a decir que en esta práctica se gesta la constitución de sujeto; sujeto paciente y sujeto fisioterapeuta que en la conjugación de su discurso permitirá: Narrar-SE, Ver-SE

¹³ Paráfrasis intencional del investigador, del aporte de García H (2005).

¹⁴ O creer que lo mantiene.

y Juzgar-SE; provocando el mejor lente visor para delatar experiencias consigo mismo sujeto fisioterapeuta.

Estos modos de subjetivación son asumidos para este caso como desde el aporte de Larrosa (1995) como:

- a. **Ver-se:**, “la máquina óptica, el autoconocimiento en termino de visión de uno mismo”(Ibídem, pps. 293-300), escenario en el que el maestro visibiliza su modo de haber sido visto y de creer que se es visto. Esa visibilidad que también Foucault nos presentó como elemento para evidenciar la enfermedad.(Ibídem, pp. 297)

Visibilidad del sujeto que toma condición de algo que se ve o se hace ver, pero también ese algo que se oculta, y que aparecer en la mirada de quien entrevista. Ver-se, como función de un ojo que mira en un espejo interno, pero ojo que se ve en el ojo de quien pregunta. (Robayo A, 2010)

- b. **Narrar-se:** reconociendo que el hombre y la mujer, somos ante todo, seres *que* “nos auto interpretamos” (Ibídem, pp. 268). Narrar lo vivido, contarnos lo que somos, puesto que tal vez es la única posibilidad de “recorrer de nuevo las ruinas de nuestra experiencia, para intentar recoger ahí las palabras que nos digan”(Larrosa J ,2000)

- c. **Juzgar-se:** en tanto al sujeto que habla le tiembla la voz (Larrosa J, 1977, pp.3), y hoy mucho más, en medio de la incertidumbre institucional que pervive, que confunde, que somete, que también clasa! .(Robayo A, 2010)

Es como la practica fisioterapéutica clínica se convierte (Larrosa J, 1995) en una producción donde fluyen discursos que definen la verdad del sujeto, las practicas que regulan su comportamiento y las formas de subjetividad en las que constituye su propia interioridad, basado en la experiencia tomado como el

sujeto que se constituye cuando se observa a sí mismo, se descifra, se interpreta, se describe y se escribe, se juzga, se narra, se domina.

Y de esas prácticas consigo mismas, se producirá un sujeto fisioterapeuta mejorado en la medida en que se interiorice lo que se piensa y lo que se hace a partir de lo que se dice; reproducido en su forma de ser sujeto, en reconocerse la fisioterapeuta que soy.

El sujeto, para el caso los dos, agente y paciente (Ávila R, 2007), ya inmerso en una práctica tridimensional (saber, poder y dispositivo), participan de la interestructuración del conocimiento y permiten que el discurso constituya o conforme a través de sí mismo una perspectiva de la realidad y de los acontecimientos de la realidad, esta perspectiva repercute en las opiniones, los valores y las ideologías que los sujetos, tanto paciente como agente.

Sin embargo para esta investigación, el interés está centrado en lo que ocurre y acaece en aquel que pretende ser el emisor del discurso autorizado, para este caso, el fisioterapeuta.

CAPITULO 3

ESTADO DEL ARTE SOBRE DISCURSO FISIOTERAPÉUTICO, CLÍNICA Y SUBJETIVIDAD; O...LO DICHO Y NO DICHO.

CAPITULO 3

ESTADO DEL ARTE SOBRE DISCURSO FISIOTERAPÉUTICO, CLÍNICA Y SUBJETIVIDAD; O LO DICHO Y NO DICHO.

El análisis del discurso fisioterapéutico no ha sido un tema de particular gran intereses pero si ha sido un tema que sorpresivamente, han analizado y puesto en la circulación científica, investigadores fundamentalmente colombianos, a saber:

1.. Julia Castro (1996) fisioterapeuta, en su trabajo investigativo para optar el título de magíster, en su investigación titulada: “Presencia de la religión, el género y la medicina en los universos simbólicos de los fisioterapeutas”, acude la hermenéutica como herramienta metodológica, haciendo con ella un rastreo categorial desde le cual presenta:

- la **EROTOFOBIA** : la cual describe como la condición observada en “algunos consultorios y universidades el uso de uniformes para simbolizar limpieza, disciplina y respeto, de esta manera se mantiene una tradición histórica de influencia religiosa en fisioterapia que fomenta la sumisión y demuestra la forma como las instituciones trasmiten sus significados acudiendo a mecanismos de control”(ibídem, p. 98)

-**El Predominio del espíritu del patriarca**, condición en la cual, predomina “el poder de *los otros* sobre el fisioterapeuta sometiendo a la mujer al subdesarrollo y titulándola como marginada;(ibídem, p. 99)

-La **Sumisión acrítica de las figuras jerárquicas**, evidenció una “actitud de sumisión ante la supuesta jerarquía del medico, perdiendo la autonomía en sus criterios y argumentos sobre el actuar terapéutico; (ibídem, p. 102)

-La **perpetuación del estado del pecado original y de minoría de edad culpable**, condición que “se reflejaba en la carencia de autonomía profesional respecto al nivel académico y en la prestación de servicios y sometimiento desde el nacimiento de la fisioterapia donde la profesión se dedicó a atender “lisiados” e “impedidos” encasillándolos sólo en ese quehacer.” (Ibídem, p. 104)

Sus principales conclusiones fueron:

a. la practica fisioterapéutica se encuentra medicalizada al manifestarse en los comportamientos, **símbolos y conceptos**¹⁵ del profesional, características propias del medico a través de las cuales se mantienen una relación de dependencia y dominación

Evidencia con esta conclusión la presencia de una práctica discursiva y no discursiva, que Castro describe como comportamiento propio del fisioterapeuta, donde se configura también un discurso hegemónico.

b. En las instituciones de salud y en las escuelas de formación del recurso humano en salud se mantiene el **paradigma experimental y biologista** que ha regido tradicionalmente la medicina, trasladándose a las profesiones paramédicas **y menores**, haciéndose necesario una actitud critica y reflexiva por parte de los profesionales que permita construir un nuevo criterio de salud mas democrático, pluralista y centrado en el desarrollo humano.

Invita Castro con esta conclusión a la revisión de este discurso positivista que pervive en la profesión hasta nuestros días, sin embargo no pude evitar sorprenderme de la ubicación como profesión menor, que Julia apuesta, tiene la profesión. Me quedo con esta pregunta y sorpresa, en tanto su trabajo no da cuenta de tal afirmación.

c. La influencia religiosa y el predominio del género en la fisioterapia ha transmitido históricamente imaginarios enajenadores que mantienen actitudes de sumisión, segregación y subvaloración entre los profesionales, demostrando así, la forma como las instituciones. Trasmiten sus significados, acudiendo a mecanismos de control.

d. La institucionalidad, de acuerdo con Castro, es una de las categorías moduladoras del discurso fisioterapéutico. Asumo que tal conclusión también podría sesgar mis análisis, en tanto no creo que sea un elemento que ah desaparecido de mi y nuestro discurso.

Este trabajo investigativo, pionero en la temática y con algunos quinquenios de añejamiento, no ha tenido un trabajo posterior que no solo rescate los enormes hallazgos y aportes de Castro, sino que verifique la posible continuidad o no,

¹⁵ Las negrillas de todo este documento son mías!

de estas categorías en una profesión, con todo y que desde las conclusiones misma de su investigación¹⁶.

2. Igualmente, Aristizabal (2005), antropólogo, en su documento “Mitos Fundantes de la Fisioterapia en Colombia” como resultado de la investigación: “Construcción de identidad de los fisioterapeutas colombianos”. Enmarcado en la perspectiva interpretativa ,y utilizando elementos antropológicos (etnografía) y de las teorías del lenguaje apuesta por “ver a la fisioterapia como un **discurso** al que se le puede **estudiar**”¹⁷ su origen, su historia y su evolución, un discurso enmarcado en otros discursos (el desarrollo, los procesos de salud enfermedad, el cuerpo, la discapacidad, la rehabilitación)” (Ibídem, p 27) El discurso es usado aquí como herramienta metodológica para documentar la historicidad de la profesión, sus comienzos o sus orígenes.

Las conclusiones de la investigación de Aristizabal encontraron que:”la legitimación de prácticas, discursos, fijan valores, establecen pautas de comportamiento, definen principios y normas sobre el ejercicio profesional de los fisioterapeutas”, tales aseveraciones surgieron de las narraciones que recopiló este investigador.

3. Más recientemente, Robayo A, (2007), fisioterapeuta, en su investigación: “Lección de Maestros”, trabajo para optar el título de maestría, enfiló sus intereses investigativos hacia el análisis del discurso de los formadores en fisioterapia, como herramienta metodológica, para rastrear creencias, valores y formas de hacer las cosas. Encuentra que:

- Se evidencia la ausencia en las narraciones de los docentes, la categoría de cuerpo y movimiento, siendo esta su unidad de análisis

Lo que leo yo, como un “silenciamiento o desvanecimientos de nuestros saberes fundantes en el discurso, pero en este caso, de los formadores, aquellos que median como agentes a imitar, en la construcción discursiva de los otrora estudiantes y ahora colegas.

¹⁶ Imagino que ante la magnitud de sus propios hallazgos.

¹⁷ Las negrillas son mías.

- Las prácticas fisioterapéuticas tienen un terreno simbólico desembocado en lo que reconocemos como **momento discursivo**, donde se expresan conceptos fundamentales.

Afirma Robayo, que es en el discurso donde las pesquisas sobre este terreno simbólico, podría develarse. Esta es una de las apuestas también de mi trabajo investigativo.

- En relación a las creencias los fisioterapeutas se describen como suministradores de saberes, pero no como agentes de reconocimiento de formas de vida, de sistemas de interacción social. La apuesta por el desarrollo aparece en el discurso.

Presagia con esta conclusión, uno de los elementos del catalejo de este viaje actual, el del saber, aunque en este caso concreto, desde la relación con el poder, lo cual no fue un propósito de la investigación de Robayo.

- Se evidencia igualmente, nuestra escasa confianza en nuestra habilidad de ejercer liderazgo intelectual y moral para cuestionar verbigracia, el currículo. No creo que estas afirmaciones sean disímiles a las que puede olfatear en mi trabajo.

4. Cobo, E (2007) en su trabajo sobre "Ciudadanía en el discurso público", utiliza el discurso desde lo público como herramienta para revisar la constitución de la categoría de ciudadanía, es decir que apuesta por evidenciar la condición del sujeto dentro de la ciudadanía. Sus conclusiones apuntan a que:

- La participación es un elemento directamente proporcional a la participación del ciudadano.
- Carencia del concepto de ciudadanía en la documentación de la ley 100.
- Carencia del concepto ciudadanía en los planes de desarrollo de la década.
- La concepción del ciudadano está fuertemente ligada a procesos educativos, teniendo como fin último la capacitación del recurso humano.

El común denominador este el trabajo de Cobo y este que nos ocupa es el acercamiento al discurso, por lo demás su trabajo, que yo valoro como cargado de un discurso de la institucionalidad “estado”, no tiene otros lugares de encuentro con el mío.

Estas investigaciones, las únicas en el rastreo realizado, son valiosos aportes que me han ayudado a afinar la mirada, a preparar el olfato, a apeararme teóricamente. Sin embargo sorprende que ninguna de estas investigaciones propone un análisis desde el tejido categorial del discurso fisioterapéutico, la clínica y la subjetividad del profesional en fisioterapia, confirmando mis temores y mas fatídicos presagios, que esta sea una investigación pionera en este análisis, así que mi discurso transita en el deseo de compartir, de legar, y de develar-me (Jelin E y Kaufman S, 2006) fisioterapeuta, en tanto incluir esta dimensión de subjetividad refiere a procesos de mundos futuros posibles (*Ibídem, pp.9*)

CAPITULO 4

**DISEÑO METODOLÓGICO ó..EL
CAMINO ESCOGIDO, UNO MAS DE
MUCHOS, PERO ES EL MÍO!!**

DISEÑO METODOLÓGICO O..EI

CAMINO ESCOGIDO, UNO MAS DE MUCHOS, PERO ES EL MÍO!!

El tejido conceptual que pretende conjurar esta investigación requirió algunos caminos propios para llegar al entramado llamado *discurso fisioterapéutico*; el enfoque cualitativo hermenéutico permite la forma más certera de acercamiento de comprensión al mundo social de esta profesión escogida.

Este enfoque me permitió como investigadora sentirme arte y parte del proceso, dado que permite al investigador social percibirse dentro de la experiencia. En el caso mío, sujeta fisioterapeuta, me llevó a producir mis propias reflexiones de la profesión que ejerzo, a partir de ciertas evidencias en los saberes propios de la fisioterapia, y de su objeto de estudio: “el cuerpo y el movimiento”; igualmente, esas formas de aproximación a la particularidad en el discurso fisioterapéutico, me disponen a la reconfiguración.

No buscaba el uso de un método rígido, con reglas que me enmarcaran y catalogaran números, sino hacer un despoje personal y profesional, a los partícipes y a la práctica fisioterapéutica, que me llevara a realizar una cuidadosa interpretación del discurso que circula en el hábitat terapéutico; con el fin de acercarme a la comprensión de mi propio devenir, se usaron métodos menos lineales como formas de aproximación a lo social; de igual manera, el uso de recursos interpretativos por medio del análisis discursivo.

Este tipo de análisis no sólo infiere en la comprensión de lo social, sino además en evidenciar y comprender prácticas propias de la fisioterapia que han permanecido ocultas, y que encaminan la comunicación con otras prácticas (J, Herrera, 2008, 51).

El uso de éste recurso interpretativo “*análisis del discurso*”, como acto comunicativo, tiene el interés particular de evidenciar toda enunciación y sentido que cobra en la constitución del sujeto mío, sujeto fisioterapeuta. De ahí la importancia del siguiente enunciado:

“El objetivo del investigador empeñado en un acto comunicativo no debe ser otro que el de lograr la emergencia de ese sentido latente, que subyace a los actos comunicativos concretos y subtiende la superficie textual. Para percibirlo de otro modo: el propósito que debe guiar al analista es el de pasar del plano del producto (el texto) al plano de la producción textual” (Ibídem, p. 53)

Para que el análisis del discurso sea elemento de interpretar ese movimiento en el enunciado, debe transitar por tres momentos característicos propuestos por Araceli de Tezanos¹⁸

Momento Descriptivo: La realidad de mirar desde afuera, donde el investigador genera un distanciamiento que le permite un proceso de abstracción, hasta encontrar en eco original.

Momento Hermenéutico: La interpretación como descubrimiento de la estructura social de tal manera que la esencia surja de la apariencia de los fenómenos.

Momento de Construcción Teórica: Como el producto de la reflexión a partir de la experiencia.

La particularidad de los discursos aquí analizados resulta de poderlos ver desde dos perfiles: uno es la oralidad (aquí grabada) plasmada en texto y lo kinético (aquí grabada) asociado a nuestro objeto de estudio como profesional en fisioterapia (cuerpo y movimiento-kinético), modificado a texto; se facilita de esta forma la interpretación y, de igual manera, la lectura del detalle en el cuerpo del otro, circundante en el movimiento o en la postura, hablante ella sin sonido alguno.

En éste análisis, fue de importancia captar la forma de categorizar los enunciados portadores de información; después de detallar opciones, me incliné por la forma propuesta por Larrosa, quien usa las acciones categoriales de: *Verse, Narrarse y Juzgarse*, en éste caso dentro del discurso

¹⁸ Referenciada por Robayo A, en conversación realizada el 18 de agosto de 2010.

fisioterapéutico. Además las categorías aquí halladas coinciden y se mezclan con categorías detectadas hace ya algunos (1996) años por mi colega Julia Castro en la realización de su tesis de maestría en el CINDE en convenio con la UPN

Bajo esta mirada, yo, desde éste mi lugar, propongo:

- ✓ Poder generar un entramado de éstas categorías descritas, que ameritó tres momentos valiosos de trabajo; puesto que conjurar el objetivo...general de: ***Develar la Subjetividad del Fisioterapeuta Colombiano que Emergen en su propio discurso en el ámbito de la clínica***, requirió caminos de contrastación discursiva, para el caso, estos tres momentos fueron: Un momento de captura de la información, un momento de descripción de la información encontrada y un momento de interpretación de la misma.

Cumplir estos objetivos ameritó unos caminos metodológicos que requirieron unas condiciones bastante particulares, como parte de una investigación novedosa y selecta, donde hablo yo, sujeta fisioterapeuta sumergida en mi propio discurso

En este orden de ideas, configuré los objetivos específicos de:

- Construir el estado del arte de lo que atribuye al discurso fisioterapéutico clínico y su relación con la subjetividad.
- Describir el discurso fisioterapéutico percibido en el acto terapéutico.
- Interpretar lo decible y lo no decible en el acto fisioterapéutico clínico, desde el discurso cinético del acto terapéutico.
- Proponer una correlación entre los modos de subjetivación que se evidencian en el discurso fisioterapéutico clínico y la subjetividad profesional.

Lograr estos caminos involucró tres modalidades distintas de acercamiento a la investigación:

✓ Las Entrevistas Individuales: No bajo la utilización de un libreto, sino unas posibles preguntas que dieran inicio a la entrevista, direccionadas con cierta intención de obtener información que aportara a la investigación.

Las entrevistas fueron realizadas en el marco de un evento internacional, celebrado en la ciudad de Bucaramanga entre 19 y 22 de Agosto de 2010. Se analizaron siete entrevistas, todas realizadas a fisioterapeutas de género femenino, provenientes de las siguientes regiones del país: Costa atlántica, Viejo caldas, Santanderes, Cauca y Bogotá. Intencionalmente se determinó que fueran colegas provenientes de diferentes regiones con miras a permanecer en la pretensión que diera cuenta de un marco nacional sobre la construcción de ésta subjetividad; quienes se encuentran en un rango de edad de 35 a 45 años, y con como criterio de inclusión, se requería una experiencia de más de diez años en la profesión en el área clínica. Las entrevistas en promedio tuvieron una duración de cuatro minutos.

Se realizaron *entrevistas semiestructuradas*, de carácter cualitativo, donde el investigador no sólo hace preguntas sobre los aspectos que le interesa estudiar, sino que debe comprender el lenguaje de los participantes y apropiarse del significado que estos le otorgan en el ambiente natural donde desarrollan sus actividades.¹⁹

✓ Las Grabaciones de Actos Terapéuticos: Se realizaron *grabaciones de tipo doble ciego*, que se caracterizan porque los implicados, tanto quien es grabado como quien graba, no están enterados de los propósitos de la investigación, quien graba no sabe cuál es el propósito de ella, y quien es grabado no sabe que lo está siendo. . Me fue necesario tal acercamiento a la

¹⁹ <http://www.uccor.edu.ar/paginas/reduc/tronco.3.pdf>

narración clínica, en tanto pretendí una búsqueda del discurso natural que ocurre en el acto terapéutico cotidiano.²⁰.

El contacto inicialmente fue realizado por una colega, quien hizo también parte de ésta aplicación. Fueron efectuadas en la ciudad de Bogotá en una institución privada que cubre a población de adultos y pediátricos con particularidades en la atención, dado que ofrece servicios de terapia individual y terapia grupal, según sea comprometido el segmento del cuerpo del paciente. Las grabaciones fueron realizadas en audio, desde el inicio de un acto terapéutico hasta el final o hasta donde se entendía finalizaba el acto terapéutico. Fueron diez grabaciones que en el proceso por problemas técnicos se suprimieron tres, y finalmente se analizaron siete que están incluidas en la investigación; donde todas las fisioterapeutas, eran mujeres en un rango de edad de 30 y 40 años; las fechas escogidas oscilaron entre el 15 de julio y 20 de agosto con duración promedio de treinta minutos. Quien grababa lo hizo a su libre saber y entender, y al parecer más bien direccionado por la posibilidad de colocar el dispositivo fuera del alcance visual de quien sería grabado.

Como investigadora no tuve el control sobre las fechas, tiempo, modo y momento de las grabaciones.

✓ Grupo de Discusión: Se produjo a partir del *análisis kinético*, con la filmación de una colega en una duración de cuatro minutos, quien sirve como espejo para que las colegas participantes de la discusión se vieran como actantes e ejercicio de la fisioterapia. Se compilaron múltiples discursos dentro del mismo evento y se registraron, con cierta intencionalidad, expuesta a la lectura de su propio cuerpo y movimiento, por parte de quien hace intervención fisioterapéutica en modalidad taller, en el marco del evento en Bucaramanga en día 21 de agosto de 2010. Este análisis utilizó como herramienta el grupo de discusión realizado el 7 de Septiembre del presente año; su duración fue de dos horas, con la participación de seis colegas de

²⁰ En los tiempos que corre mi país, esto podría sonar más que a una estrategia metodológica, a una **chuzada** en toda regla.

reconocida trayectoria en la profesión: mujeres con características de experiencia clínica y subespecializaciones de la profesión, quienes se encontraban en un rango de edad de 35 a 60 años.

A partir de la obtención de esta información, el hilvanar categorial ameritó largas y detalladas sesiones de análisis, con el fin de lograr su identificación y nominación. La representación de *verse, narrarse y juzgarse* dentro del discurso del fisioterapeuta clínico, significaba poner en tensión mi propio discurso, mi propio decir y mi propio silencio, tanto de mi enunciación como de lo que expresa mi cuerpo protagónico del proceso, en mi propio cobijo (territorio) llamado consultorio.

No puedo continuar este proceso sin reconocer el ruido que genera mi propio discurso, ese que también escucho en tanto fue narrado por mis colegas, no puedo allí tomar una posición sino por el contrario, estando allí descubro como emerge también mi propia subjetividad.

Realizar la interpretación de las narraciones obtenidas fue el proceso más denso y prolongado de la investigación, pero era necesario debido a los resultados que se presentaron.

CAPITULO 5
LA CURA, COMO RESULTADO DE LA
FISIOTERAPIA...

CAPITULO 5

LA CURA, O LA SUBJETIVIDAD EN TRANSITO.

*Todo cuerpo tiene una dimensión subjetiva
que resulta de la interiorización progresiva del lenguaje,
la cultura, y porque no... de la fisioterapia.
(Paráfrasis intencionada de Ávila, 2007).*

Si bien, enunciaría Foucault que las configuraciones discursivas, los enunciados y las transformaciones de discursos rigurosos son considerados ellos como verdaderos, éstos adquieren su condición de legítimos por su cuerpo institucional de saber (Díaz, 1993). Para el caso concreto del fisioterapeuta, este discurso se sustenta en los pilares del cuerpo y la acción kinésica de este movimiento corporal humano y de ellos, su relación con el control y vigilancia de los mismos (Foucault M, 1975), propio de una instancia de poder como lo es la clínica.

De tal manera, Foucault referiría²¹, que la palabra no sale por el azar, ésta dispone de mecanismos prefijados para su producción, de igual forma, dicho discurso no es totalmente original, no es imprevisto; es decir tiene su lugar y busca el ejercicio de un poder. Poder que se configura desde el saber sobre cuerpo humano y el movimiento corporal humano. Ser profesional de área de la salud nos ha dado este halo de portadores de verdades, normalidades y habilitaciones; y ¿si para rehabilitar los cuerpos y su movimiento corporal, fuese necesario reconciliarse con la vida, pero también reapropiarse de la corporeidad en todas sus dimensiones (física, simbólica, sexual, espiritual)?

²¹ De acuerdo con lo que leo de sus trabajos, pues si algo he aprendido en mi proceso de formación, es que tal presunción surge de la interpretación del autor, la cual configuro desde mi propia historia, desde el estanco de saber que me correspondió en suerte, y desde los alcances teóricos que tengo. Tal vez, el mismo Foucault coincidirá conmigo en pensar, que esta lectura es sesgada, cargada, con alevosía y mucha premeditación, por ello es solo la mía!

(Munevar D, 2009), no veo posible que tal reconciliación se diese, sin el reconocimiento de la subjetividad que deviene en esta reconciliación.

Es así como va encontrándose la noción poder como dispositivo, las relaciones estrechas entre las subjetividades, ligadas por la triada saber-poder-subjetividad, como lo explica Foucault, se va tejiendo una red de discursos con que se cubre, configura, modifica, preforma a la subjetividad. Discursos que constituyen comportamientos particulares, el modelo del loco, del enfermo, del presidiario, sociedad disciplinaria. Es en este entrecruzamiento de relaciones de poder que como consecuencia se reacomodan y ajustan los nuevos tipos de subjetivación (Díaz, 1993).

Es en la práctica clínica diaria donde el discurso se halla como dispositivo que muestra y conforma subjetividades propias del paciente, usuario cliente, pero por sobre todo, la del fisioterapeuta, que en palabras de Foucault inciden en el ejercicio del poder “profesional” (acciones sobre otras acciones); el cual no puede ser ejercido sin modificar campos de dominación y la adopción de un saber determinado.

Si bien dentro de la Fisioterapia como profesión, sus prácticas terapéuticas y los discursos clínicos ejercidos hacen referencia al sujeto, quien aparece “sujetado” por los discursos, es decir, su reconocimiento está condicionado por lo que debe ser, el cuerpo que debe tener, el desempeño que debe exhibir, las conductas que debe mostrar; en fin lo que se debe medir (Roa D, 2009), tanto el profesional como el paciente devenimos de un prediseño, y de una cultura que ubica a cada quien en su lugar y espacio.

Paso a develar aquello que tal vez, me ha signado como fisioterapeuta, y que requiere que sea leído en las voces de mis colegas:

A. Verse: Esta dimensión óptica, como la expresión evidenciada en el otro, pero quien realmente se ve, es él, la, yo, fisioterapeuta. Estos enunciados fueron hallados en algunos de los eventos y escenarios creados por la investigación.

- *Yo, por ejemplo **le** hago, lo que **creo** que necesite.(GD)*
- *Es la robotización de lo que hacemos, prácticamente, nos volvemos casi que robóticas. Las cuales nos estamos pre programando, y no solamente tu!!! (GD)*
- *Yo soy muy visual.(GD)*
- *Pero lo que es **vender** el movimiento correctamente, primero a ella no se lo cree! (GD)*
- *Yo si escuche la palabra bienestar! Ella le estaba haciendo un masajito, de todos modos siempre buscar un bienestar en un paciente.(GD)*
- *La disponibilidad corporal es cómo yo con mi cuerpo puedo acceder al cuerpo del otro, sin yo lastimar mi propio cuerpo y sin lastimar o colocar en desventaja el cuerpo del otro.(E3)*
- *Debo estar pendiente del rostro que con esto nos dice todo.(GD)*
- *Una toallita húmeda! o podemos meter las manitos en un recipiente con agüita tibia. Le podemos colocar, caléndula o sulfato de magnesia.(C3)*
- *Debo establecer comunicación con el paciente porque es mí tratamiento, mi abordaje, mi relación con este niño.(GD)*
- *Entonces pobre la victima que está ahí porque la estamos abordando sin ningunos requerimientos verdaderos.(GD)*

Aunque el “cuerpo y movimiento” es la unidad de análisis de la profesión, es aquí donde nos invisibilizamos hablando y refiriéndonos al otro, pero nunca de nuestra propia corporalidad; y es en el saber y ejercicio profesional, donde el

fisioterapeuta agencia el poder e incide sobre el otro y sobre él mismo a través de su propio discurso.

Se halla dificultad para hacer visible su propio cuerpo, se ven y nos vemos con posturas que con grandes limitaciones apenas se ubican en lo biológico, de hecho fuimos formados para ello, pero la tendencia es separarnos de lo humano, de la relación, de lo interactivo; y ni por asomo se ubica un sujeto político o social!

B. Narrar-se: habla del fisioterapeuta en su accionar, de cómo lo hace, de su desempeño; somos ellas y ellos, las que ocupamos el lugar protagónico y estelar.

- *El fisioterapeuta tiene diferentes lenguajes, no cierto? Bla, bla, bla, bla..., el corporal y el más importante es el que yo le trasmito con mis manos.(GD)*
- *Yo planeo, eeem...yo organizo y así ejecuto.(GD)*
- *Demostrar en una posición en otra, en un espacio, en otro y bueno...creo que está haciendo lo mejor de ella en esa demo.(GD)*
- *Bueno vamos aplicar ultrasonido. (C1)*
- *Tengo cuerpo, tengo cuerpo y mi cuerpo se expresa a través de varias dimensiones.(E2)*
- *Pero cuando yo trato un cuerpo yo trato solamente la estructura, pero si yo trato un cuerpo y siento un cuerpo, entonces le estoy dando sentido a ese cuerpo que estoy tocando ¿sí? (E5)*
- *Me gusta durante el trabajo compartir con el usuario, con las familias, con mis colegas.(E1)*

- *Bueno, Vamos a mirar esa rodilla. Recójala bien, bien, suéltela, le voy a movilizar su rotula.(C7)*
- *Me interesa mucho que en el trabajo haya expresividad y haya libertad de ese usuario.(E3)*
- *Vamos a hacerlo de manera progresiva, mientras se van acondicionando nuestros tejidos.(C5)*
- *Nos vamos a colocar boca arriba, Bueno, doblamos la rodilla, hundimos estomago, apretamos nalga y levantamos cadera. 1,2,3,4,5 baja y descansa, y vuelve otra vez, y lo vamos a hacer 20 repeticiones... (C7)*

Es un leerse autísticamente, es difícil que logre escuchar su propio discurso, en tanto afirma condiciones y sujeciones, que en las grabaciones ciegas no aparecen. Se habla de autonomía del paciente, de respeto, de vincularse con el paciente, pero en lo cotidiano lo que se escucha es un trato clasado, otorgado por aquel legitimado en el saber del cuerpo, del movimiento y sus desordenes. Aún así, hay que volver a nuestra autolectura y construir experiencia, pero cada vez con oído mas afinado.

C. Juzgarse: se argumenta en el alcanzar “los objetivos”, en el direccionamiento, en las leyes; donde se actúa y se habla de manera incisiva hasta lograr lo que se quiere o hasta proporcionar el bienestar.

- *Y hasta cierto punto ser controladoras, es un deber! Yo lo considero.(GD)*
- *Desde la puerta, (señala) ‘Usted llevo tarde’ Ahí comienza el control del fisioterapeuta, ‘le voy hacer un cuarto de hora menos’ ahí ya empieza el control.(GD)*

- *Nosotras las fisioterapeutas somos mandonas, porque necesitamos que realmente el paciente nos entienda; y algo que tenemos que tener muy claro de esto, las ordenes tienen que ser muy precisas, muy concisas.(GD)*
- *Completamente independiente del tratamiento que estaba haciendo, qué buscaba ella con el tratamiento?(GD)*
- *Yo le digo cuando paremos.(C6)*
- *El fisioterapeuta debe explicar en que es que yo lo voy a asistir... explicar siempre que es lo que vamos a hacer, no?(GD)*
- *lógicamente en ciertos momentos donde es necesario debo ejercer cierto control.(E3)*
- *Muy bien, vamos a colocar un poquito de calorcito inicial, para ayudar a desinflamar..Porque aparte de la inflamación que tenemos en estos tendones, hay un desgaste en la articulación.(C1)*
- *Por favor, llámeme, sin embargo yo voy a estar pendiente.(C1)*
- *Que no le vaya a quedar muy fuerte.(C1)*

Es bueno, útil, necesario, pero en su narración esconde el temor de perder su condición de autorizado profesional del movimiento, que lo sabe todo sobre ello! Y el que está, y llega a enseñar movimientos o apartes del tratamiento; casi en una condición de... “yo sí sé como se hace”

La presentación de estos códigos, la configuro por medio de un ensamblaje de categorías que rescato del producto de la investigación de mi colega Julia Castro (1996) en tanto, varios de sus hallazgos perviven en la historia de la profesión, y otras tres regularidades que fueron emergiendo a través del

rastreo de las narraciones, en el desarrollo del análisis mismo de este tiempo presente que me correspondió en suerte.

De este análisis surge:

-Se inscriben en la categoría de **sumisión acrítica de las figuras jerárquicas**; todas aquellos discursos donde se perpetúa la subvaloración del ejercicio de la profesión, pero ésta condición se narra en tanto ha sido interiorizada como tal, por el profesional, se ha inscrito en el cuerpo. Sigue asumiendo el fisioterapeuta que es el médico quien (le, la, me) domina y direcciona, limitando su acción, la práctica de su propio saber e incluso hurtando la subjetividad médica. Escuché incluso sobre estrategias de mimetismo que había olvidado, esas que nos siguen clasando dentro del círculo especial de los usuarios de la bata blanca o de uniforme, o de elementos que nos llevan a tratar de imitar al médico, que creemos de mayor jerarquía.

“Necesitamos la orden con el diagnostico del médico” (C4)

“Esperemos, a ver que le dice el ortopedista”(C4)

- **La erotofobia**: se enuncia como el sentimiento de culpa, la mesura, la condición de prohibición que deja el pertenecer a un gremio obligado a dar ejemplo perteneciente a una institución, a un color y a un uniforme. Ella se agencia como categoría al detectar narraciones frecuentes como:

“debemos tener cuidado en las diferentes posiciones, porque lo podemos coger muy duro”(GD)

“el paciente puede mal interpretar cualquier contacto”(GD)

“Toca tener los conceptos claros y saber muy bien que es lo que se va hacer” (GD)

Pensado como algo protocolario donde no hay posibilidades de equivocación, del no salirse del margen, pero también de no pensar el otro, en la otra subjetivación. Incluso se silencia la propia, por eso asusta tanto leerse en el discurso kinético de la colega, porque es verse en el ojo que me ve!

Estas son también, algunas regularidades desde las narraciones analizadas,:

✓ **FILIACIÓN:** Se llamará así, a los discursos donde fisioterapeuta hace reconocimiento y diferenciación entre un nosotros y un ellos, esa evidencia de pertenencia a una condición tal vez gremial que lo ubica en otro campo, superior aparentemente al del paciente o usuario, pero que pareciera también que el “nosotros” incluye momentos de auto incorporación a la condición paciente, tal vez en búsqueda. La bina distintiva de agente-paciente, que remeda esa dicotomía objeto (paciente)-sujeto (fisioterapeuta) (Avila, 2007) fluctúa al acomodo del profesional con miras a ejercer su poder:

“Pero, ¿qué es lo que le está haciendo?”(GD)

“Listo? Terminó el ejercicio cierto?, Ahora vamos a hacer veinte con la pierna derecha!”(C5)

“movámonos”, “hagamos”(C4)

De ésta manera pertenecer al allá y al acá en todo escenario, ha de ser un conjugar discursivo donde el camino tiende a angostarse con mucha frecuencia; inclusive en el mío (Mejía M,2007) *“el acto clínico es un trueque de lenguajes donde cada uno utiliza sus términos y ejerce otros nuevos desde su horizonte cultural, esto supone que las palabras no tienen el mismo significado para los diferentes grupos sociales, razón por las cual, en las practicas se debe variar el lenguaje de acuerdo con el grupo, readecuando términos de tal manera que el lenguaje sea explícito, preciso y claro; ésta debe ser una preocupación de todo clínico, ya que la polisemia del lenguaje puede desviar completamente el sentido del trabajo e impedir el logro de los objetivos propuestos, una de las formas de hacerlo es utilizar un lenguaje sencillo, sin dejar de reconocer que aun las categorías básicas de la propuesta con parte del lenguaje elaborado dado que es necesario trabajar; una de las formas de asumir esta actitud es convertirnos en parte de este club”*

.... Compartir la responsabilidad con aquel sobre el cual se está ejecutando el lenguaje....

✓ BIOPODER: Aquella que tiene lugar y relación con el poder ejercido. Y en este caso tiene un vínculo valioso con un saber específico, con un saber que se ejerce en condiciones del ser superior por ser dueño de ese saber. Saber que se nos ha dado desde esa condición misional (Castro J, 1996). Aquella autoridad que se ejerce más tranquilamente desde la experiencia que va dejando la profesión, pero no se reconoce como el establecimiento el saber previo, del saber sensible y del saber que piensa en el otro. Autoridad que también se halla condicionada y enmarcada al ejercicio de la profesión, por su sistema que contiene leyes que regulan tiempos, priorizan y excluyen a los partícipes del mismo.

“Tiene que hacer los ejercicios en su casa, porque de eso va a depender la efectividad del tratamiento!”(C5)

“Debe colocarse hielo todas las noches”(C4)

✓ ACONTECIMIENTO: Percibido como rito o acto ceremonial, y no solo como algo que acontece, sino **“Mi”** acontecimiento, dando también fuerza al escenario donde se instaura (el consultorio, el domicilio); sintiendo el compromiso de planificar el uso de elementos y el orden del ejercicio o de los estímulos.

Entendido como: *“Un acontecimiento algo que sucede, acaece, acontece, deviene o adviene. Algo que ocurre, transcurre, recurre, o simplemente corre o fluye. Algo que pertenece, en todo caso, al ámbito de los eventos y no de las cosas y que, por tanto, es esencialmente dinámico y no estático. Algo que tiene que ver más con la producción que con los productos, y más con la circulación que con los almacenamientos (tesoro, depósito, patrimonio) . Algo que tiene que ver más con las luchas entre diferentes modos de producir significación, entre diferentes modos de representar, entre diferentes lecturas del mundo, entre diferentes políticas de conocimiento”.* (Avila, 2007 p.21)

Encontrando narraciones como:

“Yo, Por ejemplo voy pensando en el camino al domicilio, que le voy a hacer a ese paciente hoy”(GD)

“Es mejor, primero el frío y luego, el calor”(C5)

Estos hallazgos, me inquietan al pensar, que develar subjetividades en el fisioterapeuta, haciendo al mismo tiempo historia en el tiempo presente requiere entender el impacto que el pasado tiene en él y tratar de visibilizar un futuro lo mejor posible. Tal pretensión no formaba parte de mi presupuesto investigativo inicial.

No puedo negarme a comprender y valorar los aportes teóricos proporcionados por el desarrollo de la maestría, y mi devenir en los discursos hasta hoy instaurados; y el verme, sentirme y hallarme inmersa ahí, gestan esta nueva subjetividad que sin duda alguna ejercerán nuevas formas de decir las cosas, ésta subjetividad mía, una de tantas subjetividades, pero es la mía, mi búsqueda del norte, pero de la cura también.

Este sujeto fisioterapeuta consiente²² al analizar el orden de los relatos, donde se organizan ciertos tipos de dependencia en la subjetividad, donde percibe que la autoría hay que buscarla por detrás del sujeto, en el juego de relaciones que lo dispersan, en la que intervienen estatutos diferentes, ámbitos distintos donde el sujeto se mueve en instituciones de todo tipo (bibliotecas, hospitales, consultorios de rehabilitación). Y que en la actualidad se detecta un nuevo campo perceptivo del discurso, no se impone ni como trascendente ni como primordial, sino que se dispersa en la red de relaciones que lo posibilitan en un poder relativo y discursivo; que identifique que al analizar los enunciados, aparecen “formas de sucesión” donde los enunciados se ordenan y de allí se organizan ciertos tipos de discurso, pero también de coexistencia, que logra perpetuarse a través de su propio discurso.

Ahora bien mi develamiento temporalmente a esta subjetividad, me muestra: que mi profesión en tanto la subjetividad que le caracteriza, parece estar pasando por un síndrome de adolescente²³, es decir tiene problemas de identidad, no sabe quién o qué es, a quien se quiere parecer, o a quien realmente quiere imitar. Desorientado en espacio desconociendo su devenir histórico, su porque y para que está ahí, y aún más, no sabe a dónde va; una

²² Y tal vez irresponsablemente, en tanto parece más temporales que nunca mis análisis

²³ El cual es entendido como Síndrome de desorientación, en persona, espacio y tiempo.

profesión que también expresa una desorientación en tiempo, donde como gremio crece acriticamente a pasos pausados que hacen ver la madurez y experiencia en la lejanía.

Esta subjetividad encontrada, es entonces incompleta, trémula, frágil, mimética, y desorientada.²⁴

Que fue entonces el esguince producido?

Esguince en tanto y cuanto es una voluntariosa lesión de tejidos blandos, es decir una lesión que sin modificar la estructura, es capaz de transformar la función!!!

En este caso, el esguince, en el sentido de la lesión que ocurre en la emergencia de un leve giro mecánico²⁵, que influya sobre nosotros y nosotras fisioterapeutas, ese dolor que detiene, esa inflamación que es un llamado a empezar lentamente a escuchar-nos, ver-nos, a escucharme y verme!

Sin modificar la institucionalidad académica y clínica que me recorre las venas, que huele y olfatea pacientes, pero también a letras; junto con ese empírico-analítico que me hace corto, me propongo un giro tal vez hacia un sujeto que reconociendo su incompletud, también reconoce la subjetividad que su propio discurso propone e incide con el espejo que le muestra.

Que lapo duro este! Descubrir que tras 57 años de historia de la profesión en Colombia, al fin parece que hemos arribado a nuestra adolescencia como carrera consolidada pero como disciplina en obra gris, o como saber (del mismo que beben otras profesiones); y como todo adolescente, pasando por su propia crisis de identidad donde no sabe quién es o a quien se parece; viviendo un desorientación, un caos, que por cumplir con funciones clínicas descuida lo humano y lo social, no se identifica con patrones de prácticas locales ni mucho

²⁴ Paso a describir lo que por desorientación entiendo, mi nicho epistémico, el de salud, me ha estructurado un concepto por el cual, se comprende como Desorientación al estado, transitorio, pero patognomónico de lesión, de un individuo que no se reconoce en persona (quien es, como se llama, o como suelen llamarlo), donde esta (el espacio que lo rodea) y el tiempo que transcurre(en día, fecha y de ser posible la hora aciaga que vive).

²⁵ Aun no sé si lingüístico, hermenéutico, o epistémico.

menos nacionales (así lo legislativo nos convenza de esa idea); es así que en nuestro pensamiento existe un tejido desordenado y desproporcionado que termina por el momento, provocando casi una esquizofrenia profesional de la fisioterapia.

Desenmascarar de paso esa cultura fisioterapéutica²⁶ que en su develamiento tal vez, solo tal vez, nos muestre algo más en la complejidad de este escenario clínico, constituido por las formas de poder, las formas de conocimiento que promulga, y las formas de subjetivación que propone (Varela, 2003), una oteada a esta cultura clínica que nos permita asomarnos a las sutiles racionalidades lingüísticas que agencian esta particular gobernabilidad.

Una cultura clínica, con una particular pero desconocida “*construcción de identidad*”, esa identidad que se hace desde “el interior de los marcos sociales (*determinantes de la posición de los agentes*²⁷), que orientan las representaciones y las elecciones; contracción dotada de eficacia social (produce efectos sociales reales); construcción que se elabora en una relación, que opone un grupo a los otros (Cuché D, 1999).

Si bien en las lecturas de los discursos, me permiten olfatear que también el discurso del fisioterapeuta, se constituye en un dispositivo generador de significantes para el “olvido organizado”, un difusor de “mitos y leyendas corporales”, son por sobre todo, productores de presentes del movimiento corporal humano que legitiman tal control. El discurso del fisioterapeuta clínico, no es para nada neutral, ni una actividad inocente, ni ya descrita. (Robayo A, 2010)

Es en este develar aun los tabúes y estigmas sobre la misma labor del fisioterapeuta, que se elaboran y concretizan en el discurso de ellas y ellos, y mía; “*que se socializa la memoria, se unifica y aproxima, surgiendo esa*

²⁶ Pues la clínica no es el único campo de acción propia de mi profesión, aunque si un escenario deseable.

²⁷ Esta itálica es mía.

identidad narrativa” de la que hablaba Ricoeur (Gómez M, 2007) esa ventana de la memoria que es también del alma.

Y es perteneciendo a estas narraciones, donde éste ejercicio terapéutico, tiene sabor a sana insatisfacción que genera el desarrollo de este develar histórico de la profesión, de su quehacer, y de sus discursos. Lograr evidenciar ciertos códigos que configuran la acción del habla (lo dicho y lo no dicho) dentro del acto fisioterapéutico, e ir interpretando los elementos que se fueron encontrando con cierta consonancia dentro de los discursos generados en los tres escenarios (Entrevistas, grabaciones doble ciegas y grupo de discusión) fueron instancias eslabonadas que conformaron para investigación, un recurrente de enunciados analizados.

Sin embargo la profesión continúa, a mi parecer, adeudando, la emergencia y evidencia de otras formas de reconfiguración de sujetos, que nos sigamos agenciando a través de los discursos, que nos reconozcamos como gremio y que no olvidemos que para pertenecer al colectivo, es necesario primero reconocerse como sujeto.

Con dolor asumo este doble lapso, pues descubro al terminar mi formación de Magístra, que el camino apenas comienza!

Pues seguiré diciendo...¡*Estoy siendo* Fisioterapeuta! Tal vez para alegría de Heidegger.

BIBLIOGRAFÍA

- Aceituno N y Bornhauser N (2005), Discurso Psicopatológico y subjetividad contemporánea, Revista de Psicología, Vol.XIV, N.2, pps. 111-122, Universidad de Chile, Santiago, Chile
- Aristizabal S. Revista de la asociación colombiana de fisioterapia. Vol. L 2005. Mitos fundantes de la fisioterapia en Colombia. Bogotá, pps.26-30
- Ávila R. (2007). Formación de subjetividades. Bogota. Ediciones Antropos.
- Bourdieu, P(1981) Describir y prescribir, en: <http://davidvelasco.files.wordpress.com/2009/01/describir-y-prescribir.pdf>.
- Candioti Ma E(2006), Prácticas lingüísticas, configuración de sentidos y subjetividad., Revista Tópicos Nº14, Provincia de Santa Fe, Argentina
- Castro J. (1996).Presencia de la religión, el género y la medicina en los universos simbólicos de los fisioterapeutas. Tesis de maestría CINDE-UPN, Medellín
- Crespo E y Soldevilla C (2001), La constitución social de la subjetividad, Libros de la Catarata, Madrid España,
- Cobo E. Revista de la asociación colombiana de fisioterapia. Vol: LIII 2008. Ciudadanía en el discurso público. Bogotá, pps. 7-11
- Cuché D (1999) Cultura y la noción de cultura en las ciencias sociales. Buenos Aires. Ediciones nueva visión.
- Deleuze G. (1980) Mil mesetas, Paris, Le edition eminuit.
- Díaz, E. (1993) Michel Foucault. Los modos de subjetivación, Buenos Aires, Editorial Almagesto.
- Duschatsky S, (2007) Maestros errantes, Experiencias sociales a la intemperie, Buenos Aires. Paidos
- Emanuele, E. (1998) Educación, salud y discurso pedagógico, Buenos Aires Argentina, Ediciones novedades educativas.
- Foucault M. (1970). Tecnologías del yo. España. Paidos
- Foucault M.(1977) El orden del discurso, Francia.
- Foucault M. (1975) Vigilar y Castigar. Francia. Siglo veintiuno editores.

- Gallo J, (2005). Subjetividad y vinculo social, en http://www.antroposmoderno.com/antro-articulo.php?id_articulo=784
- Garay, A (2001) Poder y subjetividad un discurso vivo, tesis doctoral, en:http://www.tdr.cesca.es/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-1004102143251/aigu1de2.pdf
- García A, M T (2003), Condicionantes socio-profesionales de la salud docente, en: <http://www.tesisenred.net/TDR-0325109-123547>
- García H(2005) Foucault, Deleuze y Lacan, Una política del Discurso, Editorial Quadra, Buenos Aires
- García del Pozo, R (1997) Michel Foucault, un arqueólogo del humanismo, Publicaciones de la Universidad de Sevilla, España.
- Gómez M (2007) Memorias y Formación de profesores. Revista Iberoamericana de educación No. 43. P. 3-10.
- Guell P, (1998) Subjetividad social y Desarrollo Humano: desafíos para el nuevo siglo, Jornadas de Desarrollo y Reconstrucción Global, SID/PNUD, Barcelona
- Herrera J .D (2008) Modulo: Grupos de discusión, análisis del discurso, métodos de análisis cualitativo. Maestría CINDE-UPN. Bogota.
- Heyning A Popkewitz T (2003) Historia Cultural y Educación. Ediciones tomares. Barcelona.
- Jelin E y kaufman S(2006) Subjetividad y figuras de la memoria, Siglo XXI de España Editores.
- Jiménez Ma (1999) en el Capitulo El sujeto entre las aporías del debate epistemológico de las ciencias sociales, en el libro que coordina Laura Páez, En torno al sujeto, Contribuciones al debate, Ediciones Universidad Autónoma de Méjico
- Karan T, Una introducción al estudio del discurso y al análisis del discurso, recuperado: 5 de octubre de 2010, de la fuente. http://gaje.itesmmx/articulos_5html.
- Kendon A. (2004), *Gesture: Visible Action as Utterance*. Cambridge: Cambridge, University Press
- Maestría Cinde, Protocolo línea desarrollo comunitario, Enero de 2010.

- Magariños J (2006), Semiótica de los sistemas complejos, en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:rvEfOn8OZhAJ:www.archivosemiotica.com.ar/SistComplejos.html+discurso+clinico&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=es>
- Mejía M (2007), Educación popular hoy. Las pedagogías participativas y sus alcances culturales.2007.
- Ministerio de educación de Colombia (1999) Ley de la profesión de fisioterapia, recuperado: 5 de septiembre de 2010. De la fuente: www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105013_archivo_pdf.
- Monasterio A (2009). Manierismos y marcadores cinéticos en el patrón de movimiento asociado al discurso, *Revista Electrónica de Psicología Política N° 20 – Julio/Agosto, Argentina*.
- Munevar D (2009) Improntas y Resonancias. Bogotá. Editorial Universidad Nacional de Colombia.
- Lancilevich, E (2007) La subjetividad en el discurso, en: <http://www.conversiones.com/nota0682.htm>
- Larrosa, J (1977). Aprender de oído, Intervención en el ciclo de debates Liquidación por dentro, en la Universidad Central de Barcelona, España, Abril, en <http://www.lacentral.com/pdf>
- Larrosa, J (1995). Escuela, Poder y subjetividad, Ediciones de La piqueta, Madrid, España
- Larrosa, J (2000). La Novela pedagógica y la pedagogización de la novela, en: *Pedagogía Profana*, Ediciones Novedades Educativas, Buenos Aires Argentina.
- Pinkola C(1992) Mujeres que corren con los lobos, Ballantine Books, New cork,pg.27
- Primer documento del Seminario sobre Subjetividades Mediáticas y Educación, FLACSO (2009-2010).
- Rizzolatti G. y Arbib M. (1998), Language within our grasp. *Trends in Neuroscience* Vol. 21, 188-194.
- Roa D, (2009) Improntas y resonancias. Bogotá. Editorial Universidad Nacional de Colombia.

- Robayo A. (2007). Lección de maestros. Tesis de maestría CINDE-UPN, Bogotá.
- Robayo A, (2010). Subjetividades docentes en la universidad pública colombiana, comunidades de práctica a propósito de sus discursos, anteproyecto de tesis doctoral (Sin publicar), UPN, Bogotá, Colombia.
- Rojo M, (1998) Poder decir o el poder de los discursos, Madrid, Ediciones Universidad Autónoma de Madrid
- Sáenz J (2005) Hacia la pedagogía de la subjetivación, en:www.adepac.org/PO6-3.htm
- Varela (2003) Conocimiento, poder y subjetivación. Barcelona. Editorial Tomares.
- Vergara (1995). Neurología clínica. Editorial universitaria.
- <http://www.fisaude.com/especialidades/terapia-fisica/buscando-brechas-y-posibilitando-limites/Aspectos-diferenciantes-del-discurso-juridico-el-nuestro.html>.

ANEXO N°1. MICRÓFONO EN PRIMERA PERSONA

ANEXO Nº1. MICRÓFONO EN PRIMERA PERSONA

28

E1:

Entrevistador: ¿Eres cuerpo o tienes cuerpo?

Entrevistado: Considero que ambas cosas. Tengo cuerpo porque a través de él puedo conocer y explorar el medio ambiente, tengo cuerpo porque a través de él puedo convivir ante muchas situaciones que se presentan en el contexto. Pero soy cuerpo también porque es a través de él que puedo desarrollar todos los procesos de aprendizaje y de control motor como tal. Dependiendo de la estabilidad que sienta mi cuerpo de esa misma manera va a ser mi comportamiento en el contexto.

Entrevistador: listo...ehhh... ¿Dentro de la intervención fisioterapéutica haces cuidado de si...de ese cuerpo que tienes y que también eres?

Entrevistado: ¡claro!..toca..Toca cuidar nuestro cuerpo porque a través de él es que podemos facilitar realmente el movimiento corporal humano en las demás personas. Si no me cuido yo, qué tipo de promoción de salud estoy realizando en mis pacientes. Les toca cuidar tanto el cuerpo del paciente, el movimiento corporal humano del paciente, como el movimiento corporal humano del fisioterapeuta.

Entrevistador: ¿Cómo lo hace?

Entrevistado: Primero, siguiendo todos los cuidados de higiene postural que están marcados ya y evidenciados científicamente de todo lo que es la higiene y por otro lado, siguiendo los esquemas de control motor a la hora de facilitar el movimiento corporal humano; seguir...tener en cuenta cómo son todas las estructuras biomecánicas, cómo funcionan en cada segmento corporal del individuo y del terapeuta, y es importantísimo que el material que uno utiliza para facilitar este movimiento tenga las dimensiones y condiciones adecuadas, ergonómicas, toda la parte de ergonomía para facilitar el movimiento

²⁸ Los nombres serán preservados apareciendo solo la siglas de ellos, así como el * preservará el nombre de la institución para la cual laboran cada una de las colegas.

dependiendo del tamaño también del paciente y de las condiciones músculo esqueléticas del mismo.

Entrevistador: Ehhh...Dentro del acto terapéutico o en esa relación que hay paciente - usuario...oo...y terapeuta ¿tú tienes dominio y control? ¿Dominas las situaciones, ese tipo de relación o el espacio que se comparte es dominado por quién y de qué manera se hace?

Entrevistado: El trabajo fisioterapéutico, en mi práctica privada como tal, está demarcado por las necesidades del niño, de allí parte hacia los intereses, qué quiere él hacer, le presento la propuesta y es un trabajo en conjunto. Igual involucramos a los padres en cuanto a lo que ellos quieren y sienten qué debe ser de su hijo, pero les hago la salvedad que más que satisfacer las necesidades como padres y sus intereses de que por ejemplo, el niño vaya a caminar o algo, primero trabajo en busca de la calidad de vida del niño, que necesita el niño para ser feliz, porque si es un niño que no va a caminar y definitivamente está establecido que no va a caminar yo tengo que procurarle la calidad de vida independiente de los sentimientos y expectativas de los padres. No descuido obviamente las emociones de los padres de familia, lo que hay que tener en cuenta; pero es un trabajo dinámico, arduo y continuo en que trabajamos las emociones de ellos, sus expectativas, pero les hacemos el proceso de sensibilización de que es la calidad de vida del niño lo que está en juego; y de ahí pues obviamente el abordaje terapéutico se organiza y la planeación de actividades va dirigida a esas necesidades del niño.

Entrevistador: Pero específicamente dentro de ese espacio, que comparten ustedes dos, o en dado caso con los padres, ustedes tres, cuatro, ¿cierto?...hay una relación o existen momentos de interacción, llamémoslos mas...ese momento específico quién es el que lleva el timón...oo... a quién es él que tu le das el rol o digámoslo mas que de protagonismo que lleve (*Entrevistado: Que dirija...*) la relación,... o sea ¿Qué relaciones hay ahí? Tu tienes definitivamente que decir, bueno vamos acá a demarcar por este lado, por la derecha, vamos a hacer por acá, parece, siéntese ¿si?, ¿qué específicamente se hace?

Entrevistado: Ah bueno...en mi caso, como la mayoría de niños con quienes trabajo es discapacidad cognitiva me toca a mí, o sea, me toca a mí dirigir la

actividad. En algunas ocasiones, cuando los niños no han tenido discapacidad cognitiva, su nivel de inteligencia es muy bueno, y su nivel de motivación va ligado a la actividad, son ellos quien organizan y yo sólo me encargo de facilitar y de promover ese control de movimiento. Pero, en la mayoría de los casos me toca a mí por lo que los niños tienen discapacidad cognitiva.

Entrevistador: Ok. Ehhh...Muchas gracias.

Entrevistado: (Risas)

E2

Entrevistado: Hola, mi nombre es M.E.S, soy docente de la U* y de la U*, soy fisioterapeuta egresada de la Universidad Industrial de Santander hace quince años.

Entrevistador: Profesora muy buenos días. Quisiera saber...ehhh... Tres preguntitas base, la primera es ¿Eres cuerpo o tienes cuerpo?

Entrevistado: Eehh...tengo cuerpo, tengo cuerpo y mi cuerpo se expresa a través de varias dimensiones, pero pues básicamente... eeh...soy un ser...eehh...que tiene cuerpo, un ser corporal.

Entrevistador: (*Un ser corporal*) ¿Cuáles son esas dimensiones mas o menos de las que tu hablas que recuerdes que tengan más relevancia en este momento? nómbralas así, que tu creas, una, dos...

Entrevistado: Mi cuerpo, dentro de las dimensiones que pueda hablar, es un cuerpo que se expresa emocionalmente, es un cuerpo que se expresa espiritualmente, es un cuerpo que se expresa, valga la redundancia, corporalmente o motrizmente, es un cuerpo que se expresa a través del pensamiento y de la cognición.

Entrevistador: Ok. Dentro del acto clínico fisioterapéutico ¿haces cuidado de sí? Y si lo haces ¿De qué manera lo haces?

Entrevistado: sí, si hago cuidado de mí...eeeh...de pronto en dos... como en dos partes: primero, mi cuidado físico a través de una higiene postural, me parece que, pues estamos al cuidado de personas que nos necesitan, pero también nuestro cuerpo necesita una buena...un buen manejo biomecánico...eeeh...básicamente eso y pues también hago cuidado de mí comunicándome a través de... o comunicando a través de mi expresión corporal...eeeh...aspectos que son importantes para la recuperación del paciente.

Entrevistador: Eeh...dentro del acto terapéutico clínico que realizas, tú tienes dominio y control sobre él, sobre el otro dentro de su relación o sobre los otros, porque pues tenemos entendido que dependiendo del usuario o paciente al que estemos atendiendo están involucradas una o unas varias personas. Entonces dentro de ese acto, digamos que el segmento en el que inicia o finaliza una sesión terapéutica como espacio, como escenario ¿Tu tienes control o dominio de él? O ¿Quién lo tiene? Y si lo tienes ¿Cómo lo haces? ¿De qué manera es?

Entrevistado: Aja si. Básicamente...pues el fisioterapeuta debe tener control sobre lo que hace, eso es muy importante; pero ese control también está sujeto a las necesidades del paciente, a sus expectativas, a su querer llegar a algún punto con el tratamiento que le estamos brindando, entonces es un dominio de pronto...eeehh...en consenso o un dominio dentro del cual se debe tener en cuenta pues la expectativa del usuario.

Entrevistador: Muchísimas gracias

Entrevistado: Bueno.

E3

Entrevistado: Bueno, mi nombre es MTP, soy fisioterapeuta graduada de la Universidad Autónoma de Manizales, especialista en neuro-rehabilitación, tengo 16 años de experiencia en la práctica clínica, especialmente en el manejo de pacientes neurológicos, niños y adultos, tengo entrenamiento especializado en manejo de adultos con el enfoque de neurodesarrollo y pues

siempre en mi práctica docente he manejado tanto la parte de niños como de adultos.

Entrevistador: ¿Eres o tienes cuerpo?

Entrevistado: pues yo pienso que las dos cosas. Tener cuerpo, ¿sí? es porque es con el medio con el que los humanos nos podemos identificar, manifestar eeeh...dar a conocer. Eso es tener un cuerpo. Ser un cuerpo es como la percepción de cuerpo, el sentimiento de cuerpo, como la subjetividad de lo que es el cuerpo; es como lo metafísico, si se podría permitir esa palabra en cuanto al cuerpo, los sentimientos, ¿sí? las frustraciones, todos los eventos metacognitivos que están alrededor de la percepción del cuerpo como cuerpo como estructura, si o sea...ahí está como la división la disyuntiva entre ser un cuerpo o el cuerpo vivido o el cuerpo sentido, ¿sí?

Entrevistador que definitivamente tiene un componente muy importante dentro del acto terapéutico

Entrevistado :y que para mi no se pueden dividir. Pues en lo personal no se pueden dividir. Osea son...son...pues deben estar unidos, si pues, para osea, no solamente...eeeh... en la vida, si osea en la individualidad, en la vida cotidiana, sino también desde la parte terapéutica porque yo trato un cuerpo ¿sí? Pero cuando yo trato un cuerpo yo trato solamente trato la estructura, pero si yo trato un cuerpo y siento un cuerpo, entonces le estoy dando sentido a ese cuerpo que estoy tocando ¿sí?

Entrevistador Eeeh...dentro del acto terapéutico, dentro de la clínica, cuando inicia o termina o lo que se mueve dentro de ese acto terapéutico al tener contacto con otro ¿Tú haces cuidado de si mismo, osea de ese cuerpo o de ese sentir o tener cuerpo que me acabas de decir?

Entrevistado: sí, tanto del mío como el de la otra persona, entonces yo en ese sentido hablo mucho e insisto mucho en la disponibilidad corporal. La disponibilidad corporal es cómo yo con mi cuerpo puedo acceder al cuerpo del otro, sin yo lastimar mi propio cuerpo y sin lastimar o colocar en desventaja el

cuerpo del otro. En ese sentido podría decirse que en el acto terapéutico puede haber alguna armonía que permita la ejecución adecuada de ese acto terapéutico y que pudiese llegar haber mejor relación entre las dos personas, porque si yo tengo una mala disponibilidad corporal yo voy a estar incómoda con mi cuerpo, voy a atener que estar cambiando constantemente de posturas y quizás la persona que en ese momento sea mi paciente también va a sentir esas manifestaciones desagradables, que las cuales de hecho en algún acto terapéutico pueden haber algunas manifestaciones desagradables y con una adecuada disponibilidad corporal uno podría evitarlas ¿si?

:Entrevistador ¿Hay actos, movimientos, acciones, llamémoslo así, o aditamentos que use con frecuencia un terapéutico para hacer cuidado de sí?

Entrevistado:Eeee...no

Entrevistador ¿o cree que definitivamente que la cuestión es de actitud?

Entrevistado: si, la cuestión es de actitud, obviamente uno trabaja sobre elementos como colchonetas o camillas o bancas terapéuticas, pero esos no son aditamentos, son elementos prácticos de la cotidianidad terapéutica de todo fisioterapeuta. No utilizo ningún aditamento especializado ni para mí ni para el paciente, salvo de que el modelo terapéutico que esté utilizando requiera mejor el uso de una ayuda o de un coadyuvante, como una banda o un tubo o una pelota, pero pa' el manejo del cuerpo, no. Aunque por ejemplo, para el manejo de algunos pacientes en posicionamiento especial, si utilizaría el manejo de almohadas o cosas así; pero pensando en las adecuadas respuestas motrices en las que uno podría esperarse. Ahora bien, yo no trabajaría pensando en actos motores ni en patrones de movimiento sino en acciones motoras, en donde ya se involucran situaciones tarea concretas y obviamente yo debo pensar en la funcionalidad del movimiento y en una postura adecuada ¿Si?

Entrevistador: Muy bien. Dentro de ese acto terapéutico ¿tienes dominio, control sobre el otro, sobre los otros, o quién es el que tiene el poder?

Entrevistado: Pues en todo acto terapéutico, el fisioterapeuta sí maneja una buena disponibilidad corporal, debe tener dominio sobre el cuerpo del otro. Ese es el hecho. Osea de que yo a través de mí cuerpo pueda facilitar el movimiento de la otra persona, darle parámetros de movimiento normal, darle parámetros de actividades funcionales dentro de parámetros normales de movimiento, pero sí yo no tengo dominio del cuerpo de mi paciente pues se me va a salir de las manos el proceso terapéutico y seguramente no va a ser eficiente ni eficaz.

Entrevistador Ok. Muchas gracias

Entrevistado: ¿sí? Ya.

E4

Entrevistado: Bueno, soy L.M.S, Fisioterapeuta egresada de la Universidad Autónoma. Actualmente soy docente de la U* en práctica clínica, específicamente en el C* que es una institución de necesidades educativas especiales y el trabajo principal mío, pues principalmente es en niños con patologías y síndromes neurológicos en situación de discapacidad..Eeehh...y pues por lo tanto, la intervención la hago desde ese campo específico con técnicas neurológicas y psicomotricidad.

Entrevistador: Primer pregunta: ¿Eres o tienes cuerpo?

Entrevistado: Soy cuerpo...soy cuerpo, no sé si necesites....

Entrevistador: ¿Por qué crees que es así?

Entrevistado: Eeeh...soy cuerpo, porque el hecho decir tengo cuerpo es como si fuera algo externo a mi y definitivamente el ser humano es cuerpo porque tiene esa posibilidad tanto desde lo corporal ¿cierto? que sería lo físico y lo mas transcendente que sería la esfera emocional, cognitiva, social, comunicativa, que igualmente formarían parte del cuerpo, entonces considero que soy cuerpo y no que tengo el cuerpo porque tenemos que asumir el cuerpo

humano como una unidad indivisible donde se suma lo físico y lo psíquico mental.

Entrevistador: Muy bien. ¿Haces cuidado de si dentro de la intervención fisioterapéutica? ¿Cuidas ese cuerpo que eres?

Entrevistado: Sí, si claro que si.

Entrevistador: ¿Cómo lo haces?

Entrevistado: Eehh... ¿Cómo? Cuidando la mecánica corporal en el trabajo con los usuarios porque tengo en cuenta todas las normas de bioseguridad, porque si estoy cansada tomo un momento de descanso, pues para relajarme para distraerme un rato...eeemm...porque me gusta durante el trabajo compartir con el usuario, con las familias, con mis colegas y pienso pues que todo eso forma parte como de ese trabajo de cuidado de mi como cuerpo ¿cierto? Que necesita trabajar, que necesita cuidarse, que necesita interactuar, que necesita comunicarse y vivir muchas cosas desde todas las esferas humanas.

Entrevistador: Listo ¿Tienes dominio del acto terapéutico o control del mismo dentro de esa situación, tanto como inicia o finaliza un acto como tal o previo a él? ¿Tienes el dominio de esa relación, de ese conjunto? O...

Entrevistado: Pues el trabajo directamente no lo asumo siempre como que yo debo dominar el acto terapéutico ni frente al usuario ni frente a la familia. Me interesa mucho que en el trabajo haya expresividad y haya libertad de ese usuario y de su familia y mas que trabajo en el área de la psicomotricidad, pues es una como de las vertientes ¿cierto? que haya esa posibilidad de expresión corporal y expresión motriz; pero lógicamente en ciertos momentos donde es necesario debo ejercer cierto control y cierta guía a lo que yo vea que de pronto se está como...como perdiendo la ruta o que se está como deshilando del objetivo. Entonces yo pienso que hago una mediación allí donde sí privilegio que haya libertad, espontaneidad y expresividad de ellos, pero en el momento que sea necesario que yo ajuste ciertas situaciones, lo hago; entonces lo asumiría mas como una mediación, osea, ni domino todo el tiempo ni dejo tampoco que todo sea libre. Eso sería una mediación.

Entrevistador: Listo. Muchas gracias.

Entrevistado: Listo

E5

Entrevistado: Mi nombre es MLHC, soy Fisioterapeuta egresada de la UIS, tengo especialización en Pedagogía e Informática y soy candidata a magister en Epidemiología. Actualmente soy la directora del programa de Fisioterapia de la U* y coordino un servicio de fisioterapia de la C*. Si soy cuerpo o tengo cuerpo, yo considero que soy cuerpo. Si Tengo poder....

Entrevistador: Es cuerpo ¿Por qué?

Entrevistado: Ah! ¿Por qué soy cuerpo? Porque pienso que tiene mucha relación con mi forma de ser, yo soy muy visual ¿si?, entonces admiro mi cuerpo, no sólo desde solamente lo estético, sino desde la capacidad que tengo para ser independiente, para ser funcional, admiro la belleza del cuerpo y la independencia que puede lograr cualquier ser humano con su cuerpo y de lo que es capaz el cuerpo ¿si?

Entrevistador: ¿Haces cuidado de si dentro del acto terapéutico?

Entrevistado: Sí, si hago cuidado del cuerpo con las posturas...con las posturas, con utili...con llevar al paciente a posturas que me faciliten el trabajo y no que me representen una carga o un sobreesfuerzo ¿si? Eeehh...trabajo ocasionalmente sentada, flexiono rodillas, eehh...y busco que el paciente sea el que sea responsable de su actividad o de su funcionalidad. Bueno, siempre y cuando sean pacientes funcionales ¿no? Bueno y el poder...

Entrevistador: si tienes poder...

Entrevistado: ...poder sobre mi cuerpo, sobre el otro y sobre los otros...

Entrevistador: o tu manejas el acto terapéutico tiene un inicio y un final. Tiene de pronto un preámbulo o un después ¿cierto?, pero dentro de ese lapso, esa

instancia en la que están, ¿Tú tienes control sobre el acto terapéutico? ¿Hay algún tipo de control?

Entrevistado: yo creo que si,...yo creo que si ¿sabes cómo? Con la orientación, la dirección, con los comandos verbales, con los contactos manuales, considero que es básico el contacto ¿si?...eeeh...las órdenes...eeh...y no solamente la orden como autoridad, sino la orden para reforzar en el otro lo que yo quiero lograr. Y sobre los otros pienso que también tengo control porque me parece que el acto terapéutico no debe quedarse solamente en el paciente tiene que transmitirse a la familia o a los cuidadores o a los padres del niño o del menor. Mejor dicho, no puede ser un acto independiente ¿si? Creo en el empoderamiento y el empoderamiento es la corresponsabilidad que tiene el otro con lo que yo hago y es meterse en la cabeza que su funcionalidad o su recuperación no es por el fisioterapeuta es por el binomio que se arma entre los dos y que salga empoderado del autocuidado y de la función que tiene él y responsable de su trabajo.

Entrevistador: Gracias

E6

Entrevistado: Bueno, mi nombre es MIP, yo soy fisioterapeuta egresada de la Universidad de Boyacá, especialista en Gerencia de la Salud Ocupacional, promotora en derechos humanos, con diplomados en administración y gestión municipal y en servicios de salud. Actualmente soy docente de la U* en la materia de Gestión y Administración de Proyectos y también soy coordinadora del área fisioterapia de una clínica acá cerca, de Clínica Piedecuesta...eeeh...

Entrevistador: ¿Eres cuerpo o tienes cuerpo?

Entrevistado: pues, creo que tengo cuerpo porque...yo puedo, digamos... (risas)...Se me fue...tengo cuerpo...porque yo misma... es decir, porque yo puedo direccionar lo que voy a hacer porque a mi me gusta respetarme también, respetar mi cuerpo en las cosas que hago, entonces yo también cuido mucho esa parte.

Entrevistador: y haces cuidado de si

Entrevistado: y hago cuidado de...

Entrevistador: ¿Y cómo lo haces?

Entrevistado: Eeeem...digamos, yo planeo, eeem...yo organizo y así ejecuto.

Entrevistador: Dentro del acto

Entrevistado: Dentro del acto

Entrevistador: Tienes poder o control o dominación dentro del acto terapéutico

Entrevistado: Sí claro, si yo tengo control...eeem...Ay Dios mío se me fue la paloma...

Entrevistador: Tranquila

Entrevistado: (risas)...esto...Al realizar yo lo que es...la organización el...Ay Dios mío...se me fue (risas)

Entrevistador: Tranquila dale, dale

Entrevistado: mmmm...yo sí tengo control porque puedo darle órdenes, puedo dar órdenes y además esto... puedo detener esas órdenes para que se pueda...

Entrevistador: controlar

Entrevistado: aja...Puedo tener cierto control para que se puedan ejecutar pues mejor las cosas dentro del acto terapéutico.

Entrevistador: Gracias...profe...eres cuerpo...ah no primero la presentación.

E7

Entrevistado: Bueno, mi nombre es LAB, soy Fisioterapeuta egresada de la UIS hace 18 años, especialista en docencia universitaria y docente

actualmente en la U*. Coordinando también el proceso de acreditación con... de autoevaluación con fines de acreditación del programa de Fisioterapia de la U*

Entrevistador: Listo. ¿Tienes cuerpo o eres cuerpo?

Entrevistado: Tengo cuerpo

Entrevistador: por...

Entrevistado: Porque pienso que...mi cuerpo es digamos la imagen de lo que yo represento tanto a nivel personal como profesional, me doy a los demás en mi profesión, en mi vida personal, en vida familiar y pienso que también eem...tengo pues el respeto por el cuerpo e igualmente respeto a los demás.

Entrevistador: y al tener respeto por el cuerpo, tienes cuidado de ese cuerpo ¿lo cuidas?

Entrevistado: cuido el cuerpo tanto mentalmente, físicamente, en el quehacer también del trabajo tengo que manejar mi cuerpo porque estoy ante los... pues ante los demás y ante... (Sonido celular)...

Entrevistador: y la tercera es: ¿tu tienes poder o control sobre el acto terapéutico?

Entrevistado: si tengo...

Entrevistador: ¿y de qué manera lo hace?

Entrevistado: tengo poder sobre el acto terapéutico, ya que no solamente oriento eee...al...al paciente o al usuario del servicio que yo le estoy prestando, sino también a las personas que rodean ese usuario, ya sean cuidadores o familiares que lo hagan, dándoles a conocer la importancia del proceso del acto terapéutico que estoy ejerciendo en la recuperación o en la rehabilitación de ese paciente.

Entrevistador: Listo, muchas gracias.

ANEXO N°2. DOBLE CIEGO PERO NO SORDO.

ANEXO 2 GRABACIONES DOBLE CIEGAS, PERO NO SORDAS

TEXTO DE LAS GRABACIONES DOBLE CIEGO.²⁹

Ciego 1

- Terapia en Modalidad Individual

T: Buenos Días. Siga y se acomoda en la camilla.

P: Buenos días.

T: Bueno voy a correr la almohadita, acuéstese boca arriba. Y suba bien el pantalón para que nos deje ver bien esa rodilla.

Doña clara, me dice que es la primera vez en terapia? Mandaron 8 sesiones, de esas ocho ya las asignaron todas?

P: 5

T: El dolor desde hace cuanto lo tiene? Mas o menos cuando? Comenzó de un momento a otro? Hubo sobre esfuerzo en esas rodillas?

P: Me parece que desde un golpe que me había dado...

T: Ahorita el dolor, está presente todo el tiempo?

P: Me mejora con el medicamento...

T: Que medicamento está tomando?

P: Naproxeno.

T: Doña clara Inés, Sufre de alguna enfermedad?

P: No.

T: El dolor de 0 a 10 en cuanto lo califica, según lo siente?

P: Por ahí 8.

T: Como es, punzante, penetrante, quemante...

P: Siento ardor al caminar..

T: Ha sentido que ha perdido fuerza en sus piernas?

P: Si.

T: Suenan las piernas cuando las dobla?

P: A veces.

²⁹ La letra T identificará siempre al Fisioterapeuta, mientras que la letra P identifica al o los pacientes de cada acto fisioterapeútico.

T: Bueno, Vamos a mirar esa rodilla. Recójala bien, bien, suéltela, le voy a movilizar su rotula, duele cuando le hago presión?

Y, ahora, vamos con la otra... Esta está un poquito mas inflamada. Duele?
Siiiiiiiiiiii

Ahora, aquí arriba, duele un poco.

Vamos a doblar, y estíreme aquí arriba, molesta ésta zona, ahora acá, doblamos y estíreme arriba, molesta esta zona?

P: Si.

T: ok. Bueno la idea es desinflamar un poco esa rodilla porque está muy inflamada, en casita sumercé, se coloca algo? Frio, calorcito

P: "ay" veces.

T: Muy bien, vamos a colocar un poquito de calorcito inicial, para ayudar a desinflamar..Porque aparte de la inflamación que tenemos en estos tendones, hay un desgaste en la articulación. Por eso el dolor se nos complica un poco. Me permite su orden médica... Voy a pasar los datos al computador.

1 Min.

Bueno, preparada, vamos con la rodilla derecha, luego la izquierda. La sensación inicialmente en un poquito fastidiosa, mientras nos vamos acostumbrando un poco al frio.

10 min.

Separe un poco las piernas, apóyelas ahí. Vamos a colocar calorcito, listo? Por favor puede correrlas un poco si siente mucho calor, si encuentra dificultad por favor, llámeme, sin embargo yo voy a estar pendiente.

10 min. Ruido al fondo....

En la orden médica la doctora nos envía, darle solo manejo de dolor, es decir... Nada de ejercicio, si sumercé puede traiga piroxicam gel para aplicarlo acá con el ultrasonido, listo? Tiene marcapaso.

P: no.

T: Ni sufrimos de convulsiones?

P: NO.

T: Bueno, le voy a colocar electroestimulación. Va a sentir un hormigueito sobre la rodilla, mientras, me va diciendo, para que le quede tolerable, que no le vaya a quedar muy fuerte.

10 min.

Bueno le voy a retirar la electroestimulación. Usted está tomando medicamentos de anticoagulación? Warfarina, o algo así?

P: No.

T: Bueno vamos aplicar Ultrasonido, con esto no vamos a sentir ninguna sensación, bueno?

P: Bueno señorita.

T: Con esto es que le digo que podemos aplicar el piroxicam.

Peep, peep, peep.

T: Hemos finalizando por hoy, Por favor colóquese de medio ladito cuando se vaya a levantar, listo? Le cierro aquí para que se pueda cambiar.

Bueno, con cuidadito, nos vemos mañana.

Ciego 2

- Terapia en Modalidad Individual

T: Buenos días, esta es su primera terapia?

P: Si.

T: Que especialidad la remitió?

P: Fisiatría.

T: Pasa a la camilla, Vamos a mirar.... Desde hace cuanto está con el dolor?

P: Hace como seis meses, pero yo ya había tomado terapia acá.

T; Hace cuanto se seguido ese dolor?

P: Hace como un mes.

T: Está con algún medicamento para el dolor?

P: No.

T: sufre de alguna enfermedad?

P: No.

T: Le han practicado alguna cirugía que involucre columna?

P: No.

T: El dolor específicamente, donde está en esta zona específica media de la espalda hacia abajo?

P: Si.

T: El dolor está presente todo el tiempo?

P: no. no es constante.

T: Cuando está presente como es? Punzante, quemante, tipo cansancio, ardor.

P: Tipo cansancio.

T: De cero a diez en cuanto clasificas el dolor?

P: 6.

T: Hay algún movimiento específico que le cause aumento del dolor? O en alguna posición?

P: Cuando estoy de pie me molesta, si me doblo me molesta.

T: realiza alguna actividad física?

P: Los fines de semana juego baloncesto, futbol.

T: Cojea al caminar?

P: cuando es el dolor fuerte, fuerte.... Sí

T: Ha sentido calambres en piernas?

P: A veces.

T: Para mañana trae una pantaloneta o una sudadera, para que podamos evaluar bien la postura, tiene Vamos a poner exámenes diagnóstico? Radiografías, resonancia.

P Si.

T: Tráelos mañana Para verificar bien el diagnóstico. Descansa los hombros. Voy a tocar algunas zonas de columna, me dice si le molesta.

P: Jajaja, ahí si.

T: Ha habido adormecimientos, corrientas en piernas?

P: Muy ocasional... y en la derecha más que todo.

T: Inicialmente te voy a colocar frío para esa zona, bueno?

8 min

T: calorcito. Si lo llega a sentir muy caliente, por favor me avisa

10 min

T: Bueno, por favor no olvidar la orden para mañana, es importante por el diagnóstico y la programación de las próximas terapias, Hasta mañana.

P: Bueno, doctora, gracias y nos vemos mañana.

Ciego 3

Terapia en Modalidad Grupal

Sigan por favor y ocupan sus puestos.....

3 min

T; Aquí les traigo el frío... Lo tomamos con una mano y lo vamos deslizando hasta los codos... Enfaticen con el hielo sobre la zona del dolor Les cuento que vamos a estar trabajando toda la semana a esta misma hora aproximadamente por una horita... Es normal que durante la semana sintamos aumento del dolor, no tanto por la lesión que tengamos en sí en nuestra manos , sino por los ejercicios que vamos a estar realizando , la idea es que los vayamos a estar realizando de manera progresiva, listo? No de una vamos a empezar con fuerza... No..Vamos a hacerlo de manera progresiva, mientras se van acondicionando nuestros tejidos.

P: las terapia dura una hora doctora?

T: Una hora sí.

P: Yo llego tarde medio hora. No puedo llegar antes. Que hago?.

T: Pues con media hora no te va a servir de nada. Te vas a perder de los medios físicos, y de algunos ejercicios. Le va a tocar cambiar las citas entonces.

5 min

T: Retiramos el hielo.

Ahora empezamos con los ejercicios, debemos tener en cuenta que algunos ejercicios van provocar aumento del dolor y otros alivio; otra cosa es que la mayoría de los ejercicios van a necesitar apoyo de codos o mejor... la mayoría pues cuando realizamos ejercicios o actividades con los codos en el aire se duplica el esfuerzo en las manos.

Entonces, apoyemos los codos sobre la mesa y vamos a deslizar las articulaciones, vamos a colocar la mano en garra, luego cierran acá el puño, luego todos los dedos al frente como para hacer un pato, cerramos a puño y descansamos...

Entonces la secuencia cual es.... Garra, puño , pato, puño, descanso. Listo? De esa forma lo vamos a contar... Garra, puño, pato, puño, 1; garra, puño, pato, puño, 2; y así sucesivamente hasta 20; y si tenemos que trabajar ambas manitos, las hacemos las dos al tiempo, sin fuerza extrema.

Ahora vamos a hacerle una variación al ejercicio. Garra, descanso; Pato, descanso; Puño, descanso; 1; y Así....Hasta que completen 20. Acuérdense de no hacer fuerza porque el ejercicio no es de fuerza.

Ahora, Brazos al frente, meto mis pulgares y aprieto con los cuatro dedos y cierro la mano, en esa posición en la que estamos... hay que llevar hacia abajo las manos; Normalmente no debe haber ninguna molestia, pero si tenemos inflamación en ese tendón... va a molestar, ahí nos quedamos manteniendo 1,2,3,4,5.....hasta 10 , subo mis manos y luego bajo a descansar y luego repetimos el ejercicio, Vamos!.

En casa debemos repetir estos ejercicio, también colocar el frio y el calor, lo podemos colocar con la perrita esa de caucho, pero la envuelven en una toalla húmeda, por que? Porque el calor seco se va a quedar en la piel.

P: En una toalla húmeda lo envolvemos?

T: Una toallita húmeda. o podemos meter las manitos en un recipiente con agüita tibia. Le podemos colocar, caléndula o sulfato de magnesia.

3 min

Vamos a colocar calorcito, si llega a estar muy caliente sacamos la mano un instante y lo volvemos a colocar. Es importante realizar los ejercicios en casa, porque con los oficios domésticos, pues todo el día vamos a estar manipulando, o si es en el trabajo igual, vamos a estar haciendo esfuerzo físico, entonces, es importante que hagamos pausas en las cuales hagamos estiramiento para relajar los músculos trabajados y no estemos adoloridos. Apoyen los codos en la mesa para que no les queden en el aire.

Listo? Se calentaron un poquito esas manos?

Si, si, si. (Varios Pacientes)

Bueno. Listos por el día de hoy. Les recomiendo que lleguen a la 11 todos, para que no se pierdan nada de lo que estamos haciendo. Si ya tiene facturado llegan directamente aquí, que no se les vaya a olvidar la orden!!!

Ciego 4

- Terapia Modalidad Grupal.

T: Buenos días, Para todos.

P: Buenos días Doctora. (Varias voces)

T: Sigán por favor y se ubican. Listos? Vamos a colocar calor, como lo hicimos ayer.

15 min

T: Bueno vamos a hacer los ejercicios, Coja acá , la piernita hacia atrás y arriba, sostiene y que sienta esfuerzo aquí en la nalga,1,2,3,4,5 baje suelte y descansa. Doble un poquito la rodilla de abajo, eso, vuelve, sube esta, sostiene, y baja, no me la lleve hacia adelante. Acá es donde debemos de sentirlo. Vamos todos de igual manera

Acostado boca abajo nuevamente, estiramos la pierna, subimos, y sostenemos, 1,2,3,4,5 Bajamos, cambiamos. 1,2,3,4,5 bajamos. Y luego vamos alternándola, bueno.

12 min

Vamos a colocar esta banda para hacer ejercicios, la colocamos en el pie, de esta manera y estiramos.... Comenzamos, a este lado. 1,2,3,4, 5 suelta y vamos para el otro lado 1,2,3,4,5, al otro lado 1,2,3,4,5 y al otro lado 1,2,3,4,5. Y suelta; vamos con la otra, 1,2,3,4,5 suelte 1,2,3,4,5, y 1,2,3,4,5, y1,2,3,4,5.

T: Muy bien, deben seguir realizando estos ejercicios en la casa y adicionar los que hemos visto durante la semana. Buen día para todos... nos vemos mañana.

Ciego 5

- Terapia Modalidad Individual

T: Buenos días sumercé, ya la habían atendido, cierto?

P: SI, y también en grupo.

T: En Grupo lumbar.

P:Si.

T: Ahhh, bueno, ahorita después del frio, le coloco calor, y luego vamos a hacer los ejercicios de estiramiento, Bueno? Toca comenzar desde poquito a ir adaptándose. Ha hecho ejercicios?

P: si los que me enseñaron allí.

T: ahhh en el grupo lumbar.

2 min

Vamos con el frio.

12 min

Listo, voy a colocarle calorcito, cualquier cosa me llama y si le molesta un poco trate de correrlo.

P: listo

15 min

T : Bueno. Comenzamos aquí, apretamos nalgas y 1,2,3,4,5 suelta varias veces.

5 min

Nos vamos a colocar boca arriba, Bueno, doblamos la rodilla, hundimos estomago, apretamos nalga y levantamos cadera. 1,2,3,4,5 baja y descansa, y vuelve otra vez, y lo vamos a hacer 20 repeticiones.....

10 min

T: listo?

P: si doctora.

T: Bueno, ahora, estiradas las piernas, vamos a colocar este pie con la rodilla estirada, sobre la pelota, aprieta y contamos 1.2.3.4.5 y afloja; Luego cambiamos de pierna... Vamos alternando Hasta completar diez y diez en cada pierna.

10 min.

T: Muy bien con eso hemos terminado.

P: gracias doctora, hasta mañana.

T: Con mucho gusto. A hacer los ejercicios en casa...

Ciego 6

- Terapia Modalidad Individual.

T: Siga, Buenos días, muy bien. Por favor coloque sus pertenecías el casillero y vaya a la colchoneta del centro.

P: Si, doctora.

1 min

T: estire la pierna. Es la rodilla derecha, cierto?

P: si. Doctora , ésta.

T: Friiito, bueno.

10 min

Peeep, peeep, peeep, (Sonido de cronometro)

T: Bueno, vamos a realizar el mismo estiramiento de ayer....

P: Para lado y lado?

T: igual.

5 min

Peeep, peeep, peeep.(Sonido de cronometro)

T: luego, con rodilla estirada va a levantar la pierna y la baja . Diez veces y luego alterna con la otra pierna!.

P: Cuantas veces? Doctora.

T: las veces que sean necesarias, no una ni dos, sino varias.

5 min

Peeep, peeep, peeep. (Sonido de cronometro)

T: Acostadito boca abajo, dobla una rodilla y y la lleva hacia usted, cuenta diez y luego cambia, igual contando hasta diez.

5 min

Peeep, peeep, peeep. (Sonido de cronometro)

T: Bueno muy bien, le encargo seguir realizando juiciosito los ejercicios en la casa. De eso va a depender su mejoría.

P: Bueno, si doctora... Gracias.

T: Hasta luego, que esté muy bien.

Ciego 7

- Terapia Modalidad Individual

T: Francisco Pérez?

P: Si, señora!!

T: Como se ha sentido?

P: Bien si señora, mejorando.

3 min

T: Como le han sentido los ejercicio?

P: siento que me ha quitado mucho el dolor!!!

T: Bueno.

2 min

T: Friito. Le coloco una almohadita aquí?

P: no señora, tranquila.

T: cuando le hicieron la cirugía?

P: eeeehhhh hace un mes.

T: Como se lesiono esa rodilla?

P: Jugando futbol.

T: solo? ¿Una patada?

P: Yo creo que solo, yo creo que fue un giro porque yo estaba parado.

T: Bueno, ha dolido mucho esa rodilla?

P: pues a veces doctora.

T: bueno. ya vuelvo.

10 min

Bueno, acostadito, boca arriba, dobla esta pierna. Vamos a despegar la pierna de la rodilla y luego bajamos. Arriba y bajamos. Hay dolor?

P: No.

T: Dedos. Vamos a llevar hacia arriba los dedos, suba, y al bajar... no quiero que la pierna toque la camilla, bueno? Solamente acá, y bajamos, exacto! Vamos a hacer 40 repeticiones. Exacto, si siente que cansa mucho la pierna, entonces, descansa un poquitico y luego continua hasta lograr las 40.

4:30 min.

T: listas la 40, cierto? Bueno. Siguiete, bueno, llevamos dedos de pie hacia arriba, y mira lo que vamos a hacer. Juntamos una pierna con la otro con la rodilla estiradita, mira: adentro y afuera, varias veces.

P: Cuantas?????

T: 40 repeticiones. Hay dolor en la rodilla?

P: un poquito.

8 min

T: Bueno, siguiete. Nos vamos a colocar de medio lado mirando hacia allá, la pierna que estamos trabajando debe quedar por encima! Dedos hacia arriba.... Y mira lo que vamos a hacer, levantamos y luego la bajamos con rodillita

estirada. Poquito... No quiero que suba mas, apenas un poquito , eso, y luego bajamos, igualmente vamos a hacer 40 repeticiones....

Como vamos? Cansadito?

P: un poco.

T: Giramos para el lado contrario del que está, flexionamos cadera y rodilla de pierna no lesionada, y la lesionada queda libre, y mira lo que vamos a hacer: levantamos despegando de la camilla y luego bajamos la pierna, despegamos y bajamos, Bueno? Solo lo que pueda, vamos a hacer 40 repeticiones.

8 min.

Luego, nos vamos a sentar, estiradas las piernas, luego dobla la pierna, ésta, abrazarla, y la contraria levanta un poco, vamos!!! Despega el talón y baja.

Exacto

Dolor?

P: un poco.

T: Cansancio cierto, el musculo....

40 repeticiones.

5 min

Acostado, y ahora si boca abajo, dobla la rodilla, vamos a utilizar esta cuerditita y vamos doblando poco a poco, y con sus manos la va ayudando.

T: ahí ya empieza a sentir molestia.

P: ay” ahí, ahí. “Ay”

T: Bueno, ahí nos vamos a sostener 10 seg, 1,2,3, hasta 10 y bajamos para relajarla, descansa, bueno lo vamos a hacer muy despacio, y doblamos nuevamente...exacto... yo le digo cuando paremos

5 min.

T: cuantas sesiones mandaron en total?

P: con esta creo que 5 sesiones.

T: bueno nos vamos a colocar boca arriba, y vamos a colocar un poquito de calor sobre esa rodilla!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!! Eso, eso.

P: como hago para colocarme calor?

T: Con esas bolsitas de cauchito que llaman perritas.... Con esas envolviéndola en una toalla húmeda.

Esta realizando los ejercicios en la casa?

P: muy poco, por ahí dos veces por semana.

T:Toca realizar ojala todas las noches, porque está muy limitada todavía, y la fuerza!!!!!!!!!!!! Sobre todo la movilidad.

T: Cuando vuelve a tener fisioterapia?

P: mañana.

T: Listo por hoy, y lo espero otra vez mañana, bueno!! Que descanses!!!

P: Bueno doctora, gracias.

ANEXO N°3. EL SUJETO QUE SE VE EN EL ESPEJO

ANEXO Nº 3. EI SUJETO QUE SE VE EN EL ESPEJO

GRUPO DE DISCUSIÓN:³⁰

Inv: cuatro minutos, básicamente son varios videíitos cortos ¿cierto? Hay sonido. Si alguno de ustedes les parece que no tenga sonido se lo quitamos, no hay ningún problema. Lo que se va a realizar es un análisis quinético, o sea un análisis quinético, solo imágenes; pero, si se refuerza con el audio o tal vez tiende a confundir entonces se lo quitamos. Básicamente es un análisis quinético, se les daría información de la persona que esta ahí, son dos fisioterapeutas que vinieron a la ciudad de Bucaramanga a compartirnos un congreso sobre neuropediatría, estamos en una intervención, en un taller. Taller o no taller o intervención privada es una intervención. Es un acto fisioterapéutico, es un tipo de... expresión por no llamarlo ya discurso ¿Cierto? Eee....entonces ya vamos a utilizar la palabra discurso entre todas para poder llegar al...tal vez una cosa que se me olvidó y a algunas de ustedes se lo he comentado muy personalmente, pero vane la pena recalcarlo, la investigación es sobre análisis del discurso del fisioterapeuta, uno de los discursos es un discurso quinético, porque hay una cierta actitud, actitud física con respecto a la terapia. Esa expresión, coherente o no, con lo que se dice o con lo que se calla, ¿cierto?...eeee...tiene una imagen, tiene un tipo de comunicación. Eso es a lo que yo las invito a que hagamos una serie de intercambios de conceptos y eso nos va a constituir autodiscurso para poderlo leer ¿listo? Entonces cuantas veces sea necesario volverlo a repetir, pararlo y demás me dicen ¿ok? ¿Algo mas quisieran saber con respecto al video o lo vemos?

1: la mecánica es que primero vemos el video y luego vamos a hacer la discusión

Inv: ¿Primero vemos el video? Y si es necesario lo vemos varias veces, si quieren y si alguien me dice párelo ahí...si alguien necesita...lo miramos. Mas que preguntas y resolver un cuestionario porque así seria como una técnica

³⁰ Las sigla Inv me identifican, mientras que cada uno de los números representa a cada una de las participantes.

diferente, yo voy a lanzar ciertos comentarios para que cada una realice un aporte o busque mas bien una posición ¿si? y no se trata de defenderla, sino es tipo de discusión a través de discutir (...) sino de darle un compilado al concepto, listo..Cuantas veces sea necesario...no vuelva y repítala porque esa parte ¿si?

(VIDEO) NO SE ESCUCHA NADA

HAY VARIAS INTERVENCIONES SIN IMPORTANCIA, NO HAY NADA SIGNIFICATIVO

Inv: Listo, podemos decir que es el fisioterapeuta. El recinto estaba lleno de fisioterapeutas. En este caso podríamos enfocarnos un poco a los dos fisioterapeutas que están alrededor del paciente. Quienes estaban abordando. Entonces no sé si sea necesario volver a revisar el video o vamos conversando...Bueno, en su momento cada una puede intervenir, vamos a estar revisando el primero, para ustedes cuál es el discurso?. Qué es discurso?, uno es el discurso que yo trato y otro es el concepto que ustedes tienen o tal vez vaya muchísimo mas entramado...

2: completamente independiente del tratamiento que estaba haciendo, qué buscaba ella con el tratamiento, eso no se analiza. Se analiza es el discurso de ella ¿cierto?

Inv: cierto

Común denominador que es discurso

2: Perfecto. Si ya ya. Hacer una abstracción, por que lo primero que le criticaría sería el tratamiento. Sin saber que estaba haciendo. Abusivamente

Participante 3: yo también pensaría lo mismo, que estaba tratando ella de hacer porque de muchas maniobras no tenía una abstracción concreta de que pudiera estar haciendo porque saltaba de una cosa a otra

2: pero eso no nos interesa. Perfecto.

3: pero tengo entendido que tenemos que debemos buscar implícito un discurso que se hace corporal, de ella hacia los pacientes ¿Cierto? Entonces pienso yo, si tu vendes la idea de hacer fisio, de postura y movimiento correcto,

cómo para intervenir yo primero no me apropio de esa idea de una postura correcta para hacer una intervención. Que es lo que se veía, ella chueca aquí a un lado, no sé si por dejarle ver a las demás personas, pero lo que es vender el movimiento correctamente, primero a ella no se lo cree, ¿sí? Es lo que leo yo primero ¿no se?

4: no, yo pienso, pues es que no el mismo trabajar con un adulto, pues lo ideal en una camilla a manipular un niño que no tiene un control ni siquiera cefálico que esta interviniendo la espasticidad, de pronto también la condición de la condición no es la adecuada. Por otro lado, ella esta haciendo una demo en medio de un curso, entonces si corta, hace cortes para demostrar en una posición en otra, en un espacio, en otro y bueno...creo que está haciendo lo mejor de ella en esa demo. Y desafortunadamente pues no supieron escoger los pacientes para ese curso. Unos pacientes muy comprometidos en donde de pronto es aburrido para ellos, el estudiante, esperar que haya una respuesta mínima en uno de los dos niños yo observé pues, no estamos hablando del tratamiento pero, yo creo que ella se forzó mucho debido a la lesión tan comprometida del usuario que ella está atendiendo ahí en ese curso.

Inv: ¿se forzó? ¿Se forzó mucho?

4c: yo creo que sí, o sea...y pienso... de pronto también hay estrés por qué, porque lo digo también pues cuando uno va a dictar un curso, uno lo primero que le dice a los organizadores es muéstrame niños que yo pueda demostrar y que yo pueda obtener una respuesta ¿sí?, porque niños muy severos...bueno de pronto la gente dice no pero es que yo tengo niños muy severos, bueno un caso, en el curso para demostrar que puede hacer uno en un caso tan severo, pero no ya para digamos una forma didáctica para demostrar ya que podemos hacer con un niño con una diplejía, con una hemiplejía, etc, etc,. Pues ya yo creo que si puede o hubiese podido demostrarlo en pacientes donde se viera una mejor respuesta.

5: no sé que curso estaba tomando entonces no tengo ni idea, entonces no se si era el paciente que se necesitaba para esa demostración. Pero yo si veo depronto dos cosas que me pareció a mi que les faltaron a ellos, no sé como tengo pedacitos, entonces no se, entonces es una cosa que de todos modos

así sea un paciente que cognitivamente no lo entienda uno le deba explicar que le va a hacer, no irle a correr la colchoneta de una o buscar que lo asuste o que le suba el tono. El fisioterapeuta debe explicar en que es que yo lo voy a asistir... explicar siempre que es lo que vamos a hacer, no?

Carmen: se supone que el fisioterapeuta es el que sabe

3: es el discurso que debe manejar

5: exacto. Primero y segundo, estar atento a la cara porque si es una persona que no expresa..... Entonces como se que si le esta doliendo demasiado? Debo estar pendiente del rostro que con esto nos dice todo .cuando le estaban haciendo el masajito en la espalda..... y le estaban haciendo flexión de rodilla para hacer estiramiento me imagino! Yo si escuche la palabra bienestar! Ella le estaba haciendo un masajito, de todos modos siempre buscar un bienestar en un paciente

Carmen: igual quién fue el que le hizo el masaje. La persona que estaba de pie ante el niño, entonces por eso es bueno ir llegando a pases del video, la persona que estaba al pie es una fisioterapeuta, ¿qué tiene en común con el niño? Es la mamá ¿Los dos terapeutas dónde estaban?

5: Ahí en este caso, específicamente de intervención familiar por mas que... a mi me pasa con los paciente, por mas que sea es importante que este acompañado...

1: Mi comentario iba como similar a lo que estaba hablando mi colega (5), y de un poco la parte de interacción con el paciente, digamos que en los primeros niños pues no se veía, si no se veía ellos están o al lado o atrás tal vez influenciado por algunas de las cosa que decía a (4), y tal vez la única interacción que se ve es cuando está sentada con la niña de frente, que se siente que hay un poquito más de interacción, mientras en las otras escena.....

Carmen: Aunque Bertha que hay un argumento por el cual está ella comportándose de ésta manera, todos sabemos cómo se mueve la logística, como es ese asunto. También es claro que hace falta éste tipo de enfoque,

como la interacción, y eso es clave! Tanto para presentar en un tipo de seminarios como ésta, como en un recinto de cuatro paredes donde se ejerce un acto terapéutico, si eso es así hay que leer que es lo que está pasando allá adentro a puerta cerrada.

6: Haber, yo creo que para hacer un análisis, a mí lo que más me impactó, inclusive lo noté acá, fue... niño-objeto cuerdo con ellos, es decir, independiente que sean diferentes pacientes y todo eso. El manejo en sí con el paciente... Porque estoy totalmente de acuerdo con (5), el hecho que el niño tenga dificultad cognitiva no significa que el niño se le maneje de esa forma! No estoy de acuerdo con este tratamiento, y me parece que estamos, no sé si por la premuras de nuestros tratamientos o tal vez por el tiempo aquí de los videos!, pero creo que nos estamos desenfocando en el tratamiento desde el punto de vista del paciente, el no dirigirse al paciente como tal, es decir yo veía a un niño rodeado por cuatro personas, esto va a afectar mucho al niño inclusive en su respuesta, si lo que se quiso es hacer una demostración primero se deba decir es que es lo que se va a hacer, pero el niño donde ve solo adultos en ese medio y todos manipulándolo, es algo que se está haciendo muy a la ligera y eso no significa que se le este atropellando en sus principios.

Inv: creo que nos estamos encaminando muy bien para donde vamos. Hemos llegado a algo puntual. Gracias.

2: Creo que hay una cosa importante, no estamos ni juzgando el tratamiento ni a la persona que lo hace, es imposible juzgar a una colega por esto, puede ser excelente buenísima o lo que sea. Si estamos juzgando el discurso fisioterapéutico yo lo analizaría desde dos puntos de vista: Con quien era la comunicación de ella, con el auditorio? O con el paciente?, con quien hizo los abordajes y como los hizo? Tal vez existió buena comunicación con el auditorio y eso está bien, pero eso lo que demuestra es el irrespeto permanente por el paciente. Si yo estoy en un curso y tengo que manejar un paciente debo hacer esa abstracción con el grupo, y debo establecer comunicación con el paciente porque es mí tratamiento, mi abordaje, mi relación con este niño, entonces ahí es donde hay el permanente irrespeto, yo tengo una respuesta a lo que tu preguntabas, Que están haciendo? Yo diría que un curso de cocina, sentí que

estaban cogiendo no un pollo, sino una víctima y la voltearon para acá en el asador, y entonces el niño queda loco porque nadie le avisó que lo iban a voltear, le bajaron aquí, le subieron la pierna; y lo aliñaron con lo que lo quisieron aliñar. Pero era como si estuviera dictando un curso de cocina. Eso para mí es el irrespeto permanente por el paciente. El fisioterapeuta tiene diferentes lenguajes, no cierto? Bla, bla, bla, bla..., el corporal y el más importante es el que yo le transmito con mis manos. Si yo lo cojo y es hipotónico, yo le estoy transmitiendo que debe aumentar el tono por la forma en que yo lo hago, y si seis manos son las que están abordando!!! No puede haber ningún lenguaje terapéutico. Que le pudieron transmitir al niño seis manos? A cuales seis manos atendía? Si yo desde la periferia puedo transformar la programación del sistema nervioso, Que es lo que hace uno en PC . Como se puede transformar algo con ese abordaje de seis manos? Es como si le estuvieran hablando en dos idiomas y tu ni entendieras los dos idiomas cuatro personas a la vez, no puede captar nada digo yo, entonces a mí eso si me parece importante.

Que si el discurso fue para el público, a lo mejor maravilloso; y si fue para el niño, pésimo porque no hay una comunicación con él.

Una vez un fisioterapeuta le decía a su paciente niño, mira ese muro a color, (era blanco) el niño quedaba loco buscaba un muro a color, y era blanca, nunca la encontraría...

Inv: Falla en el discurso (2)... Falla en el discurso

Es importante que quiso decir, pero lo mismo con las manos... que quiso transmitir.

Preguntaba yo una vez a aaaayyyddd, hasta que punto los tratamientos son invasivos, la fisioterapia es invasiva?

Esta penetrando desde la periferia hasta el sistema nervioso periférico o central, Uno si está penetrando al paciente al paciente a través de sus manos, uno le está transmitiendo una cantidad de cosas, o le está exigiendo, con solo hacerle así, con solo hacerle aquí, Todo eso es lenguaje terapéutico, que tiene uno que estar aplicando, que tiene uno que estar dominando, y aquí no se ve en ningún momento, entonces pobre la victima que está ahí porque la estamos abordando sin ningunos requerimientos verdaderos, porque ni siquiera la voz se la estamos oyendo y a lo mejor la fisioterapeuta si le dijo algo (cállese chino)

y no lo supimos, pero de todas maneras el otro abordaje que vemos en el video es el que podríamos analizar. Es decir, con respecto al paciente me sentí en una receta de cocina, y con seis manos no se qué están haciendo!!!

4: Sí, eso que tu estás diciendo (2) es superimportante y la verdad es que teniendo en cuenta es que esto que nosotros estamos viendo del manejo del niño en un curso donde hay tantas personas alrededor de ese manejo, realmente lo último que se ve es.... Miren este es el manejo ustedes lo que van a hacer es... van a estar observando, no hay comentario, el terapeuta debe estar comprometido con lo que está haciendo, con el niño, pidiéndole permiso si hay que quitarle un zapato... una camisa... etc., compartiendo e interactuando con él, y hay una filmación, y después que el niño se va familia, entonces se ve y ahí empieza ya la discusión de los estudiantes... que se hizo!!! Porque se hizo!!!

2: Son dos discursos distintos, uno para el niño y el otro que se hizo para el público.

Inv: Retomando todo lo que ustedes han dicho: existe entonces dos tipos de discurso, el que nos corresponde aquí es la expresión kinética, Martha dice que es muy importante el contacto, lo que se expresa, lo que se trasmite; si ustedes fueran ese paciente, y sí tiene que ver mucho la parte cognitiva, Pero.... Siéntese ahí, parece ahí, sienta ese vinipel sobre su cuerpo. Es decir los invito es a eso, a que siente. Qué discurso cree que está diciendo expresando con su cuerpo el fisioterapeuta. No es obligatorio, que todas hablen, igual, pero, es esa invitación, que hay ahí?

3: Yo tengo ahí una observación, desde el principio en ese momento, además del paciente estaban involucrados tres personas, los dos que estaban del lado y la persona que estaba colocándole el vinipel...

Inv: Terapeutas....

3: Bueno, terapeutas, la del lado derecho, no se..... el niño estaba allá en una posición???? Pues la otra terapeuta estaba colocando cuidado por allá, y ya que estas dos no estaban ahí, pues el niño se les escurría.... Entonces creo yo

que para un tipo de intervención donde participa mas de una fisioterapeuta el lenguaje deba ser común para esos tres, cierto? Porque si el uno pone allá cuidado y el otro tratando de resolver lo que los otros dos no están apoyando, es muy complicado, entonces creo yo que antes de cualquier intervención el objetivo de la intervención debe ser común para los tres. NO es.... Téngamelo ahí mientras yo le coloco el vinipel haber que hacemos... Entonces creo yo que ese manejo para el pobre pelaito y el objetivo final no iba a ser el más adecuado, porque comenzando el tratamiento comenzó mal, de la sola sujeción del paciente, entonces yo creo que no era el manejo adecuado y la lectura que se daban entre ellos tres no era , no estaba preparado mi cuerpo, la otra lo tenía de un brazo allá...

2: será que me están filmando?

Inv: es una despersonalización de ese cuerpo... de ese.... Paciente.... Del otro.....

3: Asi sea con tocar... si yo te hablo y yo me ubicó hacia ti, siento que la cosa es personal, pero si es así como al son de que me bailen..... entonces creo yo que hay fallas ahí, y si necesito más de una persona hay que tratar de llegar a un acuerdo que esas tres personas trabajen por el mismo lado.

4: Yo creo que también es importante escoger la actividad, porque si uno en un curso le está demostrando a las terapeutas se necesitan cuatro personas para hacer un tratamiento donde la eps nos paga seis mil pesos, entonces ¡eso no es una realidad! De pronto la actividad es muy alta para la condición del niño, de pronto debió no trabajar tanto en contra de la gravedad o sobre una mesa, sino una actividad más baja donde no esperara tanta respuesta o exigencia.

2. Yo decía que lo que no hay que tener tanto en cuenta es el tratamiento es sí, olvidémonos de eso, porque eso es parte del tratamiento. Porque no cogió esto!, porque no hizo aquello! Sino más bien como lo hizo cuando le toco hacerlo a ella? La respuesta es: Pésimo.... En esto..... en algunas cosas puede que le haya ido mejor.

Inv: Se supone que el fisioterapeuta..... o no se supone, nosotros pretendimos en algún momento y lo estamos logrando, de hecho a diario esto es lo que hacemos, teniendo en cuenta que categorías como cuerpo y movimiento son de nuestro quehacer y de nuestro accionar como fisioterapeutas.

2: El nuestro? O el del paciente?

Inv: de dominación! Del cuerpo Al de paciente.... Jajajaja todas las participantes.....

2: Ambos, juntos , los dos como dices tú

Inv: Muy bien! 2... ahí te estás leyendo tu mismo discurso, pero quién sabe! O se supone que sabe sobre el cuerpo y del movimiento, aún de él como del paciente es el fisioterapeuta, entonces ese es un punto muy importante! Entonces qué es lo que el cuerpo de ese terapeuta habla ahí? Que es lo que habla?....

2: Para el público o para el paciente?

Inv: Los dos tipos de discurso!!!! De pronto, tal vez, cuando llegué aquí a las ocho de la mañana venia con una idea que había un solo discurso.... Del terapeuta.... Pero tal vez en éste momento como punto de análisis es que hay dos discursos Un discurso de expresión al público y otro al paciente; entonces, cual es ese tipo de habla? Si ya llegamos a ese punto.... Que leemos? Que yo dije hace un rato....vamos a tener una dificultad porque es que el ojo del terapeuta esta calibrado para el paciente? Pero para verse uno mismo no! Pero mire allá!!! Es esa invitación.

2: Cuando yo tome el curso bobath, pues hace miles de años, yo venia de trabajar con ortopedia...

4: La primera en Colombia y yo creo que de Latinoamérica!

3: No, primera fue carolina de rueda que lo hizo en Inglaterra, ella fue docente mía; yo lo hice en Brasil, metrópolis Brasil.

Entonces, yo venía de trabajar con ortopedia(básicamente), entonces piense en estire, recoja, para el trabajo de ortopedia, yo decía lo que tengo que hacer es trabajar frente a un espejo, para verme yo como estoy cogiendo al paciente, y como estoy!

Y creo que eso debería para cualquier tipo de paciente!, después entendí que eso no debería de ser solo para neurología sino, para todo debería trabajar con su cuerpo mismo! Paro la idea mía era trabajar frente a un espejo, porque yo no sé qué actitud mía le está sabiendo en tono!!! O si con ese nerviosismo de alumno le estoy transmitiendo más tensión? Y dije, frente a un espejo, y empecé a trabajar frente a un espejo.

Y Pensaba, esto es ortopedia! Que hago aquí metida en esto! Debo borrar todo lo que yo sabía de fisioterapia, casi todo! Y empezar una nueva actitud!

Entonces eso es importante para todas, y las escuelas deberían fomentar eso! Que uno trabaje frente al espejo, No para subirse el ego, mira como amanecí hoy de bonita! Suba la pierna! Pero sí eso, haaaa y que tampoco suene importante como ¡Hay me senté en la cama del paciente!..... En mi época era pecado sentarse en la cama del paciente....

O subir la pierna y estaba de minifalda... No esas cosas , NO! Pero SI para ver su interacción con el paciente, através de uno mismo viéndose ahí en el espejo!!!!

1: o grabarse

4: Sí

1: Verse y Escucharse, que rico!

VARIAS VOCES A LA VEZ

1: Digamos, ahora que hablamos del lenguaje corporal del fisioterapeuta.

Nosotras, tuvimos aquí una instructora que ere de Eslovenia...(Neda) Tenía , mejor dicho, su comunicación en cuanto al lenguaje expresivo no es que era tan cálida, pero con su cuerpo..., mejor dicho es que era impresionante como trabajo por ejemplo con los bebes y como ella hablaba de facilitar una reacción de enderezamiento, y como su cuerpo se iba como moldeando; Como ahí veía la idea que planteaban en el libro de los Bobath, que la señora Bobath trabajaba con arcilla y moldeaba y era escultora. Neda iba moldeando esa cintura y uno sentía que ella con su cuerpo hacia lo mismo.... Que cogía el muchachito y lo iba moldeando de tal manera que ella a través de su cuerpo le trasmitía todo eso que ella quería que se diera en el niño.

VARIAS VOCES A LA VEZ....

Y esta mujer era!!!! Que flexibilidad, y digamos a mirarnos que para los fisioterapeutas la importancia de lo que es trabajar su propio cuerpo, tal vez por eso en la universidad se está enfatizando mucho en una asignatura que

se llama taller de cuerpo y movimiento, y es como... digamos.... En la formación del estudiante ir trabajando de cómo me siento yo con mi cuerpo, como me veo yo con mi cuerpo y que transmito yo con mi cuerpo. Es importante que yo trabaje mi cuerpo, porque antes de abordar el cuerpo del otro yo desconozco muchas cosas de mi cuerpo. Por eso ahí es tan importante lo que tu decías I que yo transmito a través de mis manos y a través del lenguaje corporal, y si ve uno a esas personas que uno se pregunta esa persona que será lo que tiene que logra tanta.... Con un niño? Pero entonces, también veo que combina un poco no solo el lenguaje corporal... sino que combina un poco el cuerpo.... Interactuar mucho con el juego, sube la voz en un momento dado o la mantiene, entonces como esa combinación.

2: El contenido ahí dijéramos verbal, intrínseco en sí mismos, no es tan fundamental! Porque un niño, por ejemplo: con parálisis cerebral.... Si uno está buscando reacciones automáticas, uno no tiene que decirle enderécese!, ni nada!!..... Sino buscar que eso le salga, y que la comunicación verbal continua aunque no sea diciéndole..... ¡contraiga el cuádriceps nene! Yo tuve una colega.... Jajajaj, que nos burlábamos de eso, porque decíamos como se van a comunicar? Con los niños en Roosevelt, diciéndoles: y ella (la colega) le decía a su pacientica de tres años con secuelas de polio... y le decía: ¡!!! Soledad, contraiga el cuádriceps!!!! Y luego.... ¡!!! Soledad, ahora el tibial anterior!!!!

Jajajaja, todas, pero simpatiquísimo!!!!!!!!!!!!!! Y la Dra., quedo (sorprendida) porque nunca logro que soledad le entendiera!!!!!!!!!!!!!!

Pues uno no le puede pedir que contraiga el cuádriceps, pero siiiiiiiii desde la actividad que está haciendo y su contacto manual y todo!!!!!!!!!!!!!! Entonces, el lenguaje verbal puede no estar encaminado a dar una orden, Pero está encaminado a buscar la respuesta! Así sea en el juego, coja sube!

Inv: Pero puede existir dentro de ese lenguaje kinetico estar encaminado a dar una orden?

2 y 3: Sí, claro!!!!

Inv: que tanto se usa acá? Que tanto se una en la clínica?

3: Yo se que las fisioterapeuta somos mandonas. Nosotras siempre estamos.... Suba! La pierna, sea en cualquier término, ¡Haga el brazo! ¡Gire Haya! ¿Quién se apropia de la situación? Nosotras. Y si usted está... es lo que usted vende, es la lectura de su cuerpo! Si tomo el niño y le digo suba la pierna, pero no me entiende y su yo le ejemplifico lo que se quiere hacer, ¡ él me entiende!

Puede que él no esté leyéndome mi mensaje verbal. Pero sí el kinético. Que es de lo que estamos hablando aquí, entonces, yo entro como que, primero que todo, tenemos que partir dos cosas: Si yo me doy a leer entre un grupo de profesionales que están diciendo: Está torcida allá , mire que esto estuvo mal! A como se da a leer a gente del común.

Si yo le muestro al papá y el me lee como! pero es que esa fisio que atiende a mi hijo está chueca!

Creo que es importante desde la escuela que nos creamos la posición que yo me debo a mi paciente, y que debo mostrármele que a mi manera correcta.

Mi movimiento es importante. Si yo soy correcta en mi movimiento, muy seguramente mi paciente lo va a entender de manera correcta, pero si como fisio, yo que soy la profesional del movimiento no lo hago correcto, pues.... Ahí yo creo que no hay nada que hacer...., por eso desde el principio del video, así estuviéramos con problemas de logística y todo esto yo en ningún momento encontré una postura o una acomodación como adecuada para ese manejo sea fácil o difícil!, por el lugar, Pero no se da a leer como debe ser. Que es lo que creo que estamos analizando aquí, lo kinetico, y si yo no me lo creo como fisio? Como se lo vendo a los demás? Nosotras lo criticamos porque lo conocemos; pero yo les debo vender a las personas que no conocen del movimiento, un movimiento correcto.

Inv.: Que se supone que el que conoce! Es el terapeuta!

3: Entonces, si yo vendo la idea de mala manera pues, el papá del niño o el mismo paciente cuando está un poco más entendido sobre su situación, Dice: ¡Pues así debe ser! Porque si el es el que sabe pues yo lo sigo así. Entonces creo que es muy importante que desde la escuela o desde uno mismo, se puede trabajar en el espejo una vez que otra, no está de más, eso hace que uno diga: ¡oiga mire que yo como que no! Solo para

enriquecer su quehacer cotidiano!, eso no está lejos de uno empezarse a leer para ver si la misma lectura que hace la gente de uno es la que uno esperaría, me parece a mí!. Creo yo!

5: Otra cosa que yo creo que es muy importante, es la empatía. Yo tengo que lograr primero la empatía con mi paciente! Para poder lograr el resultado que yo quiero!. Es en esa comunicación! No es que yo quiera ser agradable, sino la empatía para poder lograr también mis objetivos.

2: Yo creo que ahí sería otro campo de discusión, Por ejemplo: A veces es muy fácil que entre el papá, y debe estar y es un irrespeto quitarle ese derecho, pero la empatía y la comunicación se logra cuando no hay otro o un adulto mediando esa intervención mía. Nene, cuántos años tiene? Él volteo mira a la mamá, la mamá le dice y el se volteo a decir.

No hay una comunicación directa, porque el niño está acostumbrado a expresar todo sus padres. Entonces d, las primeras citas sí, pero después puede uno prescindir de los padres perfectamente. Si quiere observar, observe!, pero mi relación es con el niño, mucha gente no está de acuerdo con eso, pero a mí me parece más fácil así.

6: Yo pienso lo mismo. Es muy cierto, pero desafortunadamente en algunos casos no se puede obviar eso, los mismos padres exigen o la misma institución, pero también es muy importante lo que tú dices (señala a alguien del grupo) No es solo los conocimientos que tengamos, aquí también es la actitud hacia el paciente. No es solo el lenguaje corporal, sino TODO nuestro quehacer como fisioterapeuta, como profesional, hacia esa persona que vamos a manejar, que es un ser humano! Y es lo que yo vengo diciendo desde el principio tomando mi posición, porque yo sinceramente en este video Vi que se estaban atropellando los derechos de los pacientes completamente, entonces, allí nuestra actitud debe decir cómo nos vamos a comportar con ese ser humano, y como hacemos valer los derechos de los pacientes, Así él no se dé cuenta, no tenga problemas cognitivos, cualquier estado en que el esté, podría estar perfectamente en forma vegetativa o una sala de cuidado intensivo, pero de todos modos es nuestro paciente, es un ser humano al que yo voy a manejar, De acuerdo?

2: Es que ese abordaje de respeto se debe tener, Es que yo no sé hasta que punto... actúe la conciencia o no actúe. Es un paciente que merece respeto,

yo parto de la base... y lo mismo los niños así sean niños sano pequeño. a qué nivel me entiende lo que le estoy diciendo? Pero, yo lo trato con el respeto que me merece, como si fuera un adulto que me va a pegar si yo lo irrespeto.

Inv.: Dentro de las referencias bibliográficas que tengo, quisiera referenciar a una colega llamada Julia Adriana Castro, Quien Hizo una investigación sobre presencia del genero y la religión y la medicina en los universos simbólicos de los fisioterapeutas,

Debo retomar esto, para tener base suficientes para este tipo de análisis que estoy realizando, porque definitivamente es la investigación quien va dando luces a mas investigaciones, y estamos hablando del año 1996. Noto que a pasar de esta analizando el video, que es muy bueno, y es un dispositivo, que nos está creando este tipo de discusiones, cada uno se está mirando , se está escuchando, se está juzgando , cada una desde su propio que hacer, desde su propia historia, en este momento, Julia tomó unas categorías específicas. Leamos dos párrafos con respecto a la Eritrofobia, categoría que bautizó así dentro de ésta investigación.

LECTURA DE TEXTO

Inv.: Seguimos hablando de Erotofobia después de más de diez años?

Es una forma de expresión? Kinetica, o de representación? Es un tipo de discurso? Se vive ahora? O no? Y como sería?

2: Yo pienso que el sentimiento de culpa!, la educación religiosa... Hablo de mi generación y de algunas posteriores, yo no sé actualmente como sea..., pero si antes era una cosa que marcaba, piensen no mas en el código de da vinci el escándalo tan terrible y lo religioso que marcaba, que la iglesia intervino, una novela policiaca ridícula, que hace la gente mostrando esto tan trascendental, y ahí ellos muestra eso como fue que se empezó a estigmatizar a la mujer. Donde la mujer, es la causa del placer, es la causa del pecado. Eva fue la que pecó. La magdalena era una mujer perversa que después se arrepintió o se des arrepintió, no estoy segura que fie lo que hizo. Pero si la religión estigmatizó mucho, el sentimiento de culpa, puede ser muy erótico, tengo una compañera que viajaba y le traía regalos a todo el mundo, ese sentimiento de dolor porque no todos podían, Se dice: Por un minuto de Placer hay veinte de dolor, eso es pura educación religiosa.

5: Algo que yo vi en el video, no entendía la gente que había alrededor, si eran los familiares o eran fisios, pero porque no estaban con uniforme.

Inv.: Quien está de azul y blanco era una fisioterapeuta, y es esposa del señor que estaba de camisa, quien es también fisioterapeuta.

3: Pero a este tiempo si se ha cambiado la lectura del uniforme. De hecho aquí hay tres modelos, todas de diferentes colores, pero hace un tiempo el uniforme, como a las enfermeras y hace algún tiempo los fisios era totalmente blanco, porque según la historia el blanco es el que lo protege de las malas energías....

2: En mi tiempo no se hablaba de energías sino de infecciones.

3: Pero ya no están tan marcadas esas cosas que si no es que, si no es blanco entonces nos e puede, Pero si hay una identificación por el uniforme o del atuendo, es lo que hemos hablado hace mucho tiempo con una colega (la Sra. a yd) como se va una fisio con falda y tacones a hacer terapia?

2: O en minifalda, pues claro cómo se va a arrodillar uno en una colchoneta con minifalda?

3: Exacto, entonces yo creo que yo sí creo que debe mantener.

6: Haber, yo pienso, en épocas anteriores, sí muy blanco y demás, pero, ratifico lo que tú dices, de que el fisioterapeuta a mi modo de ver esté uniformado, y no solo el fisioterapeuta, sino todo trabajador de la salud, porque realmente... y más en el caso nuestro donde trabajamos con tanto movimiento, con tanto ejercicio. Es más hasta por cuestión de asepsia, para con nosotros, para con el mismo paciente, es muy importante estar uniformado, inclusive en esta momento hay instituciones donde se les niega que los alumnos vayan de blue jean, y más de aquellos apretados, y yo creo que son inclusive hasta incómodos para trabajar. Entonces, yo personalmente, que cambio el color, que ya no sea el blanco de antes, porque además no duraba nada limpio.... Si es muy importante que esté la persona uniformada.

2: Que es el uniformado? Un distintivo?

Yo creo que llegar a discusiones tan profundas de que si debe ser uniformada o no! , pero que debe hacer un fisioterapeuta o cualquier profesional....

- Una buena presentación.
- Aseo
- Comodidad.

El Jean a mí nunca me ha dado la idea de aseo, porque uno puede pasar la semana con el mismo jean y sigue limpio...

En mi época cuando yo entre a trabajar a la caja nacional yo iba con blusas blancas almidonadas divinas, entonces, alguien dijo que yo parecía doctora, y entonces inmediatamente vino la pelotera, y entonces toco uniforme blanco, me puse la blusa larga, entonces blanco, largo y gringo porque las colegas mías por catalogo compraban el uniforme y había una señora que se encargaba de traérselos, y yo le dije:(que era amiga mía) me trae el uniforme, blanco, largo y ridículo que encuentre... y me trajo uno que parece que lo hubiera usado misses Bobath blanco pero transparente. Era Una pelea tan ridícula, porque nos sintiéramos las niñas divinas.

VARIAS A LA VEZZ...

3: Lo que pasa ahora con las niñas de la peluquería...

4: Que sea algo muy informal..... Que sea cómodo.... Y si trabajas con niños...

2: Ahora hay materiales que rechazan la contaminación y fuera de eso no se incendian tan fácilmente como los de tela, entonces si es importante, tenerlo en cuenta pero no por moda, (como dices tú) sino por respeto al paciente, a uno mismo... y enseñarle que los zapatos blancos es para que se les note que los emboló no es por nada mas a mí me gustan más los azules, mi mamá decía, una vez en un hospital, llevamos a mi mamá al médico, y ella decía: (y esta porquería me va a tocar?) el jean abajo desflecado y los tenis horrorosos y además el muchacho tenía cara de haber trasnochado con la misma ropa, éste me va tocar? Ella creía que la iba a contaminar, ella que tenia la imagen del médico de blanco, con corbata y distinguidísimo (pobrecita) yo no le gastarí mucho tiempo a la discusión por el uniforme.

4: a mi me llamó un poco la atención, algo que tu dijiste, algo de la terapia invasiva.... Si porque... que es invasivo? Porque hasta un beso puede ser invasivo?

2: si, porque que tal que tenga VIH+....

VARIAS VOCES A LA VEZ....

5: Pero, aparte de eso, no sé, a mi me ha pasado, de pronto por la manera de ser, termina uno escuchándolos, ayudándole, y me dicen, no pues que rico que aparte de mejorar mi dolor.. ¡Me sentí más tranquila!.... que es lo que hemos visto!!!! Por eso tome la decisión de no volver a trabajar en el ámbito hospitalario, por El tiempo. Yo duro una hora, Pero precisamente por eso me retiro de médicos y asociados, era un paciente cada veinte minutos y tocaba valorarlos, y un día a un paciente yo no lo toqué , pues teníamos auxiliares, , Entonces.... Mónica retira el frio, colócale el calor, pásale la banda. Y se fue, y dije: “Dios mío donde estoy actúan yo?” que ni toque a mi paciente.

Inv.: Tienen que pasar esas cosas para que uno reflexione.

5: Sí un paciente me dice, “Ay” no yo prefiero pagar para que usted venga, pues un reemplazo de cadera y vive en la 183 y la eps de ella de atención de fisioterapia queda en el cortijo, Abajo . El taxi, cuanto no vale? Entonces llega, y la atención es un grupo! Ahora si el paciente llega tarde solo se le atiende el tiempo restante a la terapia. Todo eso pasa para una terapia, entonces el paciente dice: no entonces yo prefiero, que usted venga, me hable y me haga la terapia.

Inv: Hasta que punto sentirse paciente, o más que paciente, digamos que un usuario bien atendido! Persona, constituido, andante, pensante; que todo que está alrededor lo necesita y lo llena a uno, eso vale! Porque es ese intercambio a tener que pagar a una institución a que usted me valore.

5: Me decía la paciente: yo ni siquiera juzgo a las fisioterapeutas porque tiene que atender treinta pacientes en 8 horas, entonces uno como profesional, por más que quiera...

2: El problema ya está, y por más que uno quisiera trancarlo, ya no se tranca.

6: Yo quisiera decir lo siguiente: cuando estábamos viendo el video, de los niños, y todo esto, yo hice este cuestionamiento, pues lo vengo haciendo muchísimos años y es.... Los grupos de terapia, donde se modifica ese discurso con nuestro paciente, en donde prácticamente el paciente, ni se toca,

sabemos que muchas de las enfermedades y muchos de los problemas Psicosomáticos y mientras nosotros no abordemos el espíritu!!!!!!!!!!!!!! Puede ser la mejor intervención quirúrgica, pero si no se aborda.... El paciente no va a mejorar, entonces es algo aquel a mi me ha cuestionado mucho, la ley 100, con respecto a eso, que son tan escasos los honorarios, que realmente la atender sus pacientes, pero esa interrelación, ese tesoro tan grande que tenemos, o teníamos, porque yo ya no estoy ejerciendo, DEL CONTACTO DIRECTO, como tal, del vinculo con nuestro paciente, de ser casi su confesor o su confesora, y que fuera de eso estamos disfrutando la parte profesional al máximo, Los que puedan serguirlo ejerciendo.... Me parece... maraviloso.... Porque realmente allí es donde nosotros estamos ejerciendo un poder curativo no solamente del cuerpo enfermo, sino de la mente tal vez también sin volvernos psicólogos, ni nada por el estilo, entonces yo pienso también, que el discurso fisioterapéutico también es eso. En que está ese discurso fisioterapéutico? En las fisioterapeutas, que sin querer criticar... en las fisioterapeutas que debido a la ley 100 les toca a tender cierta cantidad de pacientes, y hasta en grupo, y que en su mayoría de las veces ni siquiera saben el nombre.....

Si, sis, si, TODAS.....

3: No es ya el señor de la rodilla...

Murmullo TODAS....

2: Los de rodilla derecha, Y Los de rodilla Izquierda.

3: Yo creo que es importante que no dejáramos perder eso, así sea.... Pues yo gracias a Dios, todavía trabajo, he trabajado con mi paciente, la hora y les hago a veces hasta decir cosas. Pero así sea ese momentico de tiempo que dan en una eps, si usted al menos como paciente recibe el contacto así no se atan intenso , pero si lo recibe a usted de una muy buena forma, así no le haga usted dos mil intervenciones.... El paciente sale bien. o, pepito

Y si usted le dice, muy buenos días, mi señor Juanito o, pepito, o así usted no haya tenido el tiempo ahí colocándole el ultrasonido, entonces el señor sale bien, a que.... Martica! Me le pone el ultrasonido? Pero, si usted como apersonada de la situación dice: muy buenos días! Y lo trata bien esos 5

segundo de interacción personal.... Yo creo que por más tiempo que le quiten a uno las eps no se deba hacer.... Ahí está discurso, Porque el medico le dice: que es lo que tiene? Ahh para esto un examen, chao....

5: Que ni lo mira...

2: No lo voltea a mirar.

3: Eso!

Que es lo que usted viene tomando? Tómese lo mismo! Y hay veces los señores pacientes viene: Me hace el favor ¿me renueva la formula? Porque esa, es la actitud.

Yo pienso que uno debe hacer desde su quehacer, en su domicilio, en su institución... Mantener eso, y ojalá divulgarle a las personas que uno conoce, que lo sigan haciendo! Esa me parece una parte.... Que hace parte del discurso!

Inv.: Esa forma de tener identidad del usuario, como del fisioterapeuta.....

Eso es Empoderamiento del discurso?

3: sí empoderamiento, de la palabra.

Inv.: Quiero traer colación, una frase aquí referenciada, en la erotofobia. Dice: "Las instituciones transmiten significados adquiriendo mecanismos de control" Es muy importante, es que el discurso fisioterapéutico se convierte en un dispositivo de poder y de control, porque quien se supone que él que sabe, maneja el saber y por ende el poder y el control, cierto? Que estructura o reestructura los códigos dominantes o que dominan? De que códigos hacemos uso en la clínica? Tomemos también la parte kinética para tener ese tipo de control.

Somos controladoras?

2: y hasta cierto punto ser controladoras, es un deber! Yo lo considero.

Inv: Controlar?

2: Desde la puerta, (señala) 'Usted llego tarde' Ahí comienza el control del fisioterapeuta, 'le voy hacer un cuarto de hora menos" ahí ya empieza el control. "yo estoy de bata blanca, no me diga nada "o se le dice: tiene alguna pregunta? Y voltee a mirar uno para otro lado , como buscando con que llenar las historias.

Inv: que mecanismos de control vieron aquí en el video? Que códigos, como controlaban?

3: Lo único que yo percibo.... Claro esta que eso está en la voz, pero también en las manos, si yo quiero controlar a mi paciente, lo cojo, lo muevo aquí lo giro allá, que puede ser fuerte, pero no abusivo, cierto? De que se mueve o se mueve! NO sé si es la experiencia o el transcurso.... No se si las colegas que llevan mucho mas años que yo tienen una manera diferente de impartir control. Yo creo que cada fisio se va dando como es signo personal.... El de cómo decirle a su paciente hacer las cosas, pero yo lo veo como desde el movimiento que uno le imparte al tocarlo al hacerle presión.

Creo que esa es una manera de control, pero sin rayar en el abuso, ni irlo a indisponer con un estrujón.

Inv.: Esa medición es personal?

2: Yo creo que si es personal. A uno le dicen en la universidad tiene que dar el comando bien! Y si usted no sube bien la voz? 5 ó 1 Cierto? Y si tú no tienes ese tipo de voz agradable o puede ser tono bajo, pero que te sepa impartir una orden, que tú la entiendas. Yo creo que si es personal y es muy difícil lo que le evalúan a uno en la universidad... De los comando bien o sino cero (0).

2: Depende la técnica que estés enseñando.. Por ejemplo los de Facilitación Neuromuscular Propioceptiva: se exigían los comandos al pie de la letra.

5: otra cosa muy importante. "La seguridad" pues, una vez, no hablando de fisioterapia sino de otra cosa. Me decían: Tu puedes estar diciendo la mentira mas grande, pero si la dices con seguridad, la gente te cree.

Y en lo que tú decías de los comandos... Depende de la situación. Por ejemplo: estoy instruyendo un curso de psicoprofilaxis, yo no le puedo hablar con súper suavidad, tengo que hablarle con fuerza porque la estoy preparando para el parto, Porque es el momento donde ella tiene que pujar y sacar toda la fuerza y hacerlo bien. Con seguridad.

3: Si, es seguridad, pero volvemos a la cosa personal. Tú tienes un tono de voz más baja que la mía, pero tú puedes dar una orden bien dada con tu tono de voz, la cuestión es cuando una persona extraña... pero no necesito meter un grito para que el paciente me entienda.

2: A no ser que el paciente esté muy distraído, Yo por ejemplo: si el niño estaba muy distraído daba una palmada sobre la colchoneta, y aprovechaba ese momento de desconcierto para llamar, pero claro todo depende de qué momento y como.

6: Eso depende de qué momento, de cómo y con quien....por qué... Voy a ponerle un ejemplo: Recién yo me retire de docente de la universidad, en mi casa me empezaron a llamarme general, porque obviamente, yo dictaba clase a 60, 50 alumnos, entonces tenía que hablar a un volumen de voz muy alto y al narrar..... entonces, obviamente empecé a subir mi tono de voz a tal punto.... Y yo no me di cuenta hasta cuando en la casa me empezaron a llamar "bueno mi general" Bueno pero dije que fue lo que pasó, obviamente. Pues que yo ya venía con el tono de la universidad.

Después de esto he creído, lo que tu dices, nosotras las fisioterapeutas somos mandonas, porque necesitamos que realmente el paciente nos entienda; y algo que tenemos que tener muy claro de esto, las ordenes tienen que ser muy precisas, muy concisas.

4: Y cálidas.

6: Concisas, precisas y muy cálidas. Porque? Porque esta relación esta interacción es primordial con el paciente.

4: Y un paciente bien atendido es agradecido toda la vida.

Hablan todas a la vez...

Y a veces el trato... y el sentirse bien atendido, es valorado, eso ayuda mucho también.

3: La respuesta al tratamiento, lo que hablábamos ahorita, si tu le dices: Como se siente hoy? Vamos a tratar de estar un tiempo con usted, pero si tu le muestras toda la actitud de darle lo mejor, el paciente responde totalmente, así sean esos 20 minuticos que le dan a uno en la eps, Pero, yo creo que es importante esa lectura, Además que creo que hay que tener en cuenta con qué tipo de paciente vamos a hacer esa lectura....

Yo trabajé en la fuerza aérea... y no es lo mismo que yo le diga con mi voz de fisioterapeuta... a un señor que mide dos metros, de las fuerzas especiales, señor me hace el favor y se sienta! , y lo miran a uno!!!! Entonces creo que hay que leer el ambiente en el que se está desarrollando. Y tendríamos que ser más consiente que la voz tiene que ser mas como recalcada.

Inv: Estamos hablando ahí de sus actitudes de dominio?

3: exacto!

Inv: Eso es lo que decían ahorita, NECESITAMOS ASEGURARNOS... PARA DOMINAR?

2: No para dominar, para que se cumpla el objetivo requerido

Eso es... que mi objetivo como fisioterapeuta se pueda cumplir... entonces, como hago?

1: Puede ser poco controlador, pero yo puedo llegar a dar opciones, si yo le puedo decir, mira: podemos jugar con esto o con esto, con cual quieres tu?

Me acuerdo con un paciente, que yo lo vi desde chiquito y ya después grande, Le pregunte un día que como que quisiera que trabajáramos este semestre de tratamiento? Él me dijo: Estoy es sorprendido porque es la primera vez que me lo preguntas, Miércoles!!!!

4: Grave, eso!!!!

1: Si.....De pronto a veces no les damos ni la opción, mi objetivo de pronto estaba por otro lado, y el lo que quería, era, su cuarto estaba por otro lado en un segundo piso, y él lo que quería era subir mejor las escaleras. Pero él mismo me hizo caer en cuenta.

Claro, se hace es de acuerdo a la experticia de uno y no la necesidad, ese es el error que cometemos.

2: Yo, por ejemplo le hago, lo que creo que necesite.

Una preguntica para este auditorio tan grande!!!! Jajaja tan selecto!!!!

Porque ya en muchas partes están implementando el tratamiento a través del computador, entonces el trato esta sobrando, el dialogo que yo decía ya no. Pero hay gente que ha tenido buenos resultados.

4: Pero como programa de televisión de yoga o eso o qué?

2: no, no, no

4: eso de donde viene? De estados unidos?

2: Gringo. En el penúltimo curso de dolor, había una cosa que se llamaba informática y dolor, y era un señor que estaba vendiendo software para la universidades, para hacer diagnostico clínico con el computador, las tres posibles causas y los tres posibles tratamientos!, Me refiero es al uso de la fisioterapia si el paciente está en otra ciudad, entonces las intervenciones se hacen a través del computador, entonces ahí si hay una relación personal, entonces, ahí hay que cambiar el lenguaje; el contacto físico ese lenguaje corporal, dice muy poquito, es mas el verbal, y de todas maneras.. si tienen

cámara pues pueden verse, hay gente que halaga ese programa porque han logrado mucho a través de ese aparato.

5: y como se le mira , sobre el estiramiento? Como lo hace?

4: Depende, Nosotros tenemos pacienticos de otros países y después uno se está comunicando, le decimos, muéstreme como se está parando? Y uno ve en la pantalla, pues la imagen de las ideas que se ha llevado, por ejemplo, muéstrame la silla que mandaste a hacer allá, en España .

2: el control... eso es una cosa positiva, a mí me parece, por ejemplo las eps que no dan sino 5 sesiones por patología, entonces, están tratando de implementar eso, las sesiones que envíen, y usted sigue a través de esto. Tendría que haber un cambio en la comunicación.

Inv: Las nuevas tecnologías.

2: Como influyen en el cambio del discurso, ahora usted ya no va a utilizar sus manos.

4: tendría que ser también una persona muy obediente, muy juiciosa porque.....

2: Todas las que pasaron a cinco sesiones, fue todo controlado por computador...

5: Tendría que hacer un seguimiento completamente bueno. Porque solo 5 terapias?

2: o puede ser solo una, en estado unidos creo que solamente la primera es presencial y el resto solo por computador.

6: Pues yo creo que eso tiene cosas positivas, pero negativas también.

5: Pero si uno tiene un paciente de los que le deja tarea? Porque yo soy de las que le deja tarea?

2: y rezo para que le duela. Yo siempre le digo al paciente: que yo rezo pa que le duela sino me hace los ejercicios....

Jajaja todas,

Es una forma de controlar, claro porque si se acuerda debe saber que deba hacer sus ejercicios, eso es controlar. Jajaj entonces el humor sirve para controlar un rato.

Inv.: Para muchas cosas...

2: pero para controlar en fisioterapia, sí, acabo de darme cuenta que es una forma de controlar. El humor, si es más fácil romper el hielo.

1: si yo creo que ese lenguaje que utilizamos de intervención, de manejo; pues también como que hace ver esa relación de poder, entonces puede ser que yo soy la que interpreto, o mal interpreto.. Puede ser doble vía! Acordarnos que es una interacción ¡!!!

3: Que es lo que yo pienso que te paso.... Cuando un va llegando donde un paciente y sabe que va atender a fulanito... pues uno se preparando mentalmente voy a hacerle esto y esto y ese día usted le va a hacer secuencia de desarrollo, y va llegar hasta cuadrúpedo por ejemplo, y ese día el señor amaneció con diarrea, entonces. Qué hace usted, a mi me parece que siempre deberíamos al iniciar con la sesión contar con eso, porque nosotras llegamos de una a hacer en el proceso que va entonces si ya no es cuadrúpedo, me paso a rodillas porque en eso va y esa es la sesión, pero saber si en rolado todavía le falta.

2: lo que decía 1.

6: Lo que tu dices es muy cierto, realmente hace falta el tiempo para estar con el paciente, como está? Como se ha sentido? En el caso del niño, por la deficiencia, por la mamá por todo esto, preguntar para saber por dónde encaminar el tratamiento, pero creo que parte de la falla, es la robotización de lo que hacemos, prácticamente, nos volvemos casi que roboticas. Las cuales nos estamos pre programando, y no solamente tu!!! Lo hemos hecho todas, Pero se nos olvida que el paciente como ser humano pudo haber tenido un percance como lo que tu dices, y no le puedes trabajar ese día el cuadrúpedo.

Inv.: Me dañó el libretico....

2: porque , bueno como ella es innovadora pues le dice: que se pare y se siente en el sanitario...

Jajajaja TODAS...

3: Yo creo que la fisioterapia es eso, uno debe ser creativo, a uno le enseñan, cierto número de técnicas en la universidad, pero sale a ejercer todo está quien su innovación No se si han leído el libro de Rodolfo Ilinas, donde dice que la inteligencia no está en la exactitud y los números, sino de la capacidad que tiene cada persona como en reaccionar ante cada situación, ahí se mide la inteligencia. Esa es la inteligencia cerebral realmente.

2: a mi esta definición me parece un poquito artificial, cierto? Porque el ser humano es uno, pero es considerar una parte que no se había querido

considerar como parte del ser humano, así la llamen inteligencia emocional, pero yo no hago una definición tan específica por que el ser humano es a uno, con su inteligencia emocional, su inteligencia cognitiva, su afectividad, y todo en una sola cosa.

3: Hasta en el discurso que está aquí evaluando la investigadora, es inteligente pararse aquí, una forma para trabajar es inteligente. Por eso lo que yo decía desde el principio que uno como fiso debe venderse, debe vender ese movimiento correcto, cuando usted está en su trabajo.

Inv.: es lo que se llama el cuidado de sí.

6: A mi me sorprendían en la universidad, estudiantes que estaban terminando... Ya ellas con síndrome del túnel carpiano, e incluso creo que hubo un estudio inclusive ya a nivel de tesis y Entonces yo pienso que el manejo de su cuerpo es importante (tu que estas en la academia), y el cuidado y el auto cuidado para prevenir una serie de lesiones que más adelante le van a limitar su vida profesional, porque el fisioterapeuta está más incapacitado que el paciente. todo, sobre el síndrome de túnel carpiano en fisioterapeutas. Yo decía: Todos los años que trabaje en la profesión y con adultos y jamás tuve problemas, como así? Que estas niñas empezando su profesión ya están con estos problemas, son su ferulita, entonces cual es el cuidado que están haciendo de ellas mismas? Cuando no es el problema lumbar.

2: Me voy a tener que retirar pero voy a decir una última cosita: Realmente, aquí una cosa que se trato fue la actitud o mejor el cuerpo, el manejo del cuerpo y el manejo de la verbalidad (el uso de la palabra hablada) Pero, Estoy segura que si eso no corresponde a un contenido científico serio puede usted haber aprendido hasta ballet para manejar el paciente, y haber tomado las clase de discurso y de oratoria más maravillosas, pero si uno no tiene un contenido científico que respalde eso, no le van a creer, no lo va poder transmitir y no a tener la seguridad, con ese respaldo, lo demás se vuelve ya casi secundario, uno lo puede modificar, pero lo que no podemos modificar, son sus conocimientos y su mente abierta para estar recibiendo e intercambiando. Entonces esas cosas son las cosas del discurso que yo diría.

Inv. Qué pena con ustedes, yo les había planteado un trabajo más o menos de 40 minutos. Aquí no es la situación de buscar responsables, sino somos nosotras mismas, igual son temas que nos alimentan a todas, y todas tenemos

mucho que decir. Sí? Y Es el momento de agradecerles, no es un cierre. Agradecerles infinitamente, que no sea el cerrar una puerta con respecto a la parte investigativa a la alimentación académica. Si no sea más bien una apertura, que nos vayamos con una reflexión, que nos vayamos con cosas que contar, que no sea en estos momentos casi que obligatorios, ni de favores, sino que todavía hay mucho que hacer por esta profesión, y más de personas de personas que tiene tan largo bagaje y tan buen contenido profesional que lo tiene todas ustedes, Muchísimas gracias. Los compromisos, son los resultados, ustedes saben que los resultados de las investigaciones... por ejemplo esta investigación que referencia, estamos hablando que fue a mediados de los 90 y los resultados todavía siguen aportando las investigaciones sociales, constitución y desarrollo de la profesión, entonces, que ojala en unos años estemos hablando de estas investigaciones, y hablando pero a la vez practicando, y es responsabilidad de nosotras para que estas cosas se den y se amplifiquen, que seamos un parlante también de unos buenos voceros de esta profesión que tanto lo necesita...

Gracias, gracias, muchísimas gracias todo estuvo muy bien hasta la comida.

1: Has hecho grupos de discusión con otros grupos?

Inv: Este solamente, porque es análisis kinetico, ya se han hecho entrevistas y grabaciones de las terapia como tal? Teniendo ese audio ese discurso lo más limpio posible, en diferentes tipos de discurso!!! Acá por ejemplo estamos reflexionando, hay gente con una madurez, y nos estamos despojando de las vestiduras para mostrarnos tal y cual como somos, i? pero porque existe el escenario, y aun así hay muchas cosas que se quedan allá guardadas, y no vamos y huyyyy como que faltó algo, pero otra cosa es leer la terapia, que fue lo que faltó que no me dijo???

Esta es una fase, la verdad, que uyyyyyyyyyyyyyy me voy feliz.

6: Perdón yo quiero decir que estoy completamente de acuerdo con lo que dijo

2 : Todo puede ser precioso pero si nosotros no estamos actualizados, no estamos al tanto de todos los cambios que está teniendo la profesión y tenemos nuestras bases científicas muy bien sustentadas..... Podemos hacer preciosuras pero a la hora de la verdad no vamos a poder tener nuestro objetivo principal que es "la sanación de paciente" y muchísimas gracias, realmente para mí fue encantador estar aquí con todas ustedes.

Gracias gracias todas.

Perdón pero muchas movieron cosas de su agenda y todo pero la profesión se lo va a agradecer....